

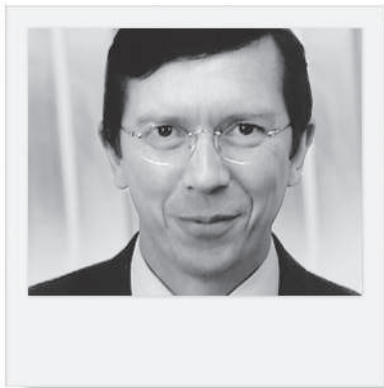
## REVUES GÉNÉRALES

### Recommandations

# Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur les infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST

**RÉSUMÉ :** Les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie concernant les infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (IDM-ST+) ont été présentées durant le récent congrès de l'ESC (*European Society of Cardiology*). (ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 2012 ; 33 : 2 569-2 619).

En voici un résumé des points principaux.



→ F. DELAHAYE

Service de Cardiologie, CHU, LYON.

### Prise en charge en urgence

>>> La prise en charge, incluant le diagnostic et le traitement, commence au moment du premier contact médical.

>>> Un électrocardiogramme 12 dérives doit être réalisé le plus vite possible, la cible étant  $\leq 10$  minutes.

>>> Une surveillance électrocardiographique doit être mise en œuvre le plus vite possible chez tous les patients suspects d'IDM-ST+.

>>> Chez les patients ayant des signes et symptômes d'ischémie myocardique en cours, les présentations électrocardiographiques atypiques doivent recevoir une prise en charge prompte.

>>> La prise en charge préhospitalière des patients ayant un IDM-ST+ doit être basée sur les réseaux régionaux élaborés pour fournir une thérapeutique de reperfusion rapidement et efficacement, des efforts devant être faits pour qu'une

intervention coronaire percutanée (ICP) primaire soit proposée au plus grand nombre de patients possible.

>>> Les centres faisant des ICP primaires doivent fournir ce service 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et être capables de réaliser cette ICP le plus vite possible, en tout cas dans les 60 minutes après l'appel initial.

>>> Tous les hôpitaux et services d'urgence participant à la prise en charge des patients avec IDM-ST+ doivent noter et surveiller les délais et travailler à obtenir et maintenir les cibles suivantes :

- délai entre le premier contact médical et le premier électrocardiogramme  $\leq 10$  minutes ;
- délai entre le premier contact médical et la thérapeutique de reperfusion : fibrinolyse :  $\leq 30$  minutes ; ICP primaire :  $\leq 90$  minutes ( $\leq 60$  minutes si le patient arrive dans les 120 minutes après le début des symptômes ou directement dans un hôpital disposant de l'ICP primaire).

## REVUES GÉNÉRALES

### Recommandations

#### [ Reperfusion

>>> Elle est indiquée chez tous les patients dont les symptômes datent de moins de 12 heures et chez lesquels il y a un sus-décalage du segment ST persistant ou un bloc de branche gauche (présumé) nouveau.

>>> Une reperfusion (de préférence, ICP primaire) est indiquée lorsqu'il y a des preuves d'ischémie myocardique en cours, même si les symptômes ont commencé il y a plus de 12 heures ou bien si la douleur et les modifications électrocardiographiques n'ont pas été franches.

#### [ Intervention coronaire percutanée primaire

>>> C'est la technique de reperfusion recommandée, par rapport à la fibrinolyse, si elle est réalisée par une équipe expérimentée et dans les 120 minutes après le premier contact médical.

>>> Elle est indiquée chez les patients avec insuffisance cardiaque aiguë sévère ou choc cardiogénique, sauf si le délai attendu de l'ICP est excessif et si le patient arrive peu après le début des symptômes.

>>> Pour une ICP primaire, le "stenting" est préférable à l'angioplastie par ballon seule.

>>> L'ICP systématique d'une artère totalement occluse plus de 24 heures après le début des symptômes chez des patients stables sans signe d'ischémie (qu'il y ait eu fibrinolyse ou non) n'est pas recommandée.

>>> Si le patient n'a pas de contre-indication à une double antiagrégation plaquettaire prolongée et sera probablement compliant, un stent pharmacoactif est préférable à un stent nu.

>>> Une double anti-agrégation plaquettaire avec de l'aspirine et un antagoniste

des récepteurs de l'ADP est recommandée :

- avec du prasugrel chez les patients n'ayant jamais reçu de clopidogrel, s'il n'y a pas d'antécédent d'AVC/AIT et si l'âge est inférieur à 75 ans ;
- avec du ticagrélor ;
- avec du clopidogrel si le prasugrel et le ticagrélor ne sont pas disponibles ou sont contre-indiqués.

>>> Un anticoagulant par voie injectable doit être administré :

- la bivalirudine est préférée à l'héparine et aux anti-GPIIb/IIIa ;
- l'énoxaparine peut être préférée à l'héparine non fractionnée ;
- l'héparine non fractionnée doit être utilisée chez les patients ne recevant ni de la bivalirudine ni de l'énoxaparine.

#### [ Fibrinolyse

>>> Elle est recommandée dans les 12 heures après le début des symptômes chez les patients sans contre-indication, si une ICP primaire ne va pas être réalisée par une équipe expérimentée dans les 120 minutes après le premier contact médical.

>>> Chez les patients vus tôt (< 120 minutes après le début des symptômes) avec un infarctus de grande taille et un risque hémorragique bas, une fibrinolyse doit être envisagée si le délai entre le premier contact médical et l'inflation du ballon d'angioplastie est > 90 min.

>>> Si cela est possible, la fibrinolyse doit être mise en œuvre avant l'arrivée à l'hôpital.

Un fibrinolytique spécifique de la fibrine (ténecteplase, altéplase, rétépase) est préférable à un fibrinolytique non spécifique de la fibrine.

>>> De l'aspirine, per os ou par voie intraveineuse, doit être administrée ; du clopidogrel est indiqué en addition à l'aspirine.

>>> Chez les patients recevant un traitement fibrinolytique, une anticoagulation est recommandée jusqu'au moment d'une revascularisation (si elle est faite) ou pendant la durée du séjour hospitalier, jusqu'à 8 jours. L'anticoagulant peut être :  
– de l'énoxaparine, par voie intraveineuse puis sous-cutanée (préférée à l'héparine non fractionnée) ;  
– de l'héparine non fractionnée, sous forme d'un bolus et d'une perfusion par voie intraveineuse, ajustés au poids ;  
– chez les patients traités par streptokinase, du fondaparinux, sous forme d'un bolus par voie intraveineuse suivi d'une dose sous-cutanée 24 heures plus tard.

>>> Un transfert dans un centre disposant de l'ICP primaire est indiqué pour tous les patients recevant un traitement fibrinolytique.

>>> Une ICP de sauvetage est indiquée immédiatement en cas d'échec de la fibrinolyse (< 50% de régression du sus-décalage du segment ST à 60 minutes).

>>> Une ICP en urgence est indiquée en cas d'ischémie myocardique récidivante ou de preuve de réocclusion après une fibrinolyse initialement réussie.

>>> Une angiographie en urgence, dans l'optique d'une revascularisation, est indiquée chez les patients en insuffisance cardiaque/choc cardiogénique après une fibrinolyse initiale.

>>> Une angiographie avec possibilité de revascularisation (de l'artère responsable de l'infarctus) est indiquée après une fibrinolyse réussie.

>>> Le moment optimal d'une angiographie chez les patients stables après une fibrinolyse réussie est de 3 à 24 heures.

#### [ Groupes particuliers

>>> Hommes et femmes doivent être pris en charge de la même façon.

>>> On doit maintenir un haut niveau de suspicion d'infarctus du myocarde chez les femmes, les diabétiques et les sujets âgés en cas de symptômes atypiques.

>>> Il faut être particulièrement attentif aux dosages des antithrombotiques chez les sujets âgés et chez les patients en insuffisance rénale.

### [ Logistique

>>> Tous les hôpitaux participant à la prise en charge des patients ayant un IDM-ST+ doivent disposer d'une unité de soins coronaires intensifs pouvant fournir tous les éléments de la prise en charge, dont le traitement de l'ischémie myocardique, de l'insuffisance cardiaque sévère, des arythmies et des comorbidités habituelles.

>>> Les patients ayant une reperfusion non compliquée et réussie doivent rester dans l'unité de soins coronaires intensifs pendant au moins 24 heures, après quoi ils peuvent être mutés dans un autre service pendant encore 24 à 48 heures.

### [ Evaluation du risque et imagerie

>>> Quand le diagnostic est incertain, une échocardiographie en urgence peut être utile. Cependant, si elle n'est pas concluante ou non disponible, ou si le doute persiste, une coronarographie en urgence doit être envisagée.

>>> Après la phase aiguë, tous les patients doivent avoir une échocardiographie pour l'évaluation de la taille de l'infarctus et de la fonction ventriculaire gauche. Si l'échocardiographie n'est pas faisable, une IRM peut être réalisée.

>>> Chez les patients ayant une atteinte pluritronculaire, ou lorsqu'une revascularisation des autres artères est envisagée, une épreuve d'effort ou un examen d'imagerie de l'ischémie et de la viabilité est indiqué.

### [ Traitements au long cours

>>> Le contrôle des facteurs de risque, en particulier du tabagisme, est impérieux.

>>> Un traitement antiagrégant plaquettaire est indiqué à vie.

>>> Une double antiagrégation plaquettaire est indiquée pendant un maximum de 12 mois.

>>> Un traitement bêtabloquant *per os* est indiqué chez les patients ayant une insuffisance cardiaque ou une dysfonction ventriculaire gauche.

>>> Un bilan lipidique à jeun doit être réalisé chez tous les patients.

>>> Une statine à haute dose doit être commencée ou poursuivie tôt après l'hospitalisation chez tous les patients sans contre-indication ni antécédent d'intolérance.

>>> Un IEC est indiqué en cas d'insuffisance cardiaque, de dysfonction ventriculaire gauche, de diabète ou de localisation antérieure de l'infarctus. Un sartan est une alternative aux IEC.

>>> Un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes est indiqué en cas de fraction d'éjection  $\leq 40\%$  ou d'insuffisance cardiaque ou de diabète, sous réserve qu'il n'y ait pas d'insuffisance rénale non plus que d'hyperkaliémie.