

Item 334A – Angine de poitrine

- Angine de poitrine traduit souffrance cellulaire liée à inadéquation entre apports et besoins myocardiques en oxygène => ischémie myocardique
- Ischémie myocardique peut être :
 - Symptomatique 90% : douleur d'angine de poitrine
 - Asymptomatique 10% : ischémie myocardique silencieuse

Physiopathologie

- Consommation en O₂ dépendant de **FC, contractilité et tension pariétale du VG**
- Apports O₂ au myocarde = flux sanguin coronaire dépendant de différence de pressions entre aorte et sinus coronaire et des résistances coronaires
- Déséquilibre brutal peut venir : d'une augmentation disproportionnée des apports sans modification du flux coronaire ; réduction critique du flux coronaire sans modification des besoins ; combinaison des deux

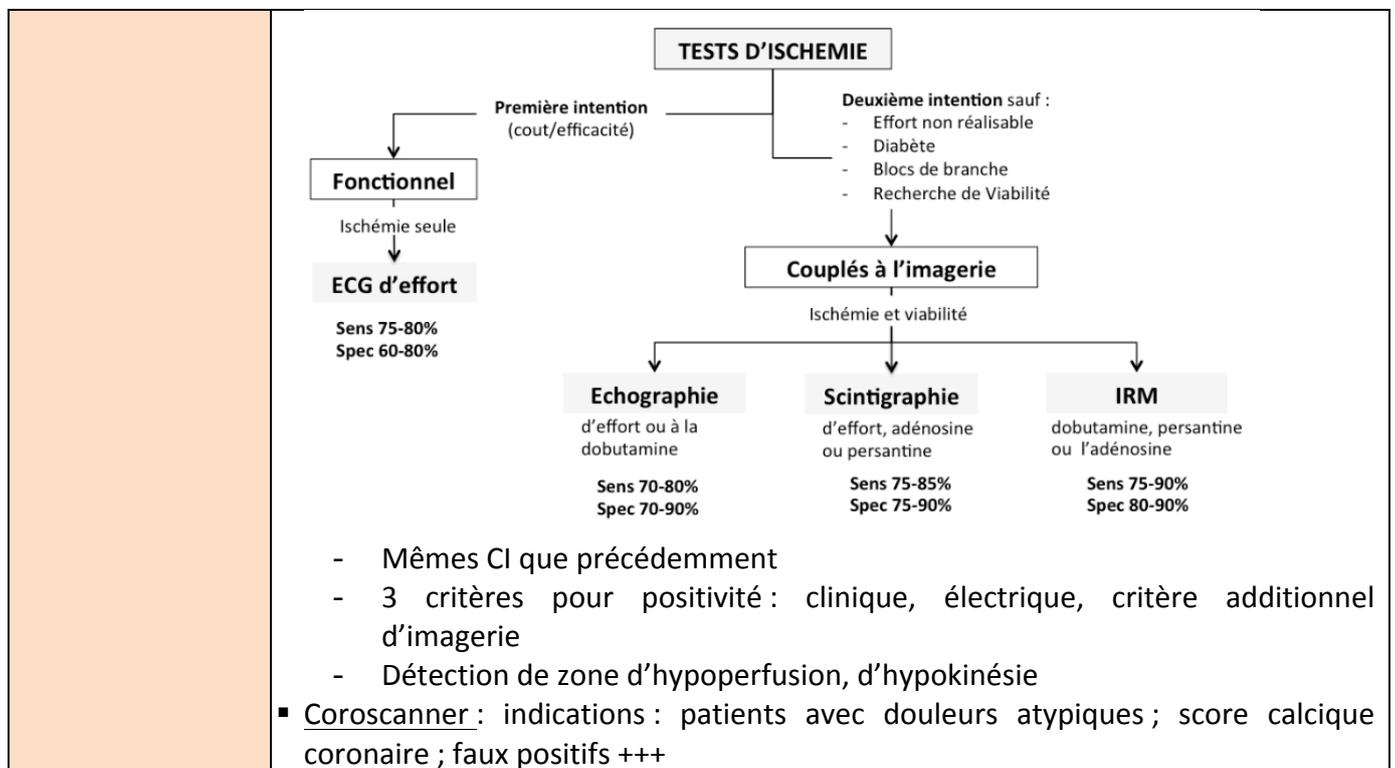
Etiologies des ischémies myocardiques transitoires

Coronaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sténoses athéromateuses 90% <ul style="list-style-type: none"> - Réduction critique du flux coronarien : 70% en diamètre pour les 3 gros troncs coronariens épicaudiques, 50% en diamètre pour tronc commun de la coronaire gauche - Peut être mono-, bi-, tri-tronculaire ▪ Sténoses non athéromateuses : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vasospasme : contracture localisée transitoire, 90% surviennent sur artères pathologiques. Quand surviennent sur artères saines = angor spastique primaire ○ Thrombose : risque de toute plaque athéromateuse quand remaniement aigu ; peut être occlusive (90% des IDM) ou non (angor instable) ○ Anomalies congénitales des coronaires, syphilis, inflammatoire, toxique ▪ Angor microvasculaire : <ul style="list-style-type: none"> - Angor typique - Femme - Pas de sténose coronaire, pas d'HVG - Dysfonction endothéliale touchant microvascularisation - Tt médical
Non coronaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = ischémie myocardique fonctionnelle ▪ <u>Soit augmentation disproportionnée de la consommation en O₂</u> : poussées hypertensives, accès de tachycardie paroxystiques, sepsis ▪ <u>Soit : réduction des apports en O₂</u> : anémies, hypoxies sévères, obstacles à éjection du VG (RAC, myocardiopathie hypertrophique obstructive) ▪ Vérifier APORS² (anémie sévère, Pression artérielle, oxygène, rythme cardiaque, sepsis, stress)

Diagnostic clinique

Terrain	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher autres localisations de athérothrombose ▪ Rechercher des facteurs de risque cardio-vasculaires 		
Symptômes		Angor typique	Angor atypique
	Type	Constrictive, brulure	Sourde, mal caractérisée
	Siège	Rétrosternale, en barre, médiosternale	Epigastrique ++ ou limitée à 1 ou plusieurs de ses irradiations sans intéresser le thorax)
	Description	Plat de la main sur face ant du thorax ou 2 mains placées en crochet de part et d'autre du sternum	Vague
Irradiation	Epaule gauche, et face int du bras G, angles de la mâchoire inf	Parfois seulement ressentie aux	

			irradiations
	Durée	Brève < 15min, cédant spontanément à arrêt des circonstances	
	Circonstances favorisantes	Périodes post-prandiales, froid, marche en terrain accidenté, en côte, contre le vent	Colère, émotions
	Symptômes associés	Eructions, hocquet, bâillements, sueurs froides	Malaise, PdC, dyspnée
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher localisation extra-coronarienne de l'athérome ▪ Signes en faveur d'une cause angineuse fonctionnelle (APORS2) ▪ Anomalies auscultatoires cardiaques 		
Diagnostic de gravité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angor stable : à l'effort, répétitif pour le même niveau d'effort, depuis + de 3mois et mêmes symptômes ▪ Angor instable : angor de novo, angor déstabilisé, angor crescendo, angor post-infarctus ou post-revascularisation, angor de repos (soit spasme sur réseau coronaire normal = Prinzmetal ; soit en rapport avec rétrécissement coronaire serré) 		
Diagnostic para-clinique			
ECG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Intercritique</u> : normal +++, négativation des ondes T dans 2 dérivation, sous-décalages ST dans 2 dérivation, les 2, ondes Q ▪ <u>Percritique</u> : normalité va contre le diagnostic mais ne l'élimine pas. En revanche : anomalie dynamique de ECG est très suspecte de coronaropathie 		
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FDR CV, évaluation fonction rénale, élimination anémie/hypoxie/sepsis / hyperthyroïdie, dosage troponine si suspicion de SCA 		
Radio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elimine autre diagnostic 		
Echo cardiaque de repos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systématique ▪ Normale ++ ▪ Si hypokinésie ou akinésie => maladie coronaire 		
Tests d'ischémie myocardique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Indication</u> : dépistage chez patients à risque en général avec symptômes ; si atypie clinique : évaluation gravité de ischémie ; évaluation efficacité d'un Tt ; localisation d'une zone d'ischémie ▪ <u>Epreuve d'effort</u> : <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} intention => 90% fréquence cardiaque max théorique. - Positivité : douleur angineuse typique ; sous-décalage ST > 1 mm ; trb rythme ventriculaire - Précocité de la positivité est proportionnelle à diffusion des lésions coronaires (si surviennent pour FC <90% de FMT ⇔ lésions sévères) - <i>Attention faux positifs chez les femmes</i> - CI : IC décompensée, obstacles à éjection du VG, trb rythme ventriculaire sévères, angor instable, infarctus récent ▪ <u>Tests d'ischémie couplés à l'imagerie</u> (écho, scinti, IRM). 		



Coronarographie

- Examen de référence pour diagnostic
- En 1^{ère} intention : SCA, angor d'effort avec signes d'ischémie importante, angor d'effort résistant au Tt médical bien conduit

Evolution et pronostic

- Stabilisation avec Tt médical 2/3 cas
- Aggravation progressive de angor malgré Tt => revascularisation ?
- Aggravation brutale avec angor instable ou infarctus
- Complications : trb rythme ventriculaire, insuffisance ventriculaire G ou globale
- Bon pronostic de angor stabilisé : mortalité 5% à 2 ans

Formes particulières

Ischémie silencieuse ou indolore	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune manifestation clinique douloureuse ▪ Rare ▪ Diagnostic via méthodes non invasives
Angor à coronaires saines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte microvasculaire ▪ Bon pronostic
Angor vasospastique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pur = vasospasmes sur artères normales ▪ Mixte = vasospasmes au voisinage d'une sténose athéromateuse (Prinzmetal) ▪ Douleur de repos (2^{nde} moitié de nuit, parfois décours immédiat d'un effort physique important). Evolution par horaire fixe (crescendo puis decrescendo) ▪ Sus-décalage ST avec signes en miroir ▪ +/- signes fonctionnels associés : sueurs, palpitations, lipothymie, syncope ▪ <u>Diagnostic</u> : coronarographie + test au méthergin ▪ Risque de mort subite par trb rythme ventriculaire et IDM

Prise en charge thérapeutique

Tt médical	<p>BASIC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B : BB (acébutolol, métoprolol, bisoprolol) ▪ A : antiagrégant plaquettaire (aspirine ou clopidogrel) ▪ S : statine (atorvastatine, rosuvastatine, pravastatine) ▪ I : IEC (diltiazem ou vérapamil) ou ARA2 si dysfonctionnement VG ou chez diabétique hypertendus ou HTA ▪ C : Correction FDR CV et changement mode de vie (arrêt tabac, activité physique régulière, régime méditerranéen, prévention secondaire (Tt HTA, diabète, dyslipidémie, prévention du stress))
-------------------	---

<p>Revascularisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ +/- Médocs anti-angineux : dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, ivabratine ▪ Angioplastie +/- stent ▪ Pontage
<p>Indications et choix de la revascularisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association de 3 critères : maladie coronaire obstructive significative + caractère ischémique malgré Tt médical optimal + bénéfice espéré pour le patient ▪ Indications : <ul style="list-style-type: none"> - Sténoses du tronc commun coronaire gauche > 50% - Sténose proximale de IVA > 50% - Lésions multitronculaires avec dysfonction ventriculaire ou IC - Lésion coronaire secondaire à 1 vaisseau principal sténosé - Sténose entraînant ischémie > 10% du myocarde - Sténose entraînant angor réfractaire au Tt médical - Sténose > 50% + IC avec > 10% du myocarde et viable <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Anatomie des lésions coronaires relevant d'une revascularisation</p> <pre> graph TD A[Anatomie des lésions coronaires relevant d'une revascularisation] --> B[1 ou 2 vaisseaux] A --> C[3 vaisseaux] A --> D[Tronc commun] B --> E[IVA proximale atteinte] E -- Oui --> F[Staff médico-chirurgical] E -- Non --> G[Angioplastie] C --> F D -- "Risque chirurgical faible + ATL difficile/impossible" --> H[Chirurgie] F -- "Risque chirurgical élevé" --> G F -- "Diabète" --> H </pre> <p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Risque chirurgical (EUROSCORE) 2- Difficultés de l'ATL (SYNTAXSCORE) 3- Présence diabète ou non </div>