

Maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC): les éviter, les soigner.

Les **maladies cardiovasculaires** sont la première cause de mortalité sur la planète. Le cœur et le cerveau en sont les deux victimes principales.

Ce dossier présente brièvement les différentes formes que peuvent prendre les maladies cardiovasculaires. Il explique aussi comment gérer, pour le diminuer, son profil de risque cardiovasculaire. On sait maintenant que pour obtenir une diminution du risque de faire une maladie cardiovasculaire, il est plus efficient d'agir, même de manière modérée, simultanément sur un ensemble de facteurs.

Nous vous présenterons dans un premier temps quelques informations sur la manière dont est constitué et fonctionne notre **système cardiovasculaire** (artères et coeur), puis sur les **maladies cardiovasculaires**.

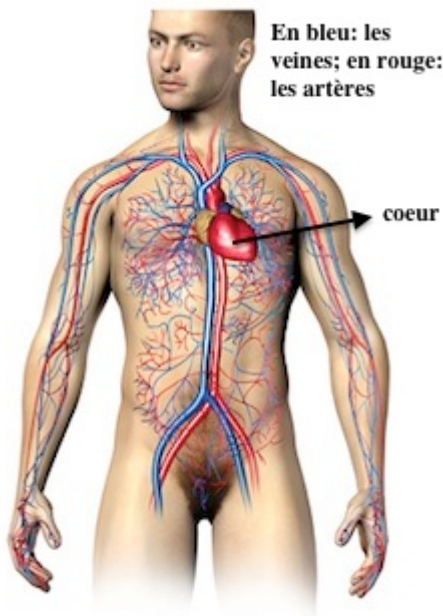
Si vous souhaitez d'emblée savoir comment agir pour préserver la santé de votre coeur, vous pouvez lire le chapitre « [agir pour prévenir les maladies cardiovasculaires](#) » .

Pour reconnaître un accident cardiovasculaire et savoir comment y réagir, consultez le chapitre « [agir pour limiter les dégats en cas d'accident cardiovasculaire](#) » .

Qu'est-il utile de savoir sur notre

système cardiovasculaire ?

Le système vasculaire



Il est constitué de canalisations (**vaisseaux sanguins**) dans lesquelles le sang circule.

On distingue deux types de vaisseaux

- ceux qui amènent le sang dans le cœur: les **veines**
- ceux par lesquels le sang sort du cœur: les **artères**.

Le sang oxygéné en provenance des poumons arrive dans la partie gauche du cœur. De là, il est propulsé dans l'artère « aorte ». L'aorte se divise en de nombreuses plus petites artères qui vont distribuer le sang oxygéné à toutes les parties du corps.

Les vaisseaux les plus fins s'appellent des « capillaires ». Dans nos muscles et nos organes, l'oxygène (et le sucre, les protéines...) traverse la paroi des capillaires et se distribue dans toutes nos cellules. Et les déchets et le CO₂ quittent nos cellules, traversent la paroi des capillaires et se retrouvent dans notre sang.

Photo © pixelcaos – Fotolia.com

Le sang retourne ensuite vers le cœur par les veines. Les veines qui viennent de la tête et des bras se réunissent en une seule : la veine cave supérieure. Celles qui viennent du ventre et des jambes se rassemblent pour devenir la veine cave

inférieure. Ces deux veines caves ramènent le sang dans la partie droite du cœur. De là, il sera propulsé vers les poumons pour se débarrasser du CO₂ et se charger d'oxygène.

Les artères coronaires

Les **artères coronaires** sont les vaisseaux nourriciers du **myocarde** (muscle cardiaque). Elles sont appelées coronaires car après leur naissance de l'aorte, à la sortie du ventricule gauche, elles encerclent le cœur à la manière d'une couronne. Comme tout muscle important, le myocarde a besoin de beaucoup d'énergie et d'oxygène pour assurer sa fonction de pompe pour la circulation sanguine.

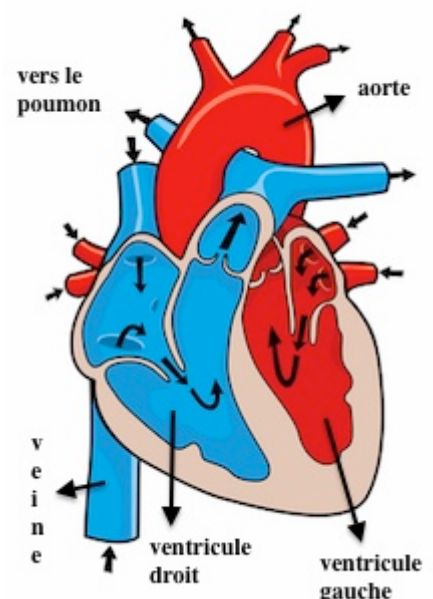
Les artères coronaires s'étalent à la surface du myocarde. Les artères coronaires se répartissent en coronaire droite et en coronaire gauche. Cette dernière possède un tronc commun qui se divise ensuite en une branche descendante antérieure et une branche circonflexe.

Le cœur

Le **cœur** se trouve dans la poitrine, un peu à gauche, entre les deux poumons. Il fonctionne comme une pompe qui permet de propulser le sang dans des tuyaux : les vaisseaux sanguins. De cette manière, il l'envoie dans tout notre corps.

Le cœur est creux et divisé en deux parties qui ne communiquent pas entre elles.

Dans sa partie droite, il reçoit le sang en provenance de tout le corps. Ce sang contient beaucoup de dioxyde de carbone (CO₂). Le cœur l'envoie dans les



poumons. Là, le sang se débarrasse du CO₂ et capte l'oxygène de l'air. Le sang oxygéné retourne alors au cœur, dans sa partie gauche. En se contractant, le cœur envoie ce sang dans tout notre corps. Après avoir oxygéné ainsi tout notre organisme, le sang revient à la partie droite de notre cœur.

Si on y regarde d'un peu plus près, on peut voir que les parties gauche et droite du cœur sont chacune formées de deux parties : une **oreillette** et un **ventricule**. Entre les deux, il y a des **valvules cardiaques**. Le sang entre dans le cœur par les oreillettes. Il sort par les ventricules lorsque le cœur se contracte.

Le cœur travaille sans relâche, jour et nuit pendant toute notre vie. C'est un muscle très puissant. Pour faire son travail, il doit être irrigué par le sang qui amène oxygène et nutriments. Ce sont les artères coronaires qui fournissent du sang oxygéné au muscle cardiaque (myocarde). Lorsqu'une de ces artères se bouche, nous faisons un **infarctus myocardique**. Notre cœur ne fonctionne alors plus bien parce qu'à un endroit il n'est plus oxygéné.

Le cœur se contracte parce qu'il reçoit des décharges électriques. Ces décharges viennent de certains nerfs, et aussi d'une espèce de « pile » qui fait partie du cœur lui-même. Cette pile est constituée de plusieurs centres reliés entre eux. Ils provoquent des contractions automatiques du cœur. Les nerfs, eux, font partie de notre système nerveux autonome, c'est-à-dire qu'ils fonctionnent indépendamment de notre volonté. Ce système est divisé en deux: le sympathique, qui accélère le rythme cardiaque, et le parasympathique, qui le freine.

Photo © kocakayaali – Fotolia.com

Le rythme cardiaque habituel, chez un adulte au repos, est d'environ 70 à 80 battements par minute. Sous le coup d'une émotion, notre système nerveux sympathique est stimulé et cela

peut accélérer notre cœur et nous donner parfois des palpitations. Chez les athlètes, le rythme cardiaque est souvent plus lent. Chez les enfants, le rythme cardiaque normal est plus rapide que chez les adultes. Le médecin mesure le rythme cardiaque au stéthoscope. On peut aussi le prendre au pouls.

[Retour en haut de page↑](#)

Qu'est-il utile de savoir sur les maladies cardiovasculaires ?

Sous l'appellation « **maladies cardiovasculaires** », on désigne un ensemble d'affections qui touchent le système vasculaire, constitués par nos artères et veines.

On connaît généralement ces maladies selon les organes qui sont touchés :

- les affections (ou cardiopathies) coronariennes touchent les vaisseaux sanguins qui alimentent le cœur : angine de poitrine ou angor, infarctus du myocarde
- les accidents vasculaires cérébraux atteignent le cerveau
- les artériopathies périphériques provoquent des problèmes au niveau (des extrémités) des membres.

Le cœur peut aussi être affecté

- par des anomalies congénitales, malformations présentes dès la naissance
- par les atteintes des valvules cardiaques (par exemple suite à un rhumatisme articulaire aigu)

A l'origine des maladies cardiovasculaires, on trouve la même origine : une altération progressive, chronique ou aiguë d'une

ou plusieurs artères, appelée l'**athérosclérose**.

Cette **maladie des artères** se manifeste par l'intermédiaire de ses complications, telles que l'angine de poitrine ou l'infarctus, par exemple.

Qu'est-ce que l'athérosclérose ?

Le terme « **athérosclérose** » vient du grec « athéré » qui décrit la matière grasseuse et de « scléron » qui signifie dur.

L'athérosclérose se présente sous la forme de plaques surélevées, de couleur blanche ou jaune clair, localisées à l'intérieur des artères, dans leur paroi (endothélium). Elle touche surtout les grosses et moyennes artères (cœur, cerveau, membres).

Ces plaques d'**athérome** contiennent du cholestérol, mais aussi du calcaire et des cellules sanguines appelées plaquettes. Elles sont le siège de processus inflammatoires.

Généralement, l'athérosclérose à l'origine d'une maladie cardiovasculaire ne donne aucun signe pendant de nombreuses années.

Mais le développement d'une plaque d'athérome peut provoquer, après des années, divers types de complications. La **sténose** et la **thrombose** sont fréquentes. L'**hémorragie** est plus rare.

- La **sténose** : la plaque d'athérome rétrécit l'artère et rend le passage du sang difficile. Elle réduit ainsi la possibilité d'une augmentation du flux du débit sanguin, par exemple en cas d'effort physique. Ceci explique que les signes de l'angine de poitrine ou de l'artérite des membres inférieurs apparaissent généralement à l'occasion d'un effort.
- La **thrombose** : la fissuration ou l'ulcération de la

plaque d'athérome favorise la coagulation du sang et la formation d'un bouchon, le « thrombus », qui peut obstruer totalement une artère. Une thrombose peut par exemple provoquer un infarctus du myocarde ou d'une zone du cerveau accident vasculaire cérébral ou AVC).

- Les **hémorragies** : une hémorragie peut survenir à l'intérieur de la paroi artérielle, au niveau de la plaque d'athérome. Lorsqu'elle est très importante, elle peut diviser la paroi artérielle en deux. Cette complication rare, appelée « anévrysme disséquant » se produit essentiellement au niveau de l'aorte et peut nécessiter une intervention chirurgicale en urgence.

L'angine de poitrine

L'**angine de poitrine** ou **angor** est une **maladie cardiovasculaire** fréquente.

Le rétrécissement du calibre d'une ou de plusieurs artères coronaires, par la présence d'une plaque d'athérome, rend le passage du sang artériel moins aisé. Il en résulte une moins bonne irrigation de la zone du myocarde alimentée par cette ou ces artères.

En temps normal, cette mauvaise irrigation ne pose pas de problèmes. Mais lorsque les besoins en oxygène du muscle cardiaque augmentent, l'alimentation de certaines parties du cœur par les artères coronaires peut s'avérer insuffisante. On parlera alors d' »**ischémie**« .

Les émotions, l'effort physique, le stress, la digestion, le froid etc. sont autant de facteurs qui augmentent les besoins du cœur en oxygène.

Classiquement la crise d'angine de poitrine est ressentie comme une **douleur**, une **oppression** dans la poitrine, qui peut irradier vers le bras, le cou et la mâchoire inférieure.

La douleur disparaît ou s'atténue lorsque le facteur

déclenchant est supprimé ou sous l'effet de certains médicaments qui ont la propriété de dilater les artères coronaires. Le rétablissement du débit sanguin est suffisant pour arrêter la crise.

Si l'on effectue un électrocardiogramme au moment de la crise ou au cours d'une épreuve d'effort, certaines anomalies qui traduisent le mauvais état des coronaires peuvent être mises en évidence. Au repos, ces perturbations ne se voient pas.

L'angine de poitrine peut s'aggraver. Les crises peuvent devenir plus fréquentes, plus intenses et apparaître au moindre effort, parfois même au repos. On parle dans ce cas « **d'angor instable** ». Ce type d'angine de poitrine risque de se compliquer d'un infarctus du myocarde.

Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Angine de poitrine: quand le coeur se plaint](#) » .

L'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde résulte d'une obstruction totale d'une ou de plusieurs artères coronaires.

La zone de myocarde qui n'a plus été irriguée pendant quelques minutes est dite « nécrosée ». Elle est comme morte. Cette nécrose est visible notamment par le biais d'un électrocardiogramme.

Les cellules myocardiques détruites libèrent dans le sang des substances chimiques, qui peuvent être aisément détectées par une analyse de sang.



L'infarctus du myocarde peut faire suite à un stress important, un effort physique intense, mais le plus souvent il survient sans raison apparente. On note parfois des antécédents d'angine de poitrine dont les crises se sont aggravées récemment.

La **douleur** de l'infarctus est du même type que celle de l'angine de poitrine, à la différence qu'elle est beaucoup plus **intense** et qu'elle ne cède ni au repos ni aux médicaments de l'angor.

La douleur est le plus souvent accompagnée d'**angoisse** et de **nausées**.

Parfois la personne ne signale aucune douleur, mais uniquement un **malaise digestif**.

Certains infarctus sont totalement asymptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne se manifestent par aucun symptôme.

Selon l'étendue de la zone nécrosée, **divers troubles peuvent compliquer la situation: anomalies du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, arrêt cardiaque.**

Photo © JPC-PROD – Fotolia.com

Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Angine de poitrine, infarctus: un manque d'oxygène](#) » .

Ces complications graves surviennent généralement au cours des 72 premières heures qui suivent l'infarctus. C'est la raison pour laquelle une personne qui fait un infarctus doit toujours être hospitalisée dans une unité de soins intensifs.

De cette façon, les complications pourront être détectées et soignées rapidement.

Après un infarctus du myocarde, la zone nécrosée va se **cicatriser**. Cette zone restera toutefois fragilisée et ne sera plus fonctionnelle. Ce qui n'empêchera nullement le coeur de continuer à remplir sa fonction globale de pompe.

Pendant le temps de la cicatrisation, des vaisseaux sanguins vont se développer pour tenter de compenser la perte d'irrigation et de court-circuiter l'occlusion coronaire. C'est ce que l'on appelle une circulation collatérale.

Les troubles du rythme

Certains troubles du rythme sont liés à l'athérosclérose. Ces troubles se manifestent par une sensation de palpitations, dont les formes peuvent fortement varier selon l'âge. Dans la plupart des cas, les palpitations ressenties sont dues à la survenue plus ou moins fréquente d'extrasystoles ventriculaires, c'est-à-dire d'un battement cardiaque survenant avant le battement normal. Les extrasystoles se déclarent principalement chez les personnes anxieuses, et sont favorisées par la prise d'excitants (café, thé, alcool, tabac...).

Des examens complémentaires, tels qu'un électrocardiogramme ou une échographie cardiaque, sont dans la plupart des cas tout à fait normaux et ne révèlent que rarement une de ces extrasystoles.

D'autres troubles par contre peuvent être mis en évidence à l'occasion de ces examens. Une analyse de sang permettra de détecter une hyperthyroïdie, une échographie de mettre en évidence une atteinte des valvules, un enregistrement électrocardiographique sur 24 heures, selon la méthode de Holter, pourra préciser l'importance et la nature du trouble du rythme lorsque l'**électrocardiogramme** classique ne les démontre pas.

L'accident vasculaire cérébral

L'**accident vasculaire cérébral (AVC)** résulte d'une obstruction ou d'une rupture d'un vaisseau sanguin du cerveau. La région du cerveau nourrie par ce vaisseau est alors privée d'oxygène et les neurones du cerveau meurent.

L'AVC entraîne des conséquences variables, selon l'endroit touché dans le cerveau et l'étendue des dommages. L'AVC est une cause importante de décès.

Il provoque également, chez plus de la moitié des personnes touchées, des séquelles et une invalidité : paralysies complètes ou partielles, problèmes de mémoire, difficultés à parler ou à écrire, etc.

Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Accident vasculaire cérébral \(AVC\): une urgence médicale](#) » .

[Retour en haut de page](#)↑

Agir pour prévenir les maladies cardiovasculaires

Qu'appelle-t-on « facteur de risque » cardiovasculaire ?

Un **facteur de risque** est une caractéristique associée à une **augmentation de la probabilité de faire une maladie** à l'avenir.

Un facteur de risque est identifié à partir de grandes études, incluant des milliers à des centaines de milliers de personnes. C'est une notion statistique.

Ainsi, on peut affirmer que, statistiquement, un fumeur a une probabilité plus grande de faire un infarctus qu'un non-fumeur ; qu'une personne ayant une hypertension artérielle non traitée a une probabilité plus grande de faire un accident vasculaire cérébral. Cette probabilité est qualifiée de risque.

Un facteur de risque peut être lié

- à la génétique. Chacun, à la naissance, est porteur d'une hérédité, c'est-à-dire d'un bagage de gènes dont certains sont plutôt protecteurs et d'autres plutôt sources de risque. Ainsi, le taux de certaines graisses dans le sang (hypercholestérolémie par exemple), le niveau de la tension artérielle, etc sont liés pour une part plus ou moins importante à notre hérédité
- à notre environnement de vie. La pollution de l'air, notamment sa teneur en particules fines, est ainsi un élément déclencheur de problèmes cardiovasculaires. L'impact du tabagisme passif est également démontré. Vous pouvez lire dans ce site, pour plus d'informations sur les impacts de la pollution sur la santé, notre dossier « [Pollution de l'air](#) » .
- à nos habitudes de vie. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité, le stress permanent, etc, tous ces éléments peuvent influencer, peu ou prou, notre santé cardiovasculaire.

Maladies cardiovasculaires: les modes de vie protecteurs

Notre mode de vie peut fortement influencer notre santé cardiovasculaire.

Des mesures simples ont un effet protecteur considérable:

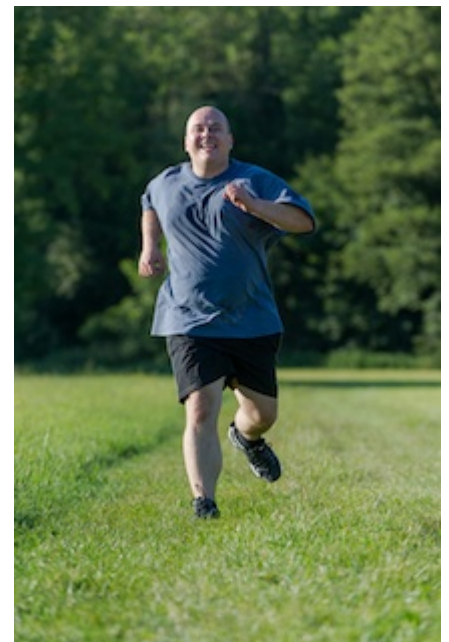
- une alimentation variée et équilibrée, de type méditerranéen
- une activité physique régulière (marche, vélo, etc) au moins 30 minutes par jour
- l'absence de consommation de tabac
- une consommation modérée d'alcool (1 à maximum 2 verres par jour) ou une absence de consommation d'alcool.

Selon des études récentes, la combinaison de ces comportements favorables permettrait de prévenir jusqu'à 4 infarctus du myocarde sur 5!

Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Le régime méditerranéen: protecteur du coeur](#) » .

Maladies cardiovasculaires: leurs facteurs de risque

Les facteurs de risque qui favorisent les maladies cardiovasculaires sont connus.



- **l'âge.** On ne peut évidemment pas s'opposer au temps qui passe... mais notre risque cardiovasculaire augmente progressivement en vieillissant. L'expression « avoir l'âge de ses artères » recèle une part de vérité!
- **l'hérédité.** On ne la choisit pas, mais connaître

l'histoire de santé des membres de sa famille peut nous éclairer sur la possibilité d'un risque particulier. Par exemple, avoir un père qui a fait un infarctus avant 60 ans devrait nous inciter à la vigilance et à consulter notre médecin de famille, pour établir, dès 45 ans, un bilan de notre risque cardiovasculaire

- **la sédentarité.** Elle favorise la prise de poids. De nombreuses études démontrent qu'une activité physique régulière a un effet protecteur vis-à-vis des maladies cardiovasculaires. Le niveau d'activité doit être suffisant (au moins trois fois une demi-heure à une heure par semaine) pour être efficace. Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Bouger, c'est bon pour la santé](#) ».
- **l'hypertension artérielle.** La soigner est fondamental pour éviter ses complications. Lorsque le médecin mesure la tension artérielle, il veille toujours à la prendre dans certaines conditions. La tension se mesure au repos et à plusieurs reprises. Si les chiffres sont élevés lors d'une première mesure, il faudra la reprendre quelques jours plus tard. C'est en effet après deux ou trois mesures successives élevées, que l'on posera le diagnostic d'hypertension. La tension artérielle ne doit normalement pas dépasser 140 mm pour la pression systolique (phase de contraction cardiaque) et 90 mm pour la pression diastolique (phase de relaxation cardiaque). Vous pouvez lire sur ce site notre article consacré à l'[hypertension artérielle](#).
- **le cholestérol.** Un excès de LDL-cholestérol dans le sang favorise le dépôt de cholestérol dans les artères, avec formation progressive de plaques (athérosclérose). Les **lipides** ou graisses se répartissent principalement en **cholestérol** et en **triglycérides**. Lorsque leur concentration dans le sang augmente (du fait d'un régime riche en graisses animales, par exemple), ils se déposent sur la paroi des artères coronaires. Le cholestérol est transporté dans le sang grâce à de grosses molécules appelées LDL (*low density lipoprotéine*) et HDL (*high density lipoprotéine*). De manière simplifiée, on peut dire que les LDL déposent le cholestérol dans la paroi des artères (c'est le « mauvais » cholestérol »), tandis que les HDL le retire (c'est le « bon cholestérol »). Le rapport entre les taux de cholestérol total et de HDL-cholestérol est utilisé pour évaluer l'impact du

cholestérol sur le risque de maladie cardiovasculaire. Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Cholestérol: une histoire qui a du bon et du mauvais](#) » .

- **le tabagisme.** Fumer augmente considérablement le risque cardiovasculaire. La nicotine exerce une action nocive sur le coeur et les vaisseaux sanguins. Le monoxyde de carbone (CO) présent dans la fumée de tabac agit sur l'hémoglobine en diminuant sa liaison avec l'oxygène. Il en résulte notamment une moins bonne oxygénation du myocarde . Par ailleurs, le CO augmente la pénétration des graisses dans la paroi des vaisseaux. On estime que la consommation régulière de vingt cigarettes par jour augmente le risque coronarien de $\pm 2,5$ fois par rapport à un non-fumeur. Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Tabac: préparer l'arrêt](#) » .
- **le diabète.** Ce trouble métabolique agit sur nos artères et prédispose aux accidents cardiovasculaires. Vous pouvez lire sur ce site notre [dossier consacré au diabète](#).
- **l'obésité.** Elle est associée à une augmentation de la tension artérielle et du taux de cholestérol; le risque statistique de diabète et de maladies cardiovasculaires s'accroît avec le poids, surtout pour des indices de masse corporelles (IMC) supérieur à 35. Vous pouvez lire sur ce site notre dossier « [Vivre en paix avec son poids](#) »
- **le stress.** Les sources de stress sont quasi infinies et dépendent fortement de la personnalité de chacun. La fréquence cardiaque s'accroît lors d'un stress, de même que la tension artérielle. La santé est menacée lorsque les situations stressantes ont tendance à se répéter. Des études semblent indiquer que les individus « hyperactifs, perfectionnistes, aimant la compétition et dominateurs » sont plus facilement stressés que les autres et donc plus exposés aux problèmes cardiaques.

Vous pouvez lire sur ce site notre article « [Stress: pour le pire et le meilleur](#) » .

Photo © Bernd Leitner – Fotolia.com

Les spécialistes relèvent que la prévention est efficace lorsqu'elle porte simultanément sur plusieurs de ces facteurs.

A l'exception évidemment les deux premiers qui nous sont imposés...

Les risques ont en effet tendance à se multiplier: si le tabac double les risques de maladie et l'hypertension les triple, l'association des deux les multiplie par 6! De nombreuses études ont en tout cas démontré que seule une approche globale de la prévention réduisait fortement la probabilité d'un accident cardio-vasculaire.

Le bilan du risque cardiovasculaire

Votre médecin généraliste peut établir avec vous un bilan de votre risque cardiovasculaire. Pour cette évaluation, il s'appuie sur des outils validés.

Risque cardiovasculaire: l'approche ABCDEFGH

Une série de six questions, la mesure de votre poids et de votre tension artérielle permettent au médecin d'établir une première étape de votre bilan du risque cardiovasculaire.

Le moyen mnémotechnique « ABCDEFGH » permet au médecin de retenir ces six questions et les deux mesures qui permettent de détecter les facteurs de risque essentiels:

- A comme **âge**. Avoir 50 ans ou plus est considéré comme un facteur de risque!
- B comme **briquet**... et donc **tabac**. Fumer, dès une dose de 1 cigarette par jour, accroît le risque cardiovasculaire. Ce risque est effacé en cas d'arrêt depuis 2 ans ou

plus.

- C comme **cholestérol**. Votre médecin vérifiera dans votre dossier médical (ou vous demandera) si un taux trop élevé de cholestérol a déjà été constaté lors d'une prise de sang antérieure.
- D comme **diabète**. La présence d'un diabète augmente le risque cardiovasculaire.
- E comme **évènement**. Le médecin vérifiera si vous avez déjà eu un problème cardiovasculaire au cours de votre existence, en vous posant la question et/ou en consultant votre dossier médical.
- F comme **famille**. Avez-vous eu un père, une mère, un frère ou une soeur qui a fait un infarctus ou est décédé d'une mort subite, ou qui eu une intervention chirurgicale cardiaque (pontage, dilatation coronaire, etc.)
- G comme **graisse**. Le médecin vous pèsera ou mesurera votre tour de taille. Sont considérés comme facteur de risque un IMC (indice de masse corporelle) égal ou supérieur à 30 ou un tour de taille excessif (égal ou supérieur à 102 cm chez un homme et à 88 cm chez une femme).
- H comme **hypertension artérielle**. Une tension trop élevée (supérieure ou égale à 14/9 cmHg – ou 140/90 mm Hg – est un facteur de risque.

L'estimation du risque



Dans un second temps, sur base de cette première étape, le médecin prescrira une prise de sang pour mesurer les graisses dans le sang (cholestérol total, LDL- et HDL-cholestérol, triglycérides) ainsi que le taux de sucre (glycémie).

Lorsqu'il sera en possession de l'ensemble de ces données, il

pourra

- préciser votre risque en se référant à des tableaux (« tables du risque de décès par cause cardiovasculaire à 10 ans »).

Sur cette base, vous serez classé dans le **risque cardiovasculaire bas, moyen ou élevé**.

- vous expliquer les mesures conseillées de prévention
- recueillir votre avis sur ces mesures et discuter avec vous d'une stratégie adaptée à votre cas particulier et à vos objectifs.

Certaines personnes ont un risque cardiovasculaire uniquement lié au tabagisme.

Photo © Igor Mojzes – Fotolia.com

Agir sur les facteurs de risque

Connaître les facteurs de risque permet d'adopter un mode de vie qui réduit la probabilité d'avoir une maladie cardiovasculaire.

Pour les personnes dont le risque cardiovasculaire est bas

- alimentation méditerranéenne
- activités physiques régulières (au moins 30 minutes par jour)

Vous pouvez lire sur ce site nos articles « [Le régime méditerranéen, protecteur du coeur](#) » et « [Bouger, c'est bon pour la santé](#) » .

Pour les personnes dont le seul risque cardiovasculaire est le tabac

- arrêt du tabac
- alimentation méditerranéenne
- activités physiques régulières (au moins 30 minutes par jour)

Pour les personnes dont le risque cardiovasculaire est moyen



- arrêt du tabac
- alimentation méditerranéenne
- activités physiques régulières (au moins 30 minutes par jour)
- stabiliser le poids ou le réduire très progressivement (Vous pouvez lire sur ce site notre dossier « [Vivre en paix avec son poids](#) »)
- normaliser la tension artérielle (moins de 14 pour la tension systolique et moins de 9 pour la tension diastolique) Vous pouvez lire sur ce site notre article consacré à l'« [hypertension artérielle](#) » .

Photo © Igor Mojzes – Fotolia.com

Pour les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé

Les mesures de mode de vie conseillées sont identiques à celles des patients à risque moyen

- arrêt du tabac
- alimentation méditerranéenne
- activités physiques régulières (au moins 30 minutes par jour)
- stabiliser le poids ou le réduire très progressivement (Vous pouvez lire sur ce site notre dossier « [Vivre en paix avec son poids](#) »)

Mais la prise en charge est plus énergique et complexe.

- La tension artérielle doit être bien contrôlée, de même qu'un éventuel diabète (vous pouvez lire sur ce site notre dossier « [Diabète de type 2](#) »).
- La prise de certains médicaments est recommandée: par exemple de l'aspirine à faible dose chaque jour, un médicament pour diminuer le LDL-cholestérol (« statine » généralement).

[Retour en haut de page](#)↑

Agir pour limiter les dégâts en cas d'accident cardiovasculaire

Quels sont les signes évocateurs d'une atteinte de notre système cardiovasculaire ?

Parmi les signes qui méritent notre attention, citons:

- **L'essoufflement** : il se révèle souvent comme un signe d'une difficulté cardiovasculaire. Mais il peut aussi être lié à une affection pulmonaire.
- **La douleur** : elle est probablement d'origine cardiaque lorsqu'elle se saisit « typiquement » le milieu de la poitrine et se manifeste par une sensation d'oppression (un étau); elle irradie parfois vers le cou, la mâchoire inférieure et le bras gauche. Attention, parfois, la douleur se manifeste principalement dans ces zones.
- **Les oedèmes** : des chevilles gonflées en fin de journée peuvent être le signe d'une insuffisance cardiaque (« fatigue » du coeur).
- **Les palpitations** : elles méritent d'être prises au sérieux lorsqu'elles surviennent fréquemment ou

lorsqu'elles sont associées à d'autres signes. Souvent plus impressionnantes que graves, les palpitations peuvent faire suite à un énervement, à une émotion ou encore être liées à un excès de café.

- Une sensation de froid aux extrémités peut, entre autres, révéler un problème circulatoire.

Attention : certains symptômes, surtout lorsqu'ils se manifestent ensemble, constituent un signal d'alarme et doivent inciter à consulter un médecin ou à appeler le 112.

Réagir utilement face à une douleur ressentie dans la poitrine

L'**infarctus du myocarde** se manifeste « en principe » typiquement, par :



- une **douleur** centrale, généralement intense, localisée derrière le sternum et qui procure une sensation d'écrasement
- l'installation **brutale** de la douleur et son irradiation vers le haut (cou, épaules, mâchoire, bras, poignets)
- la **durée** de la douleur (elle se prolonge généralement plus d'un quart d'heure)
- l'accompagnement de la douleur par une **transpiration** excessive, des **nausées** et des vomissements
- la possibilité d'une douleur similaire apparue quelques jours auparavant.

Attention : parfois, la douleur n'est uniquement qu'abdominale.

Bon à savoir : la probabilité d'un infarctus est d'autant plus réelle que l'une de ces manifestations survient chez une personne prédisposée (un homme de plus de 40 ans, fumeur, hypertendu par exemple).

Il faut appeler immédiatement le 112 en présence de signes évocateurs d'un infarctus du myocarde.

Le traitement de l'infarctus du myocarde

Dès l'arrivée à l'hôpital, le traitement sera mis en place. Plus rapidement il est administré, meilleures sont les chances de survie et moindres sont les complications.

Le traitement est adapté à chaque patient, peut évoluer avec le temps et combiner plusieurs approches.

Parmi les possibilités, citons :

- les **médicaments thrombolytiques** pour fluidifier le sang. Ils détruisent le caillot qui bouche l'artère et restaure l'irrigation du cœur. Des antidouleurs comme de la morphine peuvent être prescrits, ainsi que diverses autres substances (bêta-bloquants, antiagrégants plaquettaires, statines et inhibiteurs de l'enzyme de conversion).
- l'**angioplastie**. Le but est de retirer le bouchon de l'artère obstruée, à l'aide d'un cathéter (tube fin) introduit au niveau du pli de l'aîne et remonté jusqu'au cœur. Un ballon peut être gonflé à l'extrémité du cathéter, lorsque ce dernier parvient au niveau du caillot qui bouche l'artère. Le caillot est ainsi écrasé, puis un stent (sorte de petit ressort) peut être mis en place, pour garder l'artère bien ouverte.
- le **pontage**. Cette intervention chirurgicale permet de dévier la circulation sanguine, qui contourne alors l'artère bouchée. Le chirurgien fixe de part et d'autre

de la zone bouchée un vaisseau sanguin prélevé dans une autre partie du corps. Le sang passe par ce nouveau chemin. Parfois, en présence de caillots multiples, plusieurs pontages peuvent être nécessaires.

Dans les jours qui suivent un infarctus, des examens seront pratiqués

- pour estimer l'étendue de la zone du muscle cardiaque détruite
- pour rechercher une complication éventuelle
- pour évaluer les risques de rechute.

Un entraînement progressif sera mis en place pour assurer la meilleure réadaptation de la fonction cardiovasculaire.

Réagir utilement face à une menace d'accident vasculaire cérébral



Des signes évocateurs sont notamment:

- une sensation de faiblesse, le plus souvent d'un seul côté du corps, au niveau d'un membre (bras, jambe), du visage;
- un engourdissement de la face, du bras ou des jambes, en

- particulier d'un seul côté du corps;
- de la confusion, des difficultés à parler ou à comprendre un discours;
 - des difficultés visuelles touchant un œil ou les deux;
 - des difficultés à marcher, des étourdissements, une perte d'équilibre ou de coordination;
 - des céphalées sévères sans cause connue, une syncope ou perte de conscience.

Photo © rainbow33 – Fotolia.com

Il faut appeler immédiatement le 112 en présence de signes évocateurs d'un accident vasculaire cérébral.

Le traitement de l'AVC

Lors de l'hospitalisation, un traitement sera immédiatement mis en place pour réduire les dommages du cerveau. Il sera adapté à chaque patient, en fonction de ses caractéristiques et des symptômes.

Le traitement vise:

- à améliorer la circulation sanguine en cas d'accident ischémique. On utilise à cet effet des médicaments thrombolytiques pour fluidifier le sang et dissoudre le caillot. Un médicament anticoagulant ou antiplaquettaire est souvent ajouté quelques heures après un AVC non hémorragique, pour prévenir la formation de nouveaux caillots sanguins dans les artères.
 - à réduire la durée et l'étendue du saignement en cas d'accident hémorragique. On abaisse par exemple une tension trop élevée.
 - si une artère carotide est bloquée, on peut pratiquer une intervention chirurgicale pour rétablir une circulation suffisante. Cette opération permet de réduire le risque de rechute d'AVC.
- On peut aussi pratiquer une angioplastie. Le but est de retirer le bouchon de l'artère obstruée, à l'aide d'un

cathéter (tube fin) introduit au niveau du pli de l'aîne et remonté jusqu'au cœur. Un ballon peut être gonflé à l'extrémité du cathéter, lorsque ce dernier parvient au niveau du caillot qui bouche l'artère. Le caillot est ainsi écrasé, puis un stent (sorte de petit ressort) peut être mis en place, pour garder l'artère bien ouverte. Cette intervention comporte des risques car, au moment de l'écrasement de la plaque, des fragments peuvent se détacher et causer un autre blocage plus loin dans les artères du cerveau.

- en cas d'hémorragie, il faut parfois opérer pour retirer le sang accumulé dans la boîte crânienne.

Lorsque l'état du malade est stabilisé, on recherche la cause de l'AVC (troubles du rythme cardiaque, hypertension artérielle non ou insuffisamment traitée, etc), ainsi que les facteurs de risque (tabagisme, excès de cholestérol, sédentarité, etc).

Généralement, de faibles doses d'aspirine sont prescrites, à prendre tous les jours à long terme.

En présence de séquelles, un traitement de réadaptation, à domicile ou dans un centre spécialisé, est nécessaire. Le travail consiste à entraîner les cellules nerveuses d'une partie non atteinte du cerveau à remplir des fonctions qui étaient remplies, avant l'AVC, par d'autres cellules nerveuses.

Prévenir la rechute

Après un infarctus du myocarde ou un AVC, le **risque de récurrence** est réel. On peut agir pour (fortement) le diminuer, en combinant un traitement médical et une bonne hygiène de vie.

Traitement médical

Le risque d'un nouvel accident vasculaire cérébral ou infarctus myocardique peut être diminué par l'administration combinée de certains **médicaments**. Le médecin les prescrira en fonction du profil de risque de chacun.

La prise d'un médicament du groupes des « **statines** » contribue à faire baisser le taux de **cholestérol** sanguin et réduit les phénomènes inflammatoires qui contribuent à altérer les parois des artères.

En présence d'une **hypertension**, la prise de **médicaments antihypertenseurs** doit permettre un bon contrôle de la tension artérielle (égale ou inférieure à 140 mm pour la tension systolique et à 90 mm pour la tension diastolique).

La prise quotidienne d'une faible dose d'**aspirine** permet de garder le sang « plus liquide »: en fait, ce médicament réduit la tendance qu'ont certaines cellules du sang (les plaquettes) à se coller les unes aux autres, pour former des « bouchons » dans les vaisseaux sanguins.

Des interventions chirurgicales sont parfois nécessaires pour traiter les maladies cardiovasculaires (voir les chapitres traitement de l'infarctus myocardique et de l'AVC).

Hygiène de vie



Pour réduire le risque de rechute d'un accident vasculaire (cardiaque ou cérébral), il est essentiel d'adopter un mode de vie sain, basé sur

- l'arrêt total de toute consommation de tabac

- une activité physique régulière (30 minutes minimum par jour)
- une alimentation méditerranéenne
- une modération de la consommation d'alcool (pas plus de 1 à 2 verres -vin, bière- par jour).

Photo © juniart – Fotolia.com

En outre, il est probablement bénéfique d'apprendre à gérer son stress et ses émotions et de veiller à dormir suffisamment.

Mis à jour le 15/09/2021

Références

- Site Promo Santé et Médecine générale: [prévention cardiovasculaire](#)
- [Le risque cardiovasculaire global](#). Cahier prévention. SSMG.
- Emberson J, Lees KR, Lyden P et coll. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2014; 384: 1929–35.
- R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvado et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med. 2013; 368 (14): 1279-1290.
- A. Akesson, SC Larsson, A. Discacciati et al. Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men: a population-based prospective cohort study. J Am Coll Cardiol. 2014; 64 (13): 1299-1306.