

Complications du SCA Et Post infarctus

R . Habbal

Complications

- Un trouble électrique > 90%
- Insuffisance cardiaque
- Pathologies du muscle papillaire
- Rupture myocardique
- Anévrisme ventriculaire
- Hypotension et choc cardiogénique
- Ischémie ou infarctus du VD
- Ischémie récurrente
- Thrombus mural
- Péricardite
- Syndrome post-IDM (Syndrome de Dressler)

Complications

Un trouble électrique > 90%

- Les troubles du rythme → mort 72 h
 - la tachycardie (quel qu'en soit le foyer)
 - La fibrillation auriculaire transitoire si dans 24 h
 - Le BAV II ou III (VD)
 - TV ou FV: l'hypoxie, un déséquilibre électrolytique ou d'une hyperactivité sympathique
 - L'asystolie terminale après un choc cardiogénique.
- Toujours chercher une hypoxie et des troubles hydro-électrolytiques

Complications

Insuffisance cardiaque

- La taille de la nécrose, et l'élévation de la pression de remplissage du VG
- Traitement :
 - diurétique de l'anse, Les inhibiteurs de l'ECA si la PA systolique reste > 100 mmHg , un inhibiteur de l'aldostérone
 - une pompe à ballonnet de contre pulsion: si insuffisance cardiaque grave

Complications

Pathologies du muscle papillaire

- L'ischémie des muscles papillaires → une coaptation incomplète des valves mitrales,
 - IM Transitoire,
 - IM permanente si nécrose et cicatrice.
- Un souffle systolique apical
- La rupture du muscle papillaire → IM aiguë grave et OAP.
- La réparation ou le remplacement de la valvule mitrale sont efficaces.

Complications

Rupture myocardique

- La rupture du septum interventriculaire ou de la paroi libre : 1%
- Souffle systolique, au niveau du 3ème ou 4ème espace intercostal,
- Hypotension avec ou sans signes d'insuffisance VG.
- L'échocardiographie Doppler, confirme.
- Le traitement est chirurgical,

Complications

Anévrisme ventriculaire

- la paroi libre VG, infarctus étendu
- se constitue en quelques jours, semaines ou mois.
- Troubles du rythme ventriculaires récidivants, un bas débit cardiaque
- et des thromboses murales avec embolie systémique.
- L'ECG : un sus-décalage persistant du segment ST
- L'échocardiographie confirme le diagnostic
- Le pseudo-anévrisme est une rupture incomplète de la paroi libre du VG; Ils sont réparés chirurgicalement.

Complications

Hypotension et choc cardiogénique

- secondaire à un IDM massif.
- Infarctus du VD
- Une congestion pulmonaire

- un α - ou un β -agoniste
- Un ballonnet de contre-pulsion intra-aortique

- revascularisation urgente Si choc cardiogénique

Complications

Ischémie ou infarctus du VD

- Le premier signe : une hypotension
- Les dérivations ECG droites peuvent montrer des modifications du segment ST.
- Une recharge volémique de 1 à 2 L de sérum phys
- La dobutamine peut être utile.
- Les dérivés nitrés et les diurétiques ne sont pas utilisés;

Complications

Ischémie récurrente

- Toute douleur persiste ou récidive 12 à 24 h.
- Modifications de ST-T sur l'ECG ;
- l'ischémie récidivante peut être silencieuse (Signes ECG sans douleur)
- ECG en série sont systématiquement effectués 8 h pendant 1 j puis tous les jours.

Complications

Thrombus mural

- La thrombose murale : 20%
- L'embolie systémique : 10%
- le risque est maximum : 10 premiers j → jusqu'à 3 mois.
- VG dilaté et hypokinétique ou de ACFA
- Les anticoagulants , INR entre 2 et 3.
- L'aspirine peut également être administrée

Complications

Péricardite

- Chez 1/3 des patients avec IDM transmural.
- Un frottement de J1 à J4.
- ECG : sus-décalage diffus du segment ST et parfois une dépression de l'intervalle PR.
- Echocardiographie : normale ou petit épanchement
- L'aspirine ou un autre AINS améliore les symptômes.

Complications: Syndrome post-IDM (Syndrome de Dressler)

- plusieurs jours à semaines ou 1 mois après l'IDM;
- Fièvre, une péricardite, une pleurésie, et des douleurs articulaires.
- Ce syndrome est entraîné par une réaction auto-immune
- Les AINS sont efficaces, mais le syndrome peut récidiver.

Post infarctus

Réadaptation et traitement après

Définition OMS

- La **réadaptation cardiaque** est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients, **la meilleure condition physique, mentale et sociale** possible, afin qu'ils puissent **par leurs propres efforts**, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la communauté.

Objectifs (1)

- **Amélioration de la survie** en post infarctus
- **Amélioration des capacités maximales et de la tolérance aux efforts sous maximaux :**
 - augmentation de la durée et de la puissance maximale (20 %)
 - augmentation du pic de $\dot{V}O^2$ (20 à 30 %)
 - augmentation du seuil ventilatoire

Objectifs (2)

- **Recul du seuil ischémique**
- **Amélioration de l'hémodynamique** :
l'entraînement physique permet une économie de la réponse cardiaque pour un effort donné

Physiopathologie

- Ralentissement de l'évolution du processus athéromateux coronaire, stabilisation des « plaques »
- Amélioration de la dysfonction endothéliale
- Amélioration du tonus vago-sympathique
- Amélioration de la fonction musculaire
- Amélioration du métabolisme glucido-lipidique
- Diminution du risque thrombotique

Déroulement

- **Phase 1 ou hospitalière** : lutte contre le décubitus et le déconditionnement
- **Phase 2 ou phase de convalescence active** en unité de réadaptation cardiovasculaire : au mieux post-hospitalière immédiate : en hospitalisation complète ou ambulatoire, pendant quatre semaines.
- **Phase 3 ou phase de maintenance** : A vie... individuel ou en groupe (Club Cœur et Santé).

Indications

- Maladie coronaire
 - *Post infarctus du myocarde.*
 - *Angor stable*
 - *Suites d'angioplastie coronaire*
 - *Post-pontage*

Contre Indications

- Angor instable
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Troubles du rythme ventriculaires complexes
- HTAP > 60 mmHg

Contre Indications

- Thrombus intra-cavitaires volumineux ou pédiculés
- Epanchement péricardique de moyenne à grande importance
- Antécédents récents de phlébite ou d'embolie pulmonaire
- Myocardiopathies obstructives
- Rétrécissement aortique serré et/ou symptomatique
- Affections inflammatoires et ou infectieuses évolutives

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Prise en charge personnalisée :

- **Evaluation fonctionnelle**
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Evaluation fonctionnelle (1)

- Examen clinique, ECG
- Fonction ventriculaire gauche **résiduelle** :
 - Echocardiographique
- Nombre de coronaires : 1, 2, ou 3
 - coronarographie
- Ischémie myocardique **résiduelle**:
 - ECG d'effort,
 - scintigraphie
 - ou écho de stress

Evaluation fonctionnelle (2)

- Viabilité myocardique:
 - scintigraphie de perfusion,
 - écho de stress
- Risque rythmique:
 - holter

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- **Prise en charge des facteurs de risque**
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Prise en charge des facteurs de risque

- Mode de vie
- Arrêt du tabac
- Prise en charge de l'hypertension artérielle, du diabète
- hypolipémifiants

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- **Information et éducation**
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Programme

- *Lutte contre les facteurs de risque*
- *Education et Information des patients +/- de leur conjoint*
 - Pathologies, médicaments, régimes, symptômes d'alerte de la récurrence, poursuite de l'entraînement à domicile

Education et Information des patients

- Hygiène alimentaire = trois grands principes :
 - Réduire les aliments riches en cholestérol
 - Réduire la teneur en sel de l'alimentation.
 - Régime méditerranéen : acides gras essentiels et antioxydants

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- **Reconditionnement à l'effort**
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

RECONDITIONNEMENT A L' EFFORT ET ENTRAINEMENT PHYSIQUE

- **Prévenir les rechutes : 30%**
- **► Aide**
 - à la perte de poids
 - à contrôler le diabète
 - à contrôler la tension artérielle
 - à faire monter le bon cholestérol
 - à diminuer le stress

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'ENTRAÎNEMENT

- ▶ S'entraîner très régulièrement
- ▶ 3 fois par semaine (minimum)
- ▶ Au moins 30 minutes
- ▶ Fréquence « cible »
- ▶ Quels exercices ?
 - Exercice d'endurance : vélo, marche, natation...
 - salle de gymnastique : cardiotraining : vélo fixe, tapis roulant, rameur
- ▶ Interdits : Sports de compétition
- ▶ Activité sexuelle : En général possible : 2 à 4 semaines après infarctus ou intervention

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- **Prise en charge sociale et psychique**
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Recours à un psychologue

- peur de la récurrence : ***stress post-traumatique***,
- Psychologue :
 - Ecoute, atténuer l'angoisse des patients, l
 - Le recours à la relaxation est efficace

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- Adaptation thérapeutique

Aide à la réinsertion professionnelle

▶ Reprise du travail :

- Toujours souhaitable et possible
 - Après rééducation adaptée
-
- Après Infarctus : 6 semaines
 - Après Chirurgie : 2eme ou 3eme mois

Prise en charge personnalisée :

- Evaluation fonctionnelle
- Prise en charge des facteurs de risque
- Information et éducation
- Reconditionnement à l'effort
- Prise en charge sociale et psychique
- Aide à la réinsertion professionnelle
- **Adaptation thérapeutique**

Rééducation et traitement après le retour à domicile

- L'aspirine réduit la mortalité et récidence : de 15 à 30%.
- Les β -bloqueurs réduits la mortalité post-IDM d'environ 25%
- Les inhibiteurs de l'ECA ou un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine.
- Des statines réduisent le taux de cholestérol pour obtenir un taux de LDL de 70 à 80 mg/dL.

surveillance

Surveillance

- Traitement des maladies CV
 - stabiliser la pathologie,
 - réduire les symptômes,
 - réduire risque de récurrence
- Examen :
- absence de symptômes
- observance thérapeutique et hygiénodietétiques
- suivi régulier cardiologue

L'ordonnance post-infarctus

- Aspirine et clopidogrel ou (Prasugrel ticagrelor)
- Béta-bloquants
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou ARAI
- Statines

conclusion

- 1 Évaluation fonctionnelle
- 2 Modifications du style de vie : Exercice régulier, modification de l'alimentation, perte de poids, sevrage tabagique
- 3 Réadaptation cardiaque
- 4 Médicaments : Poursuite de l'aspirine, des β -bloqueurs, des inhibiteurs de l'ECA et des statines

conclusion

- Amélioration de la survie à moyen et long terme,
- Amélioration de la tolérance à l'effort
- et Amélioration de la qualité de vie des patients cardiaques