

Thrombolyse et traitement associé au cours de l'infarctus du myocarde

Venu Menon, Robert A. Harrington, Judith S. Hochman, Christopher P. Cannon, Shaun D. Goodman, Robert G. Wilcox, Holger J. Schünemann and E. Magnus Ohman.

Chest 2004; 126; 549S-575S.

1.0 PATIENTS AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE

AIGU : THROMBOLYSE

1.1.1. Thrombolyse par streptokinase, t-PA, anistreplase, rétéplase et ténecteplase.

1.1.1. Chez les patients ayant une symptomatologie ischémique caractéristique d'un infarctus du myocarde (IDM) aigu depuis moins de 12 h, avec un sus-décalage du segment ST ou un bloc de branche gauche (d'ancienneté inconnue) à l'ECG, nous recommandons l'administration de tout fibrinolytique ayant l'AMM (**Niveau 1A**).

1.1.2. Nous recommandons l'utilisation de streptokinase, d'anistreplase, d'alteplase, de rétéplase ou de ténecteplase (**toutes de Niveau 1A**).

1.1.3. Pour les patients ayant un IDM aigu de moins de 6 h, nous recommandons l'administration d'alteplase, ou de ténecteplase plutôt que de streptokinase (**Niveau 1A**).

1.1.4. Chez les patients ayant une allergie ou une sensibilité connue à la streptokinase, nous recommandons l'administration d'alteplase, de rétéplase ou de ténecteplase (**Niveau 1A**).

1.1.5. Chez les patients ayant une récurrence d'IDM, nous suggérons aux cliniciens **DE NE PAS** faire d'administration répétée de streptokinase (**Niveau 2C**).

1.1.6 Pour les patients ayant un IDM aigu de moins de 12 heures et un tracé électrique compatible avec un IDM postérieur, nous proposons l'administration d'un traitement fibrinolytique (**Niveau 2C**).

1.1.7. Chez les patients à risque élevé ayant un IDM en cours de constitution ou en difficulté hémodynamique, qui ont un sus-décalage du segment ST ou un bloc de branche gauche, entre 12 et 24 heures après le début de la constitution de l'IDM, nous suggérons l'administration intraveineuse d'un traitement fibrinolytique (**Niveau 2B**).

1.1.8. Dans les systèmes de santé où l'administration pré-hospitalière d'un agent fibrinolytique est possible et l'angioplastie primaire n'est pas disponible, nous recommandons l'administration pré-hospitalière d'un traitement fibrinolytique (**Niveau 1A**).

1.1.9. Pour les patients ayant un IDM et qui sont candidats à un traitement fibrinolytique, nous recommandons son administration dès que possible dans les 30 minutes suivant l'arrivée à l'hôpital ou après le premier contact avec l'équipe soignante (**Niveau 1A**).

1.1.10. Chez les patients ayant un antécédent d'hémorragie intracrânienne, de traumatisme crânien fermé ou d'AVC ischémique dans les trois derniers mois, nous recommandons de ne pas administrer de traitement thrombolytique (**Niveau 1C+**).

2.0 TRAITEMENTS ANTITHROMBOTIQUES ASSOCIÉS CHEZ LES PATIENTS RECEVANT UNE FIBRINOLYSE POUR UN IDM

2.1 Association d'aspirine

2.1.1. Chez les patients ayant un IDM aigu recevant ou non un traitement fibrinolytique, nous recommandons l'administration d'aspirine 160 à 325 mg per os comme traitement initial par tout personnel de santé suivi par un traitement indéfini 75 à 162 mg/j per os (**toutes deux de Niveau 1A**).

2.2 Association de clopidogrel

2.2.1. Chez les patients allergiques à l'aspirine, nous suggérons l'administration de clopidogrel avec une dose de charge de 300 mg et un traitement quotidien de 75 mg/j comme alternative au traitement par l'aspirine (**Niveau 2C**).

2.3 Association d'héparine non fractionnée

2.3.1. Chez les patients recevant de la streptokinase, nous suggérons l'administration soit d'HNF IV (bolus de 5000 U suivi de 1000 U/h pour les patients de plus de 80 kg, 800 U/h pour les patients de moins de 80 kg avec un TCA cible entre 50 et 75 sec (Niveau 2C) ou de l'HNF SC (12500 U toutes les 12 h pendant 48 h) (**Niveau 2A**).

2.3.2. Pour les patients à risque élevé d'événement thrombo-embolique systémique ou veineux (IDM antérieur, insuffisance cardiaque, antécédent d'embolie, fibrillation auriculaire ou thrombus ventriculaire gauche), nous recommandons l'administration d'HNF pendant qu'ils reçoivent

de la streptokinase (**Niveau 1C+**).

2.3.3. Pour les patients recevant de l'altéplase, de la ténecteplase ou de la rétéplase comme fibrinolyse en cas d'IDM aigu, nous recommandons l'administration d'héparine en fonction du poids (bolus de 60 U/kg avec un maximum de 4000 U) suivie par 12 U/kg/h (maximum de 1000 U/h) ajustée pour obtenir un TCA entre 50 et 75 sec pendant 48 heures (**Niveau 1C**).

2.4 Association d'héparines de bas poids moléculaire

2.4.1. Chez les patients de 75 ans ou moins, ayant une fonction rénale conservée (créatinine $\leq 2,5$ mg/dL chez l'homme et $\leq 2,0$ mg/dL chez la femme), nous suggérons l'utilisation de l'énoxaparine (bolus IV de 30 mg suivi d'1 mg/kg toutes les 12 h en SC) associée à la ténecteplase pendant 7 jours (**Niveau 2B**).

2.5 Association d'inhibiteurs des glycoprotéines IIb-IIIa

2.5.1. Nous recommandons de ne pas utiliser

l'association d'une dose standard d'abciximab et d'une demi dose de rétéplase ou d'une demi dose de ténecteplase avec une faible dose d'HNF IV plutôt qu'une dose standard de rétéplase ou de ténecteplase (**Niveau 1B**).

2.5.2. Nous suggérons aux cliniciens de ne pas utiliser la streptokinase en association avec un quelconque traitement par inhibiteur des GPIIb/IIIa (**Niveau 2B**).

2.6 Association d'inhibiteurs directs de la thrombine

2.6.1. Chez les patients ayant un IDM avec sus-décalage de ST traités par streptokinase, nous suggérons aux cliniciens de ne pas utiliser la bivalirudine en routine (**Niveau 2A**).

2.6.2. Chez les patients ayant une thrombopénie induite par l'héparine connue ou suspectée, recevant un traitement fibrinolytique, nous recommandons l'administration d'hirudine avec le tPA (**Niveau 1A**) et nous recommandons l'administration de la bivalirudine avec la streptokinase (**Niveau 2A**).