



Infarctus du myocarde du sujet âgé

P Pfitzenmeyer.

Centre de Champmaillot, CHRU Dijon

Capacité 2005

Généralités (1)

- **Fréquence de la cardiopathie ischémique :**
 - 20 à 30% des patients après 65 ans
 - augmentation ++ aux âges avancés
- **Séries autopsiques: athérosclérose chez 70% des plus de 70 ans**
- **Plus de la moitié des patients hospitalisés pour IDM ont plus de 65 ans**
- **Pronostic plus sombre: risque de décès augmente de 6% chaque année**



Manifestations cliniques (1)

- **Grande prévalence de l'IDM non reconnu:
Framingham après 75 ans: 42% des IDM
diagnostiqués sur onde Q n'ont pas été
cliniquement reconnus**
- **Ischémie silencieuse corrélée à un pronostic
plus sombre**

Manifestations cliniques (2)

Tableaux atypiques

- Absence de douleur constrictive typique; confondue avec des « vieilles douleurs »
- Fréquence de la dyspnée
- AEG
- Aggravation d'une IC ou d'une I rénale
- Formes neurologiques et bas débit cérébral
 - Malaise et/ou chute
 - synd confusionnel
 - AVC ou AIT
- Mort subite



Eléments diagnostics

- **ECG: moindre fréquence des ondes Q et des sus-décalages ST**
- **Absence de spécificité des CPK et CPKmb**
- **Très bonne sensibilité de la Troponine, mais spécificité mise en défaut (chute, infections, syndromes inflammatoires)**



Complications et pronostic

- **Fréquence de l'insuffisance cardiaque réfractaire; espace libre (> 5j)**
- **Intérêt de l'échographie cardiaque pour juger de la zone akinétique et de la FE**
- **Fréquence des décompensations en cascade: rein, cerveau, décubitus, MTE...**



Prise en charge (1)

La phase aiguë

- **Théoriquement en secteur de soins intensifs**
- **Effet bénéfique de la revascularisation précoce très vraisemblable mais peu étudié après 75 ans**



La phase aiguë (1)

Thérapies de reperfusion: la thrombolyse

- ➔ **Résultats contradictoires après 75 ans et notamment pas de bénéfice sur la survie**
- ➔ **Consensus actuel: indication d'une thrombolyse:**
 - dans les premières 12 heures d'un IDM,
 - si symptomatologie ischémique prolongée
 - si signes ECG (sus-décalage ST)

La phase aiguë (2)

Thérapies de reperfusion: l'angioplastie percutanée (ballonnet, stent)

➔ Alternative à la fibrinolyse :

- Plus grand succès de reperfusion
- Moindre risque de saignement intracrânien
- Mais délai plus important et accessibilité au plateau technique??
- Pas de données après 80 ans



La phase aiguë (3)

Traitement médicamenteux

- **Aspirine** : ISIS 2 confirme l'intérêt chez SA : dose d'attaque 160-325 mg/J; dose d'entretien 75-325 mg/J
- Aspirine + clopidogrel (Plavix)**: efficacité pas établie chez SA
- **Héparine**
 - Standard à dose anticoagulante si ACFA ou infarctus étendu antérieur
 - HBPM si angor instable ou infarctus non Q



La phase aiguë (4)

Traitement médicamenteux

- **Autres antiagrégants plaquettaires : Inhibiteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa:**
abciximax (Réopro), eptifibatide (Integrilin), tirofiban (Agrastat)
en association avec héparine ou aspirine : à suivre chez SA



La phase aiguë (5)

Béta-bloqueurs:

métoprolol: Seloken, Lopressor

aténolol: Ténormine

- Ttt précoce IV, puis relais per os
- Efficacité au moins comparable à sujet jeune
- A moyen terme: réduction de la récurrence ischémique



La phase aiguë (6)

Les IEC

- ➔ Résultats +++ chez SA: infarctus antérieur et IC bénéfique jusqu' à 3 fois supérieur chez les > 65 ans
- ➔ GISSI-3; > de 70 ans; lisinopril (Prinivil, Zestril) diminution de 17% mortalité ou insuf cardiaque



La phase aiguë (7)

Les nitrés

- ➔ Efficace dans la phase de début de l'IDM sur ischémie, insuf cardiaque et HTA
- ➔ Pas de bénéfice dans l'administration à long terme



La prise en charge à moyen et long terme (7)

Traitements médicamenteux

- Ttt des facteurs de risque vasculaire
- B-bloqueurs, IEC, aspirine

Réadaptation à l'effort +++

- Adaptée au SA et à son autonomie antérieure
- Sous surveillance cardiaque et SaO₂