

Les "NACO"s

Cas clinique: Patient sous NACO avec un SCA ST+

Dr Catherine CAPLETTE

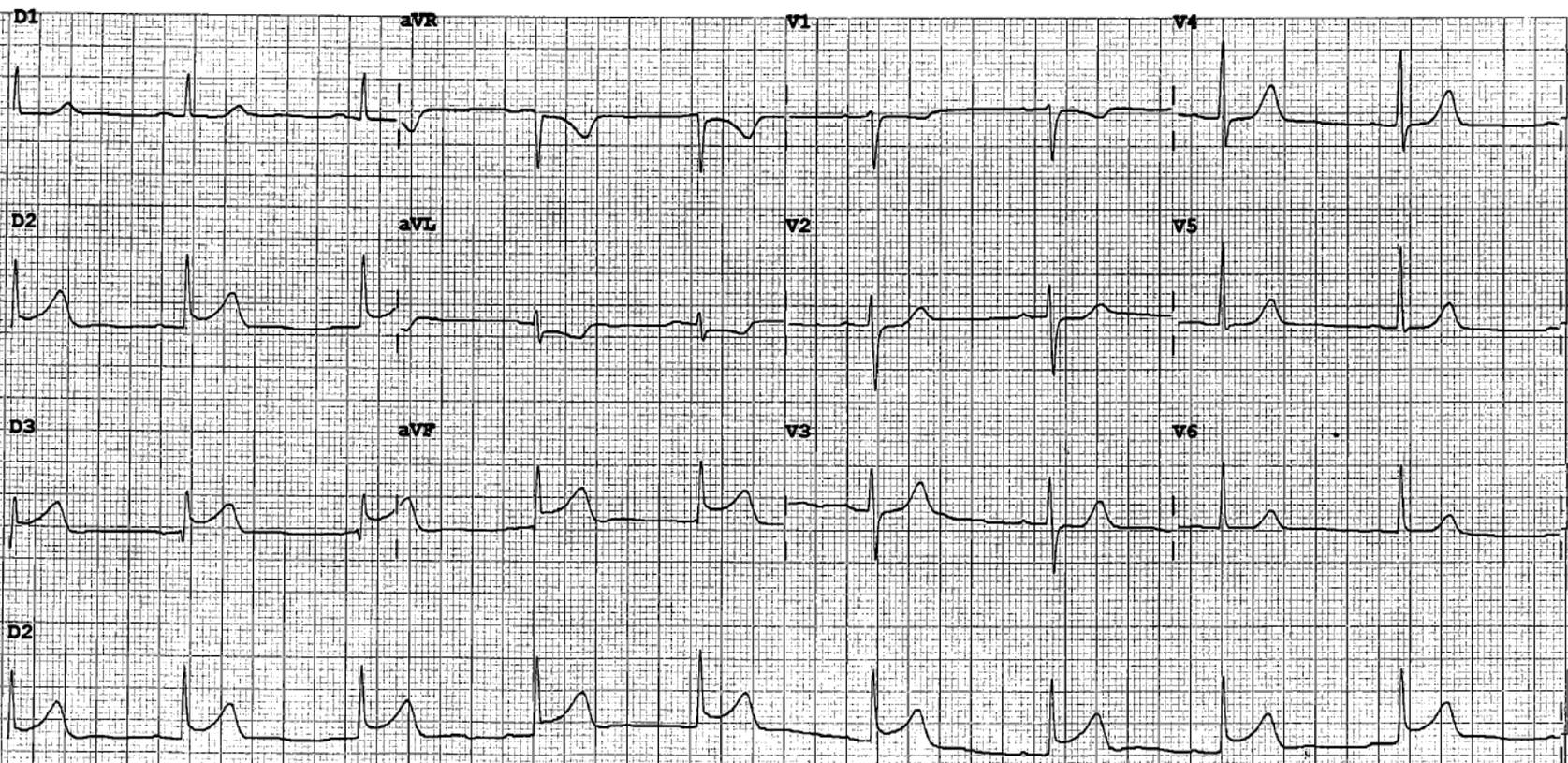
Urgences/SMUR – CH Bourgoin Jallieu

- Patient de 74 ans pris en charge par le Smur vers 22 heures pour une douleur épigastrique ayant débuté 45 minutes avant.
 - Antécédents : Multiples Stents, HTA, AC/FA
 - Traitements en cours : Sotalol 80, Atacand, Kardegic 75, Tahor 40, relais Previscan/Pradaxa en cours
 - Le patient nous dit avoir arrêté le Previscan 2 jours auparavant et commencé le Pradaxa la veille
 - Aucun bilan de coagulation n'est disponible

- A notre arrivée, le patient est en sueurs, très algique
- Les constantes hémodynamiques sont bonnes et l'ECG réalisé est le suivant...

FC 54
RR 1111
PR 182
QRSD 92
QT 444
QTc 421

--AXES--
P -22
QRS 64
T 80



Inst: Vit. : 25 mm/s Pérph: 10 mm/mV Préc : 10,0 mm/mV

F 50- 0,15-100 Hz

PH10 CL P?

Quelle décision stratégique faites-vous alors ?

1 - Thrombolyse

2 - **Transfert direct vers une salle de coronarographie**

3 - Hospitalisation dans une USIC non interventionnelle

4 - Transfert vers le SAU le plus proche pour bilan de coagulation avant de débiter tout traitement

Vous décidez donc d'amener rapidement ce patient sur table de coronarographie, quels traitements lui administrez-vous alors ?

- 1 - Aspebic[®] 250mg?
- 2 - Brilique[®] 180mg per os
- 3 - Lovenox[®] 0,1ml/kg en sc
- 4 - Lovenox[®] 0,3ml IV
- 5 - Plavix[®] 600mg per os
- 6 - **Aucun consensus n'est encore établi**

30 minutes plus tard, le patient souffre toujours et arrive sur table de coronarographie.

Il bénéficie d'un abord radial

Quels bilans sanguins demanderiez-vous alors ?

1 - NFS

2 - TCA/INR

3 - Ionogramme sanguin avec fonction rénale

4 - Troponine

5 - Anti Xa