
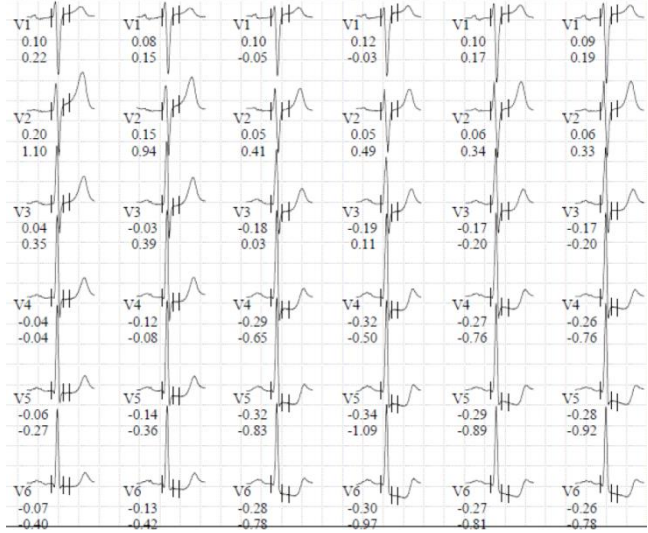
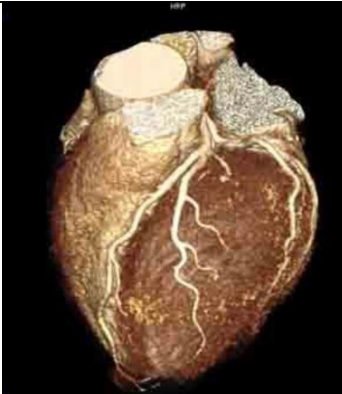
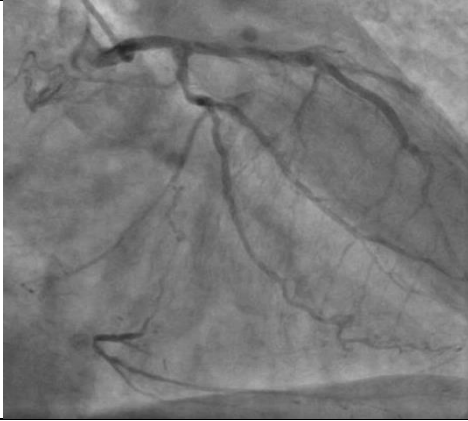


Facteurs de risques cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Age</u> : > 55 ans pour l'homme >65 ans pour la femme - <u>Sexe</u> : masculin - <u>Hérédité</u> - <u>Dyslipidémie</u>: Hypercholestérolémie, hypertriglycémie, taux de cholestérol total élevé, taux de LDL élevé, taux de HDL faible. - <u>Diabète</u> : Hb glyquée > 6,5 g/L à deux reprises. - <u>Tabagisme</u>
Scores pour évaluer le risque coronaire	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Score de Framingham</u> : âge, sexe, cholestérol total, HDL (en mg/dL), PAS (en mmHg), diabète. - <u>Risk Score</u> : âge, sexe, cholestérol total, tabac, PAS, région d'Europe.
Les différents types d'angor	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Angor de novo</u> : apparition < 1 mois - <u>Angor chronique stable</u> : à l'effort, stable depuis plusieurs mois. Du à la sténose d'une artère coronaire. - <u>Angor crescendo</u> : s'aggrave dans le temps, pour des efforts de moins en moins importants. Du à l'aggravation de la sténose, donc au rétrécissement de la lumière vasculaire. - <u>Angor de repos</u>: au repos. Signe du syndrome coronaire aigu. Du à une occlusion aiguë de l'artère. <p><i>Lorsque l'occlusion provoque une ischémie prolongée et responsable d'une destruction cellulaire significative, il s'agit d'un infarctus du myocarde. Celui-ci est caractérisé par une douleur persistante. Il faut bien retenir que l'angor, ou angine de poitrine, est un symptôme, qui caractérise une maladie coronarienne.</i></p>
Sémiologie de l'angine de poitrine	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur large et rétrosternale (le patient désigne son thorax du plat de la main) - Irradiation avec une prédominance pour le membre supérieur gauche (mais peut irradier à droite) - Douleur de type constrictive - Apparaissant à l'effort et disparaissant à l'arrêt de l'effort (il existe cependant aussi des angors de repos) - Sensible au froid (provoque une vasoconstriction qui aggrave la sténose et donc l'ischémie) - Trinitro-sensible (effets secondaires dus à la vasodilatation : céphalées, hypotension)

Critères d'hospitalisation d'urgence (risque d'infarctus du myocarde)	- Aggravation rapide (passage d'un angor stable à un angor instable)	
	- Apparition d'un angor crescendo (passage d'un angor d'effort à un angor de repos)	
Interprétation de l'ECG	- En cas de sus-décalage du segment ST en V5-V6, il s'agit d'une ischémie sous-épicaudique, c'est-à-dire d'un infarctus du myocarde (oblitération complète des artères coronaires).	
	- En cas de sous décalage du segment ST en V5-V6, il s'agit d'une ischémie sous-endocardique (oblitération incomplète des artères coronaires) se traduisant cliniquement par un angor. On dose alors la troponine, qui est signe de souffrance myocardique.	- Si le taux de troponine est faible, alors l'angor est stable.
		- Si le taux de troponine est élevé, alors l'angor est instable.
	- En cas d'une T négative dans le territoire antérieur, il s'agit d'un angor dû à la sténose de l'IVA (artère interventriculaire antérieure) : c'est le syndrome de l'IVA.	
- On peut aussi n'observer aucune anomalie.		
Physiopathologie de l'ischémie myocardique	<ul style="list-style-type: none"> - Phénomène d'athérosclérose : remodelage de la paroi via un envahissement de l'intima par des cellules musculaires lisses <ul style="list-style-type: none"> ➔ Sténose de l'artère (= diminution du diamètre de la lumière vasculaire) ➔ Ischémie myocardique (= déséquilibre entre les besoins et les apports en oxygène), se traduisant cliniquement par la douleur d'angor. <p> <i>On rappelle qu'à l'effort, la consommation en O₂ du myocarde (MVO₂) augmente. Or, contrairement aux autres muscles, le myocarde n'augmente pas son extraction artérielle en O₂ (DAVO₂ presque identique au repos et à l'effort), mais uniquement le débit de perfusion myocardique (Q_{coro}). Cela explique notamment l'impact des sténoses coronariennes, qui empêche l'accroissement du débit de perfusion myocardique.</i></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Sécrétion par l'endothélium de facteurs pro-inflammatoires qui attirent les macrophages <ul style="list-style-type: none"> ➔ Les macrophages agressent la chape fibreuse des plaques d'athérosclérose qui se fragilise et peut se rompre ➔ Exposition du facteur tissulaire et des composants lipidiques (très thrombogènes) ➔ Athérombose. 	

Examens diagnostiques la pathologie coronaire	<ul style="list-style-type: none"> - ECG d'effort : recherche d'un sous-décalage horizontal ou descendant du segment ST de plus de 1mm en V5-V6, après le point j (=point de fin du complexe qRs). <p>Non invasif, utilisé en première intention. Sensibilité faible (nombreux faux négatif) mais peut être couplé à l'imagerie (scintigraphie, échographie).</p>	 <p>The image shows a 6-lead ECG (V1-V6) on a grid. The ST segment shows depression in leads V5 and V6, which is characteristic of a horizontal or descending ST depression. The ST segment depression is measured as the vertical distance from the point 'j' to the top of the ST segment.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - IRM de stress : injection de persantine pour augmenter la fréquence cardiaque (reproduit l'effort). Non invasif, non irradiant. Examen le plus sensible et le plus spécifique. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Dosage de la troponine : un taux élevé de troponine dans le sang est signe de souffrance du myocarde. Examen peu spécifique : il peut s'agir de nombreuses pathologies cardiaques. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Angioscanner coronaire ou coroscanner : réalisé en cas de faible risque de pathologie cardiovasculaire. Non invasif, irradiant. 	 <p>The image shows a 3D reconstruction of a heart, likely from a CT scan, highlighting the coronary arteries. The arteries are shown in a light color, and the heart muscle is in a darker color.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Coronarographie : recherche de sténose, et de sa sévérité, de sa localisation, de l'artère concernée. Invasif et irradiant. 	 <p>The image shows a fluoroscopic image of the coronary arteries during a catheterization procedure. The arteries are filled with contrast, and the image shows the branching pattern of the coronary arteries.</p>

Traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement médical maximal : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Beta-bloquants : systématiquement. Permet de réduire la fréquence cardiaque, et donc les besoins du myocarde en O₂. ➔ Anti-agrégants plaquettaires : systématiquement. ➔ Statines : systématiquement. ➔ IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) : non systématique, prescrit aux diabétiques, insuffisants rénaux, insuffisants cardiaques. ➔ Mesures hygiéno-diététiques et correction des différents facteurs de risques (tabagisme, traitement du diabète, des dyslipidémies).
	<ul style="list-style-type: none"> - Revascularisation : en première intention chez le patient instable ; mais aussi chez le patient stable en cas de persistance des symptômes ou d'ischémie étendue.
	<ul style="list-style-type: none"> - Exemple de traitements : <ul style="list-style-type: none"> ➔ <u>En cas d'insuffisance coronaire stable</u> : on prescrit un traitement médical, et on programme une angioplastie (non urgente si l'angor est stable). ➔ <u>En cas de syndrome coronaire aigu</u> : on hospitalise le patient pour une angioplastie, et on prescrit un traitement médical.