



# 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, O<sub>2</sub>

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