

132 –IV – d BILAN ET TRAITEMENT POST INFARCTUS

JM Fauvel 2009

Après un infarctus, diverses informations vont être nécessaires à la prise en charge du patient. C'est l'objet du bilan post infarctus. Il faut ensuite assurer une prévention secondaire optimale.

1 – LE BILAN POST INFARCTUS

Ce bilan doit évaluer le risque menaçant le patient. Il a trois composantes : hémodynamique, ischémique et rythmique ;

1 – 1 Risque hémodynamique : c'est le risque d'insuffisance cardiaque secondaire

le bilan des dégâts ventriculaires sera étudié par

- clinique : galop, souffle d'insuffisance mitrale
- écho doppler : dimensions, contractilité segmentaire, fraction d'éjection, insuffisance mitrale ischémique éventuelle
- épreuve d'effort : niveau d'effort réalisé
- angiographie VG isotopique : fraction d'éjection
- cath gauche : ventriculographie en OAD et OAG : fonction systolique ventriculaire gauche globale (fraction d'éjection) et segmentaire
- IRM : : fraction d'éjection, insuffisance mitrale, étendue de l'infarctus par rehaussement tardif après gadolinium

Il faut attendre 3 semaines pour sortir d'une éventuelle période de sidération myocardique, si il y a eu revascularisation, afin de pouvoir évaluer au mieux la fonction ventriculaire gauche.

L'IRM permet une évaluation plus précoce de la viabilité résiduelle.

La fraction d'éjection ventriculaire gauche, au mieux évaluée à l'aide d'une angiographie isotopique, est un élément majeur du pronostic ultérieur, sur le plan hémodynamique mais aussi sur le plan rythmique.

1 - 2 Risque ischémique : c'est le risque de voir d'autres lésions se manifester avec réapparition d'un angor ou d'un autre infarctus

le bilan des lésions coronariennes, étudié par

- clinique : angor résiduel
- ECG
- ECG ambulatoire 24 h (HOLTER) : ischémie silencieuse
- ECG d'effort, d'interprétation pas toujours facile, en raison des troubles de la repolarisation séquentiels
- écho de stress
- scintigraphie du myocarde de stress
- IRM de perfusion sous dipyridamole
- coronarographie ++
- si par la suite réapparition d'un angor d'effort ou spontané : coronarographie rapide car ne peut se permettre de boucher un peu plus

1 - 3 Risque rythmique : c'est le risque de voir se manifester

- un trouble du rythme grave
- ou surtout une mort subite essentiellement par FV

évaluation sur

- fonction VG jugée sur fraction d'éjection
- ECG d'effort (troubles du rythme d'effort et ischémie)
- ECG ambulatoire 24 h (HOLTER) . recherche d'extrasystoles ventriculaires menaçantes, pas de valeur pronostique en phase aigue mais valeur si > 2 semaines
- recherche de potentiels tardifs ventriculaires par ECG Haute Amplification
- stimulation ventriculaire programmée dans certains cas de TV au Holter

la fraction d'éjection est le meilleur critère prédictif de la menace rythmique

II – LE TRAITEMENT POST INFARCTUS

2 - 1 - Réadaptation à l'effort

Chez certains sujets on aura un bénéfice psychologique très important, on diminue la réaction dépressive, et on facilite la réinsertion professionnelle.

De plus, la poursuite de l'exercice physique (30 minutes 5 fois par semaine) :

- développement d'une collatéralité
- améliore la fonction endothéliale
- ralentit la progression des lésions coronariennes
- diminue la mortalité de 26%

2 - 2 - BASIC ici encore

B Béta bloquant

à forte dose sans ASI , diminue la mortalité à 1 an de 20 %

- probablement par un effet antiarythmique par protection vis-à-vis des catécholamines
- sélectionner les patients à risque / E Effort ou / coronarographie: lésions sur les autres artères

A Aspirine au minimum, parfois associée pendant quelques mois au clopidogrel, surtout si une endoprothèse a été mise en place.

Antivitamine K en cas d'anévrisme résiduel

S Statine, avec un LDL cholestérol cible inférieur à 1,0 g/l

I - IEC

Préviennent le remodelage, et l'évolution vers l'insuffisance cardiaque

De plus, certains semblent diminuer la récurrence (ramipril : étude HOPE, périndopril : étude EUROPA)

C : Suppression des facteurs de risque de l'athérogenèse : **prévention secondaire**

2 – 3 Autres médicaments

- Nitrate, nicorandil :

justifié si angor résiduel , si positivité électrique à l'EE ou au Holter

- Inhibiteur Ca⁺⁺

- un petit gain pour le vérapamil , et pour le diltiazem, si fraction d'éjection bonne, donc utilisables en cas de contre indication au β bloquant
- pas d'utilité démontrée en post-infarctus pour les dihydropyridines, et même aggravation

- Antiarythmique

le β bloquant est le + efficaces

le défibrillateur implantable est parfois nécessaire, chez des patients avec fraction d'éjection < 40% et tachycardie ventriculaire

- Digoxine

En cas de VG distendu , avec un galop ou en cas de fibrillation auriculaire

- Eplerénone : en cas d'insuffisance VG

- Vaccination antigrippale

2 - 4 REPRISE DU TRAVAIL

C'est un problème difficile dans lequel il faut intervenir

- un malade arrêté plus de 2 mois n'a pas très envie de reprendre le travail
- l'employeur fait de l'obstruction, le médecin du travail aussi , même si le poste de travail ne comporte pas d'effort physique notable. Il est donc préférable de faire reprendre le travail le plus tôt possible.

Veiller à conseiller et défendre votre patient. L'assistante sociale de son secteur peut aussi apporter son aide

III - LA SURVEILLANCE ULTERIEURE

pour un primoinfarctus non compliqué , et coronarographié :

3 – 1 Généraliste

A 1 mois:

Clinique :

Angor, dyspnée ?

Sevrage éventuel du tabac ?

Retentissement psycho social (activité sexuelle ? réaction dépressive ?)

« professionnel ?

Ex clinique : TA, fréquence cardiaque, poids

souffle systolique ?

signes de rétention hydrosodée ?

point de ponction artérielle ?

Biologie :

Si IEC, ou éplérénone : Créatinine et clairance, kaliémie

Puis à 2 mois et 3 mois puis tous les 2 mois

A 3 mois, 6 mois puis tous les 6 mois : bilan lipidique (Chol Total, HDL, LDL ?), glycémie

- diététique,

- activité physique ?

- observance thérapeutique ?

- effets secondaires des médicaments ?

douleurs musculaires des statines ?

Asthénie par baisse TA sous IEC, et bêtabloquant ?

- gestion de l'association antiplaquettaire ? arrêt intempestif par le dentiste, le dermatologue peut être fatal

3 – 2 Cardiologie

ECG

Epreuve d'effort : resténose ? Tr du rythme ? Evolutivité coronaire ?

- Démaquillée , si revascularisation considérée comme complète

- ou sous traitement anti-ischémique

3^e, 6^e, 12^e, 24^e mois puis tous les ans

Echocardiogramme : à 3 mois

Références :

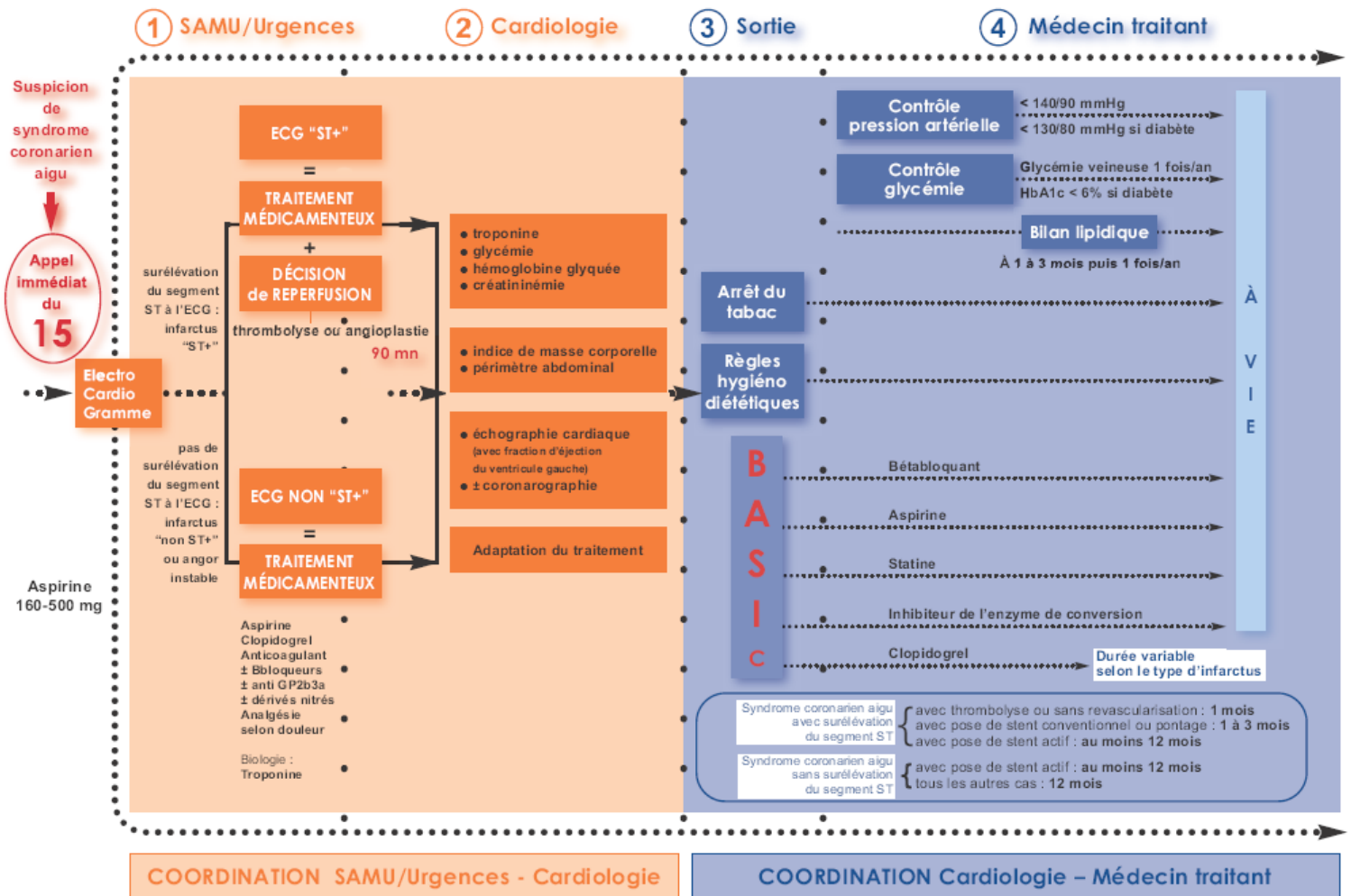
- Recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigue. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux 2001 ; 696 - 736

- Recommandations de la Société européenne de Cardiologie : Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistant ST-segment elevation Eur Heart Journal 2008, 29 : 2909-45

- HAS 2009

Syndromes coronariens aigus,
infarctus du myocarde :
modalités de prise en charge

Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : une chaîne à respecter

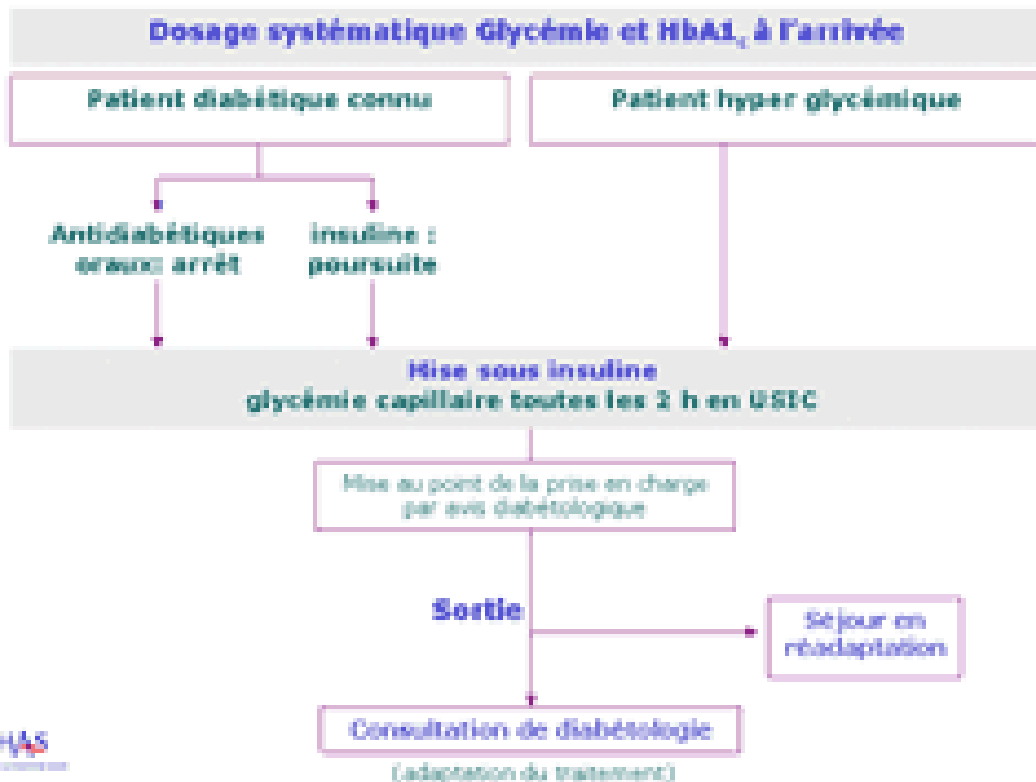


pour tout patient hospitalisé pour SCA (SCA ST+ ou SCA non ST+) :	
1	une coronarographie a été réalisée, sauf CI
2	la FEVG a été mesurée durant le séjour
3	la glycémie capillaire <u>et</u> l'HbA1c ont été systématiquement dosées
4	la clearance de la créatinine a été mesurée
5	l'indice de masse corporelle a été mesuré, ainsi que le périmètre abdominal
6	une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques a été réalisée
7	en cas de tabagisme, l'évaluation de la dépendance a été réalisée
8	en cas de tabagisme, un TNS (<i>traitement nicotinique substitutif</i>) a été proposé au patient en cas de symptômes de sevrage tabagique
9	en cas de diabète, la recherche de protéinurie et de microalbuminurie a été réalisée
10	le patient a été informé des signes d'alerte de SCA et cette information est tracée dans le dossier
11	l'entourage a été informé des signes d'alerte de SCA et formé aux gestes de réanimation

pour la sortie de tout patient hospitalisé pour SCA (SCA ST+ ou SCA non ST+) :	
1	l'ordonnance comporte un traitement par aspirine <i>(sauf CI ou refus du patient notés dans le dossier et le CRH)</i>
2	l'ordonnance comporte un traitement par betabloquants <i>(sauf CI ou refus du patient notés dans le dossier et le CRH)</i>
3	l'ordonnance comporte un traitement par statine <i>(sauf CI ou refus du patient notés dans le dossier et le CRH)</i>
4	l'ordonnance comporte un traitement par indicateurs de l'enzyme de conversion <i>(sauf CI ou refus du patient notés dans le dossier et le CRH)</i>
5	l'ordonnance comporte un traitement par clopidogrel <i>(sauf CI ou refus du patient notés dans le dossier et le CRH)</i>
6	en cas de tabagisme, l'ordonnance comporte l'arrêt du tabac
7	une ordonnance pour bilan lipidique à réaliser entre 1 et 3 mois a été remise au patient <i>(cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol, TG)</i>
8	en cas de diabète, une consultation spécialisée a été programmée après la sortie
9	en cas de tabagisme, une consultation spécialisée a été programmée après la sortie
10	une rééducation cardiaque a été programmée
11	l'entourage a été informé des signes d'alerte de SCA et formé aux gestes de réanimation

pour toute sortie de patient avec SCA, le compte rendu hospitalier :	
1	comporte le traitement complet de sortie
2	en cas de prescription de clopidogrel, précise la durée de traitement
3	en cas de non-prescription d'aspirine, en explicite les raisons
4	en cas de non-prescription de betabloquants, en explicite les raisons
5	en cas de non-prescription d'indicateurs de l'enzyme de conversion, en explicite les raisons
6	en cas de non-prescription de statines, en explicite les raisons
7	est adressé au médecin traitant du patient, ainsi qu'au médecin adresseur lors du SCA (avec l'accord du patient)
8	est remis au patient avec copie du dernier ECG

1 Prise en charge spécifique du patient diabétique en cardiologie, au décours d'un syndrome coronarien aigu



1 Prise en charge spécifique du patient fumeur en cardiologie, au décours d'un syndrome coronarien aigu

