




## Prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus ST - par TIH au CH Gap





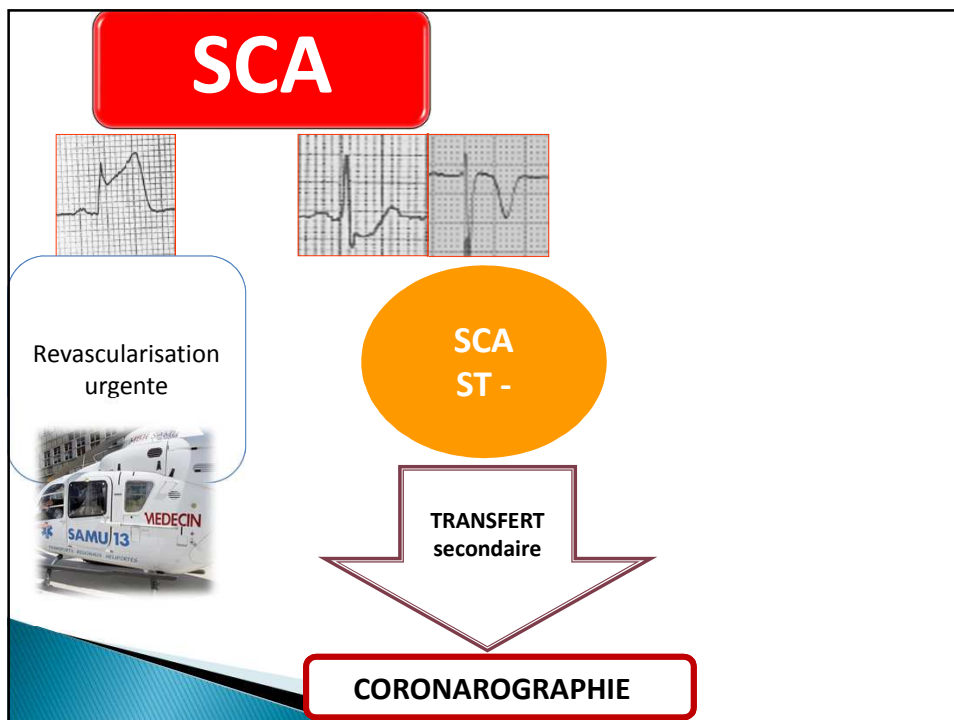


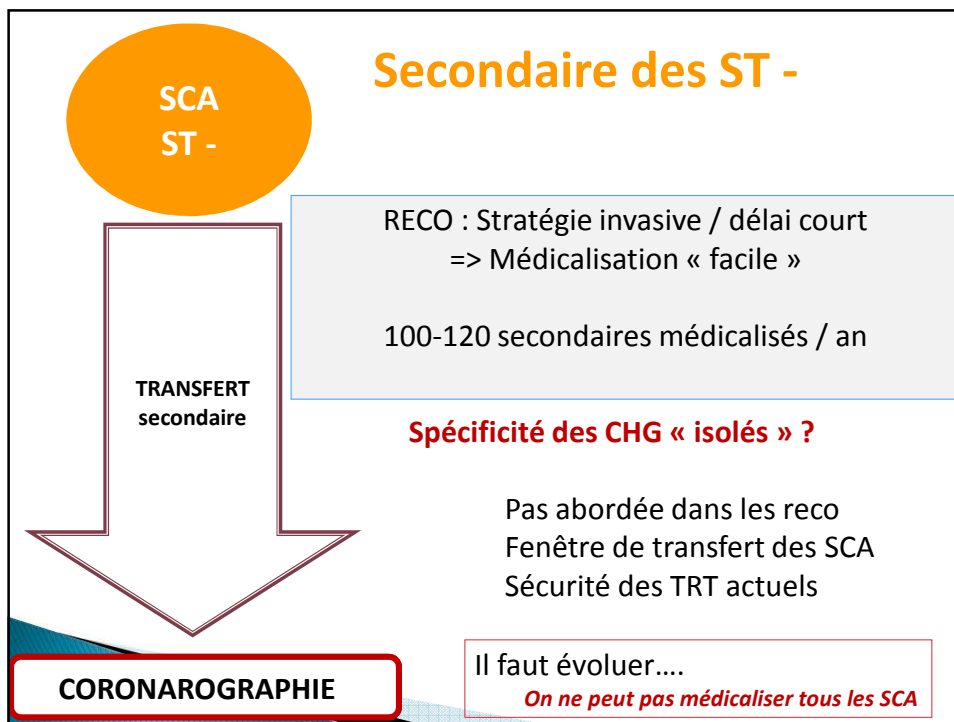
**Journée du RENAU**  
16 juin 2017

**RENAULT Nicolas (IDE)**  
**BAUDET Damien (médecin)**









## Pourquoi des TIH paramédicalisés?

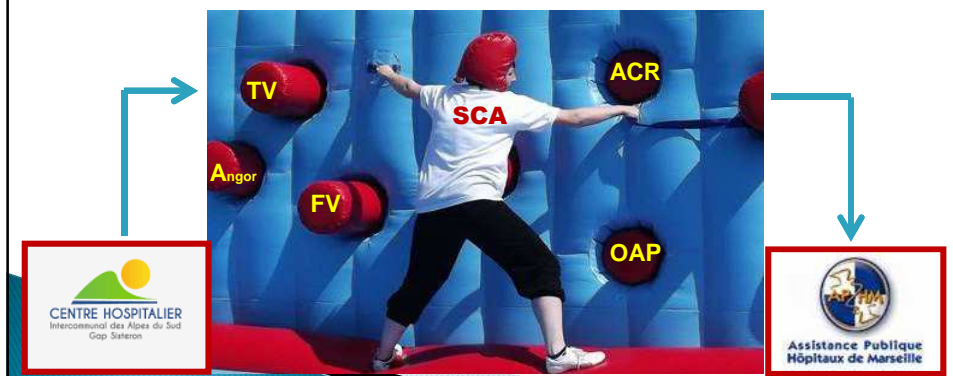
- ✓ Économie de temps médical (transfert 2<sup>nd</sup> évité)
- ✓ Économie de moyen .... Ambulance/Hélico
- ✓ Réduit séjour aux urgences / passage rapide SIC
- ✓ Séjour court SIC (rémunérateur...)

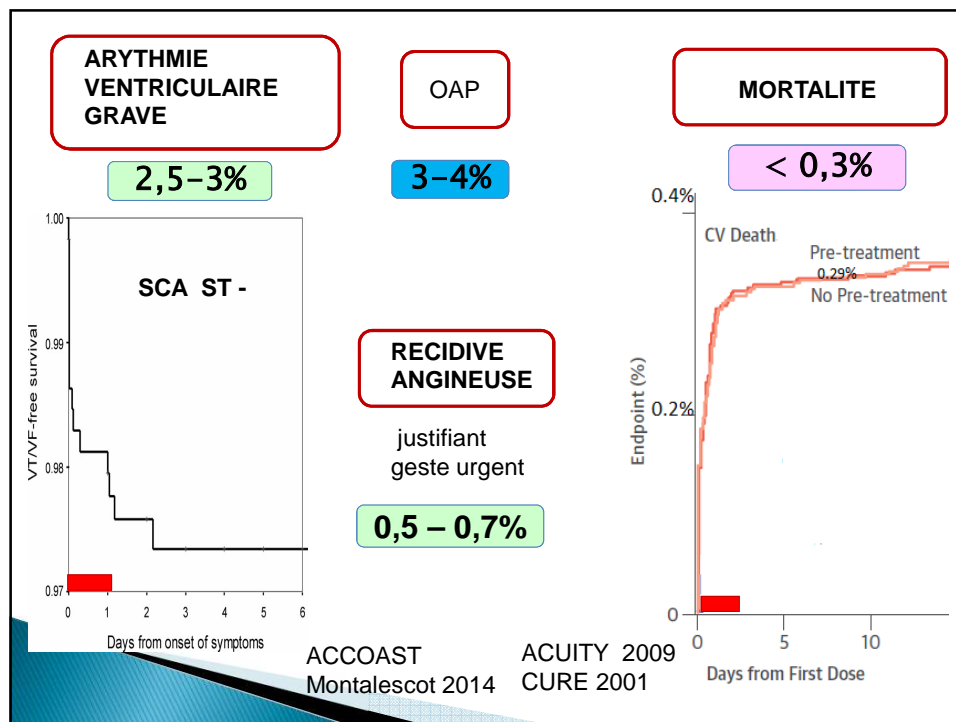



VS



## Quels risques des SCA ST - pendant le TIH ?



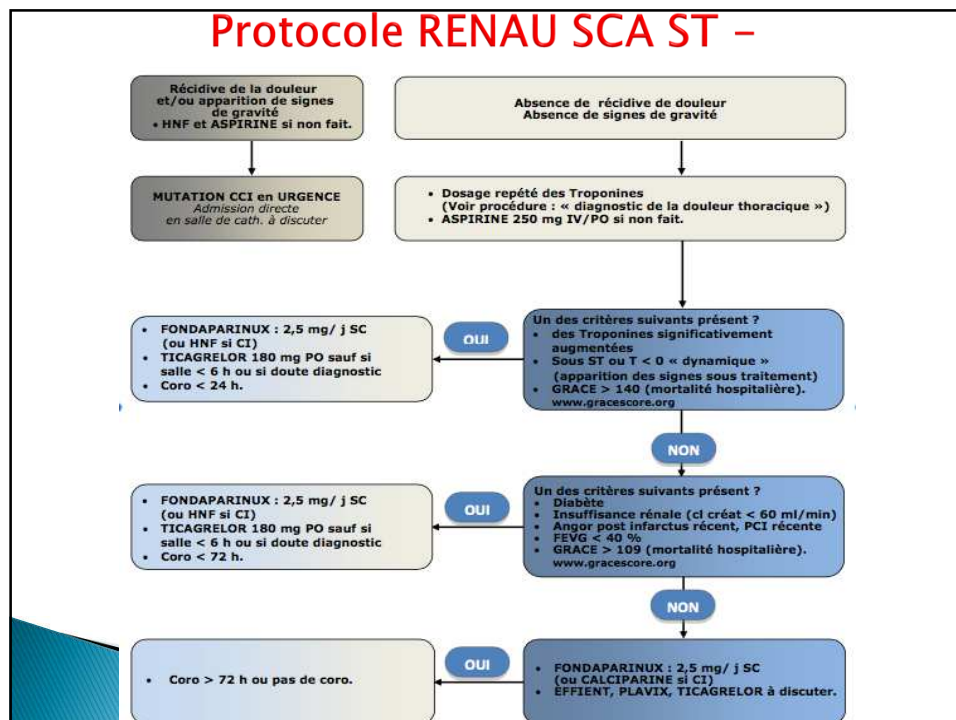
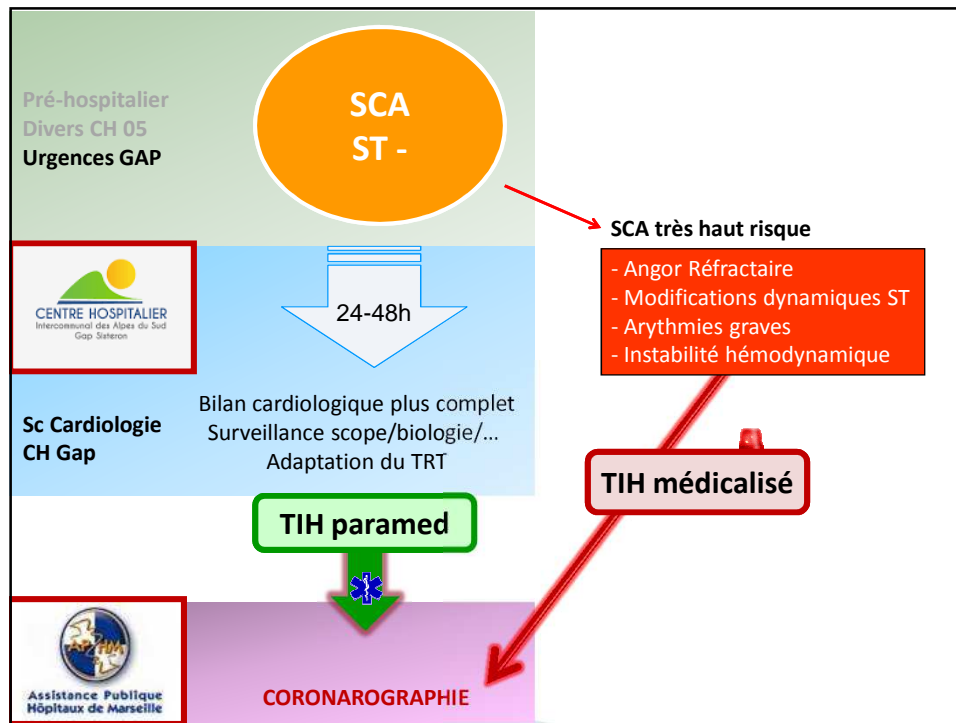
**TIH paramed**

**Quels risques pendant le TIH ?**

**Risque très minime après 12-24h de surveillance**

**Les traitements actuels sécurisent davantage**

**La phase d'observation au SIC permet de mieux stratifier les malades**



Sc Cardiologie  
CH Gap


**SIC**

**SCA ST -**

**DECISION de TRANSFERT PARAMEDICAL selon un score en 7 points**


☒ Surveillance scopée	> 24 H (SIC-UDT...)
☒ Dernière douleur	> 24 H
☒ ECG	Normalisation / stabilité
☒ Trouble du rythme	Absence de TRV péjoratif
☒ Hémodynamique	Stabilisée / Killip = 1
☒ ETT	FEVG > 35-40%
☒ Traitement médical	bi-AAP > 24 H (protocole)

**oui**



TIH Paramed

**Si non**  
*ou si SCA ST – tres haut risque*



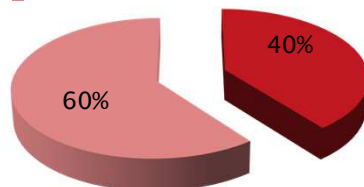
TIH Médicalisé

## Quelques chiffres .....

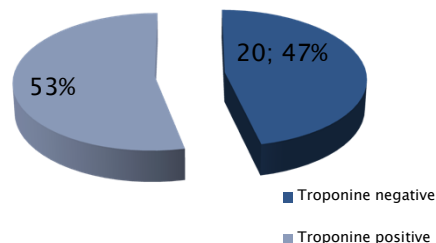
- Pré Etude prospective monocentrique 6 mois
- 60 TIH
- Population :

trouble de la repolarisation à l'ECG initiale

- Pas de modification
- ECG modifié



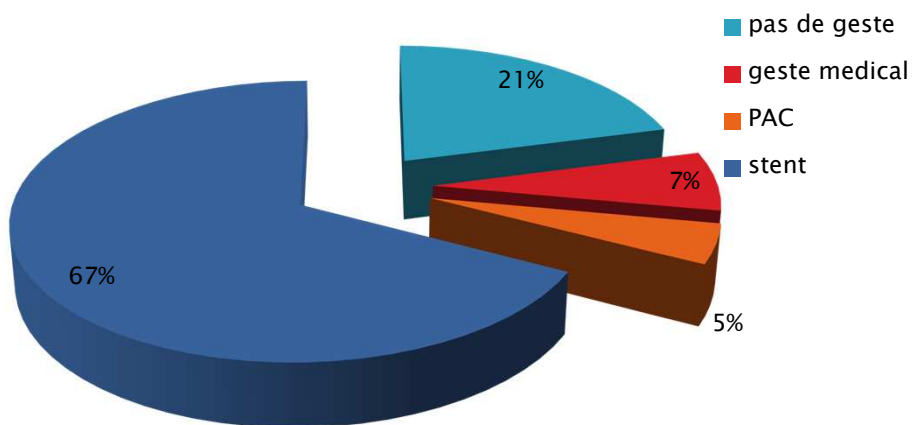
Dosage de la Troponine us



- > 90 % TTT dose charge BRILIQUE/ ARIXTRA
- Trajet Aller : moy 125 min



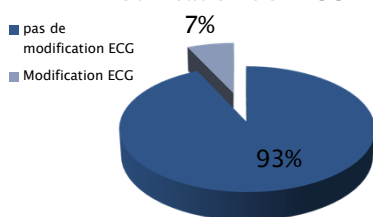
## Geste réalisé pendant la coro



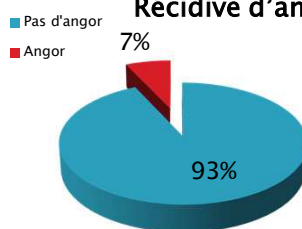
- > 70 coronariens revascularisés
- → pas perte de chance ( 7% complications ischémiques)
- 21 % coro blanche

## Evènements pendant transport

### Modification de l'ECG

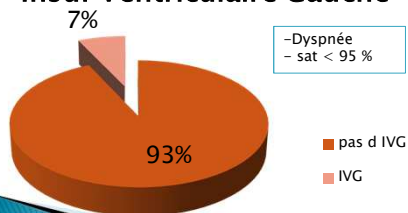


### Récidive d'angor



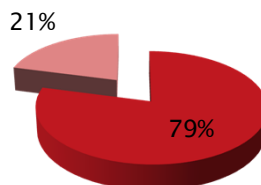
**Angor :**  
 - Récidive de la douleur  
 - TNT  
 - Douleur < 15 min

### Insuf Ventriculaire Gauche



-Dyspnée  
 - sat < 95 %

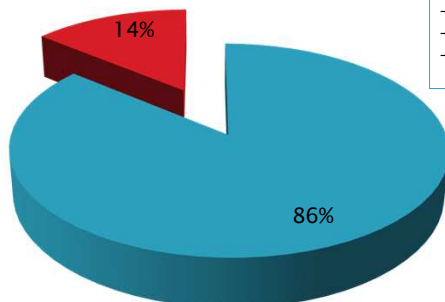
### Arythmie



-ESV  
 -TV bénigne non soutenue

## Interventions IDE pendant le transport

■ pas intervention de IDE  
■ Intervention de IDE



- 02  
- TNT  
- application du protocole  
- appel du medecin  
- Dérouté en urgences  
- utilisation du DSA

► 2 % appel centre 15 mais aucun déroutement



**TIIH**  
**Transfert Infirmier InterHospitalier**



## 1 – Effectif médical et paramédical:

- Journée: 4 médecins (2 SMUR et 2 SAU) + 4 IDE (2 SMUR, 1 SAU et 1 IOA)
- Nuit: 3 médecins (2 SMUR et 1 SAU) + 3 IDE (2 SMUR + 1 IOA)
- Du coup, **si TIH: -1 médecin et -1 IDE sur l'effectif**

**=>TIH = économie de temps médical et paramédical**

## 2 – Mode de fonctionnement

- ▶ TIH sur astreinte volontaire par IDE
- ▶ Environ 30 IDE inscrit sur le listing
- ▶ Plage horaire de **8h à 18h les jours ouvrables** (pas d'astreinte les week-ends, jours fériés, la nuit)
- ▶ Appel IDE la veille pour heure de départ et RDV dans le service d'accueil – possibilité de mobilisation en journée avec délai sur site d'1 heure

### 3 – Moyens



- Vecteur: 1 UMH + 1 Ambulancier DE



## 5 – Moyens

## Feuille de transport et de surveillance

[illegible][illegible]

## 6 – Exemple de Protocole IDE TIH

### TV non syncopale

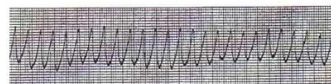
<b>Critères diagnostics</b>	<p>Malaise du patient Palpitation, poul rapide Dyspnée...</p> <p>Au scope : tachycardie complexe large régulier</p>	<b>Critères d'appel médical</b>	Appel devant toute suspicion de douleur angineuse
<b>Protocole IDE</b>	<p>Prise TA + FC + saturation / brancher scope O2 au MHC 15 litre Poser DSA en urgence +/- ECG si possible Surveiller conscience du patient</p> <p>Photo par SMS des ECG (ou scope) au médecin</p>		
<b>Protocole sous contrôle/contact médical</b>	<p>Protocole Cordarone Protocole Lidocaïne Pas de choc électrique si le malade est conscient OK pour CEE si DSA propose+inconscient</p>		
<b>Changement itinéraire</b>	Arrêt véhicule / aide du chauffeur		

### Problème rythmique aigu....



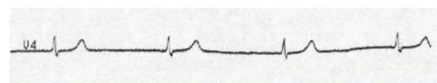
#### Réduire

- 1/ Sédation si besoin !
- 2/ CEE



#### traiter

- 1/ Cordarone
  - 2 amp en IVL
- 2/ CEE si echec et/ou mauvaise tolérance



#### Accélère

- Atropine  
1 Amp IV
- Isuprel :  
5 Amp/ 250, 10-20 gtt/min

#### Stimuler

- Entraînement externe  
avec sédation  
légère

## Exemple de protocole : CORDARONE

*Solution injectable IV à 150 mg / 3 ml*

Anti-arythmique , Classe 3

### Posologie :

IV : 300mg dilué dans du G5 , en 10-20 minutes = 2 ampoules (+/- 5mg/kg)

IVSE : 800mg / 24 heures = 6 ampoules (10-20 mg/kg/24h)

Surveiller la kaliémie.

Attention aux effets dépresseurs en cas d'injection trop rapide !!

Surveiller la fonction hépatique.



## Conclusion

- ▶ Bien screener les SCA ST – bas risque
- ▶ > 70 % revascularisation
- ▶ Pré TTT ( bi AAP + AC ) → pas complication
- ▶ Pas perte chance à transfert 2daire en coro
- ▶ Peu évènements pdt transport TIIH
- ▶ Economie temps médical et de moyens

## Ressources

- ▶ ACCOAST (Montalescot 2014)
- ▶ ACUITY 2009
- ▶ CURE 2001
- ▶ Rahimi 2006
- ▶ ESC guidelines
- ▶ TIIH brignoles COPACAMU 2016
- ▶ Pratiques des TIIH en Savoie (RENAU 2016)

Damien.BAUDET@chicas-gap.fr



## Merci de votre attention



RENAULT Nicolas (IDE)  
BAUDET Damien (médecin)