

Angor stable ou angor d'effort

I- Introduction

L'angine de poitrine est la manifestation clinique de l'ischémie myocardique. Elle est généralement due à une ou plusieurs sténoses coronaires, mais peut être aussi la conséquence d'un spasme coronaire. La complication la plus grave est l'infarctus du myocarde.

II- Physiopath

Modifications à l'échelle cellulaire → ↑ des pressions de remplissage → modification du segment ST → douleur thoracique (on peut ne pas arriver à ce stade, ex : les diabétiques font beaucoup d'ischémies silencieuses)

L'ischémie myocardique est la conséquence d'un déséquilibre entre les apports et les besoins en oxygène du myocarde. Il peut s'agir d'une augmentation des besoins sans adaptation des rapports, il s'agit du cas le plus typique de l'angine de poitrine d'effort où la sténose coronaire permet un apport d'oxygène suffisant au repos mais devient un facteur limitant de l'apport d'oxygène à l'effort. Il peut s'agir d'une brusque diminution du flux coronarien comme par ex lors d'un spasme coronaire ou d'une thrombose responsable d'IDM.

III- Etiologies

L'athérosclérose coronarienne est responsable de la majorité des cardiopathies ischémiques (rupture de la plaque athéromateuse → thrombus → rétrécissement de la lumière vasculaire). Il existe plusieurs facteurs de risque.

Les autres causes sont beaucoup plus rares : maladies inflammatoires, insuffisance coronaire fonctionnelle, aortite syphilitique, anomalies de naissance des artères coronaires, HVG, cardiomyopathie primitive, valvulopathie aortique, anémie sévère, hyperthyroïdie ...

IV- Clinique

La douleur typique est rétrosternale, constrictive, en étau ...

Elle irradie vers le membre supérieur gauche et la mâchoire.

Survient à l'effort ou leurs équivalents : marche, froid, vent contraire, digestion ...

Impose l'arrêt de l'effort et disparaît en quelques minutes, elle cède à la prise de trinitrine.

Diagnostic différentiel de cette douleur : dissection de l'aorte (douleur déchirante et irradie de haut en bas)

- Sévérité :

- Efforts importants : angor stable d'effort.
- Efforts de moins en moins importants : angor crescendo.
- Douleurs angineuses fréquentes : instabilité.
- Angor récent : angor de novo (→ il faut le traiter).

Classification canadienne :

1. Angor stade I : survient seulement à l'effort intense ou prolongé ;
2. Angor stade II : survient à l'effort modéré (escaliers, marche rapide à la montée), au froid, après les repas, lors d'émotions intenses, ou au réveil ;
3. Angor stade III : limitation marquée de l'activité physique normale ; l'angor survient à la marche simple ou à un étage d'escaliers à pas normal ;
4. Angor stade IV : l'activité physique n'est plus possible ; l'angor survient au repos ; toute modification ou apparition récente de l'angor est considérée comme un stade IV.

La douleur peut être atypique : toute douleur qui manque quelques caractères de la douleur typique (siège, irradiations, type ...) chez le diabétique, IR, femme, sujet âgé >75ans ou jeune.

L'interrogatoire doit rechercher les facteurs de risque de maladie coronarienne.

L'examen clinique nous permet surtout d'éliminer les diagnostics différentiels : péricardite, insuffisance cardiaque ...

Il est souvent normal, on recherchera des signes en faveur de l'athérosclérose (artérite des membres inférieurs, souffle de sténose carotidienne, abolition des poulx), plus il y'a d'éléments en faveur de l'athérosclérose, plus on est sûr du diagnostic de l'angine de poitrine et de son origine athéromateuse.

V- Para clinique

1- ECG de repos :

Le plus souvent normal, rarement un sous décalage ST (>0.5mm dans 2 dérivations contiguës) pathognomonique de l'angor ou une inversion de l'onde T.

2- ECG d'effort (examen invasif) :

Le critère habituel de positivité est l'apparition d'un sous décalage horizontal ou descendant de 1mm au moins, avec ou sans douleur angineuse associée.

On évalue la sévérité selon la précocité de positivité d'épreuve d'effort et l'importance du sous décalage et l'apparition des troubles de rythme.

Contre-indications : angor instable (l'épreuve d'effort peut engendrer un IDM, c'est pourquoi il est nécessaire avant de demander cet examen d'être sûr qu'on est devant un angor stable).

3- Scintigraphie myocardique au Thallium:

Une hypofixation qui apparaît à l'effort et disparaît à la redistribution est en faveur d'une ischémie transitoire.

Si l'hypofixation continue au repos, elle signe l'ischémie myocardique. Si l'hypofixation reste c'est la nécrose.

Sévérité : Hypofixation > 20% du territoire = angor sévère.

4- Coronarographie :

La coronarographie n'est pas systématique, elle est indiquée seulement s'il y a des signes de sévérité, elle permet un diagnostic anatomique des lésions coronariennes et de discuter un geste de revascularisation myocardique.

5- Holter ECG :

Permet de chercher le sous décalage dans un ECG de 24h (ischémie silencieuse).

6- Radiologie du thorax

Diagnostic différentiel si la douleur est atypique.

VI- Traitement

1- Traitement de la crise douloureuse :

Il repose sur l'arrêt de l'effort et sur la prise de dérivés nitrés (vasodilatateurs) par voie sublinguale. La vasodilatation améliore la vascularisation et diminue le travail du myocarde.

2- traitement de fond :

- β bloquants : diminuent les besoins myocardiques : inotrope (-) chronotrope (-) dromotrope (-) bathmotrope (-) (contre-indications : asthme bronchique).

- Vasodilatateurs.

- Aspirine : traitement de prévention des complications athérombotiques.

- Statines (TRT de fond de l'athérosclérose) : hypocholestérolémiant, pour stabiliser et diminuer la fraction de LDL qui va vers l'intima → ralentir le développement de la maladie.

3- Limitation des facteurs de risque :

- Arrêter le tabagisme.

- Un objectif d'HTA 135-85.

- Plus d'activité physique (effort d'endurance).

- Surveillance des diabétiques.