



**Ciel ! Que faire avec un patient aux antécédents d'INFARCTUS ?**

*Et accessoirement tout polyvasculaire...*

**QU'EST-CE QU'UN INFARCTUS ?**

INFARCTUS = souffrance myocardique lié à une sténose/occlusion d'une artère coronaire.

Il peut y avoir une séquelle qui dépend de la DUREE de la douleur et de la LOCALISATION de la lésion.

La troponine est dans les myocytes : si elle est dans le sang, c'est que des myocytes sont morts.

Sténose =	Artère sub-occluse =	Artère occluse =
<p><b>Angor d'effort stable</b> <i>Le périmètre sans douleur défini la sévérité de la lésion. L'évolutivité et la durée traduisent sa stabilité</i></p>	<p><b>SCA ST-</b> (si tropon+) ou <b>Angor instable</b> (si tropon-) (De novo, crescendo, moindre effort)</p>	<p><b>SCA ST+</b> <i>!! souvent dû à rupture de plaque donc non précédé de sténose ou angor !! (Donc anticipation impossible par test d'effort)</i></p>
<p><b>Ajout traitement antiischémique*</b> <b>Test d'effort à Mayotte si disponible</b> <b>Ou evasan</b> <i>Ne pas laisser un patient sans prise en charge</i></p>	<p><b>Service des Urgences pour traitement puis evasan</b></p>	<p><b>Service des urgences SAMU</b> <b>Traitement urgent</b> <b>Puis evasan</b></p>

POST INFARCTUS (ou tout patient à haut risque cardiovasculaire)

**COMMENT SUIVRE CES PATIENTS SANS CARDIOLOGUE :**

**DEROULE DE LA CONSULTATION**

**Spécifique infarctus**

- Vérifier que le CR de coronarographie est dans « document externe » du dossier DxCare. C'est IMPERATIF et utile pour tous.

- Si FEVG altérée: se référer au protocole de suivi insuffisance cardiaque.

### **Examen clinique**

- Recherche d'une douleur thoracique à l'effort, palpitation, dyspnée.  
- Si présence d'un des signes : renforcement du traitement anti-ischémique + épreuve d'effort si cardiologue présent. En cas d'absence de cardiologue, prendre avis à la Réunion.

### **Dépistage des autres localisations**

- auscultation des carotides à la recherche d'un souffle.  
- recherche AOMI : interrogatoire, recherche des pouls, IPS (indice de pression systolique).  
- En cas d'anomalie référer à un angiologue (à défaut radiologue) ou directement au chirurgien vasculaire à la Réunion si catastrophe.

### **Examens complémentaires**

- ECG annuel (recherche ischémie aiguë, trouble du rythme). Si douteux, ou absence de cardiologue, prendre avis sur Omnidoc.  
- Biologie FdR CV annuelle (bon pré-coché disponible au CHM ref C1-LAB-ENR40-V1) pour ne rien oublier.

### **Traitement infarctus**

- **Aspirine** : A VIE (sauf allergie). *Nb : Pas d'indication en prévention primaire.*  
- **Statine** : systématique en prévention secondaire (pas de fibrates).  
- **IPP** : souvent prescrits à dose supra-thérapeutique en phase aiguë. Ne pas hésiter à désescalader voir arrêter lors de l'arrêt du deuxième antiagrégant.  
- **2eme antiagrégant plaquettaire** : Plavix (75mg) ou Brilique (90mgx2).  
Pendant minimum 1 an après tout infarctus, même sans stent.  
Pendant 3 mois après pose de stent non actif SANS infarctus (si doute, maintien pendant 1 an)  
- **En cas de co-prescription anticoagulant** : - double antiaggrégation 1 mois (peut être réduit à 1 semaine en cas de risque hémorragique grave)  
- puis simple antiagrégant + anticoag pdt 1 an (minimum 6 mois si risque hémorragique grave)

### **Équilibre de tous les FdRCV**

- **HTA** : objectif <135/85 (cf protocole). Si doute, réaliser MAPA.  
- **Diabète** : cible HbA1c adaptée selon individu (cf protocole).  
Vérifier que la metformine soit à la bonne dose par rapport au rein et au poids.  
Proposer éducation thérapeutique : EMET (stage 1 semaine) ou Rédiab Ylang.  
Si diabète très déséquilibré : à adresser au CHM (Dr Breno Speckhann) ou libéral.  
- **LDL** : objectif fonction Protocole (ou < 0.55g/L en prévention secondaire).  
Si absence de couverture sociale : Tahor.  
Si couverture sociale : cf protocole.  
- **Si protéinurie ou insuffisance rénale** (cf protocole)  
Pour tous les patients : IEC.  
Si couverture sociale : ajouter iSGLT2 (Forxiga ou Jardiance).

- **Apnée du sommeil :**

Dépistage réalisable uniquement si couverture sociale : chez pneumologue ou médecin G équipé

- **Tabac**

Conseil minimal à chaque consultation + poser la question du tabac chiqué.

Test de Fagerström et proposer/ prescrire substitut nicotinique (poso selon les résultats du test).

### **Education SYSTEMATIQUE**

- Explication de la maladie et de chaque facteur de risque cardiovasculaire : essentiel pour la compliance au traitement et la conduite à tenir en cas de récurrence.

- **Films éducatifs** sur YouTube compte « Cardiomayotte ».

- **Fiche patient** à remettre, disponible sur le site internet Cardiomayotte > conseils.

- Inscription en éducation thérapeutique : **EMET ou REDIAB** (cf annuaire sur le site Cardiomayotte).

### **Rééducation/EAPA**

- Absence de rééducation cardiologique à Mayotte actuellement : existence d'un EAPA de cardiologie au CHM mais j'ignore si son poste sera maintenu après mon départ.

- La reprise d'activité physique est nécessaire : **fiche patient** disponible sur Cardiomayotte > conseils.

- Contacter association sport santé CROSS, Proposer inscription au programme Maison Sport Santé du CROS (fiche à remplir et envoyer par mail) gratuit pour tous.

- Ou Hairi Njema (Sada)

### **Diététique**

- **Fiche patient** à remettre, disponible sur le site internet Cardiomayotte > conseils.

Pour régime sans sel, alimentation équilibré ou régime sans sucre

- Inscription en éducation thérapeutique : **EMET ou REDIAB** (cf annuaire sur le site Cardiomayotte).

### **QUAND NE PAS SE PASSER DE CARDIOLOGUE ?**

- **Si la FEVG initiale est altérée** : un contrôle ETT est nécessaire entre 1 et 3 mois.

- **En cas de récurrence de symptôme à l'effort** :

\* Renforcement SYSTEMATIQUE du traitement anti ischémique.

Ajout aspirine, Staline si patient non connu

Bêtabloquant hors contre indication mais risque d'altéré le test d'effort

Patch nitré (nitriderm 10) de 8h à 20h dans l'optique de protégé le patient jusqu'à son test d'effort (que l'on prévoit)

Épreuve d'effort si cardiologue sur place SINON avis à la Réunion indispensable (ne pas laisser le patient sans prise en charge).

Programmer évasan si besoin

Pour mémoire la partie annuaire de cardiomayotte peut vous être utile.