

La **plaque d'athérome**, lésion élémentaire de la maladie athéromateuse (K. 15), en augmentant progressivement de volume, réduit petit à petit le calibre artériel (K. 17) au point de faire chuter le débit sanguin en aval du rétrécissement ainsi constitué. Une lésion de ce type sur une artère qui nourrit le cœur (coronaire), pour peu qu'elle soit « significative » (K. 39) conduit à une **souffrance ischémique** (par manque d'oxygène et de substrats énergétiques) **du muscle cardiaque** (myocarde). Elle peut bien souvent, selon son importance et son type, être traitée par une dilatation au ballon (angioplastie) avec ou sans « stent ».

L'angioplastie, technique permettant de recalibrer une artère rétrécie à l'aide d'un ballon, a, nous l'avons vu (Kalon N° 36), révolutionné le traitement de la maladie athéromateuse coronaire. Complétée par l'implantation d'une endoprothèse (ou « stent ») nue (K. 37) ou active (K. 38) le résultat obtenu n'est pas loin d'être parfait à condition de bien sélectionner les patients (ou plutôt les lésions artérielles...) à traiter (K. 39). Dans ce quarantième numéro de KALON, nous vous proposons une dernière partie de ce jeu de ballon un peu particulier et cette partie est l'une des plus captivantes car lorsqu'on la gagne, on évite au patient des complications graves et souvent même on lui sauve la vie...

Mais la complication la plus grave de cette lésion d'athérosclérose est **sa rupture** (K. 18) qui déclenche un processus de coagulation sanguine **qui peut aller jusqu'à l'occlusion totale de l'artère**. L'interruption brutale de l'alimentation en oxygène et en énergie du myocarde, provoquée par cette

occlusion, va entraîner rapidement sa nécrose : c'est ce qu'on appelle **l'infarctus**. Celui-ci se constitue malgré tout avec une certaine progressivité de sorte que si l'obstacle artériel peut être levé précocement les dégâts myocardiques seront moins importants,

moins étendus. Plus tôt l'artère sera rouverte moins importantes seront les lésions du myocarde, moins

étendu sera l'infarctus et moins graves en seront les conséquences.

C'est pourquoi **il est absolument capital d'appeler le 15 en cas de douleur thoracique pouvant évoquer un infarctus** (douleur prolongée, violente derrière le sternum, à type de crispation, d'étau, en barre horizontale pouvant irradier au cou, à la mâchoire, au dos, aux bras ou même au ventre...). Cette



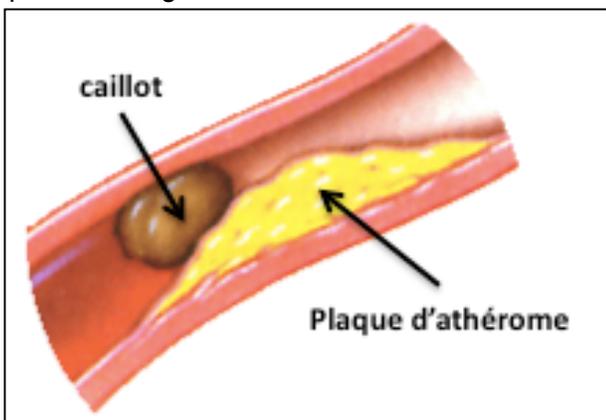
douleur est le plus souvent **spontanée**, sans signes avant-coureurs (comme, selon l'expression consacrée, « un coup de tonnerre dans le ciel serein ») mais elle est parfois précédée d'une période dite **d'angor instable** (douleurs thoraciques de courte durée survenant à l'effort depuis quelques jours ou semaines et surtout d'aggravation progressive, pour des efforts de moins en moins importants et finalement sans effort

du tout) qui aurait dû inciter le patient à consulter ce qui aurait permis d'éviter l'accident aigu...

Il faut donc rouvrir l'artère le plus tôt possible après son occlusion. Au delà de 3 heures les chances de récupérer du myocarde viable s'amenuisent considérablement et au delà de 6 heures elles sont très faibles !

### Comment rouvrir l'artère ?

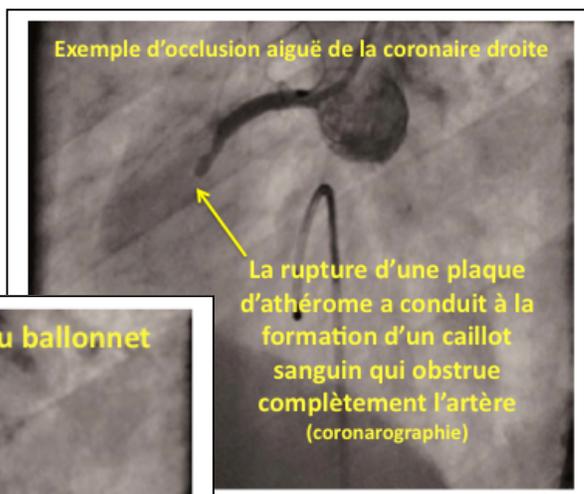
L'occlusion étant due à un caillot sanguin il est possible de dissoudre ce caillot en utilisant un médicament fibrinolytique (thrombolytique) mais c'est un traitement délicat à manier car à très fort risque de complications hémorragiques et pour lequel il y a de nombreuses contre-indications d'usage. Il est toutefois fort utile si le patient réside à une grande distance d'un centre de cardiologie interventionnelle et qu'on ne peut espérer qu'il y soit pris en charge dans un délai raisonnable.



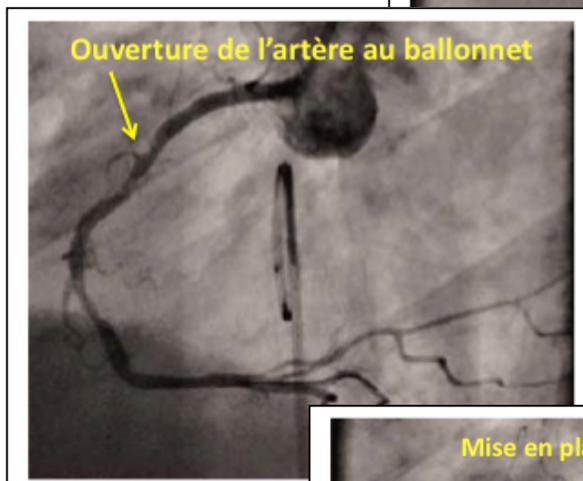
Mais la technique de choix est l'angioplastie réalisée en urgence et complétée par la pose d'un stent. Cette technique est remarquablement efficace : elle permet une destruction « mécanique » du caillot, un remodelage de la plaque d'athérome, un recalibrage de l'artère et un « tuteurage » de la paroi par le stent.

Donc, on l'a bien compris, agir le plus rapidement possible est absolument essentiel.

En cas de douleur thoracique évocatrice d'un infarctus il faut appeler le SAMU (composer le 15).

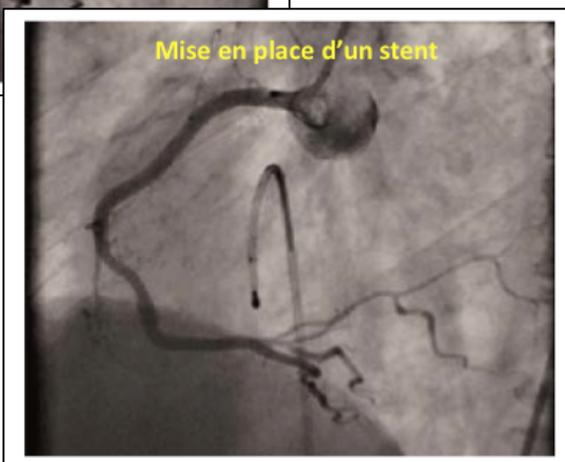


Exemple d'occlusion aiguë de la coronaire droite  
La rupture d'une plaque d'athérome a conduit à la formation d'un caillot sanguin qui obstrue complètement l'artère (coronarographie)



Ouverture de l'artère au ballonnet

Exemple d'angioplastie réalisée en urgence : occlusion de l'artère coronaire droite, débouchée au ballon puis « stentée » avec un excellent résultat



Mise en place d'un stent

Sitôt arrivé au chevet du patient le médecin du SMUR enregistre un électrocardiogramme. Si celui-ci confirme le « syndrome coronarien aigu » et que l'image observée est bien celle d'une occlusion coronaire complète (nous ne parlerons pas ici des autres formes de syndrome coronarien aigu, moins sévères et dont la prise en charge est un peu différente) il administre au patient un traitement antalgique (Morphine), un anticoagulant et un puissant traitement anti-agrégant plaquettaire et le dirige immédiatement vers le centre de cardiologie interventionnelle le plus proche où il est d'emblée coronarographié et angioplastié.

Si le patient réside trop loin d'un tel centre une « thrombolyse » (dissolution du caillot) médicamenteuse est pratiquée (sauf contre-indication) dans l'ambulance au cours du transfert.

Docteur J-F. HOUEL (Cardiologue)