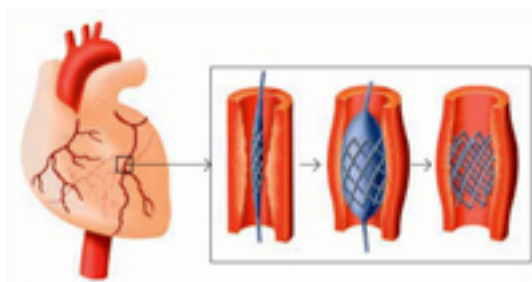


Introduction

Une coronarographie (radiographie des artères coronaires) a mis en évidence un ou plusieurs rétrécissements au niveau des artères qui nourrissent le cœur. Une dilatation (angioplastie) peut dans certains cas être proposée.



La dilatation se réalise à l'aide d'un cathéter muni à son extrémité d'un ballonnet. Le ballonnet est gonflé au niveau du rétrécissement. Cette dilatation permet de rétablir la circulation du sang dans l'artère coronaire. Ensuite, ou parfois même d'emblée, une prothèse métallique (stent) est placée à l'intérieur de l'artère.

Les préparatifs

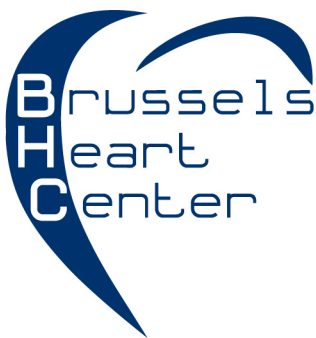
Les préparatifs sont les mêmes que ceux du cathétérisme cardiaque.

L'examen

Les préparatifs et l'examen se déroule pratiquement de la même manière que la coronarographie qui a permis de mettre en évidence le ou les rétrécissements coronariens; dans la plupart des cas mêmes, elle est réalisée dans la foulée immédiate de la coronarographie.

A travers l'introducteur, un cathéter guide est poussé jusqu'à l'artère coronaire rétrécie. Ce cathéter sert de support à l'introduction d'un filament. Le filament franchit le rétrécissement. Il sert ensuite de rail pour le passage du cathéter muni du ballonnet et/ou du stent. Le ballonnet est gonflé à une ou plusieurs reprises à l'endroit rétréci.

Durant la dilatation, le passage de sang dans l'artère coronaire est interrompu brièvement, ce qui peut entraîner une douleur au niveau de la poitrine, des mâchoires ou des bras ("angor" ou "angine de poitrine").



Cette douleur est généralement supportable et brève. Il est important de signaler l'apparition et la disparition de cette douleur au médecin ou à l'infirmier(e).

Le stent est quasi systématiquement utilisé pour optimiser le résultat d'une dilatation. Il permet de diminuer le risque de récurrence.

Le stent est un petit ressort ou tube métallique perforé qui, placé à l'endroit du rétrécissement, joue le rôle de tuteur.

Le stent est mis en place à l'aide d'un cathéter à ballonnet sur lequel il a été préalablement serti. Une fois positionné dans le rétrécissement, le ballonnet est gonflé. Le stent s'appose contre la paroi de l'artère. Le ballonnet est retiré. Le stent ainsi déployé reste dans l'artère coronaire.

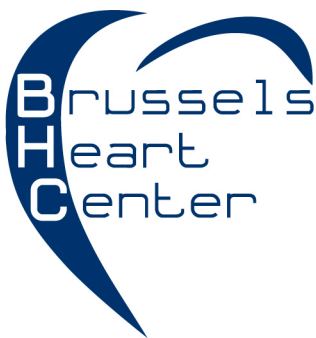
Le stent est une prothèse métallique. Certains stents sont couverts d'un médicament (stents à élution médicamenteuse). Le choix du stent utilisé incombe au cardiologue interventionnel. Pour éviter la formation de caillots au niveau du stent implanté, le patient doit prendre impérativement un médicament antiagrégant (qui fluidifie le sang) durant un à douze mois, en fonction du type de stent.

Après la dilatation

Après l'examen, le patient peut regagner sa chambre. Lorsque l'examen a été réalisé par voie radiale, une mobilisation immédiate est possible. En cas d'abord fémoral (rare), le patient reste allongé dans son lit. Ce repos forcé est essentiel pour éviter toute hémorragie (saignement) au niveau du point de ponction.

Le point de ponction, le rythme cardiaque et la tension artérielle sont contrôlés régulièrement par l'infirmier(e). Il est conseillé de boire beaucoup après l'examen. Cette hydratation permet d'éliminer le produit de contraste. Le patient peut commencer à boire une heure après l'examen. Il faut attendre 2 heures avant de manger.

La surveillance et les recommandations sont les mêmes qu'après un cathétérisme. Le point de ponction, le rythme cardiaque et la tension artérielle sont contrôlés régulièrement par l'infirmier(e). Il est conseillé de boire beaucoup après l'examen. Cette hydratation permet d'éliminer le produit de contraste. Le patient peut commencer à boire une heure après l'examen. Il faut attendre 2 heures avant de manger.



Les résultats

La dilatation (angioplastie) coronaire est un traitement très efficace dans plus de 95% des cas. Le risque d'obstruction de l'artère coronaire est minime mais existe (<2%).

Après une dilatation réussie, il existe également un risque de récurrence. Le rétrécissement peut se reformer au même endroit. Cette récurrence est fréquente (5-10%). Elle survient toujours dans les 6 premiers mois et peut nécessiter une deuxième dilatation.

Les risques

Les complications de l'angioplastie sont les mêmes que celles de la coronarographie, avec néanmoins un risque accru de saignement local (par l'utilisation des médicaments antiagrégants et anticoagulants) et d'infarctus du myocarde par thrombose du stent. La nécessité d'un pontage aorto-coronaire urgent ou semi-urgent à la suite d'une angioplastie est devenue très rare.

En cas d'échec

En cas d'échec de la dilatation, la chirurgie cardiaque (pontages) est souvent nécessaire.

Les résultats

La dilatation (angioplastie) coronaire est un traitement très efficace dans plus de 95% des cas. Le risque d'obstruction de l'artère coronaire est minime mais existe (<2%).

Après une dilatation réussie, il existe également un risque de récurrence. Le rétrécissement peut se reformer au même endroit. Cette récurrence est malheureusement fréquente (1/3 des patients). Elle survient toujours dans les 6 premiers mois et peut nécessiter une deuxième dilatation.



Les risques

Les complications de l'angioplastie sont les mêmes que celles de la coronarographie, avec néanmoins un risque accru de saignement local (par l'utilisation des médicaments anti-aggrégants et anti-coagulants) et d'infarctus du myocarde par thrombose du stent. La nécessité d'un pontage aorto-coronaire urgent ou semi-urgent à la suite d'une angioplastie est devenue très rare.