

## Sémiologie du Syndrome Coronarien Aigu

### I. Introduction

L'insuffisance coronaire est un terme qui englobe deux entités distinctes par leurs mécanismes et surtout leurs prises en charge :

**L'insuffisance coronaire chronique** : c'est l'angor d'effort (ou angor stable) dont le mécanisme est un rétrécissement coronaire secondaire généralement au développement d'une plaque d'athérosclérose. Ce rétrécissement bien qu'il ne gêne pas le débit coronaire à l'état de base, il empêche l'adaptation de ce débit lors des augmentations des besoins myocardique en oxygène, il en découle une ischémie et un angor lors des efforts.

**L'insuffisance coronaire aigue** : c'est classiquement le syndrome coronarien aigu dont le mécanisme est une rupture d'une plaque d'athérome et la formation intra coronaire d'un thrombus à l'origine d'une occlusion partielle (syndrome coronaire aigu sans sus décalage du segment ST) ou une occlusion totale (syndrome coronaire aigu avec sus décalage du segment ST)

### II. Syndrome coronarien aigu : définitions, physiopathologie et classification

L'**infarctus du myocarde (IDM)** désigne la mort des cellules myocardiques suite à une ischémie prolongée. Il existe plusieurs définitions de l'IDM :

Définition classique anatomopathologique (définition de Lenègre) : l'IDM est une nécrose ischémique du myocarde dont l'étendue dépasse 2 cm<sup>2</sup>.

Définition biologique : c'est l'ascension des marqueurs biochimiques de la nécrose myocardique (Troponines ou CPK-MB) dans un contexte d'ischémie myocardique. Cette définition est plus large car elle inclue aussi des infarctus « rudimentaires » qui sont des petits infarctus sans expression électrocardiographique (par des ondes Q de nécrose).

Actuellement, on a recours au terme de **Syndrome Coronarien Aigu (SCA)** qui couvre un ensemble de situations aiguës dont le diagnostic repose sur la clinique, l'électrocardiogramme et le dosage de marqueurs biochimiques de nécrose myocardique (essentiellement la Troponine et la CPK MB).

Le SCA se définit comme toute douleur d'allure angineuse survenant de novo, de manière prolongée ou d'aggravation récente chez un patient avec ou sans antécédents d'insuffisance coronaire. Ces douleurs thoraciques d'origines ischémiques sont souvent associées à des anomalies ECG.

D'une manière schématique tout SCA est lié à une réduction brutale du flux sanguin coronarien survenant le plus souvent sur des lésions d'athéroscléroses.

Cette lésion coronaire critique est classiquement secondairement à une rupture (fissuration) d'une plaque athéromateuse le plus souvent jeune. Cette rupture met en contact le centre lipidique de la plaque avec la circulation sanguine, ce qui va déclencher une activation de la cascade de la coagulation et la constitution d'un thrombus. Un certain degré de vasoconstriction réflexe peut être associé.

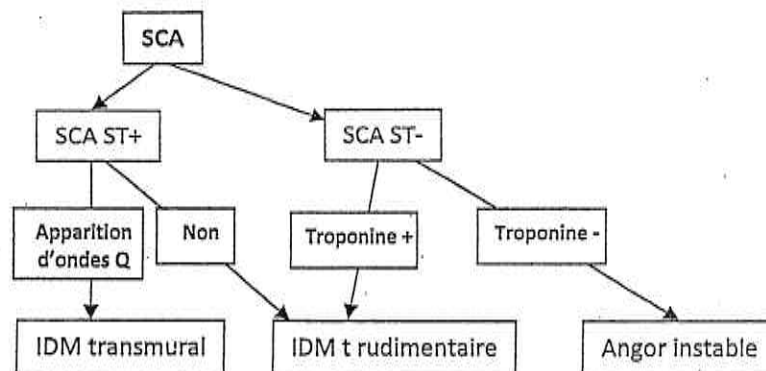
Tant que le thrombus n'est pas complètement occlusif, on se trouve en présence d'un SCA à ST décalé (SCA ST-) du segment ST à l'ECG (SCA ST-).

L'occlusion complète de l'artère par le thrombus définit le SCA avec sus-décalage de ST persistant (SCA ST+) dont l'évolution naturelle se fait vers la constitution d'un infarctus du myocarde :

- avec apparition d'onde Q à l'ECG : c'est le classique IDM avec ondes Q (IDM transmural) liée à la nécrose de toute l'épaisseur du myocarde.

- ou sans apparition d'onde Q de nécrose à l'ECG : c'est le classique IDM sans ondes Q (IDM rudimentaire) liée à la nécrose d'une partie de l'épaisseur du myocarde.

Le SCA ST- englobe l'angor instable et IDM rudimentaire qui ont globalement la même présentation clinique et électrocardiographique. L'élévation des bio-marqueurs cardiaques spécifiques comme la Troponine permet de différencier l'IDM rudimentaire (Troponine +) de l'angor instable (Troponine -).



### III. Diagnostic :

Repose sur l'association de deux entités parmi ces trois entités :

#### 1/ Entité clinique : la douleur thoracique +++

Circonstances de survenu :

Au repos, après un effort, angor d'effort de novo, angor d'effort en crescendo (augmentant en fréquence et en intensité).

**Caractéristiques de la Douleur thoracique :**

Douleur thoracique retro-sternale constrictive en barre, intense, prolongée, de début brutale, avec ou sans irradiation (mâchoires, cou, bras, poignets)

De durée dépassant les 20mn

Le plus souvent d'apparition spontanée, parfois après un effort ou après exposition au froid ou au stress.

Sensible ou non à la trinitrine (la Douleur thoracique liée à un infarctus de myocarde est trinitro-résistante).

Autres signes associés : sueurs, troubles digestifs, lipothymie, agitation...

Parfois cette douleur est atypique avec des formes indolores (surtout chez les sujets âgés ou diabétiques) ou pseudo-digestives (douleur épigastrique, nausées, vomissements..).



## Les facteurs prédisposants :

Antécédents d'une coronaropathie.

Facteurs de risques d'athérosclérose ++++ : âge (> 45 pour l'homme et >55 ans pour la femme), le sexe masculin, le tabagisme (actif ou passif), le diabète, l'HTA, la dyslipidémie, l'obésité ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), la sédentarité, le stress et l'hérédité coronaire (survenue d'un événement coronaires, d'un accident vasculaire cérébral ou de mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin, et avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin).

L'examen clinique est primordial à la recherche d'éventuelles complications :

Auscultation : recherche d'un bruit de galop (B3-B4) ou un souffle de régurgitation.

Auscultation des champs pulmonaire à la recherche de râles crépitants (Insuffisance cardiaque gauche)

Examen périphérique : prise de la TA (TA élevée souvent à la phase aigue, TA basse ou état de choc surtout en présence d'une dysfonction ventriculaire gauche), rechercher des signes d'insuffisance cardiaque droite

## 2/ Entité électrique : ECG +++:

### SCA ST+ :

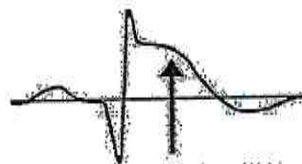
Sus décalage du segment ST ( $\geq 1 \text{ mm}$  pour les dérivations périphériques,  $\geq 2 \text{ mm}$  pour les dérivations précordiales) dans au moins 2 dérivations consécutives, correspondant à un territoire myocardique ; associé ou non à des images en miroir.

Le bloc de branche gauche récent possède la même valeur diagnostique d'un sus-décalage.

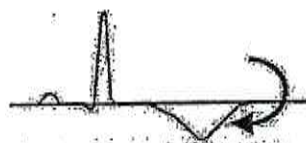
### SCA ST- :

Tout sauf un sus-décalage du ST : Un sous décalage du segment ST, des anomalies isolées de l'onde T (grandes ondes T pointues, inversion des ondes T) ou parfois même un ECG normal.

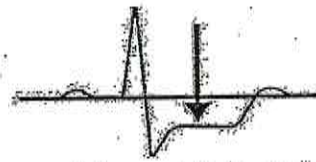
Aspects ECG des syndromes coronaires aigus.



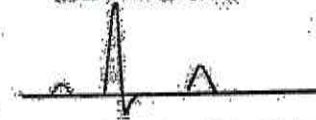
1. SCA avec sus-décalage de ST



3. SCA sans sus-décalage de ST (ST iso-électrique, mais onde T négative).



2. SCA sans sus-décalage de ST (sous-décalage de ST)



4. SCA sans sus-décalage de ST (aspect normal de l'ECG)

L'électrocardiogramme doit être réalisé dans les 10 mn après le premier contact médical, il permet de reconnaître la topographie du SCA :

Dérivations	Territoires
V1, V2, V3 (a)	Antéro-septal.
V3, V4, V5 (b)	Apical.
V5, V6 (c)	Latéral Bas.
DI, aVL (d)	Latéral Haut.
DII, DIII, aVF (e)	Postéro- inférieur.
V7, V8, V9 (f)	Postéro- basal.
V3R, V4R (g)	Ventricule droit
a + b	Antéro-septo-apical.
b+ c (+/- d)	Apico-latéral.
a + b + c	Antérieur.
a + b +c + d	Antérieur étendu.
e + f	Postérieur étendu (ou inféro-basal).
e + a	Septal profond.
a + b +c + d + e + f	Circonférentiel.

### 3/ Entité biologique : Enzymes cardiaques +++:

Le dosage enzymatique trouve son intérêt :

-dans le SCA ST- pour faire la distinction entre un IDM rudimentaire (Troponine positive) et un angor instable (Troponine négative)

-et dans les formes de douleur atypique ou d'un Bloc de branche gauche BBG.

**Troponine (I ou T) :** sensible, spécifique du myocarde. libérée dans la circulation 3-6 heures après le début de l'épisode et persiste avec un taux significatif au-delà du dixième jour sans qu'il n'y ait de récurrence d'infarctus du myocarde. Il s'agit du marqueur le plus spécifique. L'élévation de la Troponine peut également être observée au cours de l'insuffisance rénale chronique et de l'embolie pulmonaire aiguë !!

**La CPK - MB :** reste le marqueur «standard». Après nécrose cardiaque, leur taux s'élèvent dans le sang à partir de la 4ème heure avec un pic à la 9ème heure et un retour à la normal entre la 48ème et la 72ème heure.