

Mise à jour 2018 des procédures de cardiologie

L Belle

Le réseau nord alpin des urgences

Recherche



Avalanches RENAAV



Arrêts cardiaques



Biologie BIORENAU



Commission
PARAMÉDICALE



Commission
SCIENTIFIQUE



Gériatrie GRENAU



Neurologie RENAU-
AVC



Cardiologie
RESURCOR

Le réseau nord alpin des urgences

Nouveautés

Le tutoriel pour installer l'appli en 5 secondes est en ligne.....

Cher(e)s ami(e)s, Le tuto d'installation de notre nouvelle interface d'application est en ligne! Que ce soit sur IOS ou Android, installez en quelques secondes votre application RENAUI! Vous y trouverez l'ensemble du contenu du site dans un format de lecture adapté à votre écran. Attention n'oubliez pas de télécharger l'application RENAUI!



Le réseau nord alpin des urgences

REN.A.L.U.

Me tenir informé(e) sur :

☒ PROCÉDURES ☒ EXERCICES ☒ COMPTES-RENDUS DE RÉUNIONS ☒ COMPTES-RENDUS DE JOURNÉES ☒ RAPPORTS ☒ BLOGS ☒ ÉVÈNEMENTS

Loic.belle@wanadoo.fr

✓ Nous avons bien pris en compte votre inscription.

Le réseau nord alpin des urgences

Recherche



Avalanches RENAAV



Arrêts cardiaques



Biologie BIORENAU



Commission
PARAMÉDICALE



Commission
SCIENTIFIQUE



Gériatrie GRENAU



Neurologie RENAU-
AVC



Cardiologie
RESURCOR

Découvrez les procédures Cardiologie RESURCOR

mises à disposition



**Prise en charge de
suspicion pré-
hospitalière et
hospitalière des SCA
non ST+**

28 novembre 2018

Ouvrir



**Recommandations
régionales pour la
prise en charge des
SCA ST+ < 12 h**

28 novembre 2018

Ouvrir



**Transfert des
syndromes
coronariens aigus
non ST+ vers les
USIC
interventionnelles**

28 novembre 2018

Ouvrir



**Prise en charge des
patients porteurs
d'un défibrillateur
implantable : chocs
sur DAI**

28 novembre 2018

Ouvrir



Le réseau nord alpin des urgences

STEMI



RECOMMANDATIONS RÉGIONALES POUR LA PRISE EN CHARGE DES SCA ST+ < 12 h

REDACTION : Bureau RESURCOR
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

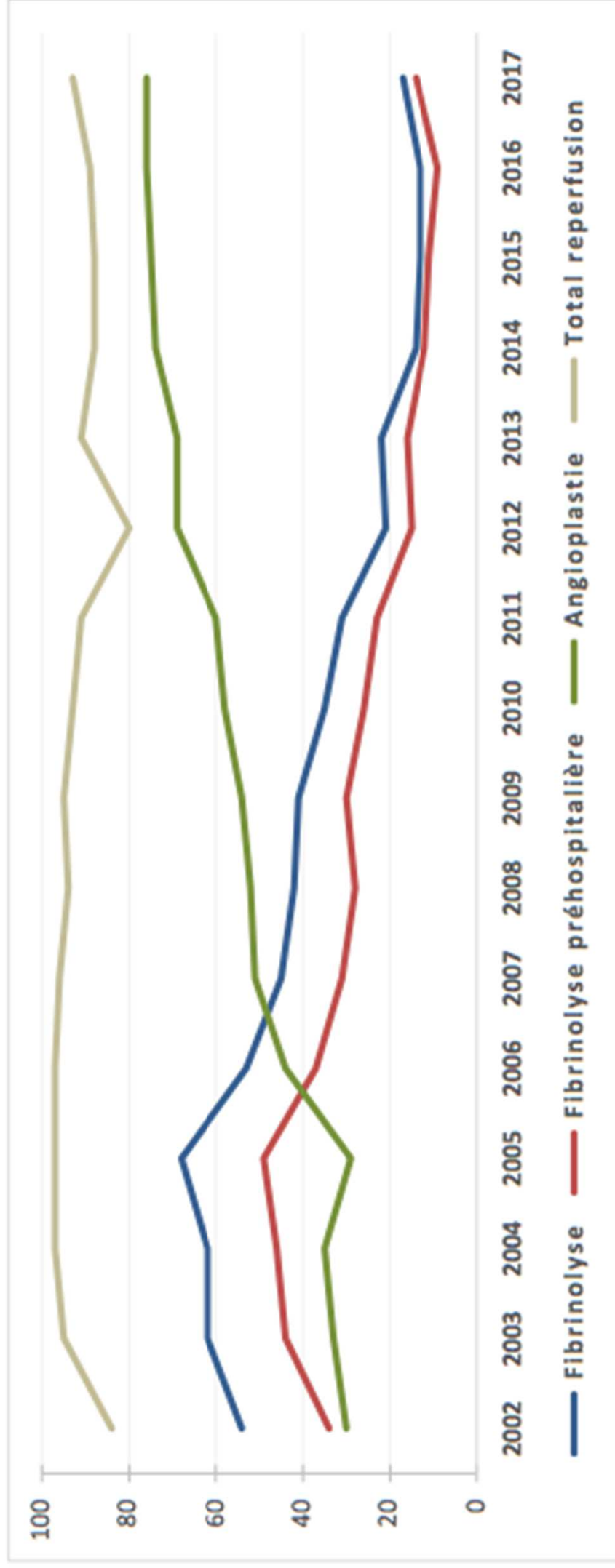
Tous les patients doivent être admis, le plus vite possible (intervention « primo-secondaire ») vers les Centres de Cardiologie Interventionnelle (CCI) pour une angioplastie primaire (AP), ou une éventuelle angioplastie de sauvetage après thrombolyse.

Les indications de coronarographie doivent être prises avant l'arrivée dans le CCI pour un accès direct en salle de cardiologie interventionnelle si nécessaire.

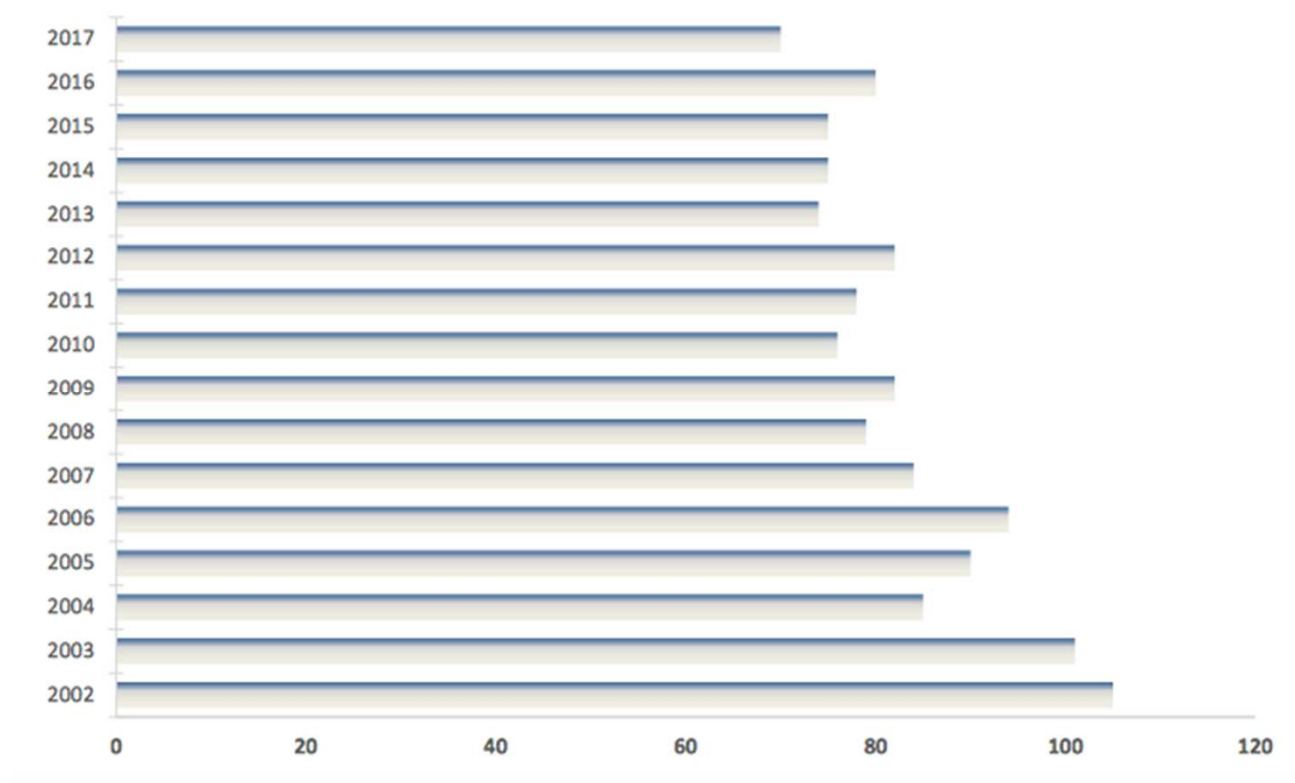
Le tableau ci-contre donne des indications pour choisir entre la thrombolyse ou l'AP.

Choc cardiogénique : orienter le patient vers un centre d'ECMO.

<div>Délais début de douleur</div> <div>Délai porte-porte*</div>	< 3h	3h à 12h
< 60 min	ANGIOPLASTIE	ANGIOPLASTIE
≥ 60 min (ou doute sur précision du délai)	THROMBOLYSE	ANGIOPLASTIE**

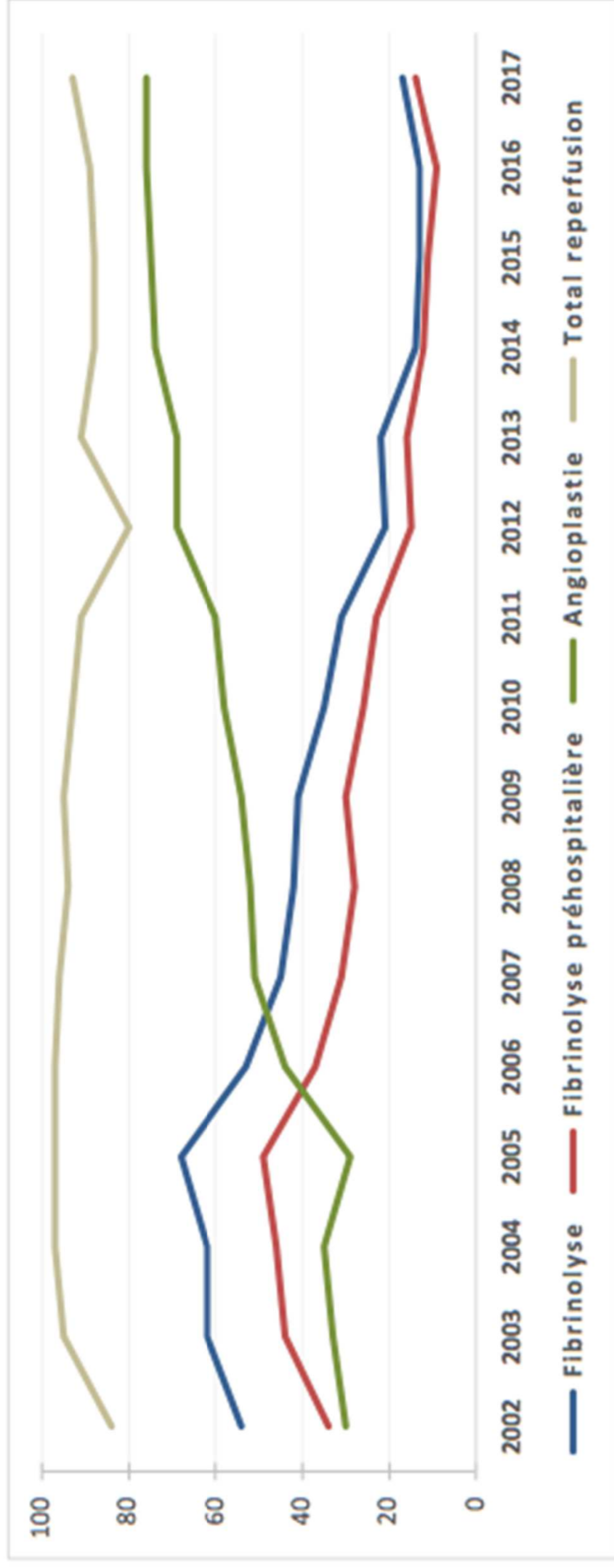


PPCI : Delai PEC-Ponction (mn)



PPCI : Délai PEC-Ponction (mn)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de SCA sus ST < 12h	486	442	454	460	457	468	507	520	511	518	520	537	547	506	557
Nb délais < 90 mn	56 (43%)	66 (48%)	65 (56%)	94 (49%)	115 (51%)	174 (68%)	161 (59%)	201 (68%)	200 (66%)	229 (63%)	254 (72%)	276 (70%)	290 (72%)	261 (68%)	324 (78%)



Le réseau nord alpin des urgences

STEMI

Pour l'angioplastie primaire :

ASPIRINE : 250 mg IV (ou PO) et TICAGRELOR* orodispersible 180 mg (CLOPIDOGREL 600 mg PO si TICAGRELOR contre-indiqué). HNF 70 UI/kg IVD (max : 7000 UI). Perfusion d'HNF de 12 UI/kg/h si transfert en salle de coronarographie > 1 heure.

Le réseau nord alpin des urgences

STEMI

D'autre part :

- Morphine : administration en titration IV selon la douleur.
- Pas d'O₂ sauf si saturation < 90 %.
- Dextro et insuline PS si G > 11 mmol/l (1 UI/h par g de glycémie > à 1 g/l).
- Nitrés PS si OAP et TA élevée ou HTA (1 à 4 mg/h).
- Bêta-Bloqueurs IV pré-hospitalier que si HTA ou TV, et en l'absence de signes d'insuffisance cardiaque. (**ATENOLOL** 5 mg IVL à renouveler 1 fois 10 min après, puis 50 mg PO 30 min après) **ou BREVIBLOC**.
- "**CONDITIONNEMENT ISCHEMIQUE A DISTANCE**" si possible : brassard gonflé au bras à 200 mmHg 5 min puis dégonflé 5 min, 4 fois de suite. Cycles à finir en salle de cardiologie interventionnelle si ceux-ci ne sont pas terminés.
- Patients sous AVK et AOD (APIXABAN, DABIGATRAN, RIVAROXABAN) : thrombolyse contre indiquée. Donner ASPIRINE et TICAGRELOR. Pas d'anticoagulants avant la salle de cardiologie interventionnelle.
- Patients sous CLOPIDOGREL. Donner la dose de charge de CLOPIDOGREL si thrombolyse, sauf pour patient > 75 ans. Donner dose de charge de TICAGRELOR si angioplastie.
- Patients sous PRASUGREL / TICAGRELOR : ne pas donner de dose de charge de CLOPIDOGREL / TICAGRELOR si angioplastie.



REN.A.U.

Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)


1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE



PRISE EN CHARGE DE SUSPICION PRE-HOSPITALIERE ET HOSPITALIERE DES SCA NON ST+

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

ASA 250 mg IV (pré-hospitalier)

Risque très élevé

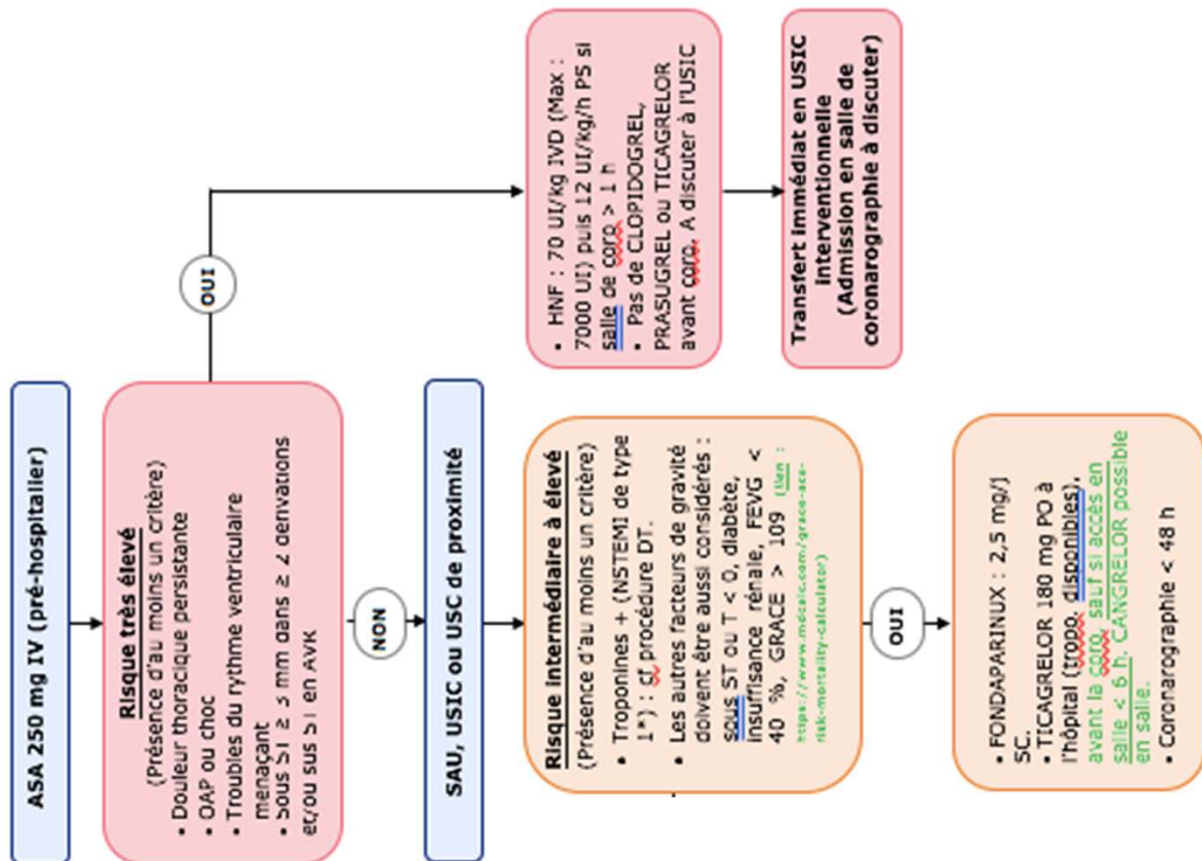
(Présence d'au moins un critère)

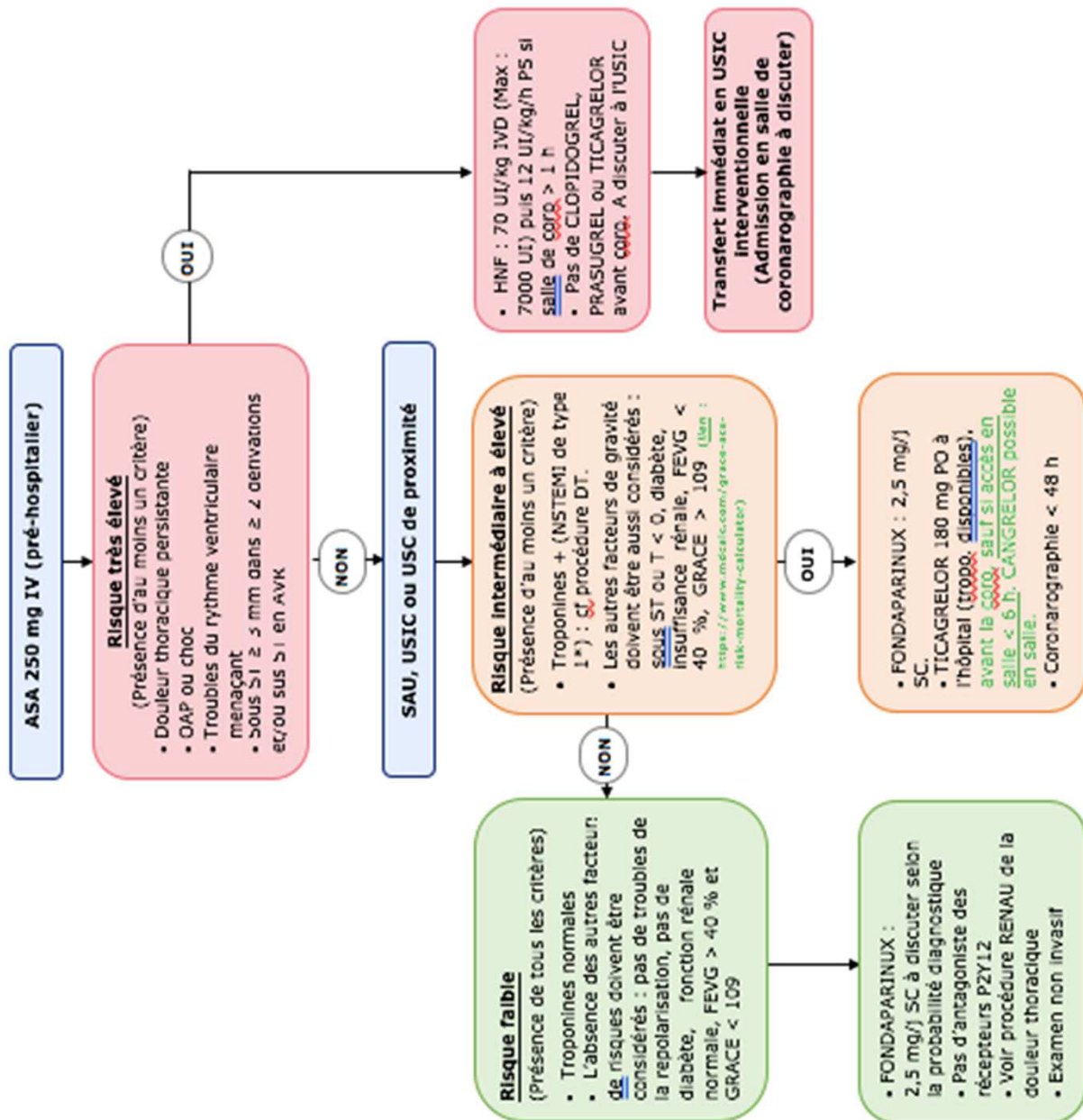
- Douleur thoracique persistante
- OAP ou choc
- Troubles du rythme ventriculaire menaçant
- Sous ST ≥ 5 mm dans ≥ 2 dérivations et/ou sus ST en AVK

OUI

- HNF : 70 UI/kg IVD (Max : 7000 UI) puis 12 UI/kg/h PS si salle de corq > 1 h
- Pas de CLOPIDOGREL, PRASUGREL ou TICAGRELOR avant corq. A discuter à l'USIC

Transfert immédiat en USIC interventionnelle
(Admission en salle de coronarographie à discuter)







Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

CARDIOLOGIE

SUSPICION DE SYNDROME AORTIQUE AIGU



REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

Le réseau nord alpin des urgences

- Objectifs : FC < 60/min et PAS < 120 mmHg



**ESMOLOL (Brevibloc®) : 0,5 mg/Kg en 1 min
puis 3 mg/Kg/h.**

Si Asthme (CI B Bloquant) : Diltiazem

Le réseau nord alpin des **urgences**

• Si PAS > 120 mmHg



URADIPIL (Eupressyl®)

Ou

NICARDIPINE (Loxen®)

CARDIOLOGIE



PRISE EN CHARGE DE L'OAP EN URGENCE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019



PRISE EN CHARGE DE L'OAP EN URGENCE

REDACTION : Bureau RESURCOR
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

Traitement conventionnel :

1. Position demi-assise

2. Oxygène :

- MHC 15 L/min

3. Dérivés nitrés (Risordan®) si TA systolique > 110 mmHg en dehors des CI (RAo serré, Inhibiteur de la 5-Phosphodiesterase)

- Bolus : 2-4 mg/5 min si TAS > 140 (ou TNT 2 bouffées si ø de VVP)
- Entretien : IVSE 1 mg/h puis augm de 1 mg/h toutes les 5 min tant que TAS > 110

4. Diurétique (Furosémide®) :

- 40 mg IVD (ou 0,5 mg/kg pour poids extrêmes)
- ICC décompensée : donner IV la dose matinale (per os) sans dépasser 120 mg

5. Ventilation

- Si SpO₂ < 90 % sous 15 L/mn d'O₂ ou détresse respiratoire : ventilation non invasive au choix :
 - CPAP à augmenter avec objectif de PEEP à 8-10 cmH₂O.
 - Ventilation à 2 niveaux de pression (VSAI + PEEP) : PEEP à 8 à 10 cmH₂O, aide 5 à augmenter avec max 15 cmH₂O. BPCO, sujet âgé, fatigue respiratoire ++.
- Morphine vivement conseillée : 0,05 mg/kg IV.



PRISE EN CHARGE DE L'OAP EN URGENCE

REDACTION : Bureau RESURCOR
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

Dégradation clinique : Choc Cardiogénique

**Noradrénaline® IVSE en débutant à 0,5-1 mg/h. Associer en deuxième intention la
Dobutamine : débiter à 5 µg/kg/min, augmenter progressivement jusqu'à 20µg/kg/min**



Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE



DOULEUR THORACIQUE - ECG NON DIAGNOSTIQUE EVALUATION D'UNE EVENTUELLE ORIGINE CORONAIRE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

⇒ DOULEUR ATYPIQUE ET PATIENT
NON CORONARIEN

et

⇒ FRCV < 3

⇒ DOULEUR TYPIQUE
ou ⇒ DOULEUR ATYPIQUE ET PATIENT
CORONARIEN
ou ⇒ FRCV ≥ 3

Aspirine 250 mg sauf CI

Monitoring conseillé
dans l'attente du diagnostic

Troponine hs : H0 - H3. Troponine conventionnelle : H0 - H6.
Un dosage suffit si DT > 6 h.

POSITIF

NEGATIF

SCA
A CONSIDERER

POSITIF

NEGATIF

- Explos (ECG effort, scinti, écho de stress,
coro scanner) ambulatoire < J7
- Possible de ne pas envisager de traitement
- Appel 15 si récidive

- Aspirine + FONDAPARINUX 2,5 mg/j SC
- Hospitalisation jusqu'aux explos (ECG
effort, scinti, écho de stress, coro scanner)



RE.N.A.U.

Coordination médicale :
Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

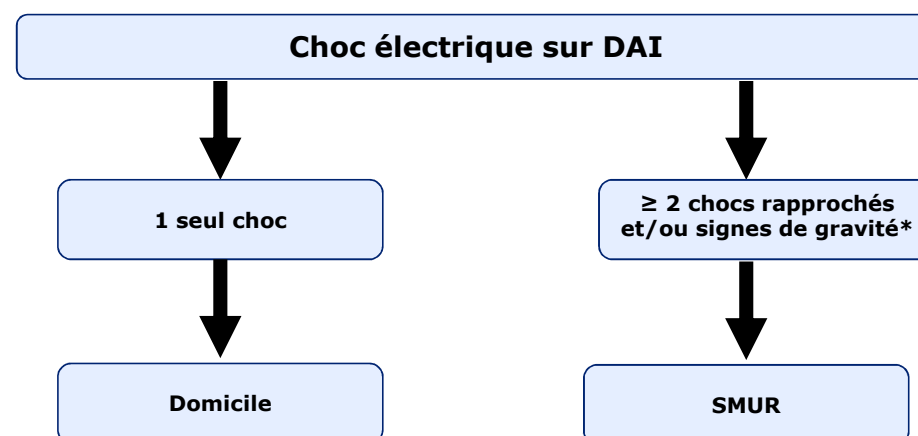
CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS D'UN DEFIBRILATEUR
IMPLANTABLE : CHOCS SUR DAI**

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019





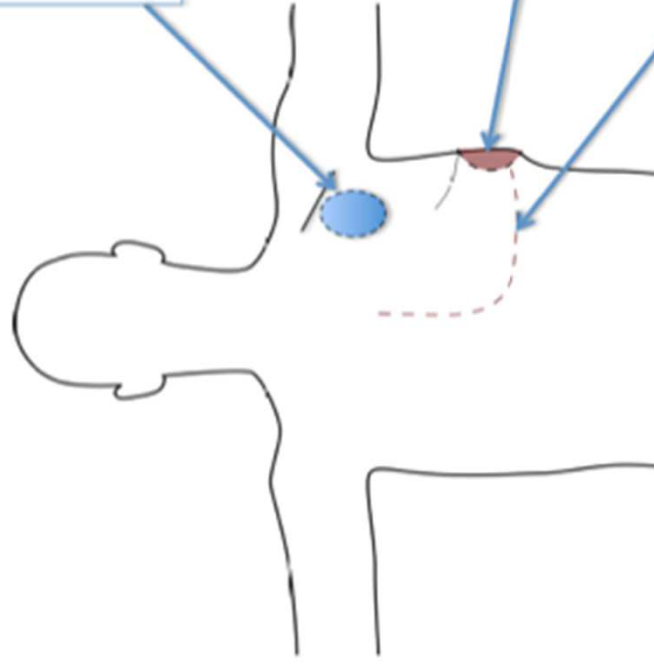
Situation des boîtiers de défibrillateur classique endoveineux et défibrillateur sous cutané pour le positionnement de l'aimant

Emplacement classique du défibrillateur endoveineux pré ou rétro pectoral gauche. Le boîtier peut dans de rare cas être situé du côté droit pré ou rétro pectoral droit.

Défibrillateur sous cutané

Emplacement sous axillaire bas côté gauche. Bien fixer, scotcher l'aimant sur le boîtier.

Sonde sous cutanée trajet bord du sternum et sous pectorale reliée au boîtier.





RE.N.A.U.

Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tussy - BP 90074

74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE FLUTTER DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

- **Discussion CEE si Instabilité
hémodynamique (signes de choc, OAP
massif) en rapport avec la FA**



RE.N.A.U.

Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074

74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE FLUTTER DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

FA < 48 H⁽¹⁾

MAJ du 01/01/2019

Avis cardio (+/- ETT) pour discuter cardioversion :

- Si pas de cardiopathie : Flécaïne IV (PO si FA connue)
- Si cardiopathie : Amiodarone

Consultation spécialisée en externe :

- ACC jusqu'à la cs spécialisée⁽²⁾
- Flécaïne ou Amiodarone selon la présence d'une cardiopathie



RE.N.A.U.

Coordination médicale :

Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)

1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074

74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



PRISE EN CHARGE D'UNE FIBRILLATION ATRIALE FLUTTER DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

FA > 48 H⁽¹⁾

Consultation spécialisée en externe :

- ACC jusqu'à la cs spécialisée⁽²⁾
- Pas d'AA
- Contrôle FC si symptômes⁽³⁾



Coordination médicale :
Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tessy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>



CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



PRISE EN CHARGE ET REGULATION D'UNE TACHYCARDIE A QRS FINS

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

- 1/ Manœuvres vagues (valsava modifié) :
https://www.youtube.com/watch?v=8DIRiOA_OsA
- 2/ Adénosine IVD (CI si asthme)
 - Striadyne 1 amp (20 mg)
 - Krenosin 2-3 amp IVD (12-18mg)ou
 - Tildiem 0,25 mg/kg IV 2 min



Coordination médicale :
Dr Loïc BELLE - Dr Cécile VALLOT
Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY
Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>



CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



**PRISE EN CHARGE D'UNE TACHYCARDIE
A QRS LARGES DE L'ADULTE**

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

- Manœuvres vagales pour le diagnostic de TSV en cas de tachycardie régulière et monomorphe :
 - Massage sino-carotidien ou manœuvre vagale modifiée.
 - Test de l'adénosine (Krenosin, Striadyne) **c** Contre-indication des drogues inotropes négatives (inhibiteurs calciques).
- **Pas d'anti-arythmique et transfert pour discussion d'exploration endocavitaire.**