

Droit au cœur (épisode 2)

L'infarctus du myocarde

Direction scientifique :

Le professeur Nicolas DANCHIN dirige le service de cardiologie et maladies vasculaires de l'HEGP (APHP) et enseigne la médecine à l'Université Paris-Descartes.

Il a été président de la Société Française de Cardiologie et a présidé le Conseil Scientifique de la CNAM-TS. Il a également dirigé le Groupe de travail «Acute Cardiac Care» de la Société Européenne de Cardiologie et préside le centre d'examens de santé Investigations Préventives et Cliniques (IPC), à Paris.

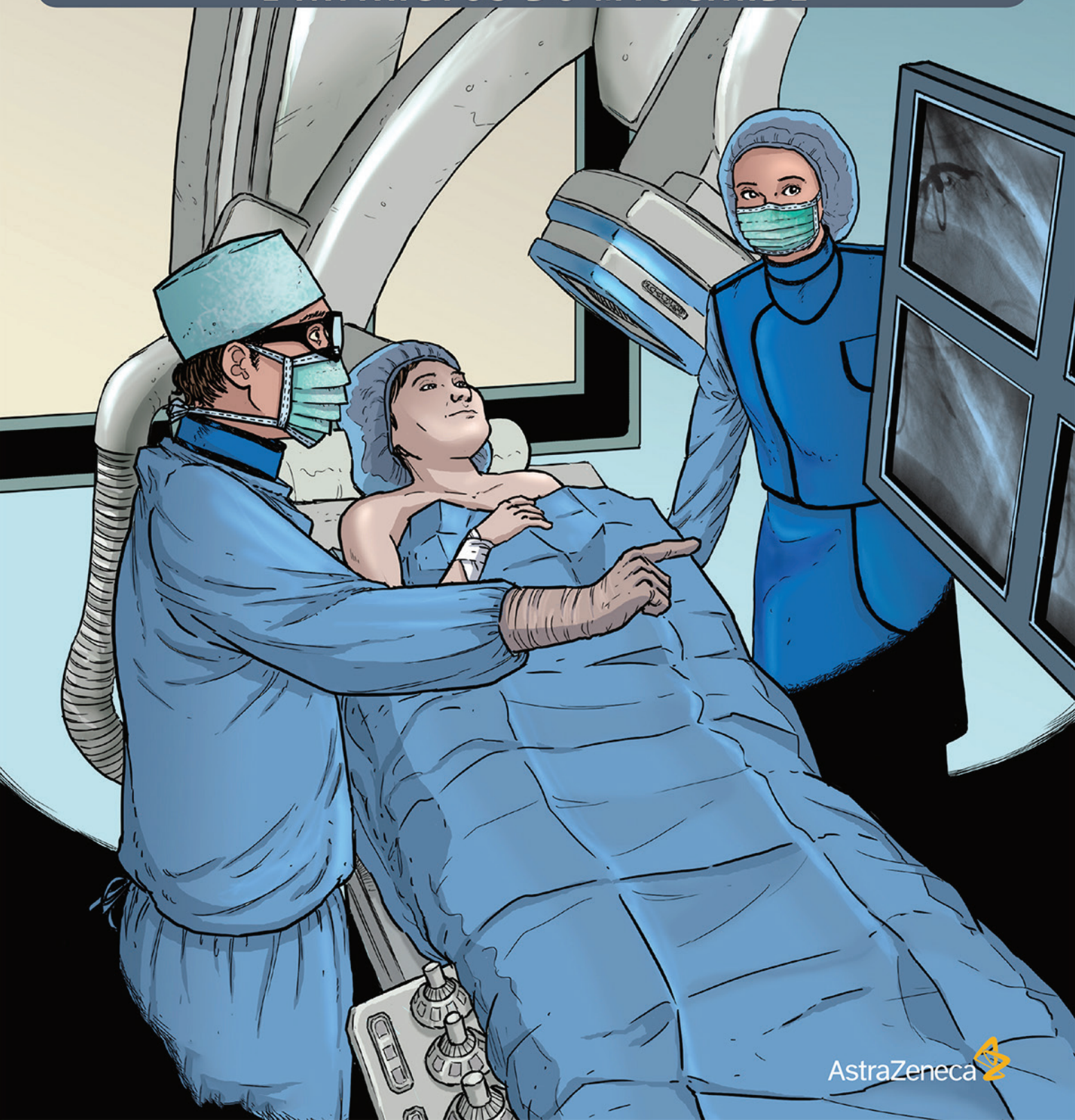
- Scénario : Jean-Louis FONTENEAU (†)
- Dessin : David RATTE
- Mise en couleur : Myriam LAVIALLE
- Maquette : Martine PERRIN
- Diffusion : AstraZeneca
- Première édition : 2013-2015 (© HB éditions)
- Seconde édition : 2015-2017 (© HB éditions)
- Troisième édition : 2018 (© HB éditions)
- Quatrième édition : 2020 (© HB éditions)

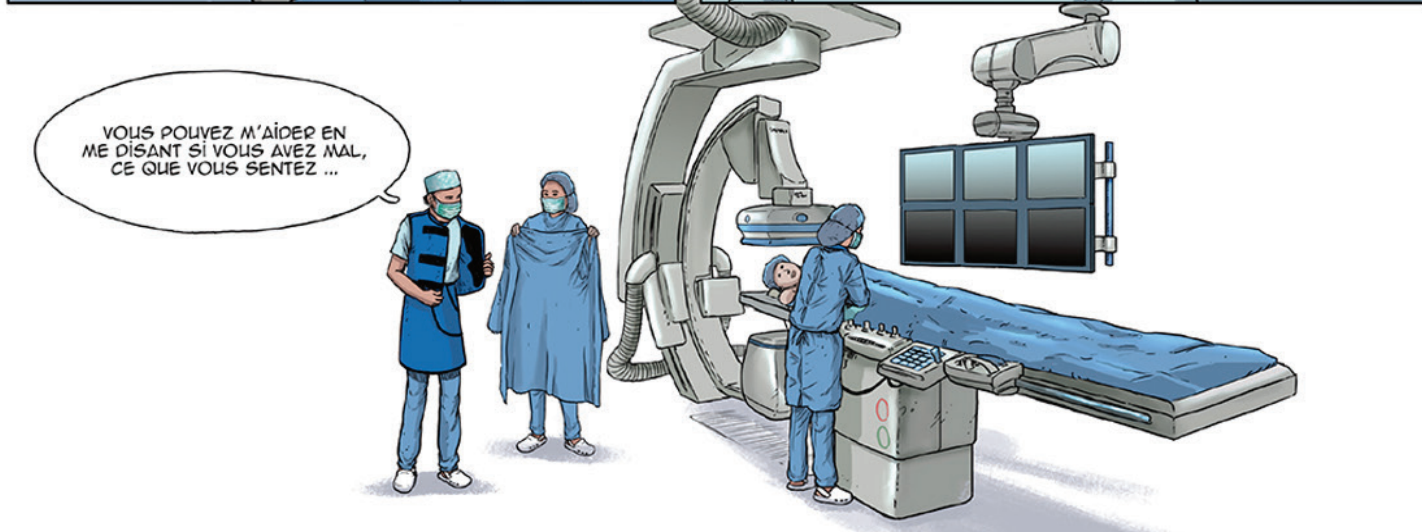
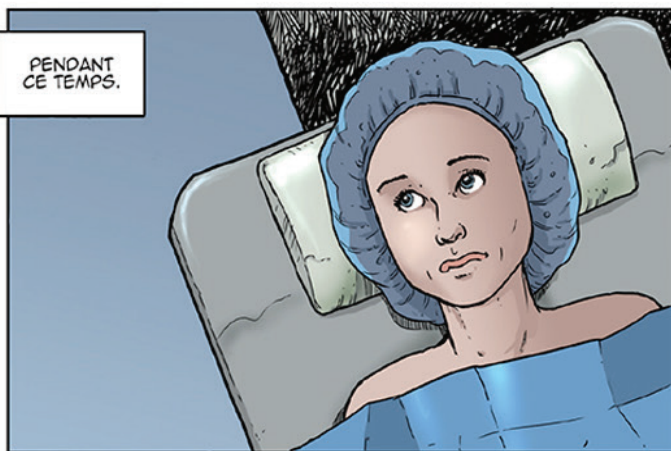
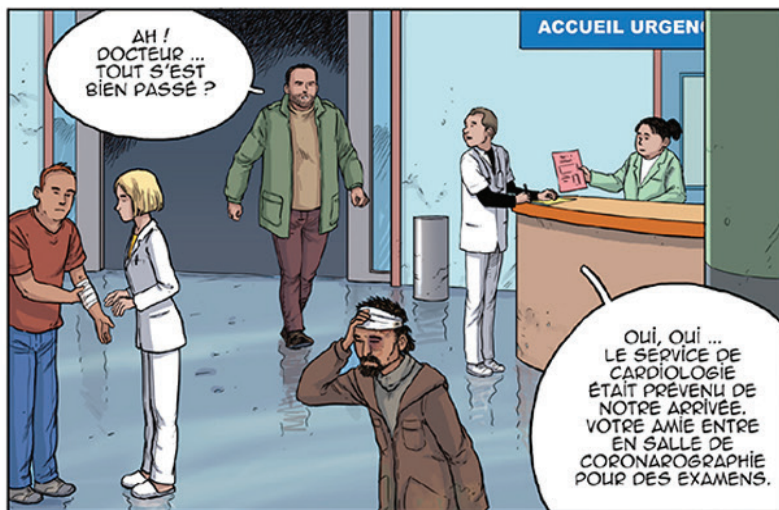
HB *éditions*

ÉPISODE 2

DROIT AU CŒUR

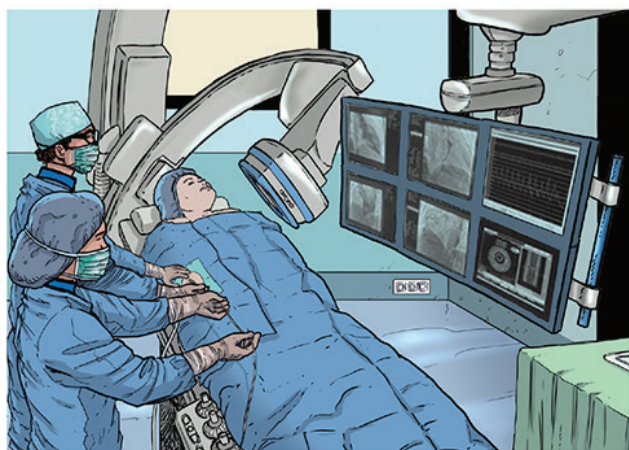
L'INFARCTUS DU MYOCARDE



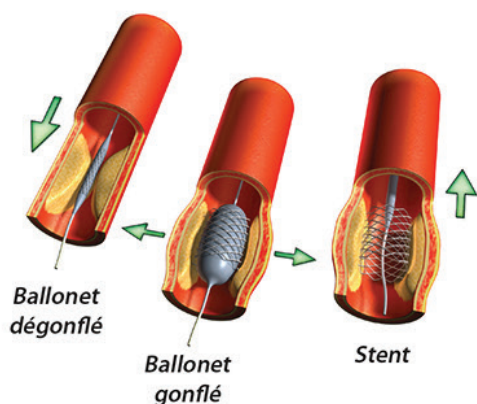


Que se passe-t-il une fois que les médecins vous prennent en charge ?

Il faut donc aller très vite pour déboucher l'artère. Plus elle peut être débouchée vite, plus l'infarctus sera petit⁽³⁾. Selon la distance où vous vous trouvez d'un centre de cardiologie, deux possibilités s'offrent au médecin : soit utiliser un médicament injecté par piqûre intraveineuse (un « fibrinolytique »), qui va dissoudre le caillot sanguin bouchant l'artère, soit vous emmener sur-le-champ dans une salle de coronarographie, pour faire une radio des artères du cœur et déboucher celle qui est obstruée au moyen de petits ballonnets (un peu comme les furets qu'utilisent les plombiers, c'est ce que les cardiologues appellent une « angioplastie ») et des petits ressorts qui vont maintenir l'artère bien ouverte (les « stents »)⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

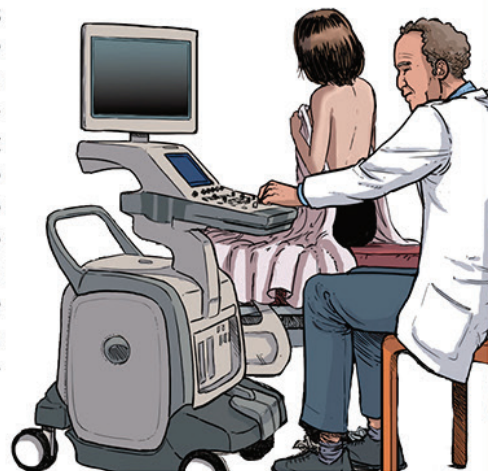


Exemple d'angioplastie



Quand on est loin d'un centre d'angioplastie, l'utilisation du traitement fibrinolytique, qui peut être administré dans l'ambulance, est souvent préférable⁽⁴⁾. Ce traitement ne permet de déboucher l'artère que dans deux tiers des cas, et il subsiste souvent un rétrécissement, même quand l'artère s'est rouverte : il faudra donc faire une coronarographie dans les heures qui suivent pour compléter le travail par une angioplastie, mais l'urgence est moins grande⁽⁴⁾.

En parallèle, le cardiologue vous prescrira des médicaments qui vont fluidifier le sang, pour éviter que l'artère se bouche de nouveau⁽⁵⁾. Une fois l'artère bien débouchée, vous serez hospitalisé pendant quelques jours dans une unité de soins intensifs, où vous serez surveillé jour et nuit par l'équipe cardiologique et relié en permanence à un appareil qui surveille votre ECG et les battements de votre cœur. On observera également comment fonctionne votre cœur et quelle est l'étendue de l'infarctus, en vous faisant une échographie du cœur (« échocardiographie »)⁽⁵⁾.



Une fois passé l'infarctus, que reste-t-il à faire ?

Une fois passés les trois ou quatre premiers jours, il faut tout faire pour essayer de stopper la maladie des artères. Cela passe par des modifications de votre mode de vie, si nécessaire : arrêt du tabac, exercice physique quotidien, régime alimentaire « anti-athérome » (alimentation dite « méditerranéenne » avec huile d'olive, légumes verts, salades, fruits, poisson et diminution des graisses dites « saturées » qui sont de « mauvaises » graisses)⁽⁵⁾.

En complément, un traitement médicamenteux est indispensable ; plusieurs catégories de médicaments sont absolument nécessaires⁽⁵⁾. Les traitements qui fluidifient le sang sont indispensables ; ils associent de l'aspirine à très faible dose et un autre médicament qui renforce l'efficacité de l'aspirine et empêche la formation de caillots sanguins, en particulier à l'endroit où le stent a été implanté⁽⁶⁾. En effet, le stent est un petit ressort métallique qui est placé à l'intérieur de l'artère pour étayer la paroi et empêcher que le rétrécissement se reforme ; juste après sa pose, il est « à nu » dans l'artère, puis il va être progressivement recouvert par des cellules de la paroi et englobé en elle⁽⁵⁾. Ce processus d'incorporation du stent

3. HAS. Programme infarctus 2007-2010. Bilan 2009.

4. HAS. Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : modalités de prise en charge. Mai 2007.

5. HAS. La prise en charge de votre maladie coronarienne. Novembre 2007.

6. HAS. Guide affection de longue durée. Maladie coronarienne. Mars 2007.