

*L'infarctus du myocarde (IDM) est une affection grave, autant à la phase aiguë qu'après la phase hospitalière. En effet, la mortalité pendant la 1<sup>ère</sup> année après l'IDM est de l'ordre de 10%, puis environ de 5% par an par la suite.*

- On rappelle une dernière fois que l'on considère désormais comme « IDM » tout syndrome coronaire aigu (SCA) s'accompagnant d'une augmentation de la troponine ultrasensible (lire introduction SCA).
- La prise en charge décrite dans ce chapitre est celle qui fait suite aux SCA (SCA ST+ ou ST-), revascularisés ou non.

## I. EVALUATION POST-IDM

### 1-Clinique

- Bilan des facteurs de risque cardiovasculaire.
- Persistance de douleur d'angor à l'effort ou au repos.
- Examen clinique : présence de signes d'insuffisance cardiaque, stade NYHA, etc.

### 2-Bilan paraclinique

- **ECG** : recherche une anomalie de la repolarisation (persistance d'un sus-décalage du ST), un sous-décalage du ST, la présence d'ondes Q localisatrices, l'existence d'ESV ou de TV, de troubles conductifs.
- **RXT** : recherche une cardiomégalie, un syndrome interstitiel (IVG).
- **ETT** :
  - Estime la localisation et l'étendue de l'IDM (zones akinétiques).
  - Estime la FEVG résiduelle +++.
  - Recherche des complications (thrombus de l'apex pour les IDM apicaux, IM, etc.).
  - Evalue les pressions de remplissage (guide la thérapeutique).
- **IRM cardiaque** :
  - En cas d'ETT, non contributive.
  - Estime la localisation et l'étendue de l'IDM (zones akinétiques). Permet de détecter des infarctus sous-endocardiques passés inaperçus en ETT.
  - Permet de déterminer la viabilité résiduelle dans le territoire de l'IDM.
  - Estime la FEVG résiduelle +++.
- **Holter ECG** :
  - Recherche des troubles du rythme auriculaire (FA, tachycardie atriale) imposant une anticoagulation.
  - Recherche une hyperexcitabilité ventriculaire.

### 3-Coronarographie

- Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la grande majorité des patients présentant un SCA ST+ ou ST- bénéficie d'une coronarographie avec mise en place d'un stent au cours de son séjour en USIC.
- Les lésions coronariennes retrouvées lors de cette coronarographie amènent à se poser 2 questions :
  - Quelle lésion dilater en cas de lésions pluri-tronculaires ?
  - Que faire des autres lésions coronaires ?

### **a-Quelle lésion dilater en cas de lésions pluri-tronculaires ?**

- En cas de lésions coronariennes pluri-tronculaires, seule la lésion coronaire responsable du SCA est traitée, le plus souvent à la phase aiguë +++. Les autres lésions coronariennes pourront être revascularisées par la suite (pendant la même hospitalisation parfois).
- En cas de choc cardiogénique associé au SCA, une revascularisation plus complète peut être proposée (si lésions bi- ou tri-tronculaires associées à la lésion coupable).

### **b-Que faire des autres lésions coronariennes ?**

- Les lésions coronariennes associées, mais non responsables du SCA ST+, peuvent être prises en charge précocement.
- On doit tout d'abord rechercher une ischémie myocardique :
  - × Soit par FFR réalisée au cours de la coronarographie initiale.
  - × Soit par des examens non invasifs avec valeur localisatrice comme une scintigraphie myocardique à l'effort, une échographie-dobutamine, une échographie d'effort ou une IRM de stress.
- En cas d'ischémie prouvée ou de valeur de FFR < 0.8, une reperfusion myocardique par angioplastie + stent sera programmée, parfois au cours de la même hospitalisation.

### **c-Cas de l'IDM constitué vu tardivement (= infarctus ambulatoire)**

- Parfois, le patient ne consulte pas pendant la douleur thoracique mais à distance, après avoir fait un authentique infarctus à son domicile. Le motif de consultation est alors :
  - × Une dyspnée  $\Rightarrow$  insuffisance cardiaque liée à la dysfonction VG induite par l'infarctus.
  - × Un AIT ou AVC lié à l'existence d'un thrombus intra-VG post-IDM.
- Dans ces cas d'IDM ambulatoire constitué vu tardivement (> H12 avec disparition de la douleur thoracique), on peut se demander s'il y a intérêt à revasculariser (par angioplastie + stent) un territoire nécrosé.
- Il est alors nécessaire de rechercher une viabilité avant de revasculariser le territoire d'une artère occluse. Plusieurs examens sont nécessaires :
  - × **Echographie cardiaque** : si hypokinésie  $\Rightarrow$  myocarde viable. Si akinésie, faire un test de viabilité.
  - × **Examens à la recherche d'une viabilité myocardique** :
    - $\rightarrow$  Scintigraphie myocardique au thallium au repos.
    - $\rightarrow$  Echographie-dobutamine à faibles doses.
    - $\rightarrow$  IRM myocardique.
    - $\rightarrow$  PET-scanner.
- L'existence d'une viabilité myocardique prouvée dans un territoire nécrosé plaide en faveur d'une reperfusion myocardique des territoires myocardiques hibernants car le myocarde hibernant est le siège d'une hypoperfusion chronique et il est susceptible de récupération contractile après reperfusion myocardique coronaire.

## **II. RISQUE RYTHMOLOGIQUE**

- Les troubles du rythme ventriculaire survenus lors de la phase aiguë du SCA ST+ ne doivent pas entraîner une cascade d'examens complémentaires inutiles (Holter-ECG, etc.). Ils sont liés à l'ischémie aiguë et à la nécrose.
- *A contrario*, la survenue de troubles du rythme ventriculaire (tachycardie ventriculaire [TV] soutenue ou une FV) ou la persistance d'une dysfonction VG sévère à distance (6 semaines de l'IDM) doivent faire discuter désormais l'implantation d'un défibrillateur automatique en prévention primaire de la mort subite.

### PRINCIPALES INDICATIONS POUR LA POSE D'UN DAI

- **Indications de DAI en prévention secondaire :**
    - Quelle que soit la FEVG, patient ayant présenté un arrêt cardiaque ressuscité sur fibrillation ventriculaire OU une tachycardie ventriculaire avec instabilité hémodynamique, à condition que l'espérance de vie soit supérieure à 1 an et qu'il n'y ait pas de cause à cette arythmie (infarctus, hyperkaliémie, etc.).
    - La survenue d'une TV ou d'une FV à la phase aiguë d'un SCA ne constitue pas en soi une indication au défibrillateur implantable.
  - **Indications de DAI en prévention primaire (= avant tout épisode de TV ou de FV) :**
    - Patient avec IC à FEVG réduite ( $FEVG \leq 35\%$ ), restant symptomatique en classes NYHA II à III, malgré 3 mois de traitement médical optimal, à condition que l'espérance de vie soit supérieure à 1 an.
    - N.B. : après un infarctus, attendre 40 jours pour réévaluer la FEVG.
- Nouveauté : si le patient présente une  $FEVG < 30\%$  à la sortie d'USIC au décours d'un infarctus du myocarde aigu, on peut lui proposer le port d'une Life-Vest, qui est un défibrillateur portable externe, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du 1<sup>er</sup> mois.

## III. LE TRAITEMENT DU POST-INFARCTUS

### 1-Ordonnance type du post-IDM

#### ORDONNANCE-TYPE DE TRAITEMENT EN POST-IDM (SCA ST+ ou ST- troponine+) Ordonnance à 100%

1. BB- : aténolol TENORMINE<sup>®</sup> : 1 cp à 100 mg le matin si FEVG normale ou bisoprolol CARDENSIEL<sup>®</sup> : 1,25 mg en fonction de la FEVG ( $FEVG < 35\%$ )
2. Aspirine KARDEGIC<sup>®</sup> ou ASPEGIC<sup>®</sup> 100 mg : 1 sachet/jour
3. Ticagrelor BRILIQUE<sup>®</sup> : 90 mg 1 cp x 2/jour ou prasugrel EFIENT<sup>®</sup> : 10 mg = 1 cp/jour ou clopidogrel PLAVIX<sup>®</sup> : 75 mg 1 cp/jour (si ticagrelor ou prasugrel contre-indiqués) à poursuivre après la mise en place d'un stent :
  - Pendant 12 mois si risque hémorragique faible
  - Pendant 6 mois si risque hémorragique élevé
4. Statines atorvastatine TAHOR<sup>®</sup> : 80 mg 1/jour LDL cible  $< 0.7$  g/L
5. IEC périndopril COVERSYL<sup>®</sup> : 5 mg 1 cp/jour ou TRIATEC<sup>®</sup> : 5 à 10 mg/jour
6. IPP : pantoprazole INIPOMP<sup>®</sup> 20 mg 1 cp/jour
7. Eplérénone INSPRA<sup>®</sup> : 25 à 50 mg/jour, en cas de  $FEVG \leq 40\%$  et signes cliniques d'IVG
8. Furosémide LASILIX<sup>®</sup> : 40 mg 1 cp/jour si signes congestifs et dysfonction VG
9. Trinitrine NATISPRAY Fort<sup>®</sup> : 0,30 mg 1 bouffée sous la langue en cas de douleur thoracique ; en position assise ; consulter en urgence si la douleur persiste
10. Patch de nicotine si besoin

**Moyen mnémotechnique « C BASIC LEONARDA »**

- Correction des FdR CV.
- Bêtabloquants.
- Aspirine.
- Statines.
- IEC.
- Clopidogrel (PLAVIX<sup>®</sup>) ou ticagrelor BRILIQUE<sup>®</sup> ou prasugrel (EFIENT<sup>®</sup>), si stent ou si lésions coronariennes non revascularisées.
- Lasilix<sup>®</sup> si signes congestifs.
- Eplérénone si FEVG  $\leq 40\%$  associée à des signes d'IVG.
- On n'oublie pas les IPP !! Désormais systématique en cas de bithérapie antiagrégante plaquettaire. Par exemple, pantoprazole INIPOMP<sup>®</sup> 20 mg 1 cp/jour.
- Natispray<sup>®</sup> si douleur.
- Arrêt de travail.
- Réadaptation cardiaque +++++.
- DAI à discuter à distance de l'IDM en fonction de la FEVG résiduelle et de la persistance ou non de symptômes sous traitement médical optimisé (voir plus haut).
- ALD 30 100% !

**2-Les produits indiqués dans certains cas**

- **Les anticoagulants oraux (AVK ou anticoagulants directs par voie orale) :** ils sont indiqués en cas de FA et/ou de thrombus ventriculaire gauche :
  - Si FA et prescription d'AOD, toujours prescrire la « petite dose » en association avec l'aspirine et/ou clopidogrel. Par exemple : rivaroxaban XARELTO<sup>®</sup> 15 mg 1 cp/jour ; apixaban 2,5 mg 1 cp x 2/jour *per os*.
  - Si FA et prescription d'AVK en association avec l'aspirine et/ou clopidogrel : INR cible entre 2 et 2,5.
- **Les anti-arythmiques :**
  - En dehors des bêtabloquants, le médicament à retenir est l'amiodarone CORDARONE<sup>®</sup>.
  - Indiqués en cas de troubles du rythme supraventriculaire ou ventriculaire persistant au-delà de 48 heures après l'infarctus. Néanmoins, la persistance de troubles du rythme ventriculaire à distance de l'IDM doit faire discuter l'implantation d'un DAI (voir supra).
  - Les anti-arythmiques de classe I sont contre-indiqués.
- **Antagonistes calciques :** ils peuvent être utilisés à titre symptomatique chez les patients ayant, après IDM, un angor ou une HTA mal contrôlée par le traitement classique. On utilise alors volontiers l'amlodipine AMLOR<sup>®</sup> 5 mg/jour.
- **En cas de CI aux bêtabloquants, on utilisera :**
  - Soit l'ivabradine (PROCORALAN<sup>®</sup>), quelle que soit la FEVG.
  - Soit des anticalciques bradycardisants type vérapamil ISOPTINE<sup>®</sup> 240 LP 1 cp/jour (CI si FEVG  $< 45\%$ ).
- **Furosémide LASILIX<sup>®</sup> :** en cas de persistance de signes d'IVG.
- **Eplérénone INSPRA<sup>®</sup> (antagoniste de l'aldostérone) :**
  - 1 cp de 25 à 50 mg/jour.
  - Réduit le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire.
  - Introduit à J3-J14, indiqué après un infarctus du myocarde récent chez des patients stables présentant une dysfonction ventriculaire gauche (FEVG  $\leq 40\%$ ) et des signes cliniques d'insuffisance cardiaque, en complément des traitements standards incluant les bêtabloquants.
  - Surveiller kaliémie +++ et fonction rénale.

- **Inhibiteur de la pompe à protons (IPP) :**
  - Par exemple pantoprazole INIPOMP<sup>®</sup> 20 mg 1 cp/jour.
  - Recommandé de manière systématique chez les patients sous double anti-agrégation plaquettaire.
  - Préférer le pantoprazole ou le rabéprazole qui ont moins d'interférences médicamenteuses que l'oméprazole ou l'ésoméprazole.
- **ARA II :**
  - Par exemple valsartan TAREG<sup>®</sup> 160 mg 1 cp/jour.
  - Indiqué en cas d'intolérance aux IEC.

### 3-Contrôle des facteurs de risque

- Arrêt du tabac impératif, consultation tabacologique.
- Contrôle d'un surpoids, équilibre d'un diabète, contrôle de l'HTA.
- Régime hypolipémiant et traitement par statines systématique chez tout patient coronarien. **Le but de ce traitement est d'obtenir un LDL-cholestérol < 0,7 g/L ++ (ou une réduction d'au moins 50% du LDLc de base).**

### 4-Réadaptation cardiovasculaire ++++++

- Essentielle dans la prise en charge du post-IDM.
- Elle permet une augmentation de l'endurance physique, une diminution de la fréquence cardiaque au repos et à l'exercice et permet de mieux contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire.
- Le reconditionnement optimal à l'effort est obtenu avec des séances d'épreuve d'effort de 30 minutes, durée qui sera progressivement atteinte sur plusieurs semaines. Le patient ne gardera un bénéfice de sa rééducation que s'il adhère au nouveau mode de vie qui lui est proposé.

### 5-Dans la vie de tous les jours

- Traitement hormonal substitutif : ne pas introduire un traitement hormonal substitutif chez des femmes ménopausées venant d'avoir un IDM, mais le poursuivre si introduit avant l'IDM.
- Régime : diminuer les apports en acides gras saturés ou en graisses animales ; « régime méditerranéen » ; consommation modérée d'alcool ; consommation de poisson (riche en oméga 3) au moins hebdomadaire à conseiller ⇒ **consultation diététicienne +++** (si possible en présence du conjoint).
- Au niveau psychologique :
  - Diminuer le stress.
  - Traiter une dépression (très fréquente ⇒ nécessité d'expliquer sa pathologie au malade).
  - **Soutien social.**
  - **Education du patient +++++.**
- **Favoriser le retour au travail (arrêt de travail minimal de 1 mois en général après IDM), adapter le poste si besoin, ± reclassement professionnel.**
- **Sexe :** grosse inquiétude à l'idée de reprendre une activité sexuelle après un IDM :
  - Contre-indication au VIAGRA<sup>®</sup> (sildénafil) si prescription dans le même temps de dérivés nitrés retard ou assimilés.
  - Sildénafil (VIAGRA<sup>®</sup>) autorisé 2 mois après l'IDM en l'absence de toute symptomatologie (on peut être amené à pratiquer une épreuve d'effort pour statuer).
- **Conduite :** autorisation de conduire un véhicule léger (voitures, scooters, motos) 1 mois après l'IDM ; réévaluation et autorisation nécessaire pour un poids lourd.