



Traiter l'infarctus aigu du myocarde

Être un bon stratège!



Van Hoai Viet Lê, MD et Philippe L.-L'Allier, MD, CSPQ, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *La cardiologie du praticien*, Université de Montréal, septembre 2007

*Au Canada, l'infarctus
aigu du myocarde
(IAM) représente à
chaque année, toutes
causes confondues, 3,8 %
des hospitalisations et
8,6 % des décès.*

Au Canada, l'infarctus aigu du myocarde (IAM) représente à chaque année, toutes causes confondues, 3,8 % des hospitalisations et 8,6 % des décès. C'est pourquoi il faut reconnaître précocement et traiter agressivement cette condition.

L'évaluation initiale

Lorsqu'un patient se présente à l'urgence pour une douleur thoracique prolongée suggestive d'un syndrome coronarien aigu, un ensemble de gestes doit être accompli en dix minutes (tableau 1).

L'histoire clinique et l'électrocardiogramme (ECG) permettent une stratification initiale du risque en séparant les syndromes coronariens aigus en deux catégories : avec sus-décalage du segment ST (IAMEST) et sans élévation du segment ST (angine instable [AI] ou infarctus sans sus-décalage du segment ST [IAMSEST]).

Les stratégies de traitement de l'IAM

L'approche thérapeutique de l'IAM varie selon que les patients se présentent avec un IAMEST ou un IAMSEST (voir algorithme, figure 1 à la page 76).

Le **Dr Lê** est résident en cardiologie à l'Université de Montréal et a œuvré à l'unité coronarienne de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

Le **Dr L'Allier** est cardiologue, directeur de l'unité coronarienne et directeur associé du laboratoire de quantification angiographique de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Il est aussi professeur agrégé de médecine à l'Université de Montréal.

Tableau 1

L'évaluation initiale de l'IAM

- AAS 160 à 325 mg à croquer
- Nitroglycérine SL 0,4 mg, jusqu'à trois doses au maximum
- Établir un accès IV
- Morphine 2 à 4 mg IV, à répéter au besoin
- Oxygène via une lunette nasale
- Surveillance télémétrique
- Histoire et examen physique concis
- Analyses sanguines comprenant biomarqueurs cardiaques (troponine I ou T de préférence), formule sanguine complète, coagulogramme, créatinine, urée, électrolytes, magnésium, glucose et profil lipidique
- ECG à répéter aux 5 à 10 minutes s'il est non diagnostique

L'infarctus aigu du myocarde avec sus-décalage du ST (IAMEST)

Devant une histoire clinique suggestive d'un processus ischémique aigu et un ECG montrant soit un bloc de branche gauche nouveau, soit une élévation du segment ST supérieure à 1 mm dans deux dérivations contiguës après l'usage de nitroglycérine (pour éliminer un vasospasme coronarien), il faut établir une stratégie de reperfusion. Le problème ici est un thrombus qui occlue une artère coronaire. Il faut donc repermeabiliser l'artère occluse le plus rapidement et le plus efficacement possible.

Les études cliniques à échantillon aléatoire ont montré une supériorité en faveur de l'intervention coronarienne percutanée (ICP) comparativement à la fibrinolyse comme stratégie de reperfusion, lorsque cette option est disponible rapidement et qu'elle est effectuée par une équipe chevronnée. Cette conclusion est particulièrement vraie lorsque le délai de présentation

Tableau 2

Les contre-indications à la fibrinolyse

Absolues

- Antécédent d'hémorragie intracrânienne
- Malformation vasculaire cérébrale
- Néoplasie cérébrale maligne
- AVC ischémique < 3 mois (sauf ceux < 3 heures)
- Dissection aortique
- Saignement actif ou coagulopathie
- Traumatisme crânien ou facial < 3 mois

Relatives

- Antécédent d'HTA chronique, grave et mal contrôlée
- HTA grave à l'admission (TAS > 180 mmHg et/ou TAD > 100 mmHg)
- AVC > 3 mois, démence ou tumeur intracrânienne autre
- Massage cardiaque traumatique ou prolongé (> 10 minutes); chirurgie majeure < 3 semaines
- Saignement interne récent (< 2 à 4 semaines)
- Ponction vasculaire (site non comprimageable)
- Grossesse
- Ulcère peptique actif
- Anticoagulants oraux

s'allonge (ex. : dépasse deux heures). Les patients doivent donc être adressés en angioplastie primaire, si elle est accessible, dans un délai estimé être de moins de 90 minutes de leur présentation initiale à l'urgence de l'hôpital d'origine (un délai plus long [ex. : 110 minutes] peut être acceptable, bien que non souhaitable dans certaines situations cliniques). Si l'ICP n'est pas disponible sur le même site, un transfert interhospitalier peut être considéré, toujours en respectant le délai de 90 minutes. Pour que de tels transferts soient envisageables

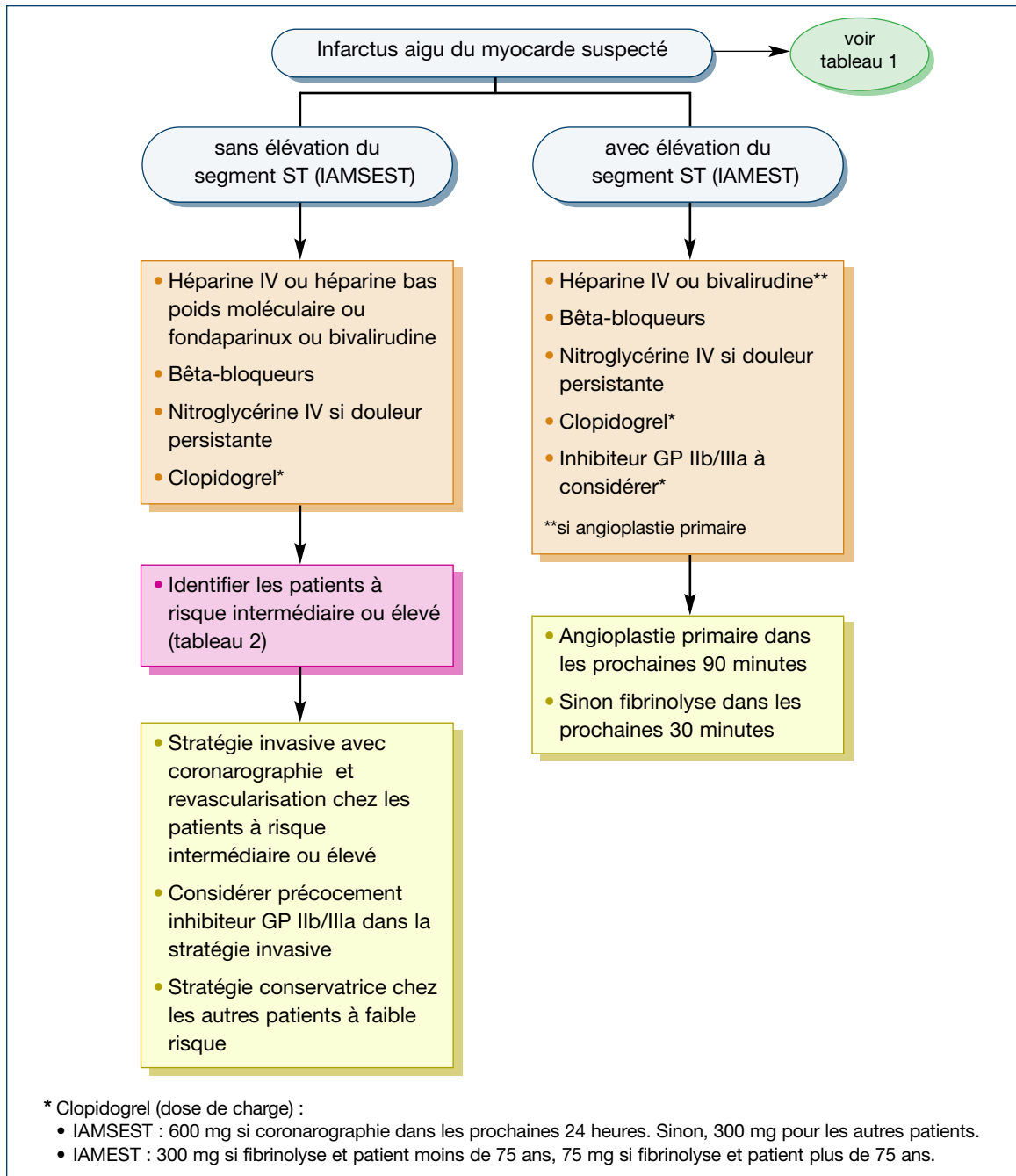


Figure 1. Algorithme décisionnel

et efficaces, un protocole de soins spécifiques doit être disponible et connu, et une entente avec le service ambulancier de la région doit être fonctionnelle afin de minimiser les délais.

Les autres patients doivent recevoir la fibrinolyse dans un délai de moins de 30 minutes

de leur présentation en l'absence de contre-indications (tableau 2). Peu importe la stratégie employée, le bénéfice clinique est prouvé dans les 12 premières heures à partir du début des symptômes.

Tableau 3

La stratégie invasive précoce avec coronarographie

À faire si au moins un des critères suivants :

- Ischémie récidivante malgré un traitement anti-ischémique intensif
- Élévation des troponines
- Nouveau sous-décalage du segment ST
- Défaillance cardiaque symptomatique ou insuffisance mitrale nouvelle ou exacerbée
- Dysfonction systolique du ventricule gauche
- Instabilité hémodynamique ou angine de repos avec hypotension
- Tachycardie ventriculaire soutenue
- Angioplastie coronarienne dans les derniers 12 mois

Les nitrates, les bêta-bloqueurs oraux et la morphine intraveineuse sont les premiers choix pour traiter l'ischémie et la douleur.

L'infarctus aigu du myocarde sans sus-décalage du ST (IAMSEST)

Une stratégie invasive d'emblée est généralement préconisée chez les patients à risque élevé (tableau 3). En effet, ils sont adressés à un laboratoire d'hémodynamique dans un délai idéal de moins de 48 heures de leur admission. Il en est de même lorsque le risque est intermédiaire et que l'accès au laboratoire d'hémodynamique est facile.

Une stratégie conservatrice est considérée chez les autres patients (ceux à faible risque).

Ces derniers sont d'abord traités médicalement et ensuite stratifiés à l'aide d'un test non invasif (recherche d'ischémie résiduelle sous traitement). Les choix dans ces circonstances sont une épreuve d'effort sous-maximale, une scintigraphie de perfusion myocardique ou une échocardiographie de stress. En présence de critères de risque élevé sur l'un ou l'autre de ces examens, ces patients doivent être adressés pour une coronarographie en vue d'une revascularisation.

Le traitement médical en phase aiguë

Les traitements antiplaquettaires et anticoagulants

Une double thérapie antiplaquettaire avec l'AAS et le clopidogrel est recommandée pour tous les infarctus en l'absence de contre-indication, et ce, pour une durée d'un mois ou idéalement de 12 mois. La dose de charge de clopidogrel varie selon la stratégie employée. En général, une dose de clopidogrel de 300 mg est donnée à l'urgence ou une dose de 600 mg si une coronarographie est prévue dans les prochaines 2 à 24 heures. Par la suite, cette dose de charge est suivie de 75 mg par jour.

Les inhibiteurs de la glycoprotéine plaquettaire IIb/IIIa intraveineux sont réservés aux patients adressés en angioplastie primaire, lorsqu'une stratégie invasive est privilégiée dans les IAMSEST ou lorsque survient une instabilité clinique sous un traitement médical optimal chez les patients ne se qualifiant pas d'emblée pour ce traitement.

L'héparine non fractionnée demeure l'anticoagulant le plus fréquemment utilisé. Le fondaparinux, la bivalirudine et l'héparine de

bas poids moléculaire sont des alternatives reconnues à l'héparine non fractionnée et peuvent offrir des bénéfices cliniques dans certaines circonstances.

La thérapie anti-ischémique et l'analgésie

Les nitrates, les bêta-bloqueurs oraux et la morphine intraveineuse sont les premiers choix pour traiter l'ischémie et la douleur. Les nitrates sont contre-indiqués chez les patients avec une dysfonction érectile ayant pris un inhibiteur de la phosphodiesterase dans les dernières 24 heures. Les bloqueurs des canaux calciques de type non-dihydropyridine constituent des alternatives lorsque les bêta-bloqueurs sont contre-indiqués et en l'absence de défaillance cardiaque. Par ailleurs, les AINS et les inhibiteurs COX-2 doivent être arrêtés en phase aiguë.

Les autres traitements

Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone sont initiés précocement si la tension artérielle le permet (systolique > 100 mmHg). Leurs bénéfices sont maximaux chez les patients présentant un IAM antérieur, de l'insuffisance cardiaque clinique ou une dysfonction systolique du ventricule gauche (abaissement de la fraction d'éjection < 0,40). Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IECA) est à privilégier. Comme alternative, les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II, tel le valsartan, ont aussi prouvé leur efficacité. Un antagoniste de l'aldostérone, tel l'éplérénone, peut être combiné à un IECA en présence d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure à 40 % associée soit à une

Tableau 4

Les complications post-infarctus à surveiller

- Les arythmies (surtout ventriculaires)
- La défaillance cardiaque, autant du ventricule gauche que droit
- Les hémorragies
- Les complications mécaniques :
 - La rupture d'une paroi libre du ventricule gauche
 - La communication interventriculaire
 - L'insuffisance mitrale
- La péricardite et l'épanchement péricardique
- L'ischémie récidivante et infarctus à nouveau

défaillance cardiaque symptomatique, soit à un diabète.

Un traitement intensif avec une statine est recommandé chez tous les patients en l'absence de contre-indication.

L'hormonothérapie de remplacement est généralement arrêtée en phase aiguë.

La surveillance clinique (phase aiguë)

Les patients avec un IAM sont surveillés dans une unité de soins coronariens ou aux soins intensifs au minimum durant les premières 24 à 48 heures. Les complications à redouter et à surveiller sont énumérées au tableau 4 et justifient généralement une consultation en cardiologie.

Une surveillance particulière s'impose après une fibrinolyse. Après 90 minutes suivant le début de la fibrinolyse, un échec est considéré chez les patients présentant une douleur persistante, une élévation persistante du segment ST

(> 50 % du sus-décalage initial) et/ou une instabilité hémodynamique ou une défaillance cardiaque. Un transfert pour une angioplastie de sauvetage devrait être considéré dans les cas échéants. Il faut se rappeler que la fibrinolyse est efficace dans moins de 60 % des cas pour reperméabiliser l'artère occluse.

La possibilité d'une réocclusion après une fibrinolyse jugée efficace doit être considérée en présence d'une angine récidivante ou d'une instabilité hémodynamique :

- si réélévation du segment ST
- si remontée des biomarqueurs cardiaques de plus de 50 % après les premières 18 heures.

Le cas échéant, une coronarographie urgente est recommandée en vue d'une angioplastie (une deuxième fibrinolyse peut être considérée si un transfert urgent n'est pas envisageable).

Il faut se rappeler que la fibrinolyse est efficace dans moins de 60 % des cas pour reperméabiliser l'artère occluse.

La surveillance clinique (phase subaiguë)

Une stratification du risque à long terme doit être effectuée avant le congé. Tel que discuté précédemment, une épreuve non invasive est demandée chez les patients avec une revascularisation partielle ou sans revascularisation pour évaluer et traiter l'ischémie résiduelle. Par ailleurs, une évaluation de la fonction ventriculaire gauche devrait être faite à l'aide d'une

À retenir...

- Dans l'IAM avec élévation du segment ST, il faut établir rapidement une stratégie de reperfusion. L'angioplastie primaire est à privilégier lorsqu'elle est disponible dans les délais prescrits. Si cette stratégie n'est pas envisageable, la fibrinolyse constitue une excellente alternative en l'absence de contre-indication.
- Dans les syndromes coronariens aigus sans élévation du segment ST, il importe de stratifier le risque de complication à moyen terme. Une stratégie agressive avec une coronarographie en vue d'une revascularisation est recommandée chez les patients à risque intermédiaire ou élevé.
- Avant leur congé, les patients avec une revascularisation partielle ou sans revascularisation doivent être stratifiés à l'aide d'une épreuve non invasive.

échocardiographie ou d'une ventriculographie isotopique (ou radiologique dans les cas d'angioplastie).

C'est aussi un moment propice pour la promotion d'habitudes de vie saines du point de vue de la santé cardiovasculaire : l'arrêt du tabagisme, l'activité physique régulière, une référence à un programme de réhabilitation cardiaque et une alimentation riche en acides gras oméga-3 et pauvre en gras saturés et trans. Les bénéfices escomptés de l'approche non pharmacologique sont considérés énormes et additifs à ceux de l'approche pharmacologique. *Clin*