

lésion coronaire permanente → ST<sup>+</sup> → IDA

plaque d'athrome = de premier (départ) du synd ST<sup>+</sup> ou ST<sup>-</sup>

Obstruction totale de la lumière

- Atherosclérose
- Angor instable (ST<sup>-</sup>)
  - IDA (ST<sup>+</sup>)
  - Angor stable → Douleur thoracique + ECG est → Effort.
  - Mort subite (Complication).

Atherosclérose → Modification de la paroi artérielle →

↓  
Axes Artérielles: Aortes → Rétrécissement Aortique dégénératif = RAO  
Lésions internes + Arteres Cerebrales.

A Coronaires → Modification Premeody + Electrique  
- Axes des A de Nb inf.

Définition: Ischemie = Troubles hemodynamiques qui se manifestent sur

ECC: Ischemie myocardique = Transitoire → Permanente.

⊕. "Cause": Atherosclérose → Facteurs de risques qui influencent  
sur cette Atherosclérose.

Plaque vulnérable: plaque instable

↓  
Plaque volumineuse

↓  
Rupture → Rompe → obstruction de la lumière

↓  
Complication.  
thrombus.

Diagnostic: Clinique + ECG + Biologie

→ Douleur de type angineuse → Très intense "augmente" prolongée de le  
temps - pas de modifications electriques. Ne cède pas par la trinitrine

• Douleur d'IDA diffuse = large = Très évocateur.

• Interrogatoire correcte = 50% présente un angor avant IDA.


ECG: Le plus souvent anormal. Il ya des cas où l'ECG est no.  
Anmal durant les premières heures → Douleur thoracique.

- Puis apparition de l'étirement du segment ST

- Onde T de pointe = signe électrique → dans le thrombo-lyse.

- Onde Q → Débit ok → 12h → thrombo-lyse pour diminuer la taille de l'IDN d'un délai - 12h  
- Avant 6 heures → pas de Q  
- Après 6 heures → Apparition de l'onde Q.

- Ondes Q → Après 4-5j : Séquelles : Pas d'urgence thérapeutique - pas d'hospitalisation.

- T → Biphasique → Portion positive et autre négative  
 → Phasé semi-riccinate { - ni ischémié  
- ni lésion

- Q → Profonde - Durée large - 1/3 de la branche ascendante

- Aspect d'un STENI en postéro inf : onde Q de nécrose.

- Syndrome de Penace → Extension d'un IDN au supérieur.  
↳ Onde T rimples dans un autre territoire.

- Sus-décalage permanent → phase aiguë → Risque de persistance  
Systo-apical  
⊕ - Anévrysme du VG → Sus-décalage permanent du segment ST.

⊕ - Sus-décalage permanent - Stabilité - Absence de l'onde de pointe - Q profonde.

- Dans le temps : Apparition de l'onde Q, seule ébauchée + sus-décalage qui se enfond avec l'onde de pointe → thrombo-lyse  
↳ q : minime

Bio-Logie : Accompagner le diag et pas la troponine

Troponine → surtout

Atypies : Transplants - Diabétiques et IR

Séquelle : Onde T nég - onde Q sans sus-décalage du ST.

⊕ Anévrysme → siège de naissance d'embolies → AVC

2 situations où ECG n'est pas → pas de Dg d'IDN à la phase aiguë

- 1 - Patients ayant une stimulation cardiaque = "Pacemaker"
- 2 - Bloc de Branche gauche → ne permet pas de diag nos IDN à la phase aiguë (Morphologie)



CPK mb + Troponine → pas le diagnostic

BBG: un véritable obstacle au diag des stémies → Enzymes

↓  
Diagnostic      Thérapie

- Signe électrique qui se greffe sur BBG: Signe de Kabreza  
↳ Crochage de la branche ascendante de l'onde S  
en V<sub>1</sub> - V<sub>2</sub> - V<sub>3</sub>

→ Ce signe n'est pas constant.

- Signe de Cabrea + Douleurs typique + FDR + BBG  
↳ pathognomonique de IDN aigu (Sans Enzyme)

Traitement = Fibrinolyse ou Angioplastie.

Signe de succès: Régression de la douleur + Régression au moins 50% du sus décalage du ST.

Rythme Isoventriculaire Accéléré RIVA: pendant la thrombolyse.

↳ Troubles de rythme accéléré {  
- Disperstion de l'onde P  
- Élargissement des QRS.  
- FC accélérée

↓  
Bon signe de repolarisation bilinéaire

passage d'ECG à QRS fin → QRS larges.

- CI Thrombolyse: HTA → Relative  
 - Troubles Hémostatiques → Absolue.  
 - Héparines → Après la thrombolyse  
 CI des dérivés nitriques → Hypotension

Risque: ETT: Cinétique + Fonction du VG.

- Anévrisme
- Thrombus.

Si le sujet

- Aspirine 100 - 250
- Plavix 75mg/d
- BB: Ténormine 100mg/d
- IEC: HTA ou IDN ont (préservé la fonction du VG). <sup>↓</sup> Lopril 25 - 50mg si FC < 45
- Statines: Pravastatine 20 - 40mg/jour
- TNT

Miroir: Sous-décalage de la terminale antérieure ou spirale quand  
 → il s'agit de sous-décalage basal.

infarctus aigu = onde Q qui se creuse + sous-décalage ST.

Si sous-décalage qui disparaît pendant la phase séquelaire  
 → Image au miroir.

- Sous-décalage en présence d'onde Q (séquelles) → NSTEMI  
 pas de régression du sous-décalage  
 ↓  
 Il faut traiter pour qu'il n'évolue  
 pas vers un IDN.