

Dr Marc Renard

L'infarctus du myocarde



Fondation pour la Chirurgie cardiaque asbl

Sommaire

Quelques notions de santé publique	2
Qui est prédisposé à développer un infarctus du myocarde ?	2
Qu'est-ce qu'un infarctus du myocarde ?	3
Quelles sont les circonstances d'apparition d'un infarctus du myocarde ?	4
Quels sont les symptômes de l'infarctus ?	5
Que faire quand on suspecte un infarctus ?	6
Quels sont les moyens diagnostiques à disposition du médecin ?	6
Les principes du traitement de la phase aiguë	7
Pourquoi faut-il être hospitalisé ?	8
Les examens de fin d'hospitalisation	9
Le retour à domicile	9
La réadaptation cardiaque	10
La prévention secondaire des facteurs de risque	11
La reprise d'une activité sexuelle normale	12
La reprise du travail	12
La reprise de la conduite automobile	13
Que faire pour ne pas être à nouveau victime d'un infarctus myocardique ?	13
En résumé	14
Pour en savoir plus	15
Appel à votre soutien	16
Les éditions de la Fondation	17

Rédaction

Dr Marc Renard, cardiologue à l'Hôpital Erasme,
Université Libre de Bruxelles

Illustrations

Jean-Claude Salemi

Graphisme et mise en page

Pierre Bergen

Editeur responsable

Claudine Demarbaix
Rue Tenbosh 11 - 1000 Bruxelles

Novembre 2000



L'infarctus du myocarde reste encore de nos jours, un accident cardiaque grave qui effraie de nombreuses personnes.

Le texte qui suit tente de répondre à une série de questions que l'on peut se poser sur cette affection.

Quelques notions de santé publique

L'infarctus du myocarde est une affection fréquente puisqu'elle touche chaque année en Belgique environ 50.000 patients. La mortalité reste encore sévère, en particulier pour les patients qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge précoce en milieu hospitalier. L'évolution au cours des deux dernières décennies est cependant plutôt favorable dans notre pays puisqu'il y a à la fois une réduction des accidents aigus et une amélioration du recours aux thérapeutiques modernes.

Qui est prédisposé à développer un infarctus du myocarde ?

La recherche d'une prédisposition familiale est d'emblée très importante car l'hérédité est l'élément principal de vulnérabilité aux facteurs de risque cardiovasculaire classiques. L'enquête est simple puisque l'on recherche un parent plus ou moins proche qui aurait présenté un accident coronarien avant l'âge de 55 ans pour l'homme et 65 ans pour la femme.

On établit ensuite la liste des facteurs de risque considérés comme classiques et bien connus par le grand public. Ils comprennent le tabagisme, les anomalies métaboliques touchant les lipides (hypercholestérolémie), les glucides (le diabète), l'hypertension artérielle, l'obésité, ...



Dans certains cas, des signes de lésions vasculaires sont déjà présents, en particulier chez le patient présentant des plaintes d'angine de poitrine sous forme d'une douleur thoracique antérieure oppressante pouvant irradier (bras, dos), apparaissant à l'effort ou à l'émotion ou encore lors d'une épreuve d'effort. De même, si le patient présente un rétrécissement localisé du calibre interne d'une artère par le phénomène de l'artériosclérose au niveau de la circulation du cerveau (carotides) ou des membres (fémorales).

Qu'est-ce qu'un infarctus du myocarde ?

L'infarctus du myocarde survient lorsque l'une des artères coronaires est "bouchée" brutalement par un caillot. L'interruption de la circulation sanguine dans le muscle cardiaque s'accompagne généralement de symptômes douloureux témoignant de la souffrance des cellules myocardiques. La mort de ces cellules est plus rapide pour les unes que pour les autres commençant d'une manière graduelle dès la 20ème minute et se poursuivant sur une période d'environ 12 heures. Passé ce délai, l'infarctus est en principe installé, c'est ce que l'on appelle la nécrose myocardique. Les cellules myocardiques détruites le sont de manière irréversible et sont progressivement remplacées par un tissu de cicatrisation ne possédant pas de propriétés contractiles. Le cœur doit donc continuer à fonctionner avec une perte plus ou moins importante de capacité ce qui peut s'accompagner de diverses complications (essoufflement, chute de tension, ...).



Quelles sont les circonstances d'apparition d'un infarctus du myocarde ?

La plupart des patients victimes d'un infarctus du myocarde sont surpris, ne comprenant pas comment ils ont pu passer d'un état de bonne santé à celui de malade grave. De nombreuses circonstances ont été scientifiquement reconnues comme favorisant le déclenchement d'un infarctus chez un patient prédisposé : un effort physique intense chez un patient sédentaire, les accès de colère dans un contexte dépressif, la consommation de cocaïne,...ou même après une complication post-opératoire.

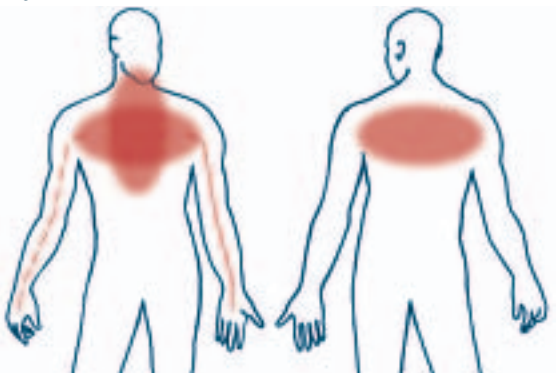
Des données récentes permettent également de supposer que certaines infections pourraient déstabiliser une plaque d'athérome* et favoriser ainsi un infarctus myocardique.

* Dépôt graisseux sur la surface interne de la paroi des artères.

Quels sont les symptômes de l'infarctus ?

La brusque occlusion d'une artère coronaire entraîne dans les minutes qui suivent une douleur thoracique souvent intense - parfois modérée - dont la localisation est très variable d'un individu à l'autre. Dans la majorité des cas, elle siège verticalement en avant du cœur, irradiant vers le bras gauche et la mâchoire inférieure. Dans près d'un tiers des cas cependant, cette douleur peut irradier vers le bras droit ou vers le dos entre les deux omoplates. Dans de rares cas, particulièrement trompeurs, les douleurs siègent uniquement au niveau de l'estomac ou dans le dos, entre les omoplates. Ces douleurs sont généralement oppressantes et les patients évoquent fréquemment la sensation d'être pris dans un étau. Dans 90% des cas elles sont accompagnées de sueurs froides abondantes (sensation d'être trempé) et dans 50% des cas environ de nausées et de vomissements*. La reconnaissance de ces symptômes par le patient ou son entourage est essentielle puisque c'est elle qui va justifier l'appel du médecin ou de l'ambulance.

Fig. 1: Localisation de la douleur



* D'autres manifestations d'accompagnement existent mais plus rarement (syncope, essoufflement...). La douleur peut être absente dans certains cas (diabétiques, sujets âgés), l'infarctus ne se manifestant que par une complication.

Que faire quand on suspecte un infarctus ?

En dépit de symptômes typiques, 1/3 des patients tardent à appeler à l'aide au risque de mourir subitement ou d'arriver trop tard pour bénéficier des traitements modernes permettant d'empêcher ou de limiter la taille de l'infarctus. Ces comportements inadéquats s'observent plus fréquemment chez les personnes isolées ou lorsque les symptômes apparaissent la nuit. Parfois les médecins, trop occupés par une consultation chargée, tardent à venir en aide au malade, ne réalisant pas par téléphone la gravité de la situation. Il nous paraît donc extrêmement important qu'un malade suspect d'être victime d'un infarctus myocardique fasse appel au plus tôt au service 100 en demandant une ambulance médicalisée. En attendant son arrivée, le malade peut éventuellement déjà croquer une demi-aspirine 500 mg et s'il en dispose, sucer un comprimé de Cédocard. Dans une telle situation, le comportement de l'entourage peut être adéquat et même salvateur (réanimation) si l'un ou l'autre a suivi antérieurement une formation de secourisme comme celle proposée par la Croix-Rouge.

Quels sont les moyens diagnostiques à disposition du médecin ?

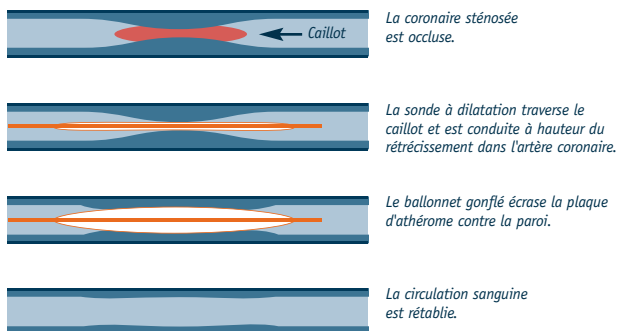
Dans la majorité des cas, le médecin reconnaîtra les aspects spécifiques de la douleur.

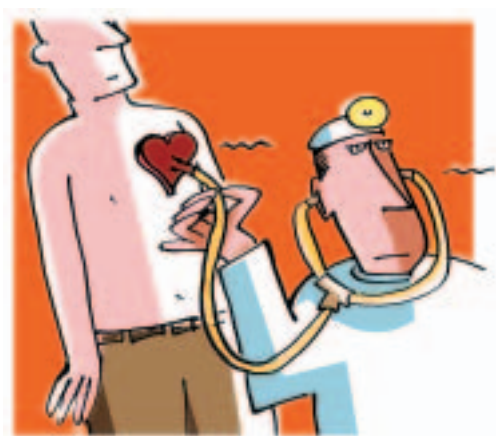
L'électrocardiogramme est l'élément important qui permettra de confirmer le diagnostic et d'orienter la thérapeutique. Cependant cet examen, quoique très sensible, peut montrer des images atypiques dans près de la moitié des cas. Une prise de sang permet de détecter la présence de substances libérées par les cellules cardiaques détruites mais plusieurs dizaines d'heures après le début de l'infarctus, ce qui les rend peu utiles pour établir un diagnostic précoce. En cas de doute diagnostique, le patient devra rester plusieurs heures au service des urgences.

Les principes du traitement de la phase aiguë

Le diagnostic établi, le premier souci du médecin sera de rassurer le patient et d'améliorer ses symptômes par l'administration d'un anti-douleur puissant, généralement de la morphine. Une perfusion intraveineuse permettra d'administrer rapidement d'autres médicaments. Si le patient arrive tôt en milieu hospitalier, il est tout à fait justifié de tenter de détruire le caillot afin de rétablir la circulation de sang dans le muscle en souffrance. Nous l'avons déjà dit, ces interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précoces (réduction de 50% de la mortalité, si le traitement débute endéans la première heure !). Elles perdent pratiquement tout intérêt après 12 heures d'évolution. L'approche thérapeutique la plus utilisée reste l'administration d'un médicament capable de dissoudre les caillots, on l'appelle un fibrinolytique (Streptokinase, Actilyse). Administrés par voie intraveineuse, ces médicaments parviennent à dissoudre le caillot dans près de 2 tiers des cas, 90 minutes après le début du traitement. Ce sont bien sûr des anticoagulants puissants, qui ne peuvent pas être administrés à des patients sujets aux hémorragies. Dans de tels cas, l'alternative thérapeutique est la réalisation rapide d'une coronarographie confirmant l'occlusion d'une artère coronaire. L'ouverture de celle-ci par ballonnet (angioplastie coronaire) peut alors être réalisée.

Fig. 2 : L'angioplastie percutanée dans l'infarctus





Pourquoi faut-il être hospitalisé ?

Les patients victimes d'un infarctus myocardique sont hospitalisés dans une unité de haute surveillance, généralement une unité coronaire, disposant d'un appareil de surveillance continue de l'électro-cardiogramme et de toutes les techniques thérapeutiques nécessaires. En effet, même dans les cas où le patient va mieux et ne ressent plus de douleurs, une surveillance attentive reste indispensable car la blessure du muscle cardiaque peut entraîner pendant plusieurs jours de nombreuses complications telles des arrêts du cœur et même, très rarement, des ruptures de celui-ci. De nombreux médicaments sont actuellement à la disposition des médecins pour réduire ces complications à court et à long terme, citons tout particulièrement l'administration systématique d'aspirine à petites doses, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Captopril), les bêtabloquants (Tenormin),...

L'hospitalisation en unité de haute surveillance dure généralement 3 à 5 jours s'il n'y a pas de complications mais elle peut être plus longue. Le patient est ensuite transféré en unité de Cardiologie générale où il subira les examens de fin d'hospitalisation. La durée totale du séjour, variable d'un patient à l'autre, est comprise entre 7 et 10 jours.

Les examens de fin d'hospitalisation

Avant la sortie de l'hôpital, une série d'examens sont réalisés pour d'une part évaluer les dégâts occasionnés par l'infarctus myocardique et d'autre part pour établir un pronostic à moyen terme. L'*échocardiographie* permettra de déterminer l'importance de la cicatrice de l'infarctus ; l'*épreuve d'effort* permettra de mettre en évidence la persistance d'une angine de poitrine éventuelle et donnera une idée des possibilités physiques lors du retour à domicile. La *radiographie* des artères du cœur (*coronarographie*) est l'examen de choix pour évaluer l'état des artères coronaires. Cet examen dit "agressif" comportant un certain risque (0,3%), il n'est pas réalisé systématiquement pour tous les patients. La coronarographie permet d'une part, de s'assurer de l'état de la coronaire qui a été responsable de l'infarctus et d'autre part, d'exclure des lésions sévères sur les autres artères. En fonction des résultats, le patient devra éventuellement subir une dilatation de l'artère par ballonnet ou même parfois une opération des artères du cœur.

Le retour à domicile

Le retour à domicile peut être un moment assez difficile pour le patient, en particulier s'il est peu entouré. En effet, il persiste dans la majorité des cas, une angoisse de refaire un problème et un certain découragement quant à l'avenir. Le rôle du médecin traitant et de la famille est alors très important pour redonner confiance au malade et s'assurer du bon suivi de la prise des médicaments.

La réadaptation cardiaque

Dès les premiers jours d'hospitalisation, le patient sera mis au courant des programmes de réadaptation cardiaque à sa disposition pendant la phase hospitalière et surtout après son retour à domicile. La réadaptation cardiaque doit être comprise comme une approche multidisciplinaire, prenant en charge tous les aspects de la vie du patient. En effet, nombreux sont ceux qui au moment de leur infarctus myocardique ont à la fois des *problèmes sociaux* (perte d'emploi, séparation, soucis financiers), *psychologiques* (dépression, conflits professionnels ou familiaux), *diététiques* (excès de poids, hypercholestérolémie, diabète), *physiques* (sédentarité, déconditionnement physique).

La récupération d'une vie la plus normale possible ne peut se concevoir qu'en corrigeant au mieux tous les problèmes du patient afin de l'aider à contrôler ses facteurs de risque. Après l'épisode aigu, le patient sera donc appelé à se représenter à l'hôpital où il reverra psychologues, diététiciennes et kinésithérapeutes. Ces derniers établiront un programme d'entraînement physique qui, pour être vraiment efficace, doit comprendre 3 séances par semaine d'une heure d'exercices contrôlés et cela pour une durée de quelques semaines.



La prévention secondaire des facteurs de risque

Dans le domaine de la prévention des problèmes cardiovasculaires, on distingue les mesures prises *avant* (primaires) ou *à la suite* d'un accident cardiaque (secondaires).

Après un infarctus myocardique, le contrôle des facteurs de risque doit être une priorité, en particulier pour les fumeurs. Le **tabagisme** est un comportement souvent difficile et pénible à modifier de manière durable. Néanmoins la motivation du personnel soignant à convaincre le patient et le recours à une équipe spécialement formée contribuent à la réussite. Les anomalies des graisses sanguines nécessitent bien sûr une adaptation du régime alimentaire (moins de graisses animales, plus de fruits et légumes, plus de poissons...).

- Dans de nombreux cas, la prise de médicaments (statines...) s'avérera nécessaire pour satisfaire les recommandations internationales qui, après infarctus myocardique, sont de baisser le **cholestérol** total en dessous de 200 mg/dl et le LDL cholestérol en dessous de 100 mg/dl.
- Chez l'**hypertendu**, les valeurs de tension artérielle doivent être amenées par les médicaments en dessous de 140/90 mmHg.
- En cas d'**excès pondéral** ou d'obésité, le Body Mass Index (Poids/Taille²) devrait se situer en dessous de 25 kg/m².
- L'**activité physique** recommandée à long terme comprend des exercices d'intensité modérée pendant au moins 30 minutes trois fois par semaine.
- En cas de **diabète**, il convient de rapprocher le taux de sucre de la normale.

La reprise d'une activité sexuelle normale

Le patient convalescent d'un infarctus est particulièrement préoccupé par ce problème et ose rarement en parler ouvertement avec son entourage. Après un mois de convalescence, le patient dont la capacité physique à l'effort est suffisante peut reprendre des rapports normaux. Malheureusement, nombreux sont les patients qui conservent une inappétence sexuelle qui résulte de divers facteurs dont :

- l'angoisse qu'a le patient -ou plus souvent son partenaire- d'un accident mortel lors des rapports ;
- la prise de médicaments ;
- les perturbations hormonales ;
- ou encore l'état de santé global.

Chez l'homme, le problème de dysfonction érectile est assez fréquent. Il peut actuellement être compensé par la prise de Viagra à condition d'obtenir l'accord du médecin qui s'assurera de l'absence d'interférences médicamenteuses dangereuses.

La reprise du travail

Dans la majorité des cas, la reprise d'une activité professionnelle se fera après une période minimale de 2 mois. Cette période d'incapacité de travail peut bien sûr être allongée en fonction des complications rencontrées et des interventions éventuelles. Pour certaines professions telles que chauffeur de poids lourd, elle est d'office de 3 mois minimum. Pour certaines professions à risque (chauffeur de tram,...), la reprise du travail sera soumise à des contrôles particulièrement exigeants des médecins du travail. Pour un pilote d'avion, l'impossibilité de reprendre son travail est généralement définitive. Plus rarement, les capacités physiques du patient ne seront plus compatibles avec la lourdeur de son activité professionnelle et l'équipe de réadaptation devra l'aider à sa réinsertion professionnelle ou à sa mise en invalidité.

La reprise de la conduite automobile

Le patient qui a été victime d'un infarctus du myocarde n'est pas autorisé à reprendre son véhicule avant une période d'environ 6 semaines (3 mois dans le cas de conduite professionnelle) et à condition d'obtenir de son cardiologue un certificat d'aptitude à la conduite pour une période de 2 ans maximum.

Que faire pour ne pas être à nouveau victime d'un infarctus myocardique ?

Les patients victimes d'un infarctus conservent souvent l'angoisse d'une récurrence, surtout au cours de la 1ère année. Les différents contacts qu'ils auront avec les médecins et le personnel paramédical devront largement contribuer à leur redonner confiance, en particulier s'ils respectent scrupuleusement les règles d'hygiène de vie et de prévention secondaire qui leur ont été prescrites.



En résumé

L'infarctus du myocarde est la destruction d'une région du muscle cardiaque privée de sang et d'oxygène par l'occlusion brutale d'une artère qui irrigue le cœur.

La prise en charge rapide de la personne victime d'un infarctus améliore considérablement ses chances de survie.

Il est donc important pour tous

- de **connaître les signes annonciateurs**
- et de pouvoir **entamer une réanimation cardio-pulmonaire** en attendant les secours spécialisés.

La douleur typique de l'infarctus peut varier en localisation et en intensité mais est généralement thoracique, brutale, oppressante et évoque la sensation d'être pris dans un étau. Elle irradie souvent vers le bras gauche et la mâchoire, parfois vers le bras droit ou entre les omoplates. Rarement, elle siège uniquement au niveau de l'estomac ou dans le dos. Elle s'accompagne souvent de sueurs froides et 1 fois sur deux de nausées et de vomissements.

Chaque minute compte.

Téléphonez au 100 ou au 101

et demandez une ambulance médicalisée
en précisant

- la raison de votre appel : **une crise cardiaque**
- et **le lieu de l'accident.**

En cas de perte de connaissance (pas de respiration ou pas de pouls), une personne de l'entourage pourrait intervenir si elle est capable de reconnaître un arrêt cardio-vasculaire et d'agir en conséquence jusqu'à l'arrivée des secours. (Voir "Pour en savoir plus" en page suivante)

Pour en savoir plus

- 1. sur les gestes qui sauvent et la réanimation cardio-pulmonaire**, voir les formations organisées par les sections locales de la Croix-Rouge de Belgique. Brevet Européen de Premiers Secours (BEPS) en 12h et complément de secourisme en 28 h. Coût du BEPS : 800,- BEF - dossier de secouriste : 500,- BEF + 50- BEF (carte validation du brevet et inscription à la section locale).
Pour tout renseignement, contactez le service enseignement de la Croix-Rouge, chaussée de Vleurgat 84 à 1050 Bruxelles (Tél. : 02.645.46.61 - Fax : 02.646.47.83 - E-mail: odette.colin@redcross-fr.be).
- 2. Angor et infarctus**, une émission “Pulsations” réalisée par Karine Rondia. Production RTBF, 1996.
Référence de la Médiathèque : SA2511.
- 3. Quelle vie après l'infarctus ?** un article de “Test Santé” n°26, juillet 1998.
- 4. Les centres de réadaptation cardiaque**, une liste est disponible à la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque.
- 5. Les publications de la Fondation** (voir page 17), disponibles sur simple demande à la Fondation pour la Chirurgie cardiaque, rue Tenbosch 11 à 1000 Bruxelles (Tél. : 02.644.35.44 - Fax : 02.640.33.02).



La cardiologie et la chirurgie cardiaque ont bénéficié de progrès considérables accomplis ces dernières années dans la *compréhension* des maladies cardio-vasculaires, dans leur *exploration*, leur *traitement*, et leur *prévention*.

Depuis 1980, **votre soutien régulier** à la Fondation pour la Chirurgie Cardiaque nous permet d'attribuer des bourses à des chercheurs et de financer les travaux les plus prometteurs.

Votre contribution à l'effort de recherche est d'autant plus importante que les affections cardio-vasculaires constituent encore, dans notre pays, la première cause de mortalité.

Pour tout versement à partir de 1.000 Fr par an sur le compte

310-0333527-30

vous recevrez une attestation fiscale.

Votre ordre permanent permet à la Fondation de programmer les soutiens qu'elle peut accorder.

Les éditions de la Fondation pour la Chirurgie cardiaque

Déjà Parus

Les guides de la collection **Votre cœur apprivoisé** :

- **Le cholestérol et les habitudes alimentaires**
- **Le stress et les maladies cardio-vasculaires**
- **La sédentarité... un risque à ne pas courir**
- **L'hypertension**
- **La vie... sans tabac**
- **Le diabète**
- **L'obésité**
- **Voyager le cœur tranquille**

Votre cœur à cœur ouvert

La transplantation cardiaque :
la réalisation d'un rêve grâce à la recherche médicale
L'infarctus du myocarde

A paraître

L'alimentation équilibrée

Tous ces documents sont disponibles
sur simple demande à :

La Fondation pour la Chirurgie cardiaque
Rue Tenbosch 11
1000 Bruxelles

Tél. : 02.644.35.44

Fax : 02.640.33.02



Brochure éditée par
la Fondation pour la Chirurgie cardiaque asbl
Rue Tenbosch 11
1000 Bruxelles

Tél. : 02.644.35.44 - Fax : 02.640.33.02