

MISE A JOUR DES PROCEDURES DU RESURCOR VERSION 2021



Le bureau du RESURCOR s'est réuni pour la révision des procédures version 2021. Pas de grandes nouveautés cette année.

Voici quelques TAKE HOME MESSAGES.

SCA ST+ < 12h :

- PEC des patient sous AVK/AOD : donner ASPIRINE ET PRASUGREL (EFIENT[®]) **SANS** HNF avant la salle de cardiologie interventionnelle.
- PEC des patients sous CLOPIDOGREL : Si angioplastie => donner dose de charge de PRASUGREL (EFIENT[®]) **ET** HNF.
- PEC des patients sous PRASUGREL (EFIENT[®]) ou TICAGRELOR (BRILIQUE[®]) : ne pas redonner d'inhibiteurs du récepteur P2Y12 si on pense que l'observance est bonne.

☐ SCA non ST+ :

- « Dans le risque intermédiaire à élevé : la Coronarographie devra être réalisée dans les 48 h. »
- Si elle est au mieux réalisée dans les 12 premières heures, ne pas donner d'autre AAP que l'aspirine (du PRASUGREL 60 mg per OS sera donné en salle de coro).
 - Si elle est réalisée après la 12ème heure, donner TICAGRELOR 180.

☐ ORIENTATION DES ARRETS CARDIAQUES RECUPERES :

Indication d'angioplasties si patient < 75 ans et ECG modifié et :

- No flow < 5 min.
- Ou No Flow > 5 min mais rythme initial choquable.

☐ ARRET CARDIAQUE REFRACTAIRE :

Indication d'ECMO : si PAS de no flow et délai d'arrivée au lieu d'implantation (effondrement/ arrivée CH) < 60 min (possible à 80 min si TV/TV)

Indication de DDAC : si no flow < 15 mn et délai effondrement /arrivée au CH < 120 min.

☐ PEC DES PATIENTS PORTEURS D'UN DEFIBRILLATEUR IMPLANTABLE :

chocs sur DAI

1 choc = patient reste à la maison.

2 chocs = hospitalisation

SYNDROME AORTIQUE AIGU

Contrôle de la PA et la FC tout au long de la PEC **SURTOUT** entre diagnostic au scanner et incision : ces objectifs ne sont pas suffisamment atteints en hospitalier,
Objectifs : FC < 60 /min et PAS < 120 mmHg => ESMOLOL ou DILTIAZEM (si asthme) en première intention.

EMBOLIE PULMONAIRE :

Les Ddimères ont une bonne VPN mais une mauvaise VPP.

Si tropo+ **ET** VD dilaté (= risque intermédiaire haut) => Hospitalisation enUSIC ET anticoagulation avec HBPM.

Si tropo + **OU** VD dilaté (= risque intermédiaire bas) => hospitalisation en médecine avec anticoagulation par AOD et lever autorisé.

Si tropo- et VD non dilaté (=risque bas) => gestion ambulatoire envisageable (ou H courte) avec anticoagulation par AOD.

SYNCOPE:

La procédure précise le niveau de risque selon les critères de gravité à l'interrogatoire, clinique, et à l'ECG. En fonction, on définit les prises en charge hospitalières ou ambulatoires lentes ou rapides.

TACHYCARDIE A COMPLEXE LARGES

TV ou TSV avec bloc de branche : KRENOSIN[®] ou étude électrophysiologique en urgence pour diagnostic (AMIODARONE[®] que si mal supportée).

PEC d'UNE FIBRILLATION ATRIALE :

Il n'y a pas d'obligation à réduire une FA bien tolérée même si < 48h.

PEC D'UNE TACHYCARDIE A QRS FINS :

Tachycardie jonctionnelle réduite = PEC ambulatoire.