



Infarctus du myocarde

I. Définition et physiopathologie

L'infarctus du myocarde est une complication de l'angine de poitrine qui correspond à une occlusion aiguë d'une coronaire. Cette occlusion entraîne une nécrose d'une partie du muscle cardiaque (le myocarde), la zone n'est alors plus irriguée par les artères coronaires lui apportant normalement l'oxygène véhiculé par le sang.

Le point de départ de la lésion est une plaque d'athérome siégeant au niveau d'une artère coronaire. La thrombose provoque l'obstruction de l'artère, provoquant des lésions ischémiques dans le territoire myocardique qu'elle vascularise.

Les cellules myocardites atoxiques perdent leur propriété de conduction et d'excitabilité, finissent par se nécroser et provoquent des troubles du rythme ventriculaire.

Il s'agit d'une urgence médicale mettant en jeu le pronostic vital ; au-delà d'un délai de 6 heures, la nécrose est le plus souvent irréversible.

II. Facteurs de risque

Facteurs de risque intrinsèques

- Sexe (Homme > Femme)
- Âge > 50 ans
- Hérité (antécédents familiaux)

Facteurs de risque extrinsèques

- Tabac
- Hypercholestérolémie
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Sédentarité
- Dyslipidémie
- Obésité
- Troubles psychosociaux (stress, dépression)

III. Signes

Les signes de l'infarctus du myocarde sont les suivants :

- Douleur typique rétro sternale (douleur thoracique derrière le sternum) pouvant irradier dans les bras, les épaules et la mâchoire
- Cette douleur ne cède pas à la prise de *Trinitrine* (elle cède en cas d'angor)
- Douleur constrictive, oppressante et angoissante
- Sueur, angoisse, pâleur, palpitations
- Malaise, sensation de mort imminente
- Nausées et vomissements

IV. Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont nombreux mais l'électrocardiogramme et le dosage des enzymes cardiaques sont les principaux.

Électrocardiogramme 12 et 18 dérivations :

- Sus-décalage du segment ST (onde de Pardee) dans des dérivations correspondants à un territoire cardiaque avec miroir (sous-décalage du ST) dans les dérivations opposées
- Onde Q large et profonde : signe électrique de nécrose myocardique

Bilan sanguin : notamment les enzymes cardiaques CPK et Troponine (qui sont élevées en cas d'infarctus du myocarde)

Échocardiographie : bilan de contractilité, recherche de complications, mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche

Radio pulmonaire : recherche de complications (insuffisance cardiaque, souffle ...)

Coronarographie : pour préciser la topographie des lésions et débiter un traitement

V. Traitement

L'objectif du traitement est la restauration la plus précoce possible du flux coronaire pour préserver la fonction du ventricule gauche et améliorer le pronostic.

Conditionnement

- Mise en place de 2 voies veineuses périphériques de bon calibre
- Patient sous surveillance continue scopique
- Oxygène

Antalgiques : pouvant aller jusqu'aux antalgiques de palier 3 pour soulager la douleur (*Morphine*)

Antiagrégants : *Aspirine*® IV (*Aspégic*®) 500mg + *Clopidogrel* (*Plavix*®) dose de charge de 600 mg per os ou Ticagrélol (*Brilique*®) dose de charge de 180 mg per os

Anticoagulants : soit héparine non fractionnée à dose efficace (bonus de 70-100 UI/kg sans dépasser 5 000 UI, puis dose efficace entre 15 et 20 UI/kg/h à adapter à l'héparinémie), soit HBPM (0,5 mg/kg en bolus puis 1 mg/kg sous-cutané 2 fois par jour)

Anti-ischémiques : bêtabloquants (sauf OAP ou bradycardie)

Deux possibilités pour la levée du thrombus :

- Thrombolyse préhospitalière (en absence de contre-indication). Ex : *Actilyse*®
- Angioplastie en urgence au cours d'une coronarographie avec mise en place de stent

Traitement mis en place après la revascularisation :

- Hospitalisation enUSIC, monitoring de la FC, PA, SpO2, conscience
- Repos strict au lit pendant au moins 48 heures
- Anticoagulation efficace pendant 48 heures au moins, puis à dose préventive
- Double antiagrégation pendant un an par *Aspirine*® (*Kardégic*® 75 ou *Aspirine*® 100) + *Clopidogrel* (*Plavix*® 75 1 x par jour) ou *Ticagrélol* (*Brilique*® 90 2 x par jour)
- Traitement anti-ischémique : bêtabloquants et/ou inhibiteurs calciques

Traitement à la sortie de l'hôpital :

- Correction de l'hygiène de vie (suppression des facteurs de risque extrinsèques)
- Antiagrégants à vie
- Traitement anti-ischémique : bêtabloquants et/ou inhibiteurs calciques
- Anti-angineux : dérivés nitrés si besoin, *Natispray®* en cas de crise
- Statine en prévention secondaire
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : ils limitent les risques d'insuffisance cardiaque et de récurrence d'infarctus du myocarde

VI. Pronostic

Plus le traitement est rapide (avant la 6e heure), plus le pronostic est bon. Plus il est tardif, plus l'étendue de la nécrose est grande et plus il y a de risque de complications potentiellement mortelles.

On considère que :

- 15% des patients décèdent avant l'arrivée à l'hôpital
- 10% pendant l'hospitalisation
- 10% dans les mois qui suivent

VII. Complications

Les complications de l'infarctus du myocarde sont les suivantes :

- Bloc auriculoventriculaire
- Troubles du rythme cardiaque ventriculaire ou auriculaire (fibrillation, flutter) ou de la conduction cardiaque
- Insuffisance cardiaque gauche pouvant aller jusqu'à l'OAP et le choc cardiogénique ou droite en cas d'infarctus du ventricule droit
- Accidents vasculaires cérébraux
- Rupture septale
- Rupture ou anévrisme du ventricule gauche
- Insuffisance mitrale ischémique
- Péricardite

UE 2.8 – PROCESSUS OBSTRUCTIFS

DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

Complication de l'angine de poitrine
 Occlusion aiguë d'une coronaire
 Nécrose d'une partie du muscle cardiaque
 Point de départ : plaque d'athérome au niveau d'une artère coronaire
 Urgence médicale mettant en jeu le pronostic vital

FACTEURS DE RISQUE

Homme > Femme
 Âge > 50 ans
 Antécédents familiaux
 Tabac
 Hypercholestérolémie
 Hypertension artérielle
 Diabète
 Sédentarité
 Dyslipidémie
 Obésité
 Troubles psychosociaux

PRONOSTIC

15% décès avant arrivée à l'hôpital
 10% pendant hospitalisation
 10% les mois qui suivent

SIGNES

Douleur rétro sternale
 Irradiation dans les bras, les épaules et la mâchoire
 Douleur ne cédant pas à la Trinitrine
 Douleur constrictive, oppressante, angoissante
 Sueur, angoisse, pâleur, palpitations
 Malaise, sensation de mort imminente
 Nausées et vomissements

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Électrocardiogramme (sus décalage ST)
 Bilan sanguin avec CPK et Troponine
 Échocardiographie
 Radio pulmonaire
 Coronarographie

TRAITEMENT

2 VVP, scope, O₂

Antalgiques : jusqu'à la Morphine
 Antiagrégants : Aspirine, Plavix ou Brilique
 Anticoagulants : Héparine
 Anti-ischémiques : bêtabloquants

Levée du thrombus par thrombolyse ou angioplastie au cours d'une coronarographie avec stent

Après la revascularisation :USIC, monitoring, repos strict, anticoagulation efficace pendant 48h, double anti-agrégation, traitement anti-ischémique

Sortie hôpital : correction hygiène de vie, antiagrégants à vie, traitement anti-ischémique, anti-angineux, statine, inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Infarctus du myocarde



fiches-ide.fr

COMPLICATIONS

Bloc auriculoventriculaire
 Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque
 Insuffisance cardiaque droite ou gauche
 Accidents vasculaires cérébraux
 Rupture septale
 Rupture ou anévrisme du ventricule gauche
 Insuffisance mitrale ischémique
 Péricardite