

L'impact de la durée de la souffrance du coeur :

délai entre le début des signes de l'infarctus myocardique et sa prise en charge

par Erwin Schroeder (1)

Introduction

L'obstruction brutale et complète d'une artère coronaire (artère responsable de l'irrigation du muscle cardiaque) entraîne une souffrance du muscle cardiaque. Les dégâts (perte définitive d'une partie du muscle cardiaque) sont proportionnels à la durée de la souffrance du cœur. Ainsi, une obstruction qui persiste pendant plus de 12 heures entraîne généralement une perte irréversible du muscle cardiaque.

Les complications de l'infarctus aigu

Durant la phase aiguë de la souffrance du muscle cardiaque, le patient court le risque de complications graves – potentiellement mortelles – en raison de troubles du rythme, généralement sous forme d'une fibrillation ventriculaire correspondant à un arrêt cardiaque. Ce risque de troubles du rythme est très élevé dans les premières heures de l'infarctus myocardique. Pour cette raison, les patients avec un infarctus myocardique aigu doivent être hospitalisés rapidement afin de pouvoir traiter efficacement les complications par cardioversion électrique au moyen d'un défibrillateur.

La durée de la souffrance myocardique est un élément important pour le pronostic du patient. Un temps de souffrance myocardique court permet une récupération plus importante du muscle endommagé ; par contre une souffrance myocardique trop longue va entraîner une perte irréversible du muscle cardiaque. Le pronostic du patient sera, à long terme, moins bon si l'infarctus est complet et/ou étendu.

Le risque de mourir durant un infarctus myocardique dans les 30 jours est de 5 et 10 %.

Les mesures pratiques pour diminuer le risque

Le but de toutes les mesures est de diminuer le risque de mourir durant la phase aiguë mais aussi d'améliorer le pronostic à long terme des patients ayant survécu à un infarctus.

Ces mesures sont :

- **reconnaître** les signes d'infarctus
- **réagir** rapidement en faisant appel
 - au médecin traitant (durant la nuit ou le week-end via le n° 1733)
 - ou au n° National 112

Reconnaître les signes

DOULEURS	
Type	Constriction, poids insupportable
Localisation	Rétrosternale
Irradiation	Épaules, bras gauche, maxillaire, épigastrique
Début	En quelques minutes, progressif
Facteur soulageant	Néant
Facteur aggravant	Effort
Signes associés	Transpiration, nausées, vomissements, manque d'air, peur de mourir
SI DOULEUR > 30 MINUTES = APPELER LE 112 OU VOTRE MÉDECIN TRAITANT	

Les symptômes de l'infarctus :

Réagir rapidement

Le but de contacter rapidement le médecin traitant ou la centrale 112 est de raccourcir la période à haut risque sans possibilité d'intervenir en cas de trouble du rythme grave (arrêt cardiaque).

(1) Cardiologue, Service de Cardiologie, CHU Dinant Godinne - Ucl Namur

Dès que le patient est sous surveillance (monitoring électrocardiographique) dans l'ambulance ou dans une structure hospitalière, un trouble du rythme grave peut être immédiatement diagnostiqué et traité de façon efficace.

Une fois admis dans une structure hospitalière, les médecins feront tout leur possible pour parvenir à ouvrir dans les plus brefs délais l'artère coronaire obstruée, soit par un traitement intraveineux (traitement fibrinolytique), soit par dilatation coronaire en urgence (souvent avec mise en place d'un tuteur intrac coronaire = stent).

La réalité du terrain

En Belgique, environ 2/3 des patients sont traités endéans les 4 heures après le début des douleurs. Un quart des patients est traité endéans les 2 heures. Idéalement, tous les patients devraient être traités endéans les 2 heures, ce qui illustre l'importance de la tâche puisque ¾ des patients aujourd'hui sont pris en charge avec trop de délais.

En 2012, le délai médian entre le début des douleurs et la prise en charge par angioplastie coronaire primaire dans notre service était de 3,5 heures. Ce délai se décompose en deux parties : 170 minutes à l'extérieur de l'hôpital et 40 minutes à l'intérieur de l'hôpital.

Ceci illustre que la marge de raccourcir les délais à l'extérieur de l'hôpital est plus importante que celle à l'intérieur d'un hôpital habitué à prendre en charge ce type de pathologie.

Évaluation du risque mortel lors d'un infarctus

Pour évaluer le risque d'un patient de décéder lors d'un infarctus, nous disposons de scores (TIMI) permettant d'obtenir des chiffres précis de risque de mortalité endéans les 30 jours. Pour évaluer le

risque du patient, on tient compte de l'âge, la notion de diabète, la tension artérielle, la fréquence cardiaque, l'état hémodynamique, le poids, la localisation de l'infarctus et la durée de la souffrance du muscle cardiaque. Le risque de décéder est plus élevé chez les personnes âgées, chez les diabétiques, chez les patients avec une histoire d'hypertension artérielle, les patients avec une tension artérielle basse, une fréquence cardiaque élevée, une situation hémodynamique précaire, un poids < 67 kg, la localisation antérieure de l'infarctus et une durée de souffrance myocardique > à 4 heures.

Deux exemples

- Ainsi, chez un patient âgé de 70 ans, diabétique, présentant un infarctus à localisation antérieure mais pris en charge endéans les 4 heures, le risque de décéder dans les 30 jours est de 7 %. Si ce même patient est pris en charge au-delà des 4 heures, son risque de décéder monte à 12,5 %.
- Un patient plus jeune, de 60 ans, sans facteur de risque, et pris en charge endéans les 4 heures, court un risque d'environ 0,8 % de décéder dans les 30 jours en présence d'un infarctus. Pour ce même patient, pris en charge au-delà des 4 heures, son risque de décéder est de 1,6 %.

Ces deux cas illustrent l'importance de réagir rapidement afin d'améliorer le pronostic de la personne souffrant d'un infarctus myocardique aigu.

Conclusion

Notre campagne de sensibilisation du grand public devrait aider à raccourcir le délai de la prise en charge en cas d'infarctus myocardique aigu. Un raccourcissement du délai de la prise en charge entraînera une diminution de la mortalité à 30 jours mais aussi à long terme. ■