



Antiagrégation et anticoagulation dans le Syndrome coronarien aigu (SCA)

La prise en charge d'un SCA s'organise en plusieurs étapes:

1) Phase aiguë : URGENCE

Traitement immédiat :

- Aspirine (150-300mg PO ou 75-250mg IV puis 75-100 mg/j)
- + P2Y₁₂ :

STEMI : ticagrelor (DC 180mg puis 90mg 2/j) / prasugrel (DC 60mg puis 10mg/j*) / clopidogrel (DC 300-600mg puis 75mg/j)

NSTEMI : pas de prétraitement systématique (attente de la coronarographie pour prasugrel)

- Anticoagulant (HNF en 1^{ère} intention) jusqu'à revascularisation ou sortie d'hospitalisation
- Autre : Oxygène si SpO₂ < 90%, Trinitrine si douleur (CI si hypotension), Morphine si douleur réfractaire

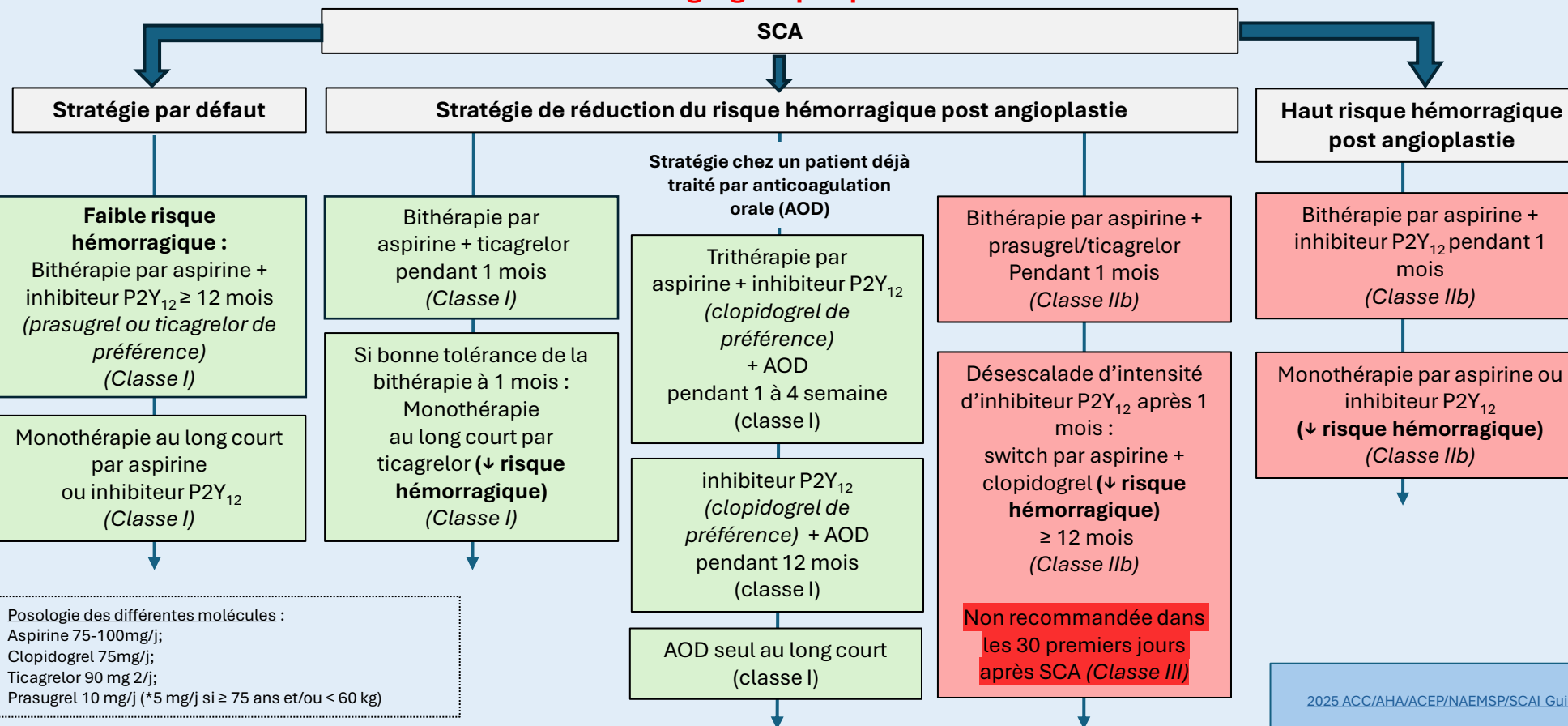
Revascularisation + Prise en charge des complications aiguës enUSIC

2) Phase subaiguë : TRAITEMENT DE FOND

- **Antiagrégant plaquettaire**
- statine haute intensité immédiate
- Béta bloquant
- IEC/ARA II si FEVG altérée/diabète/HTA
- Prévention secondaire : arrêt tabac, activité physique, contrôle LDL-c, diabète, HTA, réadaptation cardiaque...

Antiagrégant plaquettaire

Classe I : recommandé(e)/indiqué(e)
Classe IIa : à considérer
Classe IIb : peut être envisagé
Classe III : non recommandé(e)



Posologie des différentes molécules :
 Aspirine 75-100mg/j;
 Clopidogrel 75mg/j;
 Ticagrelor 90 mg 2/j;
 Prasugrel 10 mg/j (*5 mg/j si ≥ 75 ans et/ou < 60 kg)

Points clés (Classe I)

- Un traitement par inhibiteur de la pompe à protons est préconisé lors de l'utilisation d'une bithérapie ou trithérapie chez les patients à haut risque de saignements gastro-intestinaux
- Le clopidogrel est l'inhibiteur du P2Y₁₂ le moins puissant. Il est à privilégier quand le risque hémorragique est élevé :
 - ↓ du risque hémorragique vs ticagrelor/prasugrel
 - Meilleure tolérance globale chez les patients âgés fragiles (le ticagrelor peut entraîner une dyspnée transitoire subjective chez environ 10 à 15% des patients après un SCA)