

Le syndrome coronarien aigu : *la prévention secondaire doit être prise à cœur!*



Simon Bérubé, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Cardiologie tertiaire*,
Université de Sherbrooke, février 2007

Le cas de M. Francœur

M. Francœur, un homme de 54 ans connu pour souffrir de dyslipidémie et ayant un tabagisme actif, se présente dans votre bureau quatre semaines après une hospitalisation pour un syndrome coronarien aigu (SCA) ayant nécessité une intervention coronarienne percutanée (ICP) et l'ajout « d'un paquet de nouvelles pilules ».

Que devez-vous faire pour assurer une prise en charge complète et optimale de ce patient et lui permettre ainsi de diminuer de façon maximale ses chances de présenter un nouvel évènement coronarien?

Le **Dr Bérubé** est professeur adjoint au service de cardiologie du Département de médecine interne à l'Université de Sherbrooke.

Contrairement à la croyance populaire, le traitement du syndrome coronarien aigu ne se termine pas avec la fin de l'hospitalisation. Une importante partie de la diminution de la mortalité attribuable à la maladie coronarienne athérosclérotique au cours des dernières décennies est due à la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique des facteurs contribuant à la morbidité et la mortalité de cette maladie (une prise en charge communément appelée « prévention secondaire »). Voici les principaux éléments de cette prise en charge pour le patient ayant présenté un SCA.

Les éléments de la prise en charge du patient ayant présenté un SCA

L'arrêt du tabagisme

- L'arrêt du tabagisme amène une diminution de 36 % de la mortalité coronarienne;
- Les chances de succès sont doublées avec l'utilisation d'un traitement pharmacologique adjuvant (timbre de nicotine, bupropion).

L'activité physique

- 30 à 60 minutes d'exercice d'intensité modérée, quatre à sept fois par semaine, à initier idéalement dans le cadre d'un programme de réadaptation cardiaque.

Le statut pondéral

- Viser un index de masse corporelle inférieur à 25 kg/m²;
- Viser un tour de taille inférieur à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme.

La dyslipidémie

- Viser un niveau de cholestérol LDL inférieur à 2,0 mmol/L et un rapport cholestérol total et HDL inférieur à 4,0.

Approche non pharmacologique :

Diète, exercice, perte de poids.

Approche pharmacologique :

Statine, à combiner avec de l'ézétimibe ou de la niacine selon l'objectif thérapeutique non atteint par la statine en monothérapie.

L'hypertension artérielle

- En l'absence de diabète mellitus et de maladie rénale, il faut viser une tension artérielle inférieure à 140/90.

Approche non pharmacologique :

Perte de poids, exercice, consommation modérée d'alcool, restriction de l'apport sodé.

Approche pharmacologique :

Choix de l'antihypertenseur à orienter selon les autres comorbidités.

Le diabète mellitus

- Viser un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) inférieur à 7 %.

Les antiplaquettaires

- Acide acétylsalicylique (AAS) : 75 à 162 mg die à vie;
- Clopidogrel : 75 mg po die pour 12 mois. L'arrêt du clopidogrel est formellement contre-indiqué chez le patient ayant bénéficié de l'installation d'une endoprothèse coronarienne, et ce, pour une durée d'un mois si l'endoprothèse est non médicamentée, et pour 12 mois si l'endoprothèse est médicamentée.

*L'arrêt du tabagisme
amène une diminution
de 36 % de la mortalité
coronarienne.*

Les antagonistes de l'axe rénine-angiotensine-aldostérone

- Un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) est indiqué chez tous les patients avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FeVG) inférieure à 40 %;
- Les bénéfices sont démontrés pour ce qui est du ramipril et du périmopril chez les patients avec une FeVG supérieure à 40 %;
- Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine représentent une alternative acceptable chez le patient intolérant aux IECA.

Les bêtabloquants

- Les bêtabloquants sont indiqués chez tous les patients;
- Les bénéfices sont d'autant plus importants s'il y a présence d'angor symptomatique, d'une FeVG inférieure à 40 % ou d'arythmie ventriculaire.

L'hormonothérapie de remplacement

- L'hormonothérapie de remplacement ne devrait pas être débutée dans un but de prévention secondaire compte tenu du risque reconnu d'augmentation d'évènement coronarien avec cette classe de médicaments;
- Elle devrait idéalement être cessée en post-SCA. Les patientes qui sont sous hormonothérapie depuis plus de deux ans, et qui souhaitent continuer ce traitement pour une indication clinique raisonnable, doivent le faire en tenant compte de l'importance du bénéfice escompté par rapport à l'augmentation du risque cardiovasculaire démontré associé à ce type de traitement.

La vaccination

- La vaccination contre l'influenza est recommandée annuellement.

Les limitations quant à la conduite du véhicule de promenade

- Infarctus du myocarde (IDM) avec élévation du segment ST : un mois.
- IDM sans élévation du segment ST avec échocardiogramme anormal : un mois.
- Angine instable ou IDM sans élévation du segment ST avec échocardiogramme normal :
Avec ICP per-hospitalisation : 48 heures
Sans ICP per-hospitalisation : sept jours.

La prévention de la mort subite

- Tous les patients avec une FeVG < 30 % un mois post-IDM ou trois mois post-revascularisation coronarienne devraient être dirigés en cardiologie pour évaluer s'il y a indication de procéder à l'implantation d'un cardiostimulateur/défibrillateur. 

Retour sur le cas de M. Francœur

Vous constatez donc en regardant le sommaire de l'hospitalisation de M. Francœur qu'il a bénéficié per-hospitalisation d'une prise en charge visant à diminuer au maximum ses chances de récurrence d'évènement coronarien (ASA, ICP avec installation d'une endoprothèse coronarienne médicamentée, clopidogrel, ramipril et statine à haute dose).

Il vous reste tout de même à :

- ✓ le convaincre d'arrêter de fumer en lui fournissant les outils nécessaires et le support adéquat;
- ✓ mettre l'accent sur l'importance d'une alimentation saine;
- ✓ le convaincre de faire de l'exercice sur une base régulière et de la nécessité de perdre les 18 livres qu'il a en trop;
- ✓ lui expliquer l'importance de se conformer à la prise de clopidogrel compte tenu d'un SCA récent et de l'implantation d'une endoprothèse coronarienne médicamentée.

Vous mettez aussi une note dans votre dossier à l'effet :

- ✓ qu'à son prochain rendez-vous, dans huit semaines, il sera important de contrôler son bilan lipidique pour confirmer l'atteinte des cibles thérapeutiques;
- ✓ de demander un échocardiogramme afin de quantifier sa FeVG et ainsi statuer sur la nécessité d'implanter un cardiostimulateur/défibrillateur, sans oublier sa vaccination annuelle contre l'influenza à l'automne.

Ouf! Voici la preuve que ce n'est pas parce que l'hospitalisation du patient avec SCA est terminée qu'il en est ainsi du traitement de ce dernier!