

RESCUe

REseau Cardiologie Urgence

Coeurs diabétiques et insuffisants rénaux aux urgences. Des situations difficiles

Comment adapter les stratégies thérapeutiques des SCA chez l'insuffisant rénal et le diabétique ?

DIABETE

Facteur pronostic :

- Plus âgés, plus de comorbidités telles que HTA et insuffisance rénale
- Présentation initiale plus sévère
- Traitement moins optimal selon les études
- Plus de complications (IC, saignements)

→ = FDR indépendant de mortalité dans le SCA (RR = 1,3 – 1,4)

Traitement médical du SCA chez le diabétique ?

- Pas de différence pour les AAP : mêmes molécules, mêmes doses de charge
- Avantage du prasugrel > clopidogrel (TRITON-TIMI 38), mais pas de place dans le SCA dont l'anatomie coronaire n'est pas connue donc très limité dans le ST-, et attention aux contre-indications : < 60kg, > 75 ans, ATCD AVC et autre cas de haut risque hémorragique
Avantage du ticagrelor > clopidogrel (PLATO)
- Effet bénéfique plus important des anti-GPIIb/IIIa (Agrastat[®], Integrillin[®], Réopro[®]) mais plus de place en pré-hospitalier actuellement
- Pas de modification du traitement ensuite (« BASIC »)

Quid de la revascularisation ?

- Caractéristiques des lésions coronaires chez le diabétique :
 - Atteinte volontiers diffuse
 - Plus de resténoses et d'occlusions (et donc de ré-interventions) après ACT ou PAC
- Bénéfice dans le SCA ST- à faire la coronarographie tôt < 36h (SCA à « haut risque »)
- En cas d'atteinte multi-tronculaire (donnée chez un l'angineux stable extrapolée au SCA) : meilleure évolution suite PAC vs ACT
- Prévention de la néphropathie causée par le produit de contraste (cf IRC)
- Pas de raison de différer l'injection de contraste en cas de prise de metformine, à arrêter par contre jusqu'à 48h après l'injection.

Quid du contrôle de la glycémie (1) ?

- Doser la glycémie de tous les patients lors de la prise en charge
 - Diabétique ou non : insuline si $> 10-11$ mM ou $1.8-2$ g/L
 - $< 0,9$ g/L : resucrage
- Au cours de l'hospitalisation : recherche de diabète : GAJ + HbA1c.
Hyperglycémie de stress ne signant pas forcément un diabète déclaré.
 - diabète à retenir si $HbA1c \geq 8.5\%$
 - si $< 6.5\%$, indication à rechercher le diabète 7 à 28 jours après le SCA par un test OMS par charge orale de 75 g de glucose

Quid du contrôle de la glycémie (2) ?

- Au cours du séjour hospitalier
 - insulinothérapie si la glycémie lors de la PEC > 1.8 g/L – 10 mM et en pré-prandial, si > 1.4 g/L – 7.7 mM
 - Si les valeurs sont à la cible chez un patient insulino-traité, garder son protocole antérieur
 - Arrêt de tous les autres ttt anti-diabétiques initialement
- Protocole d'IO rapide
 - à établir avec un diabétologue
 - Cible pré-prandiale entre 1.4 et 1.8 g/L – 7.7 et 10 mM
 - Ne pas descendre en dessous de 1.1 g/L – 6.1 mM
 - Préférer une administration continue IVSE avec bolus préprandiaux avec surveillance dextro initiale /h puis /2h
 - En cas d'injections discontinues, glycémie capillaire avant chaque repas puis 2h après et au coucher
- Pas de bénéfice à être plus strict, plus risqué au contraire à cause de l'effet délétère des hypoglycémies qui sont à éviter +++

INSUFFISANCE RENALE

- Fréquente : 30-40% des cas de SCA
- Majore le risque hémorragique
- Associée à un mauvais pronostic

→ = marqueur prédictif de décès à court et long terme

Traitement médical du SCA chez l'insuffisant rénal (1)?

Pas de raison de modifier le traitement AAP:

- Aspirine
- Clopidogrel
- Prasugrel
- Ticagrelor (serait mieux que le clopidogrel dans l'étude PLATO entre 30 et 60 ml/min/1,73m² de DFG)

bien qu'il n'y a pas de donnée en cas d'IRC terminale et chez les patients dialysés pour ces deux derniers

Traitement médical du SCA chez l'insuffisant rénal (2)?

- Précautions relatives au traitement anticoagulant :
 - Enoxaparine et DFG < 30 ml/min: CI normalement. Peut être utilisé sans ajustement de la dose initiale puis 1 mg/kg SC = 0.1 ml/10 kg (même dose qu'habituellement) /24h au lieu de 12h avec surveillance de l'AXA.
 - Fondaparinux et DFG < 20 ml/min : CI
 - HNF : en cas de CI à l'énoxaparine et au fondaparinux : pas d'ajustement des doses initiales :
bolus de 60-70 UI/kg (maximum 4000 UI dans le ST+ et 5000 dans le ST -)
puis perfusion de 12-15 UI/kg/h (maximum 1000 UI/h) à ajuster au TCA
- Thrombolyse : l'IR même sévère n'apparaît pas dans les CI même si le risque hémorragique est accru. En cas d'utilisation de l'énoxaparine, pas de bolus IV si > 75 ans.
- Choix et posologie de la statine influencés par le degré d'IR

Revascularisation

- Indication formelle
- mais évaluation préalable soigneuse du rapport bénéfice/risque nécessaire avant de décider de l'angioplastie ou du pontage

Précautions liées à l'injection de PDCi

- Coronarographie uniquement si l'indication est impérative
- Si l'état clinique l'autorise :
 - Arrêt des diurétiques
 - Hydratation par perfusion de sérum salé isotonique ou bicarbonate 14 o/oo 12h avant et 24h après l'examen
- Dans tous les cas :
 - Pas d'intérêt prouvé du fluimucil
 - Injection < 4ml/kg
 - Eviter les produits de contraste hyper-osmolaires
 - Pas de ventriculographie
 - Espacer les procédures de 48 heures minimum
- Contrôler la créatininémie les jours suivants

CONCLUSION

Fiches RESCUE

SCA ST+

SCA ST-

Syndrome Coronaire Aigu avec sus-décalage du segment ST

Douleur thoracique *et* Sus-décalage ST persistants après 2 bouffées de trinitrine
> 0,1 mV dans au moins 2 dérivations périphériques concordantes anatomiquement
ou > 0,2 mV dans au moins 2 dérivations précordiales concordantes anatomiquement
ou Bloc de branche gauche récent

Dans quel délai mon patient peut être dans une salle de cathétérisme ?

Transfert
< 90 minutes

ANGIOPLASTIE
PRIMAIRE

- Acide acétylsalicylique (ASPIRINE[®]) : 250 mg per os ou IV (sauf allergie)
- Prasugrel (EFIENT[®]) : 6 cp = 60 mg
C-I si : > 75 ans, < 60 kg, ATCD AVC ou AIT
- ou*
□ Ticagrelor (BRILIQUE[®]) : 2 cp = 180 mg
- À défaut (non disponibilité) :
□ Clopidogrel (PLAVIX[®]) : 8 cp = 600 mg
- Enoxaparine (LOVENOX[®]) : 0,3 ml IVD puis 0,1 ml/10kg/12h SC
- ☞ Si Cl Créat < 30 ml/mn : pas de bolus, faire 0,1 ml/10kg/24h SC

Admission directe en salle de coronarographie

Privilégier la thrombolyse si :
délai douleur - ECG qualifiant < 2h
+ transfert > 60 min
+ faible risque hémorragique (<65 ans)

- Patient sous AVK/NACO. **CI à la thrombolyse**
- Stopper l'anticoagulant oral
 - Bi-antiagrégation plaquettaire :
Aspirine[®] 250 mg + Prasugrel 60 mg/Ticagrelor 180 mg à défaut Clopidogrel 600 mg
 - Anticoagulation IV/SC selon dernière prise ou dosage (INR ou concentration NACO)
 - Si risque hémorragique majeur: Aspirine[®] 250 mg seule

Transfert
> 90 minutes

THROMBOLYSE
(sauf C-I)

- Acide acétylsalicylique (ASPIRINE[®]) : 250 mg per os ou IV (sauf allergie)
- Clopidogrel (PLAVIX[®]) : 300 mg (4cp x75mg ou 2cp x150 mg)
Si > 75 ans : 1cp à 75 mg
- Enoxaparine (LOVENOX[®]) : 0,3 ml IVD (sauf si > 75 ans) puis 0,1 ml/10kg/12h SC
- ☞ Si Cl Créat < 30 ml/mn : pas de bolus, faire 0,1 ml/10kg SC
- Ténecteplase (METALYSE[®]) 10 000 U /10 ml : bolus IV adapté au poids (indiqué sur la seringue)

Transfert direct dans un centre avec cardiologie interventionnelle 24h/24

(Eviter VVP au bras droit, poser EMLA en radial droit)

Accord téléphonique impératif et prévenir de l'heure d'arrivée

RESUVal Nord : Cl. Convert : 04 7447 2841

H. Bourg en Bresse : 04 7445 4332

Villefranche s/ Saône : 04 7409 6947

RESUVal Centre : H. Cardio : 04 7235 7076

H. Croix Rousse : 04 2673 2652

H. St Luc St Joseph : 04 7881 8221

RESUVal Sud : Cl. Sauvegarde : 04 7217 1718

I. Protestante : 08 4515 1515

Cl. Tonkin : 04 7282 6888

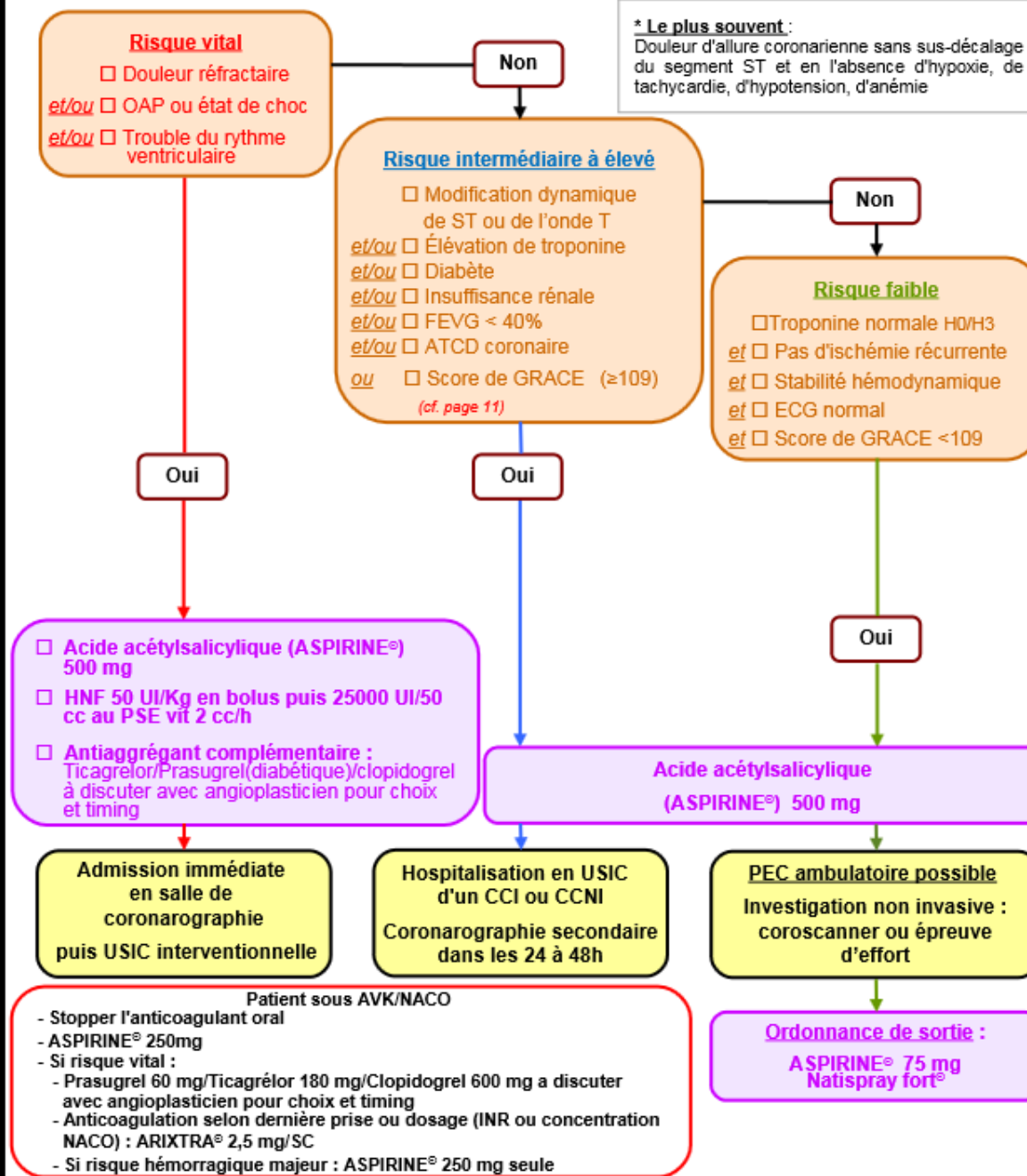
RESUVal Sud : CH. Valence : 04 7575 7256

Transport SMUR : considérer primaire si PEC dans un CH avec SMUR

Suspicion de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST, de type1*

* Le plus souvent :

Douleur d'allure coronarienne sans sus-décalage du segment ST et en l'absence d'hypoxie, de tachycardie, d'hypotension, d'anémie



- Merci pour votre attention