

- Gén:
- Le SCA englobe des pathologies ischémiques aiguës, généralement consécutives à une rupture d'une plaque coronarienne.
  - Le SCA est subdivisé en 3 entités cliniques qui se distinguent au niveau de l'ÉCG et des **marqueurs myocardiques**. Les symptômes de ces 3 entités sont identiques.
  - Il est essentiel de différencier ces 3 entités, car leur prise en charge n'est pas identique.

**En pratique clinique**

- Le syndrome coronarien aigu englobe les 3 entités cliniques qui se distinguent de par leur aspect d'ÉCG et leur résultat concernant les marqueurs myocardiques:
  1. **Angor instable**
  2. **NSTEMI (infarctus myocardique sans élévation ST)**
  3. **STEMI (infarctus myocardique avec élévation ST)**
- 50 % des patients avec un infarctus myocardique aigu (IMA) meurent avant d'arriver à l'hôpital.

Déf: **1. Angor instable**

- **Apparition nouvelle d'un angor** (ou d'une symptomatologie évocatrice)
  - ou angor au repos
  - ou péjoration majeure d'un angor connu de  $\geq 1$  classe de la CCS ( $\geq$  CCS III, p. 165)
 La durée est de **> 20 min.**

et:
- **Marqueurs myocardiques négatifs** (aussi par la suite): troponine, CK, CK-MB
- **ÉCG:**
  - ÉCG normal
  - $\pm$  ondes T négatives
  - $\pm$  sous-décalage du segment ST de  $> 0.5$  mm
  - $\pm$  sus-décalage transitoire du segment ST (pdt. une durée de  $< 20$  min)

**2. NSTEMI (= infarctus myocardique sans élévation ST)**

- **Symptômes évoquant une ischémie myocardique avec changement à l'ÉCG typiques, compatible avec une ischémie:**
  - Sous-décalage du segment ST de  $> 0.5$  mm
  - Ondes T négatives
  - Sus-décalage transitoire du segment ST (durée  $< 20$  min)

et:
- **Marqueurs myocardiques positifs:** troponine, CK, CK-MB

**3. STEMI (= infarctus myocardique avec élévation ST)**

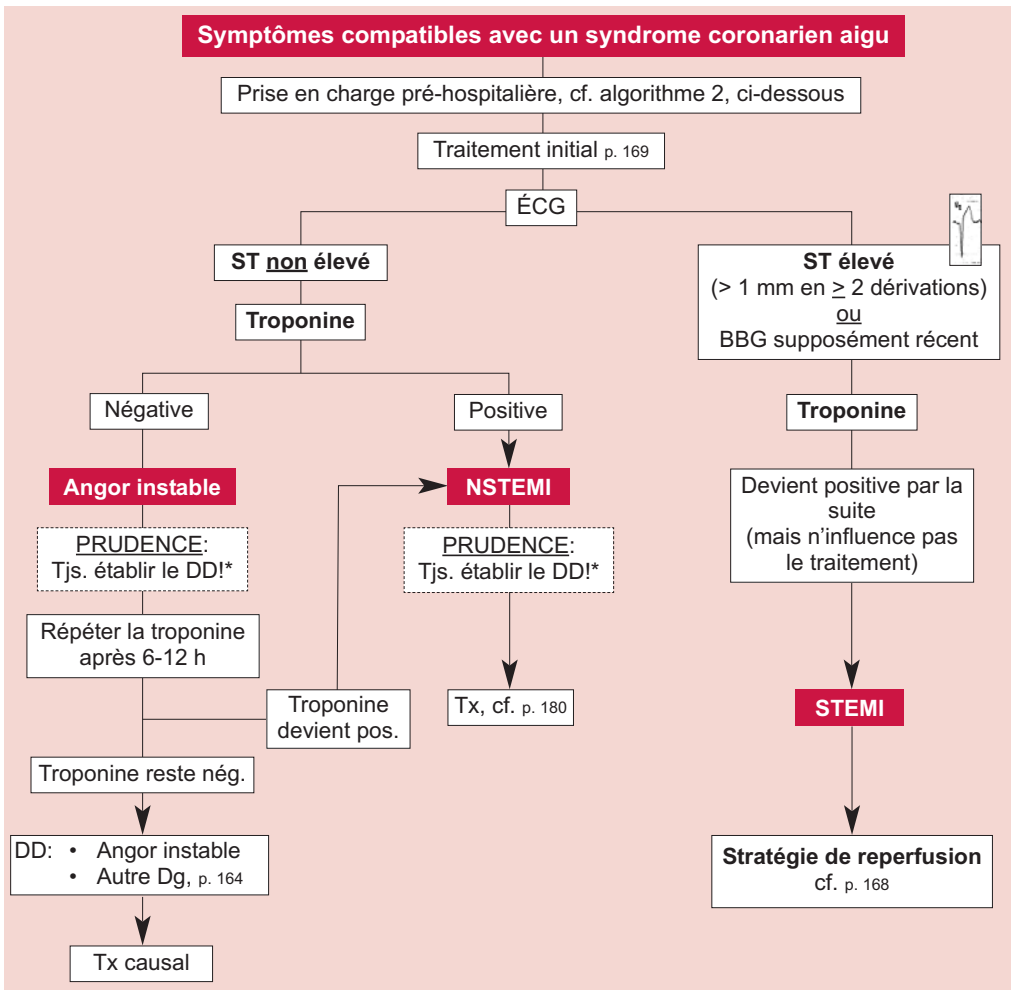
- **Apparition nouvelle d'un angor** (ou symptomatologie évocatrice)
  - ou angor au repos
 La durée est de **> 20 min.**

et:
- **Marqueurs myocardiques positifs:**
  - Troponine positive (I ou T)
  - CK  $> 2x$  la norme avec une fraction des CK-MB  $\geq 6\%$

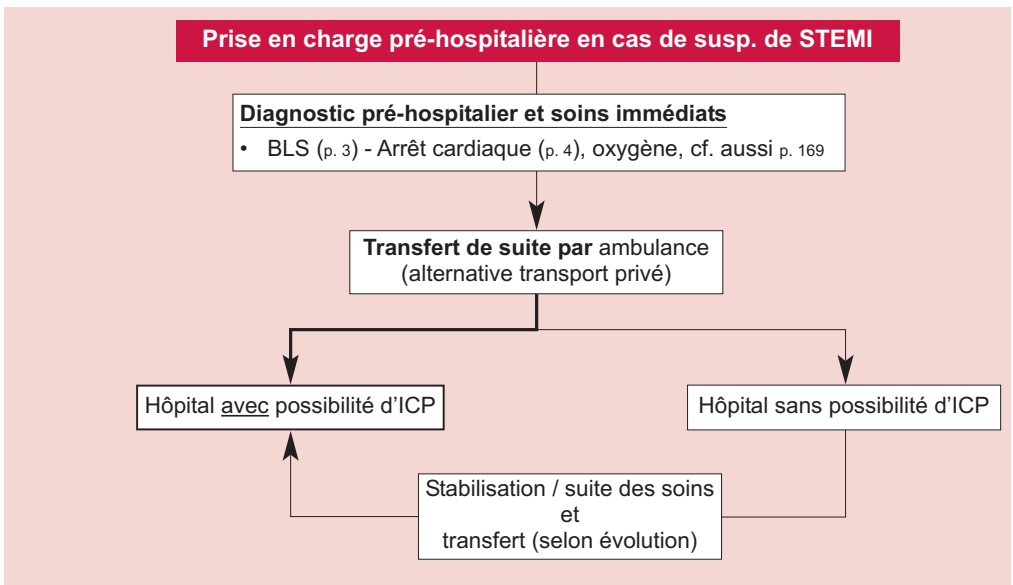
et:
- **Modifications ÉCG avec apparition nouvelle de** (1 critère est suffisant):
  - Ondes Q:
    - $\geq \frac{1}{3}$  de l'amplitude de l'onde R
    - ou:
    - Durée  $> 40$  ms
  - Ondes R  $> S$  en V1 (est en faveur d'un infarctus postérieur)
  - Bloc de branche gauche
  - Imagerie compatible avec un infarctus myocardique (échocardiographie, IRM, ventriculographie, scintigraphie)

\* **Il est recommandé d'établir un DD en présence de troponines positives dans le contexte d'une rupture de plaque aiguë avec formation de thrombus, car parfois, ce n'est pas un SCA...!**

- DD:
- Péri-myocardite
  - Crise hypertensive; hypotension art. (perfusion coronarienne  $\downarrow$ )
  - Insuffisance cardiaque
  - Dissection aortique avec dissection coronarienne
  - Embolie pulmonaire
  - Spasmes coronariens (angor de PRINZMETAL, induits par la cocaïne ou d'autres origines)
  - Trauma cardiaque



**Algorithme 1:** Symptômes compatibles avec un syndrome coronarien aigu - attitude diagnostique.<sup>1</sup>



**Algorithme 2:** Prise en charge pré-hospitalière en cas de suspicion de STEMI (flèche grasse = voir préférée).<sup>1</sup>

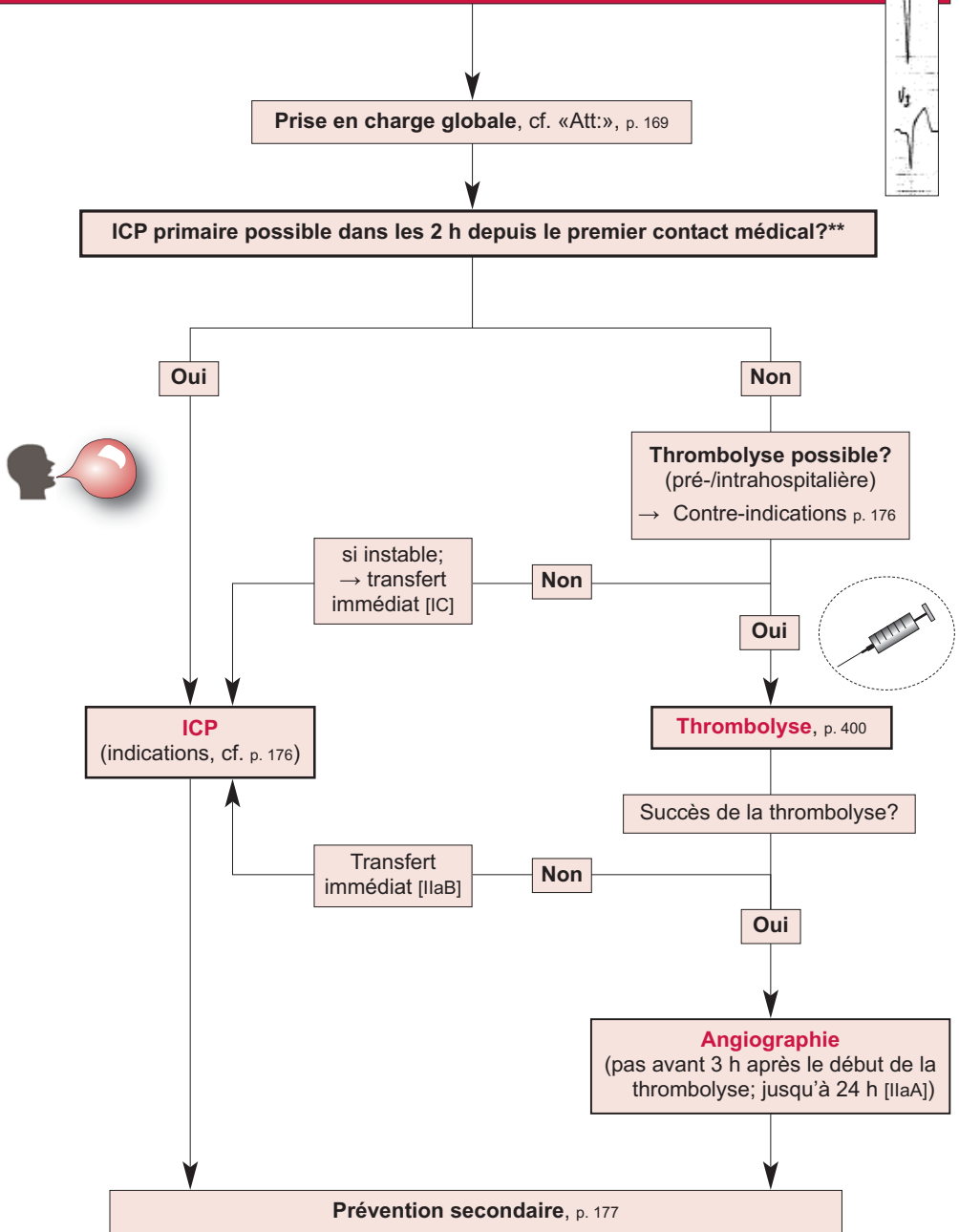
STEMI= Infarctus du myocarde avec «ST-élévation»; NSTEMI = Infarctus du myocarde sans «ST-élévation»  
ICP = Intervention coronarienne percutanée; BBG = bloc de branche gauche

\* cf. p. 166

<sup>1</sup> Adapté selon: ESC Task Force. Eur Heart J 2008; 29 : 2909-45.

## Stratégie de reperfusion en cas de STEMI

- STEMI < 12 h [IA]
- STEMI > 12 h si clinique\* et/ou ÉCG compatible avec une ischémie persistante [IIaA]



**Algorithme 3:** Stratégie de reperfusion en cas de STEMI.<sup>1</sup>

ICP = intervention coronarienne percutanée

\* Exemple de situations cliniques:

- Insuffisance circulatoire aiguë d'origine cardiogénique (p. 22)
- Douleurs thoraciques persistantes

\*\* Le temps entre le premier contact avec le médecin (PCM) et l'ICP doit être < 2h (mieux < 90 min) dans la situation suivante:

- Le patient se présente très tôt (ex: < 2 h après le début des symptômes)
- Infarctus étendu (avec grand potentiel de myocarde viable)
- Faible risque hémorragique

# Si la clairance de la créatinine est < 20 mL/min (pour Fondaparinux) ou < 30 mL/min (pour les HBPM), c'est l'héparine qui devient l'anticoagulant de 1<sup>er</sup> choix.

- Lab: • STEMI et analyses de laboratoire nécessaires (MAIS la stratégie de reperfusion ne doit en AUCUN cas être retardé par l'attente des résultats de laboratoire!)
- Marqueurs myocardiques: troponine (T ou I), CK, CK-MB
  - Formule sanguine, thrombocytes, INR, aPTT
  - Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, urée, créatinine, glucose, lipides (cholestérol, HDL, LDL et TG)

Att: **1. Prise en charge globale en cas de STEMI (patients hospitalisés)**

- 2 accès veineux avec perfusion de NaCl 0.9 % ou Ringer-lactate
- Monitoring ECG (arythmies, déviations du segment ST?) durant 24 h chez tous les patients avec STEMI (si arythmie, jusqu'à > 72 h).
- Oxygène (SpO<sub>2</sub> cible > 90 %): sonde nasale (2-6 L/min) ou au masque (40-60 %)
- Contrôle de la TA par voie intra-artérielle si hypotension art. sévère (TAS < 80 mmHg) et réfractaire au Tx, ICA cardiogénique (p. 22) et chez patients sous vasopresseurs.

**2. Stratégies de reperfusion (cf. algorithme 3 p. 168)**

**A. ICP (interventions coronarienne percutanée)**

**I. Recommandations concernant l'ICP primaire - indication**

- L'ICP est le Tx de choix en cas de STEMI et devrait avoir lieu dans le délai le plus court après le premier contact médical (PCM). [IA]
- Le temps entre le PCM et l'ICP devrait être < 2 h\*\* [IB]
- STEMI avec ICA (p. 18) ou avec lorsque la thrombolyse est contre-indiquée (indépendamment du délai respectif). [IB]

**II. Co-thérapie anti-plaquettaire**

- **Acide acétylsalicylique ASPIRINE®** [IB]
  - a) Patient avec ICP .....150-325 mg PO (ou 250-500 mg IV)
  - b) Patient avec thrombolyse .....150-325 mg PO (ou 250 mg IV)
  - c) Patient sans Tx de reperfusion .....150-325 mg PO
- **Clopidogrel** [IC]
  - a) Patient avec ICP .....Dose de charge 600 mg PO
  - b) Patient avec thrombolyse .....≤ 75 ans: dose de charge 300 mg PO  
> 75 ans: 75 mg PO
  - c) Patient sans Tx de reperfusion .....300 mg PO (dose de charge)

**III. Co-thérapie anti-thrombinique (durant la procédure de la ICP)**

- **Héparine, Bivalirudine ANGIOX®** (posologies voir avec spécialiste)

**B. Thrombolyse**

**I. Indications**

- ICP impossible à effectuer dans les délais recommandés (cf. point A. et algorithme 3 p. 168) et absence de C-I à une thrombolyse (p. 175) [IA]
- La thrombolyse peut être adm. en phase pré-hospitalière [IIaA]

**II. Co-thérapie anti-plaquettaire**

- **Acide acétylsalicylique** chez patient sans Tx d'AAS au préalable [IB]
  - 150-325 mg PO (ou 250 mg IV)
- **Clopidogrel**
  - Patient ≤ 75 ans: charge 300 mg PO [IB]; patient > 75 ans: 75 mg PO [IIaB]

**III. Co-thérapie anti-thrombinique avec Altéplase, Rétéplase ou Tenecteplase**

- 1<sup>er</sup> choix: **Énoxaparine** (durée: max 8 jours)
  - a) ≤ 75 ans: 30 mg IV bolus (aussi si clairance < 30 mL/min); 15 min plus tard 1 mg/kg SC puis 1 mg/kg SC aux 12 h (aux 24 h si clairance < 30 mL/min).
  - b) > 75 ans: pas de bolus IV. Débuter par 0.75 mg/kg (max. 75 mg) aux 12 h. Si clairance < 30 mL/min 1 mg/kg SC aux 24 h
- Tx alternatif: **Héparine IV**
  - 60 UI/Kg IV bolus (max 4'000 UI), puis 12 UI/kg/h IV (max. 1'000 UI/h) pour 24-48 h: aPTT cible (contrôle à 3-6-12-24 h): 1.5-2x N ± 50-70 sec
  - Puis cf. «Guidelines du Tx antithrombotique» (algorithmes 5, 6, p. 176, 177)

**C. STEMI sans traitement de reperfusion**

**I. Co-thérapie anti-plaquettaire**

- **Acide acétylsalicylique** [IA]: ....150-325 mg PO
- **Clopidogrel** [IB]: .....300 mg PO (dose de charge)

**II. Co-thérapie anti-thrombinique**

- 1<sup>er</sup> choix [IB] (condition: créatininémie < 265 µmol/L):
  - **Fondaparinux**: 2.5 mg IV; puis, 24 h plus tard 2.5 mg 1x/j SC jusqu'à la sortie de l'hôpital (max. 8 j).
- Tx alternatifs: Énoxaparine ou héparine (posol. idem post-thrombolyse [IB]):
  - **Énoxaparine**<sup>#</sup>, posologie cf. pt. B., ci-dessus
  - **Héparine**<sup>#</sup> (IV bolus puis perfusion), posologie cf. pt. B., ci-dessus

\*\* , # cf. p. 168



### 3. Traitement médicamenteux en phase aiguë d'un STEMI<sup>1</sup>

Traitement médicamenteux en phase aiguë d'un STEMI	Évidence	
	Classe	Niveau
<b>Bonne évidence</b>		
• Acide acétylsalicylique 75-100 mg/j PO	I	A
• Clopidogrel 75 mg/j PO	I	A
• Bêtabloquant par voie orale (par voie <b>IV</b> : évidence IIbA)	I	A
• IECA par voie orale (dès le 1 <sup>er</sup> jour) - Chez tous les patients (sauf C-I) - Chez patients à haut risque	IIa I	A A
• <b>Antalgie**</b> - Morphine: 4-8 mg <b>IV</b> ; au besoin répéter 2 mg aux 5-15 min Si trbl. hémodynamique ou intol./allergie à la Morphine: - Fentanyl: 25-50 µg <b>IV</b> aux 5-15 min, puis titrer au besoin	I -	C -
<b>Évidence IIb et plus faible</b>		
• Dérivé nitré (pas de bénéfice)*	IIb	A
• COX-2 inhibiteur (mortalité ↑) <sup>§</sup>	III	C
• Anticalciques (pas de bénéfice)	III	B
• Magnésium (pas de bénéfice; ISIS-4)	III	B
• Lidocaïne (pas de bénéfice)	III	B

Tableau 1: Traitement médicamenteux en phase aiguë d'un STEMI.

### 4. Ballon de contre-pulsion intra-aortique percutanée

Gén: • Voir informations générales conc. la contre-pulsion intra-aortique, cf. p. 23

Ind: • Voir p. 23

### 5. SCA et arythmies, cf. tableau 3, p. 172

### 6. Stimulateur cardiaque transveineux provisoire<sup>2</sup>

- Ind:
- Asystolie
  - Bradycardie symptomatique en cas de dysfonction sinusale
  - Bloc de brache bilatéral ou alternant (BBD et BBG s'alterne) ou bloc de branche bifasciculaire
  - BAV 2° de type I (WENCKEBACH) et qui ne répond pas à l'Atropine
  - BAV 3° ou BAV 2° de type II (MOBITZ 2)
  - Apparition nouvelle d'un bloc de branche avec un BAV 1°
  - BBD connu avec un BAV 1° et nouvellement un HBAG ou un HBPG

#### \* Nitrés et STEMI

- Plusieurs études (GISSI-3 [Lancet 1994;343:1115-22]; ISIS-4 [Lancet 1995;345:669-85]) n'ont pas montré de bénéfice des dérivés nitrés en cas de STEMI aigu. Ils ne sont ainsi pas recommandés comme Tx de routine.
- Les patch transdermiques ne sont pas indiqués durant la phase aiguë (délai d'action 60 min).
- Indications acceptables des dérivés nitrés en cas de STEMI:
  - Symptômes ischémiques persistant
  - Symptômes ischémiques persistants et HTA ou oedème pulmonaire
- C-I:
  - TAS < 90 mmHg ou chute de la TA de > 30 mmHg par rapport à la valeur de base.
  - Bradycardie < 50/min ou tachycardie (> 100/min)
  - Susp. d'infarctus droit (car risque d'hypotension art. sévère). Ces patients sont «précharge-dépendant» et les nitrés baissent la précharge!
  - Les patients sous inhibiteur de la phosphodiesterase (ex: Sildenafil) n'osent pas recevoir des dérivés nitrés durant 24 h (48 h si Tadalafil). [IIIB]
- Exemples de Nitroglycérine et autres dérivés nitrés (ISDN, ISMN, trinitrine)
  - SUBL ou spray buccal: 0.4 mg aux 5 min (total 3 doses). Début d'action: 2-5 min; durée d'action: 10-30 min
  - **IV** (si symptômes persistent): Perfusion 2-10 mg/h **IV** (selon clin.). Durée 24-48 h (> 48 h tachyphylaxie ↑)

§ Les COX-2 inhibiteurs (ex: Célecoxibe) montrent une augmentation de la mortalité, de réinfarctus, de rupture cardiaque en cas de STEMI aigu [Circulation 2006;113:2906-13; Circulation 2007;115:326-32].

\*\* Propriétés des opioïdes: analgésie, anxiolyse, réduction de la précharge (par dilatation veineuse), réduction de la consommation d'oxygène, bradycardie.

IMPO: TOUJOURS contrôler la SpO<sub>2</sub> et garder l'oxygène proche du patient.

## 7. Stimulateur cardiaque définitif dans le contexte d'un SCA

- Ind: • Indications absolues:
- BAV 2° persistant avec bloc de branche bilatéral ou bifasciculaire ou BAV 3°
  - BAV 2° ou 3° degré infranodal avec bloc de branche (si doute, l'indication à une étude électrophysiologique est donnée)
  - BAV 2° ou 3° persistant et symptomatique
  - Bloc bifasciculaire: BBG et BBD alternant ou BBD + HBAG ou BBD + HBPG

## 8. Traitement médicamenteux à long terme post STEMI

Traitement médicamenteux à long terme post STEMI	Évidence	
	Classe	Niveau
<b>■ Tx anti-plaquettaire/anticoagulant</b>		
• Acide acétylsalicylique 75-100 mg/j PO (sauf si intolérance)	I	A
• Clopidogrel 75 mg/j PO pdt. 12 mois:	IIa I	C B
- Chez tous les patients - Chez tous les patients avec C-I à l'AAS		
• ACO (selon INR recommandé):	I	A
- Patient nécessitant une AC (ex: FA, thrombus dans le ventricule gauche, valves mécaniques)		
• ACO (INR 2.0-3.0)	IIa	B
- Patient intolérant à l'AAS et au Clopidogrel		
• Tx combiné de:	IIa	B
- <b>ACO</b> (INR 2.0-3.0) + <b>AAS</b> (75-100 mg/j) chez patient à haut risque thromboembolique		
<b>Faible évidence</b>	IIb	C
• Tx combiné de: - <b>ACO + AAS + Clopidogrel</b> (ex: post mise en place d'un STENT chez patient avec indication à une AC), cf. p. 174, 175 - <b>ACO + AAS ou Clopidogrel</b> (ex: post mise en place d'un STENT chez patient avec indication d'une AC mais avec risque hémorragique augmenté)		
<b>■ Bêtabloquant#</b>		
• Tous les patients post STEMI (sauf C-I)#	I	A
<b>■ IECA<sup>§</sup> ou sartan (ARA, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine)</b>		
• <b>IECA<sup>§</sup></b> Tous les patients post STEMI (sauf C-I, p. 187)	IIa	A
• <b>Sartan<sup>†</sup></b> Tous les patients post STEMI (sauf C-I, p. 189) avec intolérant aux IECA	IIa	C
<b>■ Statine (cf. aussi «Stratification de risque p. 352)</b>		
• Tous les patients (sauf C-I):	I IIa	A A
- LDL cible:..... < 2.5 mmol/L - LDL cible chez patients à haut risque:..... < 2.0 mmol/L		
<b>■ Vaccin anti-grippe</b>		
• Tous les patients	I	B

**Tableau 2:** Traitement médicamenteux à long terme post STEMI.

ACO = Anticoagulation orale; AC = Anticoagulation; AAS = Acide acétylsalicylique

# Bêtabloquant (BB, exemples p. 188)

- C-I:
  - Fréquence cardiaque < 60/min. TAS < 100 mmHg
  - Asthme actif ou maladie réactive des voies respiratoires
  - PR > 240 ms et tous les BAV 2° et 3°, sauf si stimulateur cardiaque implanté
  - Dysfonction modérée à sévère du ventricule gauche
  - Signes d'hyperperfusion périphérique, ICA (p. 20)
  - Syndrome de préexcitation à QRS larges (ex: WPW)
  - Artériopathie périphérique sévère
- Fréquence cardiaque cible:  $\pm$  60/min et bien tolérée
- En cas de BPCO il est recommandé d'utiliser uniquement des BB  $\beta$ 1-sélectifs (Métoprolol, Esmolol)

§ Conditions avant de prescrire un IECA: TAS > 100 mmHg et pas de C-I (p. 187)!

† Exemples de sartans:

- Valsartan 2x 160 mg/j PO
- Candésartan 1x 32 mg/j PO



## Traitement des arythmies en cas de syndrome coronarien aigu (SCA)

<p><b>Hémodynamique instable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fibrillation ventriculaire (FV)</li> <li>■ TV sans pouls (= ACR)</li> </ul>	<p>Tx: • Défibrillation (mode asynchrone), cf. p. 108, 110 [IC]</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TV (sans ACR) monomorphe, soutenue* et réfractaire au choc électrique</li> </ul>	<p>Tx: • <b>Amiodarone</b> 150 mg <b>IV</b> bolus en 10 min, suivi d'une électroconversion asynchrone [IIaB]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répéter l'Amiodarone 150 mg <b>IV</b> en 10-30 min (max. 6-8x/24 h)</li> <li>- Entretien: 1 mg/min durant 6 h, puis 0.5 mg/min</li> </ul> <hr/> <p>• ou: <b>Lidocaïne</b> [IIaC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.5-0.75 mg/kg <b>IV</b> en 2 min</li> </ul> <hr/> <p>• ou: <b>Sotalol</b>§ [IIaC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-120 mg <b>IV</b> en 10 min (0.1-1.5 mg/kg); évtl. répéter après 6 h (max. 640 mg/24 h)</li> </ul>
<p><b>Hémodynamique stable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ TV récidivante, symptomatique et non soutenue*</li> </ul>	<p>Tx: • Amiodarone <b>IV</b> [IIaC], posologie cf. ci-dessus</p> <hr/> <p>• ou: Sotalol§ <b>IV</b> [IIaC], posologie, cf. ci-dessus</p> <hr/> <p>• ou: Bêtabloquant§ <b>IV</b> [IIaC], posologie cf. ci-dessus</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ TV polymorphe             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) QT de base normal</li> <li>b) QT de base rallongé</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tx: a) QT de base normal [IC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Amiodarone <b>IV</b>, cf. ci-dessus</li> <li>→ ou: Bêtabloquant§ <b>IV</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Esmolol</b> .....500 µg/kg en 1 min <b>IV</b> suivi de 50 µg/kg/min en 4 min. Entretien: 60-200 µg/kg/min.</li> <li>• <b>Métoprolol</b> ....2.5-5.0 mg <b>IV</b> en 2-5 min; max. 15 mg</li> <li>• <b>Aténolol</b> .....5-10 mg (vitesse max. 1 mg/min)</li> <li>• <b>Propranolol</b> ..0.15 mg/kg <b>IV</b></li> </ul> </li> <li>→ ou: Lidocaïne <b>IV</b>, cf. ci-dessus</li> <li>→ ou: Sotalol§ <b>IV</b>, cf. posologie ci-dessus</li> </ul> <p>b) QT de base rallongé [IC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contrôle des électrolytes (K<sup>+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, Ca<sup>2+</sup>)</li> <li>→ Considérer les options thérapeutiques suivantes: [IC]             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Magnésium</b>, cf. p. 5</li> <li>• ou: <b>Overdrive pacing</b></li> <li>• ou: <b>Isoprotérénol</b> ISUPREL®                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dose initiale: 0.05-0.1 µg/kg/min, puis titrer jusqu'à 2 µg/kg/min (adapter la posologie à la fréquence et le rythme cardiaque)</li> </ul> </li> <li>• ou: <b>Lidocaïne</b>, cf. ci-dessus</li> </ul> </li> <li>→ Une angiographie en urgence doit être envisagée [IC]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fibrillation atriale</li> </ul>	<p>Tx: <b>I. Contrôle de la fréquence cardiaque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tx médicamenteux, cf. p. 141</li> <li>b) Cardioversion électrique synchrone, si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémodynamiquement instable</li> <li>- Ischémie réfractaire (due à la FA)</li> <li>- Incapacité de baisser la fréquence cardiaque</li> </ul> </li> </ul> <p><b>II. Anticoagulation</b> à dose thérapeutique [IC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Héparine ou HBPM</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bradycardie sinusale associée avec une hypotension artérielle</li> </ul>	<p>Tx: • <b>Atropine IV</b>: [IC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolus (flush!) de ≥ 0.5 mg (tot. 2.0 mg; ou 0.04 mg/kg)</li> </ul> <p>• Si résistant à l'Atropine → stimulateur cardiaque temporaire. [IC]</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ BAV du 2° de type II</li> <li>■ BAV 3° avec bradycardie provoquant une hypo-TA ou insuffisance cardiaque</li> </ul>	<p>Tx: • <b>Atropine IV</b> (CAVE si QRS larges, cf. p. 161) [IC]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolus (flush!) de ≥ 0.5 mg (dose totale 2.0 mg; ou 0.04 mg/kg)</li> </ul> <p>• Si résistant à l'Atropine → stimulateur cardiaque temporaire. [IC]</p>

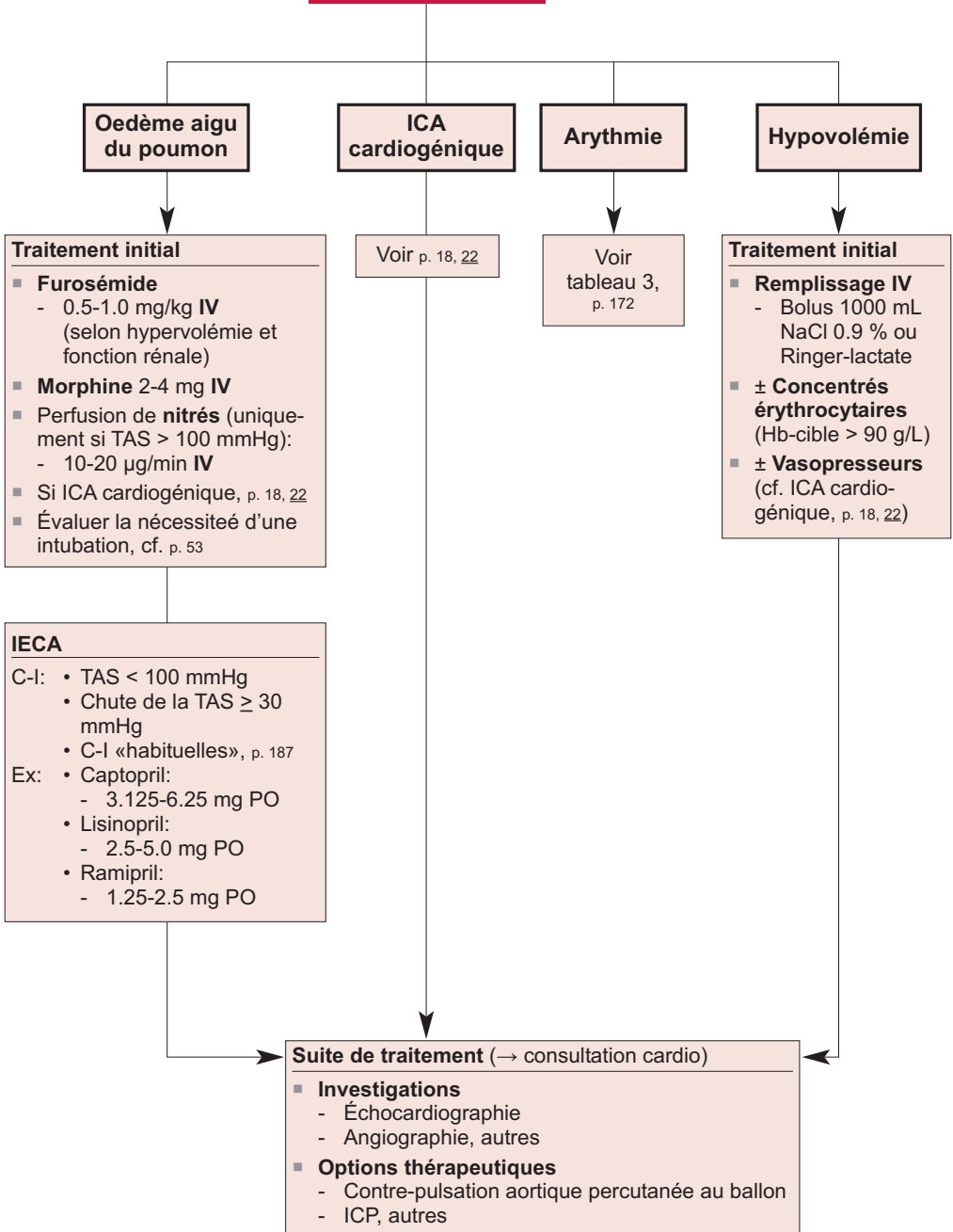
Tableau 3: Arythmies en phase aiguë d'un syndrome coronarien aigu.<sup>1</sup>

\* «soutenue» signifie une durée > 30 secondes

§ Sotalol et les bêtabloquants ne sont pas indiqués lorsque la FEVG est basse.

ACR = Arrêt cardio-respiratoire (FV ou TV sans pouls); TV = Tachycardie ventriculaire

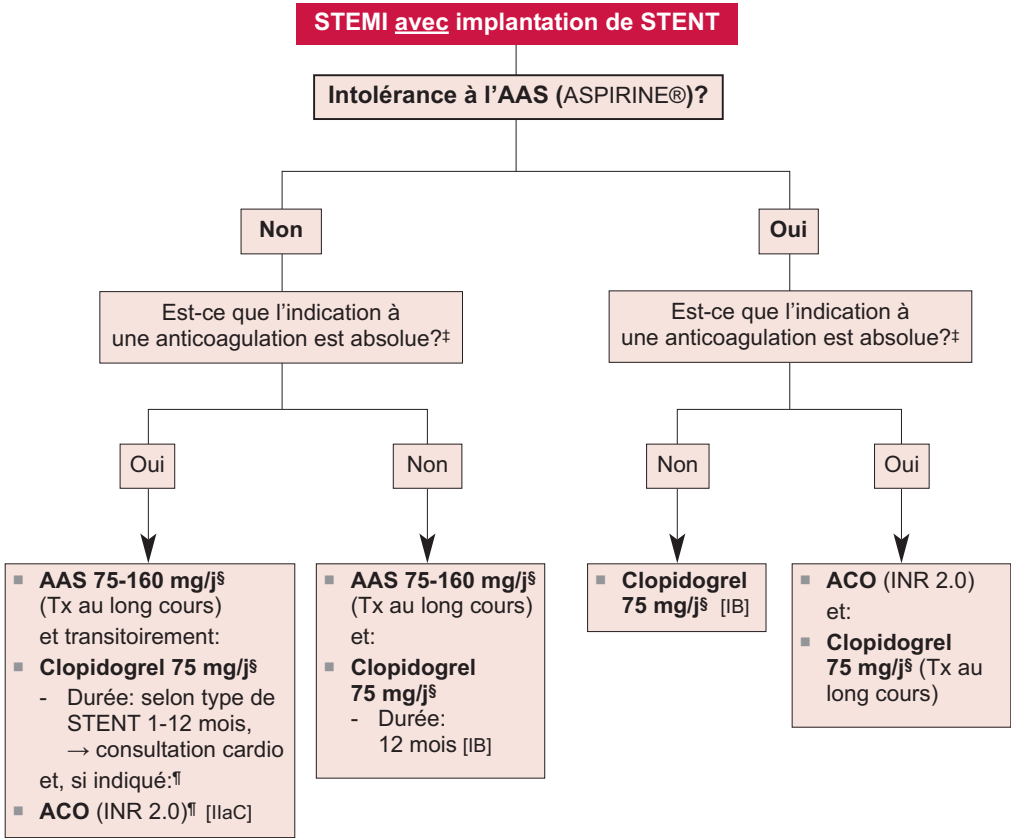
## STEMI compliqué



Algorithme 4: STEMI compliqué.<sup>5</sup>

ICP = Intervention coronarienne percutanée  
ICA = Insuffisance circulatoire aiguë («choc»)  
TAS = Pression artérielle systolique





**Algorithme 5:** Guidelines du Tx anticoagulant post STEMI chez des patients après implantation d'un STENT.<sup>5</sup>

ACO = Anticoagulation orale  
 AAS = Acide acétylsalicylique

¶ La trithérapie «AAS + Clopidogrel + ACO» ne sera instaurée exclusivement en cas d'indication absolue d'une anticoagulation orale. Exemples:

- FA nécessitant une ACO (selon le CHADS<sub>2</sub> Score, p. 143)
- Valves mécaniques

L'INR cible devra être autour des 2.0 (= viser l'INR le plus bas nécessaire mais encore efficace). Cette anticoagulation orale devrait être d'une durée aussi courte que nécessaire. [IIaC]

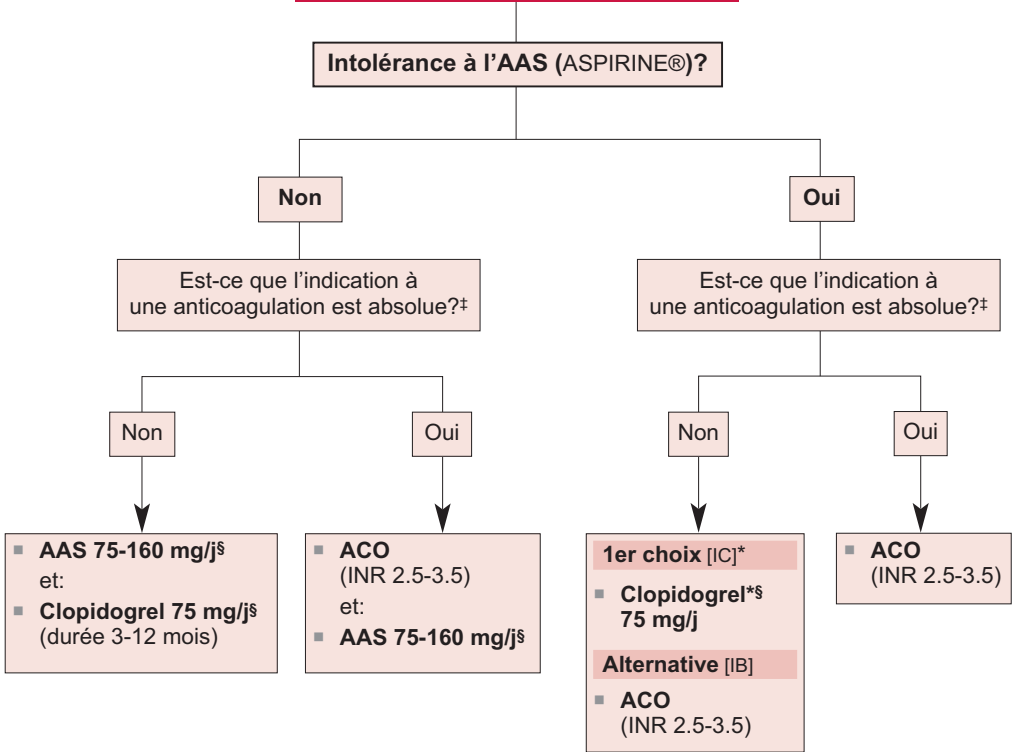
§ Dose de charge (1x en situation d'urgence):

- AAS: .....250-500 mg **IV** ou 150-325 mg **PO**
- Clopidogrel: ....600 mg **PO**

‡ Indications absolues d'une ACO, exemples:

- FA (selon le CHADS<sub>2</sub> Score, p.143)
- Valves mécaniques

## STEMI sans implantation de STENT



**Algorithme 6:** Guidelines du Tx anticoagulant post STEMI chez des patients sans implantation de STENT.<sup>5</sup>

ACO = Anticoagulation orale  
AAS = Acide acétylsalicylique

- \* Clopidogrel devrait être le Tx de choix pour les raisons suivantes:
- Risque hémorragique sous ACO est plus élevé
  - Meilleure compliance médicamenteuse du Clopidogrel versus ACO
- § Dose de charge (1x en situation d'urgence):
- AAS: .....250-500 mg IV ou 150-325 mg PO
  - Clopidogrel: ....600 mg PO
- ‡ Indications absolues d'une ACO, exemples:
- FA (selon le CHADS<sub>2</sub> Score, p. 143)
  - Valves mécaniques

- Gén: Lors d'un STEMI, il faut évoquer une thrombolyse en présence des 3 critères suivants:
1. ICP impossible < 2 h après le premier contact médical, cf. algorithme 3 p. 168.
  2. Douleurs thoraciques < 3 h et hémodynamiquement stable (sans ICA cardiogène, p. 22)
  3. Pas de contre-indications pour une thrombolyse (ci-dessous).

Ind:<sup>2</sup> Indications à une thrombolyse en cas de STEMI

### Évidence IA

1. Absence de contre-indications (critères, cf. ci-dessous) et:  
STEMI avec une symptomatologie de SCA depuis > 15-20 min et < 12 h\* et un sus-décalage des segments ST comme suit:
  - **> 1 mm dans ≥ 2 dérivations** précordiales (V1-V6) contiguës ou ≥ 2 dérivations périphériques adjacentes (I-III, aVL-aVF)
2. Absence de contre-indications (critères, cf. ci-dessous) et:  
STEMI avec une symptomatologie de SCA depuis > 15-20 min et < 12 h\* et apparition nouvelle (ou supposée) d'un BBG.

### Évidence IIa

1. Absence de contre-indications (critères, cf. ci-dessous) et:  
STEMI avec une symptomatologie de SCA depuis > 15-20 min et < 12 h\* et un ÉCG compatible avec un vrai infarctus postérieur (ex: R > S en V1).
2. Absence de contre-indications (critères, cf. ci-dessous) et:  
STEMI avec une symptomatologie de SCA depuis 12-24 h et symptômes d'ischémie persistante et sus-décalages des segments ST comme suit:
  - **> 1 mm dans ≥ 2 dérivations** précordiales (V1-V6) contiguës ou ≥ 2 dérivations périphériques adjacentes (I-III, aVL-aVF)

C-I:<sup>1</sup>

### Contre-indications ABSOLUES d'une thrombolyse lors d'un STEMI

- Antécédent d'AVC hémorragique ou AVC d'origine indéterminée
- AVC ischémique durant les 6 derniers mois, à l'exception de l'AVC ischémique hyperaigu < 4.5 h (cf. critères de thrombolyse p. 298)
- Traumatisme ou néoplasie du SNC
- Traumatisme/intervention chirurgicale/traumatisme crânien majeur durant les 3 dernières semaines
- Hémorragie gastro-intestinale durant les 4 dernières semaines
- Dissection aortique, p. 12
- Diathèse hémorragique<sup>f</sup> connue (les menstruations ne sont pas une contre-indication)
- Ponction de vaisseaux incompressibles

### Contre-indications RELATIVES d'une thrombolyse lors d'un STEMI

- AIT durant les 6 derniers mois
- Anticoagulation orale (risque hémorragique linéaire à l'INR)
- Grossesse ou jusqu'à 1 semaine post-partum
- HTA réfractaire: TAS > 180 mmHg et/ou TAD > 110 mmHg
- Insuffisance hépatique avancée
- Endocardite infectieuse
- Ulcère peptique actif
- Réanimation réfractaire

Tableau 4: Contre-indications d'une thrombolyse lors d'un STEMI.

- Att: • Attitude pratique de la thrombolyse, cf. p. 400
- Rem: • Les C-I mentionnées sont aussi valables pour la thrombolyse de l'embolie pulmonaire

### \* En pratique clinique

- **Lors d'un STEMI, l'ICP est préférable par rapport à la thrombolyse**, surtout si le temps entre le premier contact médical et la ICP est > 2 heures.
- Le bénéfice de la thrombolyse diminue avec la durée des douleurs thoraciques.
- La **thrombolyse** devrait idéalement être initiée en **dessous de 3 h** afin de sauver un maximum de myocarde.

<sup>f</sup> Diathèse hémorragique (diathèse = prédisposition à une hémorragie spontanée)

Clas: 1. Thrombopénie ou thrombopathie

2. Coagulopathie (hémophilie, autres)

3. Diathèse hémorragique vasculaire: purpura simplex (après des «mini-trauma», svt. d'origine génétique); purpura sénile (svt. après des micro-trauma); maladie d'OSLER-WEBER (télangiectasie hémorragique)

## Prévention secondaire post STEMI<sup>1,2</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Tabac</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chez les fumeurs: proposer un programme anti-tabac [IB]</li> <li>■ Tx médicamenteux combiné (A + B) [IB]:             <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Anxiolyse                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buspirone BUSPAR® (formulation orale)</li> </ul> </li> <li>B. Substitution nicotinique: combiner un Tx «PO» + patch§</li> </ul> </li> <li>■ Tx antidépresseur [IIaC]             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tartrate de varenicline CHAMPIX® (formulation orale)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Contrôle de la pression artérielle (TA)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ But: <b>TA &lt; 130/80 mmHg</b> [IA]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tx anti-HTA de choix (si nécessaire):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BB</li> <li>■ IECA</li> <li>■ Sartan</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Lipides</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Voir «Stratification de risque», p. 352, 353</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Activité physique</b></li> <li>■ <b>Réhabilitation cardiaque</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Activité physique 30-60 min/j (ou au moins 3-4x/sem): [IB]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcher, Nordic walking</li> <li>- Nager</li> <li>- Activités aérobies à intensité modérée</li> </ul> </li> <li>■ Réhabilitation cardiaque (↓ mortalité!), surtout en cas de STEMI chez des patients à facteurs de risque multiples [IB]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Contrôle du poids corporel</b></li> <li>■ <b>Syndrome métabolique</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMI cible: 18.5-24.5</li> <li>■ Un régime est indiqué si: [IB]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI <math>\geq</math> 30 et si tour de taille &gt; 102 cm (♂); &gt; 88 cm (♀)</li> </ul> </li> <li>■ Régime proposé:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible en apport sodique et en graisses saturées</li> <li>- Apport régulier en fruits, légumes et poissons</li> <li>- Une consommation d'alcool modérée ne doit pas être «défendue»</li> </ul> </li> <li>■ Chercher et traiter un évtl. syndrome métabolique (p. 356)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Diabète mellitus</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lifestile et contrôle des facteurs de risque (obésité, TA, lipides) [IB]</li> <li>■ HbA1c cible &lt; 6.5 % [IB]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Traitement antithrombotique</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Guidelines des antithrombotiques:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- STEMI <u>avec</u> STENT, cf. algorithme 5, p. 174</li> <li>- STEMI <u>sans</u> STENT, cf. algorithme 6, p. 175</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>IECA, sartan (ARA)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Indications, cf. tableau 2 p. 171</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Bêta-bloquants</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Indications d'un BB, cf. tableau 2 p. 171</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Insuffisance cardiaque et dysfonction du VG</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Bêta-bloquant</b>: chez tous les patients post STEMI (sans C-I), [IA]</li> <li>■ <b>IECA</b>: chez tous les patients post STEMI (sans C-I), [IA]</li> <li>■ <b>Sartan</b> (z.B. Valsartan): chez tous les patients (sans C-I) avec intolérance aux IECA [IB]</li> <li>■ <b>Antagoniste de l'Aldostérone</b> (Éplérénone, Spironolactone) si: [IB]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- FEVG <math>\leq</math> 40 %:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>et: signes d'insuffisance cardiaque</li> <li>et: créatininémie &lt; 220 <math>\mu</math>mol/L (♂) ou &lt; 177 <math>\mu</math>mol/L (♀)</li> <li>et: kaliémie &lt; 5 mmol/L</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ <b>Traitement de resynchronisation cardiaque (CRT)</b> si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- FEVG <math>\leq</math> 35 % et QRS <math>\geq</math> 120 ms avec NYHA III-IV malgré un Tx médicamenteux optimal et ayant exclu un stunning** [IA]</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Prévention de la mort subite</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>DCI (défibrillateur cardiaque implantable) si</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- FEVG <math>\leq</math> 30-40 % et NYHA II ou III au moins 40 j post STEMI [IA]</li> <li>- FEVG <math>\leq</math> 30-35 % et NYHA I au moins 40 j post STEMI [IIaB]</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 5: Prévention secondaire post STEMI.

VG = Ventricule gauche; BMI = Body mass index

§ Exemples de substitution nicotinique:

- «Patch»: NICORETTE® dispositif transdermique; NICOTINELL® Patch
- «PO»: NICOTINELL® (gomme à mâcher, cp à sucer); NICORETTE® (pastilles à mâcher, inhaler, microtab)

\*\* «Stunning» = myocarde potentiellement viable, se situant autour de la zone nécrosée, mais qui a perdu temporairement sa capacité contractile (même après reperfusion). Ce myocarde répond moins bien au Tx médicamenteux.

## Angor instable ou NSTEMI

### Traitement initial (durant les 24 premières heures)

1. O<sub>2</sub> (sonde nasale, masque)
  2. AAS .....500 mg **IV** ou PO, p. 181
  3. Héparine .....5'000 UI **IV** bolus, puis cf. p. 181
  4. Clopidogrel .....Charge: 600 mg PO, puis cf. p. 181
  5. Bêtabloquant .....voir p. 181
  6. Nitré, Morphine ....voir p. 170, 182
  7. Statine.....voir p. 182
- } Évaluer tjs. le risque hémorragique!

#### Haut risque de SCA (≥ 1 critère)

- Durée des douleurs thoraciques > 20 min ou soutenues
- Instabilité hémodynamique ou rythmique
- Changement dynamique de ST
- Sous-décalage nouveau de ST > 1 mm
- Troponine positive
- FEVG < 40 %
- Diabète mellitus
- Insuffisance rénale (clearance < 30 mL/min)
- St. post ICP ou IMA < 6 mois
- St. post bypass coronarien
- Insuff. cardiaque ou apparition nouvelle ou accentuation d'un souffle de régurgitation mitrale

#### Bas risque de SCA

1. Asymptomatique et:
2. Troponines négatives et:
3. Pas de sous-décalage ST

2<sup>ème</sup> dosage des troponines

Positives

Négatives

À évoquer (consultation):

- **Inhibiteur GP IIb/IIIa** (p. 181):
- Tirofiban ou Eptifibatide

**Stratégie invasive**  
si situation à risque\*

Oui

Non

«Angio» < 2 h (précoce)

«Angio» < 72 h

Tx médicamenteux

ICP

Bypass aorto-coronarien

Continuer Clopidogrel et AAS

Inhibiteur de la GP IIb/IIIa

Arrêt du Clopidogrel

**Mise en évidence d'une ischémie myocardique?**  
(→ consultation cardio)

Oui, ou non diagnostique

Non

«Angio»

Contrôle ambulatoire

**Algorithme 7:** Attitude en cas de NSTEMI (IMA sans élévation ST) et angor instable.<sup>6,7</sup>

SCA = Syndrome coronarien aigu; FEVG = Fraction d'éjection ventriculaire gauche.

Angio = Angiographie; ICP= Intervention coronarienne percutanée, IMA = Infarctus myocardique aigu

\* **Situations à risque** (1 critère suffit):

- Douleurs résistantes au Tx sans changement d'ÉCG
- Angor récidivant avec sous-décalages des segments ST > 2 mm ou ondes T nettement négatives
- Instabilité hémodynamique: ICA cardiogénique (p. 22), arythmie maligne (TV, FV)

**Antiagrégants thrombocytaires**

<p>■ <b>Acide acétylsalicylique</b> ASPIRINE® (algorithmes p. 174, 175)</p>	<p><b>Phase aiguë (24 h)</b> Ind: • Tous les NSTEMI sans Tx préalable à l'AAS. [IA] Dos: • IMMÉDIATEMENT: AAS 250-500 mg <b>IV</b> ou 150-325 mg PO • Si intolérance à l'AAS: Clopidogrel 1x 600 mg PO (charge)</p> <p><b>Phase subaiguë et chronique</b> Dos: • 75-160 mg/j PO</p>
<p>et</p> <p>■ <b>Clopidogrel</b> (algorithmes p. 174, 175)</p>	<p><b>Phase aiguë (24 h)</b> Ind: • Tous les NSTEMI Dos: • 1x 600 mg PO (charge; 600 mg agissent plus vite que 300 mg)</p> <p><b>Phase subaiguë et chronique</b> Dos: • Dose d'entretien: selon évolution (→ consultation cardio), ex.: a) Si ICP avec un STENT non-induit (= BMS, bare-metal STENT): 75 mg/j PO pdt. 1 mois (mieux 12 mois) [IB] b) Si ICP avec STENT induit (Sirolimus ou Paclitaxel): 75 mg/j PO pdt. ≥ 1 an (chez patients à risque faible hémorragique)</p>

**Anticoagulants: Héparine / HBPM / Inhibiteur du facteur Xa**

**Initial (chez tous les patients): 5'000 UI héparine IV-bolus, puis:**  
1<sup>er</sup> choix (sauf en cas d'insuffisance rénale ou lors de revascularisation prévue):  
- Inhibiteur du facteur Xa (ex: Fondaparinux); ci-dessous  
- ou HBPM (ex: Énoxaparine); ci-dessous  
- ou inhibiteur de la thrombine (ex: Bivalirudine)  
2<sup>ème</sup> choix: Héparine en perfusion **IV** continue

<p>■ <b>Inhibiteur du facteur Xa:</b> - <b>Fondaparinux</b> ARIXTRA®</p> <p>ou:</p>	<p><b>Phase aiguë (24 h)</b> Dos: • 1x 2.5 mg/j <b>SC</b>. Mais si clairance &lt; 20 mL/min → <b>Héparine</b></p> <p><b>Phase subaiguë et chronique</b> Gén: • Adm. pdt. au moins 48 h; puis cf. «Guidelines du traitement antithrombotique», algorithmes 5 et 6, p. 174, 175</p>
<p>■ <b>HBPM:</b> - <b>Énoxaparine</b> CLEXANE®</p> <p>ou:</p>	<p><b>Phase aiguë (24 h)</b> Dos: • 2x 1 mg/kg/j <b>SC</b>. Mais si clairance &lt; 30 mL/min → <b>Héparine</b> 2nd: • Risque hémorragique si clairance &lt; 30 mL/min!</p> <p><b>Phase subaiguë et chronique</b> Gén: • Adm. pdt. au moins 48 h; cf. algorithmes 5 et 6 p. 174, 175</p>
<p>■ <b>Héparine (IV cont.)</b> C'est le 1<sup>er</sup> choix en cas de: - Insuff. rénale - Revascularisation prévue</p> <p>évtl.</p>	<p><b>Phase aiguë (24 h)</b> Dos: • Bolus initial: 5'000 UI <b>IV</b>, - puis: héparine 12-15 UI/kg/h <b>IV</b> cont. (max. 1'000 UI/h <b>IV</b>) • Contrôle aPTT après 6 h; cible: 1.5-2 N (= env. 50-70 sec) Rem: • En cas de thrombopénie induite par l'héparine (HIT), ad: - Lépirudine: dose de charge de 0.1 mg/kg <b>IV</b> bolus, puis perfusion 0.15 mg/kg/h <b>IV</b> cont. [IIA]</p> <p><b>Phase subaiguë et chronique</b> Gén: • Durée de l'adm de l'héparine ≥ 48 h, puis algor. 5 et 6 p. 174, 175</p>

**Inhibiteur de la glycoprotéine IIb/IIIa (GP IIb/IIIa)**

<p>■ <b>Tirofiban</b> AGGRASTAT®</p>	<p>Ind: • Voir algorithme 7, p. 178 Dos: • Charge: 0.4 µg/kg/min <b>IV</b> pdt. 30 min • Dose d'entretien durant 18-24 h: a) Clairance ≥ 30 mL/min:.....0.1 µg/kg/min <b>IV</b> b) Clairance &lt; 30 mL/min:.....0.05 µg/kg/min <b>IV</b></p>
<p>■ <b>Eptifibatide</b> INTEGRILIN®</p>	<p>Ind: • Voir algorithme 7, p. 178 Dos: • Charge: 180 µg/kg <b>IV</b> pdt. 30 min • Dose d'entretien durant 18-24 h: a) Clairance ≥ 30 mL/min .....2.0 µg/kg <b>IV</b> b) Clairance &lt; 30 mL/min .....1.0 µg/kg <b>IV</b></p>

(suite) Traitement médicamenteux et NSTEMI	
<b>Bêta-bloquant</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Métoprolol</b> (ou autres BB)</li> </ul>	<p>Ind: • Tous les NSTEMI (Tx au long cours); incl. en cas d'insuff. cardiaque modérée/sévère; ici titrer la posologie avec prudence! [IB]</p> <p>Dos: • Per os: Métoprolol 4x 50 mg/j; Aténolol 2x 50 mg/j</p> <p>• Parentérale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Métoprolol</b>: 2.5-5 mg/1-5 min <b>IV</b>, répéter après 5-10 min (dose initiale = 15 mg). Si ces 15 mg sont bien tolérés, on peut passer à un Tx PO (15 min après la dernière adm. <b>IV</b>): ad. 25-50 mg PO aux 6 h pdt. 48 h; puis 2x 100 mg/j.</li> <li>- <b>Esmolol</b>: <i>Initial</i>: 0.5 mg/kg <b>IV</b> en 2-5 min (bolus pas obligatoire et non indiqué en cas de BPCO). <i>Dose d'entretien</i>: 0.1 mg/kg/min <b>IV</b> (si BPCO léger: 0.025 mg/kg/min), puis titrer: augmenter aux 10-15 min de 0.05 mg/kg/min. Dose maximale: 0.3 mg/kg/min <b>IV</b></li> </ul>
<b>Inhibiteurs du système RAA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>IECA</b></li> </ul>	<p>Ind: • NSTEMI avec (1 critère est suffisant): [IA]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FEVG &lt; 40 %; diabète mellitus; HTA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Sartan (ARA)</b></li> </ul>	<p>Ind: • NSTEMI et (tous les critères sont exigés): [IA]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intolérance aux IECA</li> <li>- FEVG &lt; 40 %</li> <li>- Insuffisance cardiaque clinique ou radiologique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Antagoniste de l'Aldostérone</b></li> <li>- Éplérénone</li> <li>- Spironolactone</li> </ul>	<p>Ind: • NSTEMI et (tous les critères sont exigés): [IA]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clairance &gt; 30 mL/min</li> <li>- Kaliémie ≤ 5 mmol/L</li> <li>- Patients déjà sous Tx d'IECA</li> <li>- FEVG ≤ 40 %</li> <li>- Et en plus: insuff. card. symptomatique ou diabète mellitus</li> </ul>
<b>Nitrés</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Nitroglycérine</b></li> </ul>	<p>Gén: • Les nitrés ont exclusivement une efficacité symptomatique; ils n'ont pas d'influence sur la mortalité.</p> <p>Ind: • Voir sous «STEMI», p. 170</p>
<b>Anticalciques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Amlodipine</b> et autres anticalciques à longue durée d'action</li> </ul>	<p>Ind: • NSTEMI avec symptômes d'ischémie résiduelle, lorsque les bêta-bloquants ne s'avèrent pas assez efficaces. [IB]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NSTEMI en cas d'intolérance ou de C-I aux BB [IC]</li> </ul>
<b>Anticoagulation orale (antagonistes de la vitamine K)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Acénocoumarol</b></li> <li>■ <b>Phenprocoumone</b></li> </ul>	<p>Ind: • Ad. consultation cardio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir «Guidelines du traitement antithrombotique», p. 176, 177</li> </ul>
<b>Hypolipémiants</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Statine</b></li> <li>■ <b>Fibrate</b></li> <li>■ <b>Niacine</b></li> </ul> <p>(cf. aussi «Stratification de risque», p. 352, 353)</p>	<p>Gén: • Doser les lipides (cholestérol, HDL, LDL, TG) dans les 24 premières heures suivant l'hospitalisation. [IC]</p> <p>Ind: • Tous les NSTEMI, indépendamment du taux des LDL [IA]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDL cible: &lt; 2.6 mmol/L (si haut risque &lt; 2.0 mmol/L)</li> </ul> <p>Att: • Lors d'une triglycéridémie &gt; 5.5 mmol/L:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrate ou Niacine (but: réduire le risque de pancréatite)</li> <li>- Arrêter la consommation d'alcool</li> </ul>
<b>Autres thérapeutiques lors d'un NSTEMI</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>HTA, DM, lifestyle</b></li> </ul>	<p>Att: • Voir STEMI, p. 177</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Vaccin anti-grippe</b></li> </ul>	<p>Ind: • Tous les STEMI 1x/an (mi-octobre à mi-novembre) [IB]</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Hormonothérapie</b></li> </ul>	<p>Gén: • Les hormones «Oestrogène ± Progestérone» ne devraient PAS être initiées chez des femmes post-ménopausées. [IA]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes post-ménopausées sous «Oestrogène ± Progestérone» devraient arrêter ce Tx (car risque cardiovasculaire et cancer du sein ↑ sous hormonothérapie). Cette attitude «risque/bénéfice» sera discutée avec les patientes.</li> </ul>

Tableau 6: NSTEMI et traitement.