

Nouvelles des Congrès

par le Dr François Cloës, médecin généraliste, 5350 Ohey

17^e Journée de Cardiologie pour le Médecin Généraliste: l'accident cardiaque

Bruxelles, le 10 octobre 2009

Poser le diagnostic d'infarctus

L'OMS définit l'infarctus du myocarde (IDM) par la présence:

- d'un critère majeur: montée puis normalisation des enzymes cardiaques (CK-MB, Troponine)
- d'un des critères mineurs suivants: une douleur thoracique évocatrice, une image électrocardiographique évocatrice ou une «reperfusion» en urgence.

La douleur est typiquement rétro-sternale, en étau, et peut irradier dans les mâchoires et le cou. Ce tableau peut être accompagné de dyspnée, de syncopes, d'angoisse, de douleurs dorsales ou de nausées.

L'ECG, anormal dans 70 % des cas, permet de situer le territoire en souffrance et donc l'artère qui l'irrigue.

L'infarctus STEMI (ST-Segment Elevation Myocardial Infarction) traduit une occlusion complète de l'artère coronaire. Il se définit par un sus-décalage du segment ST d'au moins 2 mm, dans minimum 2 dérivations contiguës pendant plus de 20 minutes. L'image en miroir (ST sous-décalé) dans les dérivations opposées confirme le diagnostic. Au stade terminal et sans reperfusion précoce, l'onde R sera remplacée par une onde Q de nécrose cellulaire.

L'infarctus non STEMI (non Q wave) est caractérisé par des ondes T négatives, souvent accompagnées d'un ST sous-décalé. Alors qu'il témoigne d'une occlusion artérielle incomplète, son pronostic vital est plus sombre que celui des STEMI.

D'après l'exposé du docteur Christophe Scavée, cardiologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

Traiter

Arrivé au domicile du patient et après avoir contacté une ambulance médicalisée, la prise en charge se résume par les lettres suivantes: **MONA**. La douleur et l'anxiété peuvent être calmées par l'in-

jection de 5 à 10 mg de morphine en sous cutané. Si de l'oxygène est rapidement disponible, le patient peut en bénéficier. L'utilisation de nitrés dépend de l'hémodynamique du patient ainsi que de l'exclusion d'un infarctus du ventricule droit (visible dans les dérivations inférieures). Enfin, 500 mg d'aspirine® (acide acétylsalicylique) seront administrés au patient par voie orale ou intraveineuse.

À l'hôpital, la suite du traitement pour les infarctus STEMI repose sur la reperfusion de l'artère occluse au mieux dans les 3 heures, et en tous les cas dans les 12h, en ayant à l'esprit la phrase suivante: "Time is muscle". Cette revascularisation se fait idéalement par angioplastie coronaire transluminale percutanée (PTCA). Les infarctus non STEMI, moins urgents que les STEMI, sont d'abord mis au point pour caractériser au mieux la maladie et proposer au patient le traitement le plus adéquat possible. Ce bilan est réalisé sous couverture d'acide acétylsalicylique, d'un antiagrégant plaquettaire «complémentaire» (prasugrel, clopidogrel) et d'une HBPM.

De retour chez soi, certaines habitudes de vie du patient doivent être repensées. On songe bien entendu à la mise en place d'un sevrage tabagique ainsi qu'à l'instauration d'une marche quotidienne de 45 minutes environ. De manière préventive et dans la mesure du possible, le paracétamol remplacera la prescription d'AINS qui doivent être évités. D'autre part, on évitera la prescription d'œstrogènes chez les femmes et on envisagera d'autres moyens de contraception ou de substitution hormonale.

Le traitement médicamenteux de base se compose des médicaments suivants, à vie: de l'acide acétylsalicylique à raison de 75 à 150 mg/j, d'un bêtabloqueurs (bisoprolol, métoprolol, carvedilol), d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion et d'une statine. Durant la première année qui suit l'accident cardiaque, le clopidogrel à raison de 75 mg/j est prescrit au patient stenté. En cas d'allergie à l'acide acétylsalicylique, celui-ci peut être continué à

vie. Au niveau des paramètres, on tentera d'atteindre une pression artérielle inférieure à 140/90 mm Hg, un body mass index inférieur à 25 et un LDL cholestérol inférieur à 100 mg/dL. En cas d'hypertriglycéridémie, l'adjonction d'un fibraté peut être envisagée. En cas de récurrence d'angor, le patient peut s'administrer un dérivé nitré.

D'après l'exposé du docteur Joëlle Kefer, cardiologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles et l'exposé du Dr Christophe Beauloye, cardiologue à l'hôpital Saint Luc, Bruxelles.

Aspects psycho-sociaux

L'infarctus du myocarde (IDM) est un événement brutal qui va perturber socialement et psychologiquement nos patient et dont on devra être attentif.

La dépression réactionnelle, fréquente, est associée à un risque nettement accru de morbi-mortalité cardio-vasculaire et doit donc être traitée. Elle se rencontre surtout lorsque le patient n'est pas conscient des ressources présentes dans son entourage. L'anxiété et le stress peuvent être pris en charge par une thérapie médicamenteuse ou cognitivo-comportementale.

L'arrêt du tabac, aidé par l'entretien motivationnel, est encore trop peu promu chez les patients coronariens. Bien que 66% des patients sortiront sevré de l'hôpital, 50% refumeront dans l'année.

Sujet bien présent dans l'esprit de nos patients, la reprise des activités sexuelles est autorisée dès le retour à domicile si le patient est capable, sans douleur, de monter 2 étages d'escaliers. En cas de dysfonction érectile, l'utilisation d'un inhibiteur de la phosphodiesterase est permise sauf s'il prend des dérivés nitrés.

Notre rôle est également d'informer notre patient que la loi interdit la conduite automobile après un IDM. Cette interdiction peut être levée pour les conducteurs du groupe 1 (voiture et motos) par un certificat d'aptitude délivré par le médecin traitant. Ce dernier se basera sur la symp-

tomatologie et l'évolution de l'affection. Les conducteurs du groupe 2 (professionnels transportant des choses ou des personnes) sont inaptes à la conduite durant les 3 mois qui suivent l'IDM et nécessitent un certificat d'aptitude valable pendant 2 ans.

D'après l'exposé de M. Jacques Dutrançois, psychologue et tabacologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

Revalidation cardiaque

Bien que la revalidation cardiaque ait démontré une amélioration de la qualité de vie, de l'autonomie et d'une reprise professionnelle plus rapide, seulement 30 % des patients en bénéficient. Elle permet un meilleur contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires (pression artérielle, cholestérol, triglycérides), une amélioration du seuil ischémique, de la fréquence et de la fonction cardiaque et améliore la probabilité d'un sevrage tabagique à long terme. Ceci grâce une meilleure adhésion du patient à son traitement ainsi que par son soutien mental. Cela se traduit par une diminution relative de la mortalité et de la dépression, respectivement de 73 % et 63 %. Le programme comprend une évaluation médicale, la prescription d'exercices, un support diététique et psychologique. Notons qu'un décès est recensé par millions d'heures de revalidation.

D'après l'exposé du docteur Thierry Muller, cardiologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

Quel sport en post-infar ?

Les sports d'endurance (course à pied, vélo, natation) sont recommandés à raison de 3 à 5 séances par semaines, à raison de 30 minutes par séance pour les efforts d'intensité modérée ou de 20 minutes par séance pour les efforts intenses. Le choix du sport se porte surtout sur le désir du patient et les possibilités de sport proches de son habitat.

D'après l'exposé du P^r Claude Hanet, cardiologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

Régimes

L'obésité est une maladie chronique multifactorielle. Sa prise en charge repose sur des mesures efficaces à long terme avec des objectifs réalistes et réalisables. Elle nécessite une mise au point médicale, la modification des habitudes et comportements alimentaires et la mise en place d'une activité physique. La plupart des programmes de perte de poids ont des résultats décevants à long terme (75 % d'échecs). Une méta-analyse de la littérature

a comparé 8 types d'interventions différentes (régime seul, exercice physique, association des 2, régime à basses calories...) à court et à moyen terme (1 an). La première observation montre qu'après 6 mois d'intervention, la perte de poids atteint un plateau. Cette perte a été la plus spectaculaire avec les régimes les plus hypocaloriques, mais la reprise de poids l'a été également. À 6 mois, les meilleurs résultats sont ceux des techniques de modifications des habitudes alimentaires combinés à la pratique d'une activité physique. L'importance d'un régime hypocalorique (mais pas trop!) semble plus important que la réorientation de son alimentation vers un type de nutriment (glucides, lipides ou protéines) en particulier. De manière concrète, on ne parle plus de poids idéal mais de fourchette de poids permis (calculée selon le BMI). Le BMI visé est inférieur à 30. L'objectif est de perdre 10 % de son poids initial en 6 mois ou 0,5 à 1 kg par semaine, sans le reprendre par après. D'un point de vue quantitatif, le régime doit être légèrement hypocalorique (de -500 à -1000 kcal/jours maximum, sinon reprise importante de poids par après ou « effet yoyo »), en essayant de donner 50 % des apports énergétiques quotidiens totaux dans la première partie de la journée. Au niveau qualitatif, on augmentera la satiété en « prenant le temps de manger » et en augmentant l'apport de fibres, de légumes et de protéines. La phase de stabilisation se caractérise par un retour progressif à un régime normocalorique avec augmentation des activités physiques. Les interdits doivent être revus en termes de choix à faire.

D'après l'exposé de Mme Véronique Maindix, enseignante à l'Institut Paul Lambin, Bruxelles.

Les souffles chez les nourrissons

La découverte d'un souffle cardiaque chez le nourrisson signe une affection cardiaque dans la moitié des cas. Par ailleurs, 50 % des affections cardiaques — parfois graves — ne s'accompagnent pas de souffle. La fermeture du canal artériel et la diminution des résistances vasculaires pulmonaires dans les jours et semaines qui suivent la naissance explique le délai d'apparition des souffles. En effet, 50 % des souffles sont ignorés à la sortie de l'hôpital, d'où le rôle majeur des médecins généralistes dans leur dépistage. En période néonatale, les souffles fonctionnels siègent volontiers :

- au foyer pulmonaire, avec irradiation en axillaire et dans le dos. Ils disparaissent en général vers l'âge de 6 mois ;
- en parasternal gauche, de tonalité musicale et sans irradiation.

Les facteurs de risque qui plaident pour un souffle organique sont les suivants :

- un souffle découvert en période néonatale ;
- la présence de symptômes associés (pâleur, cyanose, diminution du poids ou de la prise des biberons, transpiration lors des repas, pouls périphériques diminués ou bondissants) ;
- une radiographie de thorax ou un ECG anormal ;
- un souffle diastolique ;
- un souffle systolique intense ($\geq 3/6$), prolongé, non affecté par la position et/ou avec irradiation ;
- la présence d'un bruit cardiaque anormal (B2 anormal, clic éjectionnels).

Il est cohérent de toujours réaliser une imagerie par un échographiste expérimenté pour un souffle découvert en période néonatale ou en période scolaire, surtout lorsqu'il s'accompagne de « facteurs de risque » de souffle organique.

D'après l'exposé du P^r Thierry Sluysmans, cardiologue pédiatrique à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

Nouveaux anticoagulants ?

Le dabigatran (Pradaxa®) et le rivaroxaban (Xarelto®) inhibent respectivement le facteur IIa (thrombine) et le facteur Xa. Ils se prennent par voie orale, ne nécessitent pas de monitoring sanguin et ont peu d'interactions alimentaires et médicamenteuses. Ils sont en cours de validation avec des résultats encourageants, mais avec un coût nettement supérieur aux AVK actuels.

D'après l'exposé du P^r Cédric Hermans, hématologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.

FA : Dronedarone ?

La dronedarone, un anti-arythmique de la classe III, est en cours d'étude chez les patients porteurs d'une fibrillation auriculaire. Elle a l'avantage d'avoir une durée de demi-vie plus courte (12 heures) que l'amiodarone, peu d'effets secondaires (nausées, vomissements et diarrhées) et surtout, de ne pas provoquer de dysthyroïdies. En effet, sa structure chimique est dépourvue de noyau iodé. En cas de fibrillation auriculaire, elle permet le retour et le maintien du rythme sinusal tout en réduisant la fréquence ventriculaire. Son efficacité par rapport à l'amiodarone n'a pas encore été étudiée. Elle est contre-indiquée en cas d'insuffisance cardiaque de par l'augmentation de mortalité qu'elle induit. Dans ce cas, l'amiodarone est le traitement de choix. La dronedarone n'est pas encore commercialisée en Belgique.

D'après l'exposé du docteur Christophe Scavée, cardiologue à l'hôpital Saint-Luc, Bruxelles.