

EDITORIAL

LES URGENCES CARDIAQUES ET VASCULAIRES : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT

SCHEEN AJ (1), LANCELLOTTI P (2), DEFRAIGNE JO (3), D'ORIO V (4)

Les maladies cardiovasculaires (CV) représentent toujours une cause importante de morbidité et de mortalité dans les pays occidentaux. Dans une vaste enquête européenne publiée en 2016, elles sont considérées comme responsables de 40 % des décès chez les hommes et 49 % chez les femmes : la maladie coronaire compte pour 19 et 20 %, les accidents vasculaires cérébraux pour 9 et 14 % et les autres complications CV pour 12 et 15 %, chez les hommes et les femmes, respectivement (1). Les maladies CV figurent parmi les raisons les plus fréquentes d'admission dans les Services d'Urgences, en tout cas lorsque le pronostic vital est en jeu et hormis les polytraumatismes. Le pronostic dépend d'un diagnostic rapide et d'une prise en charge immédiate, dans un premier temps symptomatique puis, si possible rapidement étiologique. Les médecins de première ligne sont souvent confrontés au premier appel et doivent gérer la situation d'urgence de façon aussi optimale que possible. Il convient de donner les premiers soins à domicile en fonction de l'état du patient et dans toute la mesure du possible, sans perdre de temps, puis d'organiser le transfert rapide vers un centre hospitalier doté d'un service d'urgence et de soins intensifs permettant de prendre en charge le patient critique dans les meilleures conditions. Ces différents éléments ont motivé le Comité de gestion de la Revue Médicale de Liège à programmer un numéro thématique consacré aux urgences cardiaques et vasculaires.

La prévention joue un rôle essentiel dans la stratégie permettant de réduire l'impact des maladies CV sur la qualité de vie et le pronostic vital des patients. Plusieurs facteurs de risque dits modifiables ont été bien identifiés, parmi lesquels le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète sucré. Ils conduisent

à une athérosclérose accélérée, mais asymptomatique, elle-même pouvant se compliquer d'une athérombose avec un tableau clinique, survenant brusquement, parfois dramatique, qui nécessite alors une intervention urgente (2). Une meilleure hygiène de vie, avec arrêt du tabac, alimentation plus saine et pratique régulière d'une activité physique, permet déjà de limiter, de façon majeure, le rôle néfaste de ces facteurs. Si cela s'avère insuffisant, des traitements médicamenteux spécifiques ont apporté la preuve de leur capacité à réduire l'incidence des événements CV majeurs et la mortalité y afférente chez les personnes à risque. Citons, parmi ceux qui ont apporté les meilleures preuves en termes de médecine factuelle, les statines, les antihypertenseurs (inhibiteurs du système rénine-angiotensine, bêta-bloquants), les antiagrégants plaquettaires. La meilleure prise en charge de ces facteurs de risque modifiables a contribué, sans aucun doute, à réduire l'incidence des complications CV et la mortalité inhérente à ces complications au cours des dernières décennies (1). Ainsi, dans l'enquête européenne déjà mentionnée, ciblant les statistiques belges, il apparaît que la mortalité par maladie CV a diminué de 34,3 % chez les hommes et de 34,1 % chez les femmes en une dizaine d'années; les réductions sont encore plus marquées pour la mortalité liée à la maladie coronaire, atteignant 42,8 % et 49,0 %, respectivement, après ajustement pour l'âge (1). Outre la correction des facteurs de risque modifiables, une prise en charge précoce optimisée, dont le traitement de l'état de choc (comme discuté plus avant) et le recours rapide à des procédures de revascularisation si nécessaire, a grandement contribué à améliorer le pronostic vital des complications CV aiguës. Si elles ne peuvent pas toujours être évitées, les maladies CV surviennent généralement à un âge plus avancé. Au vu du vieillissement de la population, elles restent, avec le cancer, la première cause de morbi-mortalité dans notre pays. Compte tenu du fait que ce numéro est consacré à la prise en charge des situations urgentes en tant que telles, l'aspect de prévention ne sera pas abordé davantage, ce qui n'empêche pas de reconnaître toute son importance.

Devant semblable situation, trois étapes paraissent primordiales (Figure 1) : la première, reconnaître le caractère urgent de la situation imposant des gestes salvateurs immédiats;

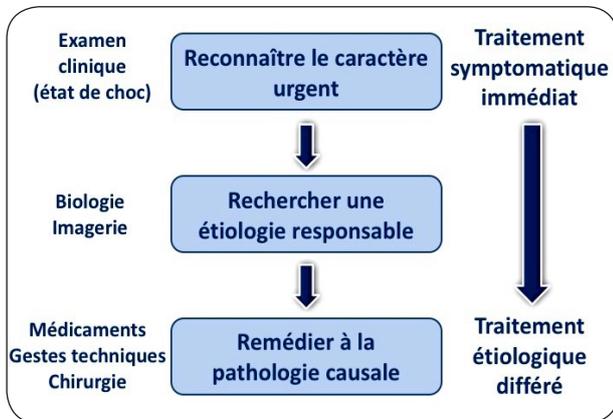
(1) Professeur ordinaire honoraire, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique.

(2) Professeur, Chef du Service de Cardiologie, CHU Sart Tilman, Liège, Belgique.

(3) Professeur ordinaire, Chef du Service de Chirurgie cardiovasculaire, CHU Sart Tilman, Liège, Belgique.

(4) Professeur ordinaire, Doyen de la Faculté de Médecine, Chef de Service des Urgences, CHU Sart Tilman, Liège, Belgique.

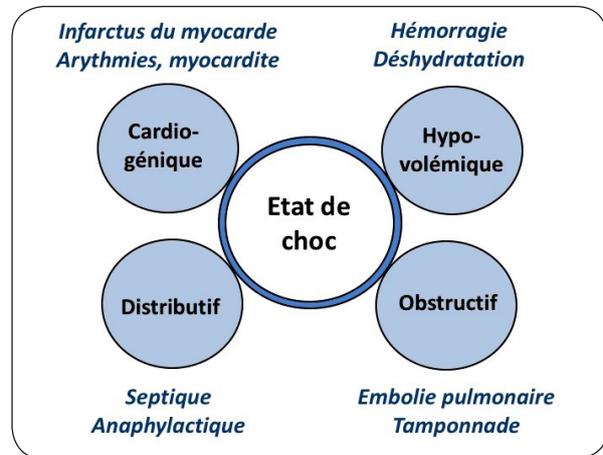
Figure 1. Illustration schématique des étapes de prise en charge d'une pathologie cardiovasculaire dans un Service d'Urgences.



la deuxième, établir un diagnostic étiologique, aussi précis que possible, susceptible d'orienter rapidement vers une sanction thérapeutique spécifique; la troisième, remédier à la cause, dans toute la mesure du possible, et poursuivre les soins les plus appropriés permettant à la fois d'assurer la survie du patient et de limiter les séquelles au minimum.

L'état de choc représente, par excellence, la situation urgente dramatique qui impose un traitement immédiat. Dans la plupart des cas, son diagnostic est aisé permettant un tri rapide dès l'arrivée aux urgences (3). Il est basé sur l'examen clinique et ne requiert, *a priori*, pas d'examens complémentaires. Ainsi, le choc se caractérise par une hypotension sévère (pression systolique < 90 mmHg ou chute de plus de 40 mmHg par rapport au niveau de pression habituel), accompagnée de signes d'hyperactivité sympathique et d'hypoperfusion tissulaire avec acidose métabolique (qui peut se traduire par une polypnée). Les plus visibles se situent au niveau cutané, avec une peau pâle, froide, en sudation et, éventuellement, marbrée et/ou cyanosée. Une confusion reflète l'hypoperfusion cérébrale. Ce tableau impose un traitement d'urgence visant à faire remonter la pression artérielle tout en améliorant la perfusion des organes vitaux, essentiellement le cerveau, le cœur et le rein. Ce premier traitement est, en général, assez stéréotypé, avec oxygénothérapie, remplissage vasculaire par des cristaalloïdes (sauf en présence d'un état congestif avec œdème pulmonaire) et, éventuellement, recours à des catécholamines comme la dobutamine, médicament augmentant l'inotropisme. Il vise essentiellement à assurer la survie du patient à court terme, quelle que soit la cause du choc. Le diagnostic différentiel étiologique peut être plus compliqué (Figure 2).

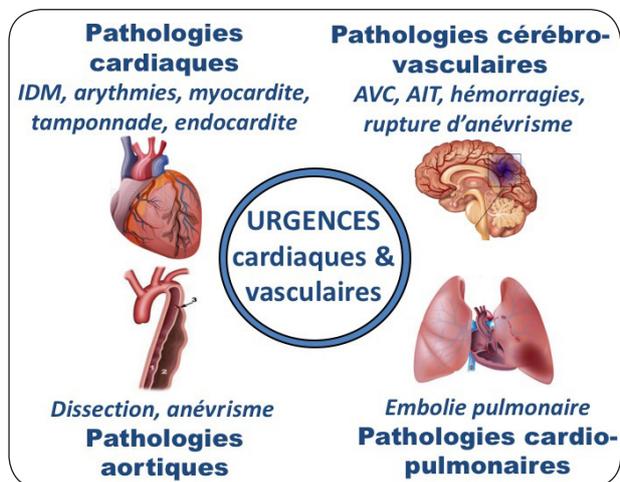
Figure 2. Diagnostic différentiel d'un état de choc. Tout état de choc impose un traitement symptomatique d'urgence puis une recherche étiologique conduisant à un traitement spécifique.



On peut distinguer schématiquement les chocs cardiogéniques (infarctus du myocarde, myocardite, troubles rythmiques, ...), hypovolémiques (hémorragiques et non hémorragiques), distributifs (septique, anaphylactique, ...) ou obstructifs (embolie pulmonaire, tamponnade, ...). Le diagnostic différentiel requiert souvent la réalisation de quelques examens complémentaires, de biologie clinique et/ou d'imagerie médicale, si possible à réaliser dans le service d'urgence même où l'échocardiographie joue un rôle clé. En effet, la réalisation de ces examens ne doit aucunement retarder la prise en charge thérapeutique urgente du patient et, si c'est possible le cas, ils doivent être différés. L'objectif de ces examens sera de déterminer, aussi rapidement et précisément que possible, la cause de l'état de choc, de façon à pouvoir instaurer un traitement étiologique, susceptible de rétablir rapidement la situation et ce, de façon durable. Si la cause est rapidement curable, le premier traitement d'urgence pourra être rapidement allégé, voire interrompu, et le pronostic vital sera préservé, parfois, hélas, au prix de séquelles plus ou moins importantes. Par contre, si la cause ne peut être corrigée, étant au-delà de toute ressource thérapeutique, médicale ou chirurgicale, le pronostic vital du patient en état de choc sera très réservé et le décès surviendra plus ou moins rapidement.

Ce numéro rassemble les principales pathologies d'origine cardiaque ou vasculaire susceptibles de conduire à un tableau clinique critique nécessitant une admission aux urgences et une prise en charge rapide (Figure 3). A l'évidence, le cœur est au centre de la probléma-

Figure 3. Principaux organes impliqués dans des pathologies cardiovasculaires conduisant à une admission aux urgences. IDM : infarctus du myocarde. AVC : accident vasculaire cérébral. AIT : accident ischémique transitoire.



tique avec de multiples pathologies qui peuvent entraîner des situations cliniques graves, que ce soit en raison d'un syndrome coronarien aigu, d'une cardiomyopathie non ischémique, d'un trouble du rythme sévère, voire d'une atteinte péricardique conduisant à une tamponnade ou encore d'une endocardite infectieuse avec destruction valvulaire rapidement progressive. Le cerveau est un organe extrêmement sensible à une ischémie aiguë ou sujet à présenter une hémorragie de différentes origines, dont la rupture brutale d'un anévrisme. Ces complications cérébro-vasculaires sont susceptibles de mettre en péril la vie du patient ou de l'exposer à des séquelles sévères irréversibles. L'œil est également un organe fragile et très sensible à l'ischémie, en particulier dans l'artérite de Horton qui, en l'absence de diagnostic précoce et de traitement immédiat, peut conduire à la cécité. Les pathologies artérielles peuvent être également potentiellement gravissimes, en particulier celles touchant l'aorte, que ce soit la dissection aortique ou l'anévrisme rompu. L'infarctus mésentérique se traduit par un drame abdominal qui nécessite une intervention chirurgicale urgente. Une ischémie aiguë des membres inférieurs est, à première vue, moins spectaculaire, mais impose également une intervention de revascularisation urgente pour sauver le membre. Les pathologies veineuses, si elles sont souvent bénignes, peuvent avoir aussi des conséquences gravissimes, en particulier lorsqu'une thrombose veineuse profonde se complique d'une embolie pulmonaire et d'un

choc obstructif. Enfin, d'autres pathologies CV amenant des consultations urgentes ne doivent pas être occultées, que ce soit la syncope, qui peut être banale mais reflète aussi parfois une pathologie sous-jacente grave, ou la crise hypertensive, aux conséquences diverses dont, parfois, la survenue d'une insuffisance cardiaque aiguë avec œdème pulmonaire aigu.

Tous ces aspects des urgences cardiaques et vasculaires seront envisagés de façon détaillée dans ce numéro thématique. Dans les différents articles, l'approche diagnostique sera d'abord mise en exergue, privilégiant une démarche clinique systématique, menée aussi rapidement que possible, complétée par la réalisation d'examen complémentaires judicieusement sélectionnés. Ensuite, la stratégie thérapeutique sera détaillée et stratifiée en fonction de l'état clinique du patient. Dans certains cas, la solution sera pharmacologique avec la prescription de médicaments ciblés mais, dans d'autres, il sera fait appel à une approche plus technologique (angioplastie avec prothèse endovasculaire, assistance circulatoire), et, enfin, dans d'autres encore, seule une intervention chirurgicale pourra éventuellement sauver le patient.

Nous remercions tous les collègues qui ont participé avec enthousiasme à l'élaboration de ce numéro, qui, nous l'espérons, rencontrera les attentes du lectorat de la Revue Médicale de Liège. Nous dédions ce numéro à la mémoire du Professeur Henri Kulbertus, Rédacteur en Chef de la Revue de 1988 à 2006, et qui avait encore contribué à l'élaboration de cette thématique quelques semaines avant son décès (4).

BIBLIOGRAPHIE

1. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, et al.— Cardiovascular disease in Europe : epidemiological update 2016. *Eur Heart J*, 2016, **37**, 3232-3245.
2. Scheen AJ.— De l'athérosclérose à l'athérombose : d'une pathologie chronique silencieuse à un accident aigu critique. *Rev Med Liège*, 2018, **73**, 224-228.
3. Jobé J, Ghuysen A, D'Orio V.— Le triage infirmier avancé aux urgences. *Rev Med Liège*, 2018, **73**, 229-236.
4. Piérard L, Scheen AJ.— In memoriam. Henri Kulbertus (1938-2018). *Rev Med Liège*, 2018, **73**, 109-110.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Professeur André Scheen, Service de Diabétologie, CHU Sart Tilman, B-4000 Liège, Belgique.

Email : andre.scheen@chuliege.be