



■ Prise en charge d'une crise cardiaque: c'est aussi l'affaire du patient !!!

Introduction

Les affections cardiovasculaires sont parfois considérées comme des "maladies de civilisation" et ce pour diverses raisons. Avant tout, elles ont un rapport avec les mauvaises habitudes alimentaires de "l'homme occidental". Non seulement nous mangeons trop, mais l'alimentation est souvent trop riche en graisses, ce qui accélère l'atteinte des parois vasculaires. En outre, les maladies cardiovasculaires restent la principale cause de mortalité dans le "monde civilisé". En effet, trop de personnes décèdent encore suite à l'obstruction de vaisseaux malades. L'obstruction des vaisseaux cérébraux provoque un accident vasculaire cérébral. Lorsque l'obstruction touche les artères coronaires, elle cause des problèmes cardiaques. C'est surtout l'obstruction soudaine d'une artère coronaire (= crise cardiaque) qui est la cause d'une mortalité élevée. Des études à grande échelle, menées au niveau national et à l'étranger, ont montré que pratiquement la moitié de toutes les crises cardiaques avaient une issue fatale. La plupart de ces patients (60%) décèdent avant même d'arriver à l'hôpital. Les patients hospitalisés à temps ont une survie bien meilleure, grâce notamment à la mise en oeuvre de nouvelles techniques et de nouveaux traitements médicamenteux. La lutte contre la crise cardiaque doit donc débiter hors de l'hôpital et en particulier à domicile. Le monde médical est persuadé que seule une bonne information sur la prévention et la prise en charge de cette affection pourra réduire le risque de décès. A l'aide de quelques questions-réponses, nous expliquons comment procéder au

mieux avant que le patient n'arrive à l'hôpital et immédiatement après son admission.

1. Qu'est-ce qu'une crise cardiaque?

La crise cardiaque est due à l'obstruction d'une des artères coronaires du cœur par un caillot sanguin. Elle résulte généralement d'une petite déchirure à un endroit fragile de l'artère coronaire infiltrée par une plaque d'athérome sur laquelle se forme un caillot ou « thrombus ». Ce caillot sanguin interrompt l'apport de sang et d'oxygène au muscle cardiaque et provoque la mort du tissu myocardique, c'est à dire un infarctus myocardique. La lésion cardiaque est d'autant plus étendue que le délai est long avant l'instauration d'un traitement adéquat. La partie détruite du cœur ne peut plus fonctionner. L'infarctus du myocarde ne peut donc être limité que si le traitement est instauré le plus tôt possible, en tout cas dans les 6 heures après l'apparition des symptômes.

2. Est-il possible de prévenir une crise cardiaque?

OUI. Et c'est un point positif. La prévention de la crise cardiaque est notre meilleure arme contre cette "maladie mortelle". La principale mesure préventive consiste à combattre le processus général de développement de plaques d'athérome dans les artères (« athérosclérose »). En premier lieu, nous devons nous efforcer de détecter les facteurs de risque cardiovasculaires et de les corriger si nécessaire. Les principaux facteurs de risque sont les suivants:

- taux sanguin élevé de cholestérol
- pression artérielle élevée (hypertension artérielle)
- tabagisme (tant passif qu'actif)
- excès de poids
- manque d'exercice physique
- diabète
- prédisposition familiale: survenue prématurée ou précoce d'une maladie coronarienne chez les parents, frères ou sœurs.

Consultez votre médecin et faites contrôler régulièrement votre pression artérielle, votre taux sanguin de sucre et de cholestérol. Voyez avec votre médecin comment combattre au mieux d'éventuels facteurs de risque. Un régime adapté peut déjà faire des miracles. Dans certains cas, il faut prescrire des médicaments pour faire baisser la pression artérielle ou le taux de cholestérol. Chez les patients déjà atteints d'une affection cardiovasculaire ou qui présentent des signes d'athérosclérose avancée, on prescrira de préférence des antiagrégants plaquettaires (par ex. aspirine) pour éviter une obstruction soudaine de l'artère coronaire.

3. Comment reconnaître une crise cardiaque?

La plupart des crises cardiaques s'accompagnent d'une douleur dans la poitrine, en arrière du sternum. Cette douleur qui provoque une sensation d'étau peut persister plusieurs minutes ou être fluctuante (apparaître et disparaître). Cette douleur ou gêne thoracique peut également se manifester par une oppression douloureuse dans la poitrine ou une sensation d'étouffement. La douleur peut irra-

dier vers le cou, les mâchoires, l'estomac, le dos ou les bras.

Le patient est parfois aussi court d'haleine ou nauséux, il peut transpirer et être confus. **Une douleur thoracique qui persiste plus de 20 minutes ou de courtes crises douloureuses répétées (plus d'une par minute) font fortement suspecter une crise cardiaque.** Ces signaux d'alarme exigent une intervention médicale urgente.

4. Que faire en cas de crise cardiaque?

Lorsque vous identifiez ces signaux d'alarme, vous devez demander aussi rapidement que possible une aide médicale urgente : appeler le 100* ou le 112 par GSM, contacter votre médecin traitant mais seulement s'il peut se rendre très rapidement à votre chevet. Si vous contactez votre médecin traitant, il peut organiser le transport médical indiqué et venir vous prodiguer les premiers soins. Si vous appelez le 100 ou le 112 par GSM, le personnel assurera le transport médical adéquat et les soins médicaux durant le transport vers l'hôpital. Si vous n'êtes pas en mesure d'atteindre immédiatement votre médecin traitant, vous devez contacter le 100. En cas de suspicion de crise cardiaque, vous serez généralement transporté vers l'hôpital le plus proche. Il est de la plus haute importance que vous soyez hospitalisé dans les plus brefs délais afin qu'un traitement adéquat puisse être instauré, ce qui améliorera nettement le pronostic. Chaque minute compte ! Tout retard implique une proportion accrue de muscle cardiaque détruit par l'infarctus.

*

- Formez le numéro 100 ou le 112 par GSM.
- Votre appel est en attente: cela peut durer quelques secondes, ne raccrochez pas.
- Donnez à l'opérateur
 - la cause de l'appel = un problème cardiaque
 - votre nom
 - l'endroit précis où se trouve la victime (la rue, le numéro de maison, le nom sur la boîte aux lettres, l'étage).

5. Quelles sont les complications d'une crise cardiaque?

Les deux complications principales et potentiellement fatales sont des troubles du rythme et une défaillance de la pompe cardiaque.

Les **troubles du rythme cardiaque** peuvent évoluer vers la fibrillation ventriculaire et l'arrêt cardiaque et elles surviennent surtout dans les premières heures suivant la crise cardiaque. C'est précisément pour cette raison qu'il importe de solliciter aussi rapidement que possible une assistance médicale. Si les troubles du rythme sont identifiés à temps, ils peuvent être traités, permettant ainsi d'éviter l'issue fatale. C'est pourquoi, il est recommandé — en cas de crise cardiaque — de demander une aide médicale à domicile et de ne pas transporter le patient à l'hôpital avec votre propre voiture. L'ambulance est en effet équipée d'un matériel spécifique (défibrillateur) qui permet de réactiver le cœur en cas d'arrêt cardiaque durant le trajet.

La **défaillance de la pompe** survient quand une quantité importante du muscle cardiaque est détruite. C'est souvent ce qui est constaté chez les patients qui arrivent trop tardivement à l'hôpital (par ex. plus de 6 heures après le début de la douleur). Le traitement immédiat qui sera alors instauré ne sera plus aussi efficace parce qu'une grande partie du muscle cardiaque sera déjà détruite. Il faut donc que le patient soit hospitalisé dans les plus brefs délais!!!

6. Quels sont les examens et explorations réalisés en milieu hospitalier?

Electrocardiogramme: c'est une représentation graphique de l'activité électrique du cœur. Cet examen permet de localiser les zones du cœur qui sont endommagées ou insuffisamment irriguées. Il permet également de surveiller le rythme cardiaque et de détecter à temps des troubles du rythme potentiellement fatals.

Prise de sang: on effectue une prise de sang pour détecter une éventuelle lésion cardiaque. Ces marqueurs apparaissent dans les premières heures suivant la lésion cardiaque. Les prises de

sang sont effectuées à intervalles réguliers, de manière à avoir une idée de l'ampleur de l'atteinte cardiaque.

Perfusion: on place toujours un cathéter dans une veine (généralement de l'avant-bras). Ceci permet d'injecter des médicaments directement et d'administrer de puissants anticoagulants, afin de rétablir l'irrigation du muscle cardiaque et de limiter l'étendue de l'infarctus.

Coronarographie: certains patients seront, peu après l'hospitalisation, soumis à un examen direct des artères coronaires. Pour cet examen, on introduit un cathéter (tuyau) dans l'artère de la jambe ou du bras jusqu'au cœur. Ensuite, on injecte un produit de contraste pour visualiser les rétrécissements et les obstructions des coronaires à la radiographie. Si le vaisseau est totalement obstrué (ce qui est souvent le cas lors d'une crise cardiaque aiguë), il est possible de "reperméabiliser" le vaisseau par "dilatation par ballonnet". Généralement, on place également un "stent" (structure spiralée) dans le vaisseau pour qu'il reste bien "ouvert".

Conclusion

Une crise cardiaque est une affection qui peut être mortelle et il est de l'intérêt de tous qu'elle fasse l'objet d'une prise en charge rapide et énergique. Par conséquent, le monde médical doit mettre en oeuvre tous les moyens pour accompagner et traiter au mieux les patients victimes d'une crise cardiaque. C'est également aussi l'affaire de tous les patients, car le patient est lui-même le premier maillon de la chaîne. S'il demande suffisamment tôt une assistance médicale appropriée, la reconnaissance et le traitement précoces de la crise cardiaque seront sa meilleure garantie de guérison. En outre, le patient reste personnellement responsable de la gestion de ses éventuels facteurs de risque cardiovasculaires et il peut ainsi contribuer à prévenir la survenue d'une crise cardiaque.

Groupe Interdisciplinaire Belge de Cardiologie Aiguë (BIWAC)

Claeys M.J., Vandekerckhove Y., Bossaert L., Calle P., Martens P., Renard M., Vrints C., Van de Werf F., Hollanders G., De Raedt H., De Smedt J., de Meester A.