J.M. JULIARD
Département de Cardiologie,
Hôpital Bichat, PARIS.

Editorial

Au stade aigu de l'infarctus du myocarde, la fibrinolyse est un traitement efficace, facilement applicable à l'ensemble des patients, dont le rapport risque (hémorragique)/bénéfice est toujours favorable si l'on respecte scrupuleusement les indications et les contre-indications. Afin de gagner du temps, facteur déterminant de l'efficacité, un transfert de compétences s'est opéré au cours des vingt dernières années depuis les cardiologues vers les urgentistes qui ont montré leur savoir-faire, d'abord pour confirmer le diagnostic et ensuite pour administrer ce traitement avant l'admission dans le service de cardiologie. C'est dans ce contexte de stratégie préhospitalière, au sein d'un réseau de soins entre urgentistes et cardiologues, qu'il faut envisager la fibrinolyse en France, en 2006. Il ne s'agit pas d'une "exception française", car cette stratégie est également appliquée dans d'autres pays européens.

Depuis de nombreuses années, il n'est plus question d'opposer la fibrinolyse à l'angioplastie, compte tenu des contraintes logistiques nécessaires pour une angioplastie primaire dont la qualité et les résultats dépendent de l'opérateur et du volume d'activité du centre. De plus, ces techniques peuvent être complémentaires, une fibrinolyse initiale ne contre-indiquant pas la réalisation secondaire d'une angioplastie. Chez les patients vus très précocement, avant la deuxième heure, il existe probablement un créneau très privilégié pour la fibrinolyse, qui permettra dans un bon nombre de cas (environ 15 %), de faire "avorter" cet infarctus en cours de préparation.

Le médicament fibrinolytique idéal qui déboucherait toutes les artères, sans risque hémorragique, n'existe pas. Il reste encore 40 % des patients qui ne répondent pas à la fibrinolyse, nécessitant un dépistage large de ces patients "occlus", car l'angioplastie de sauvetage est validée pour ramener la mortalité de ces patients au niveau de celle des patients traités avec succès par la fibrinolyse. La mise en route d'une telle stratégie souligne encore la nécessité d'un réseau de soins contractualisé entre les urgentistes et les cardiologues.

Remercions encore **Jacques Puel** et **Laurent François** pour leur contribution à ce dossier de *Réalités Cardiologiques*, qui permettra de recentrer la place de la fibrinolyse au cours de l'infarctus, qui est toujours le traitement de reperfusion le plus largement appliqué autour de la planète, notamment en raison de son faible coût et de sa facilité d'utilisation.
De mémoire, je voudrais citer Jacques Puel qui avait émis il y a quelques années une opinion (à laquelle j'adhère entièrement) : "*Refuser systématiquement et de façon dogmatique une fibrinolyse à un patient pourrait constituer une perte de chance…*" car le temps c'est du muscle, et donc des vies sauvées. ■

Bibliographie

DANCHIN N. Should intravenous thrombolysis keep a place in the treatment of acute ST-elevation myocardial infarction ? *Eur Heart J*, 2006 ; 27 : 1 131-3.