

**I- Définition :**

- Une insuffisance coronarienne est une pathologie qui est due à un manque d'oxygénation du cœur. Cette pathologie survient en cas de diminution de la vascularisation du cœur consécutivement à un problème au niveau des artères coronaires.

**II- L'athérosclérose :**

- Maladie focale de l'intima des artères de petit et moyen calibre caractérisée par :
  - o Un cœur lipidique composé de lipides, cholestérol, cellules nécrotiques, spumeuses et inflammatoires,
  - o Et recouvert de la chape fibreuse. Son épaisseur permet de distinguer les plaques vulnérables.
- Touche 100% de la population dès l'âge de 15 ans, et des plaques rompues et cicatrisées sont retrouvées chez toutes personnes de plus de 50 ans, même sans antécédent cardiovasculaire.
- Facteurs de risque de l'athérosclérose :
  - o Sexe, âge ( h > 55 ans ; f > 65 ans )
  - o Tabac
  - o Dyslipidémie : cholestérol LDL, triglycérides
  - o Diabète
  - o Hypertension artérielle
  - o ATCD familiaux de maladies cardio vasculaires
  - o Obésité, surpoids
  - o Sédentarité
  - o Alimentation pauvre en fruits, légumes frais et poisson
  - o Non consommation régulière d'alcool en faible quantité

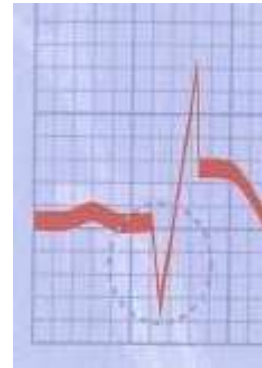
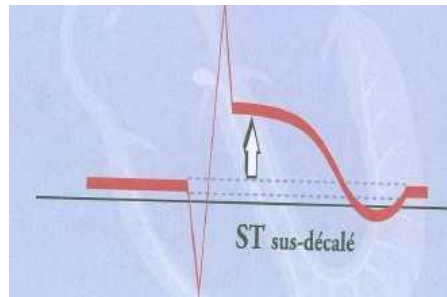
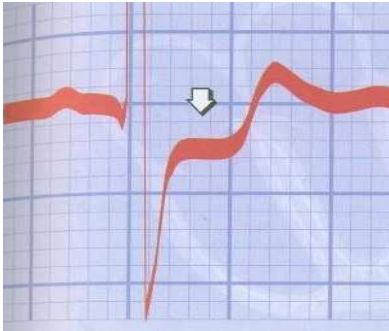
Type lésionnel	Nomenclature	Description
I	Macrophages spumeux isolés	Macrophages spumeux isolés dans l'intima sans lipides extra-cellulaires
II	Strie lipidique	Couches de macrophages spumeux. Lipides dans cellules musculaires lisses de l'intima et fines particules lipides extra-cellulaires
III	Pré-athérome	Multiplés dépôts lipidiques extra-cellulaires formant de petits agrégats
IV	Athérome	Multiplés dépôts lipidiques extra-cellulaires confluent : noyau lipidique
V	Plaque athéroscléreuse	Type IV associé à des dépôts importants de collagène : chape fibreuse
VI	Plaque athéroscléreuse compliquée	Type V avec rupture de la chape fibreuse (VIa), hémorragie intra-plaque (VIb) ou thrombose (VIc)
VII	Plaque fibreuse	Epaissement important de l'intima à type de sclérose – très peu de lipides intra ou extra-cellulaires

**III- Trouble de repolarisation a l'ecg :**

- ONDE T = ischémie (diminution de l'apport sanguin )
- ischémie sous endocardique= T pointue et positive et symétrique .
- ischémie sous épocardique = t négative et profonde.
- le segment ST = lésion ( stade aigue d'infarctus )
- Lésion sous épocardique = sus décalage du segment ST
- Lésion sous endocardique = sous décalage du segment ST
- Necrose = onde Q ( que dans linfarctus transmural )



- nouveau sus-décalage de ST au niveau du point J .
- au moins deux dérivations contiguës ou adjacentes : en V2-V3  $\geq 0,2$  mV (2 mm) chez l'homme après 40 ans ( $\geq 2,5$  mV avant 40 ans) et  $\geq 0,15$  mV (1,5 mm) chez la femme ou  $\geq 0,1$  mV (1 mm) dans les autres dérivations.
- nouveau sus-décalage de ST au niveau du point J .
- au moins deux dérivations contiguës ou adjacentes : en V2-V3  $\geq 0,2$  mV (2 mm) chez l'homme après 40 ans ( $\geq 2,5$  mV avant 40 ans) et  $\geq 0,15$  mV (1,5 mm) chez la femme ou  $\geq 0,1$  mV (1 mm) dans les autres dérivations.

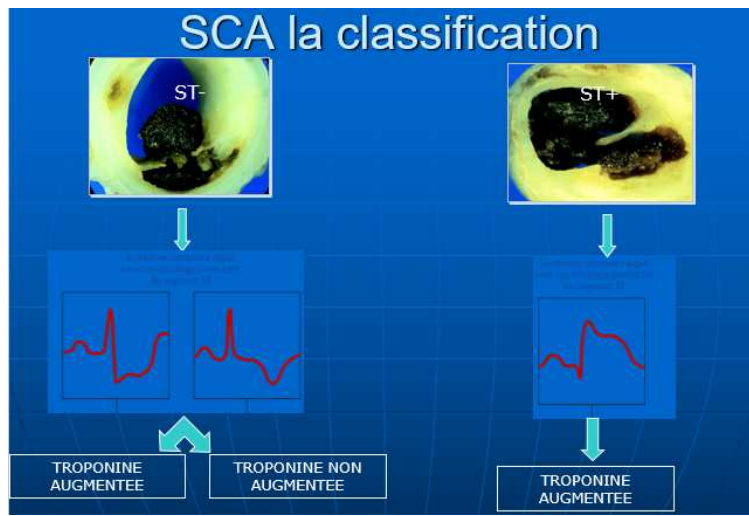


#### IV- Angor d'effort ou angor stable :

- Le diagnostic repose sur l'interrogation du patient
- C'est l'angor d'effort typique:
  - o Provoqué par des efforts d'intensité équivalente (marche, escaliers), favorisé par le froid et le vent
  - o Cédant spontanément à l'arrêt de l'effort, en moins de 15 min
  - o Trinitro-sensible
- Correspond donc à des lésions d'athérome coronaire stables ou d'évolution lente
- L'ECG et la biologie ne sont pas modifiés
- Le diagnostic est confirmé par test d'effort
- Les lésions coronaires sont évaluées par coronarographie
- Prise en charge :
  - o Le plus important est de prévenir l'évolution de la maladie athéromateuse
  - o Correction des FDR
  - o Médicaments :
    - Antiagrégants plaquettaires (aspirine ou clopidogrel )
    - Médicaments bloquant le système Rénine/Angiotensine/Aldostérone : IEC ou ARA II
    - Statines

#### V- Syndrome coronaire aigue :

- Définition clinique
- Douleur angineuse au repos.
- Douleur retrosternal constrictive avec ou sans irradiation
- Physiopathologie : correspond au rupture de plaque athérome avec constitution d'un thrombus .
- Le premier geste a faire : ECG

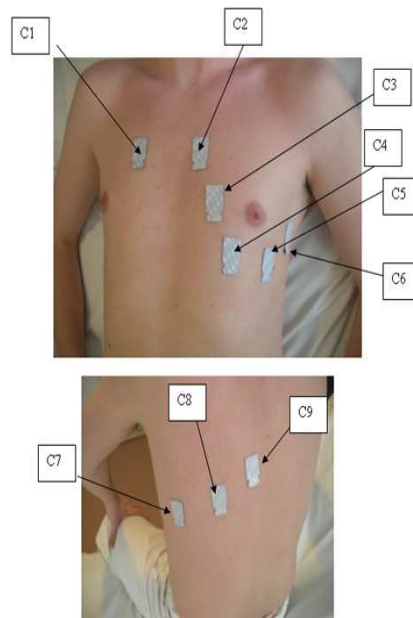


### 1- Sca avec sus st persistant st+ :

- Rupture de plaque d'atherome avec constitution d'un thrombus avec occlusion complète de l'artère .
- Lésion transmural ( de l'endocarde a l'epicarde ) = onde Q de nécrose .
- La topographie du myocarde atteint selon le sus décalage sur l'ecg .

#### a- Diagnostic topographique :

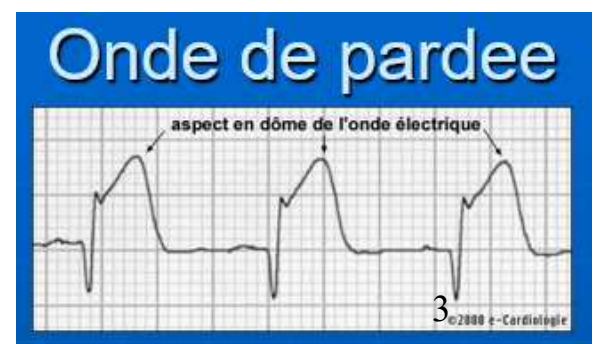
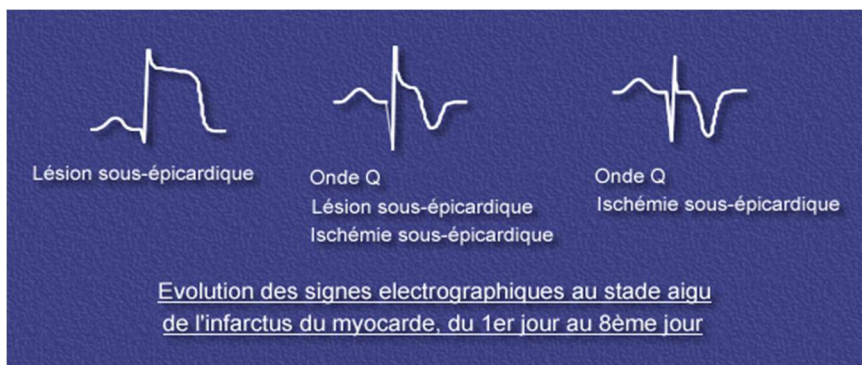
DERIVATIONS	TOPOGRAPHIE
DII+DIII+AVF	Inferieur ou postéro-diaphragmatique
DI+AVL	Latéral haut
V5+V6	Latéral bas
V1+V2+V3	Antéro-septal
V4	apical
V7+V8+V9	Basal ou postérieur vrai
V3R+V4R	Ventriculaire droit
V1 à V6 + DI, AVL	Antérieur étendu
DII, DIII, AVF+ V1, V2, V3	Septal profond
DII, DIII, AVF+DI, AVL+ V7, V8, V9	Inféro-latéro-basal



#### b- Prise en charge :

- o Revascularisation en urgence soit par thrombolyse ou angioplastie primaire .
- o N'oublie pas l'exploration du malade

#### c- ECG :



## 2- Sca sans sus st persistant st - :

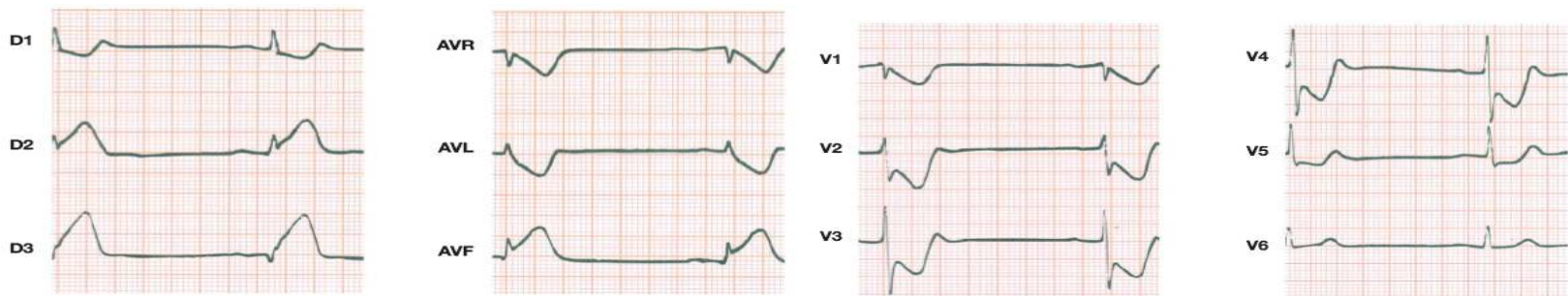
- Rupture de plaque d'athérome avec constitution d'un thrombus avec occlusion partielle de l'artère.
- ECG peut être normal ou pathologique.
- PAS de topographie sur l'ECG
- NB :Troponine + = infarctus
  - o Si troponine + = IDM SANS ONDE Q (la région sous endocardique c a dire non transmural)
  - o Si troponine - = ANGOR INSTABLE

## VI- Cas cliniques :

### 1- Cas clinique 1 :

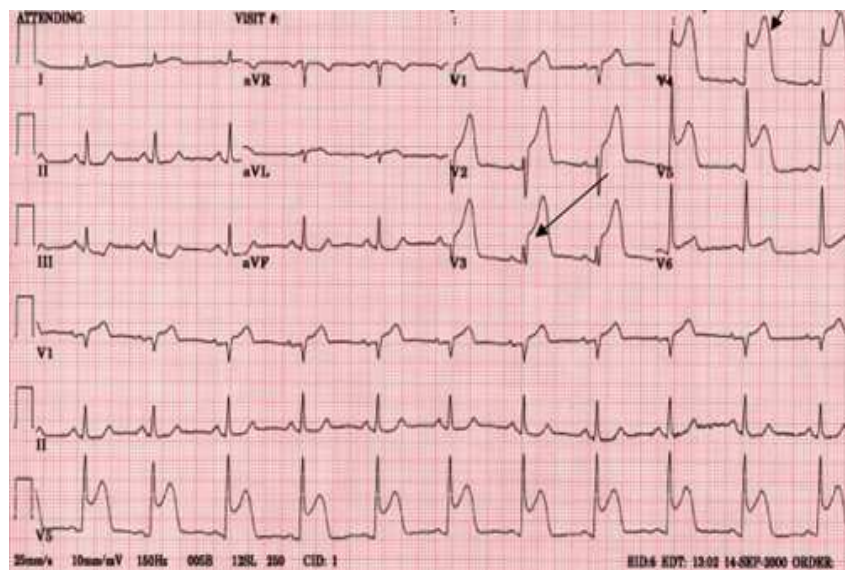
- Ibrahim âgé de 48 ans, est un homme actif ayant pour antécédent un diabète traité par insuline.
- Alors qu'il fait du jardinage, vers 8h30 du matin, il ressent une douleur dans l'épaule gauche comme cela lui arrive souvent pendant cette activité. Mais cette fois, il est subitement victime d'un malaise, de nausées et de sueurs avec douleur rétro-sternale de type brûlure. Il rentre s'allonger sur le canapé du salon. Sa femme s'inquiète de sa pâleur et vous contacte. Vous êtes près du domicile du couple et vous décidez de vous y rendre. A votre arrivée, vers 9h15, vous le retrouvez tel que vous l'a décrit sa femme.

→ Quelles décisions prenez-vous ?



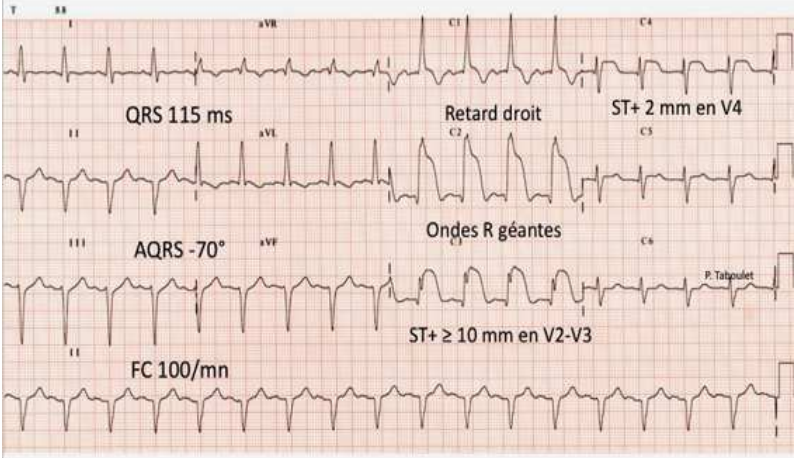
### 2- Cas clinique 2 :

- Ahmed vous appelle à 7 h 30 à votre domicile. Il a 79 ans, c'est un de vos patients habituels. Il habite à 20 minutes de votre cabinet.
- est un ancien tabagique, connu pour dyslipidémique. Il vous a consulté il y a 4 jours pour une dyspnée modérée. Vous avez porté le diagnostic de bronchite.
- Depuis 5 heures du matin, il présente une douleur thoracique diffuse. Il vous parle d'une légère oppression, sa température est à 37°8. Il parle en faisant des phrases courtes, il est un peu essoufflé et vous entendez qu'il siffle au bout du fil.

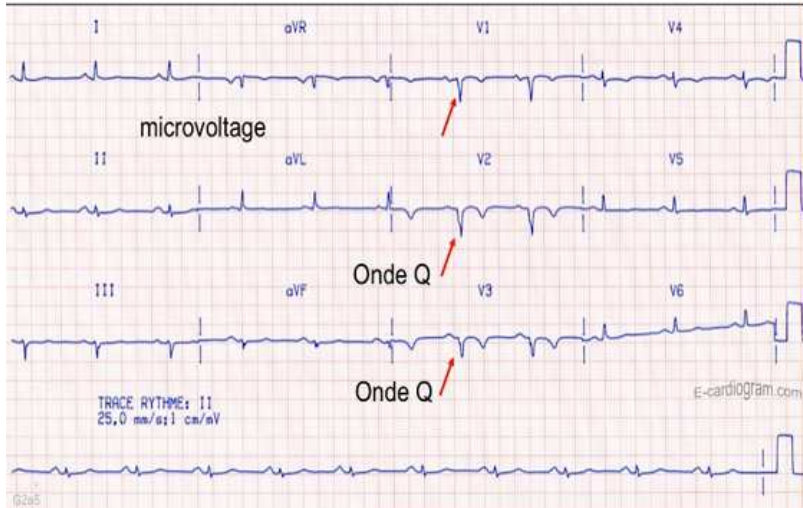


VII- Différents aspects d'ECG :

**Infarctus avec élévation de ST**  
(onde de Pardee)

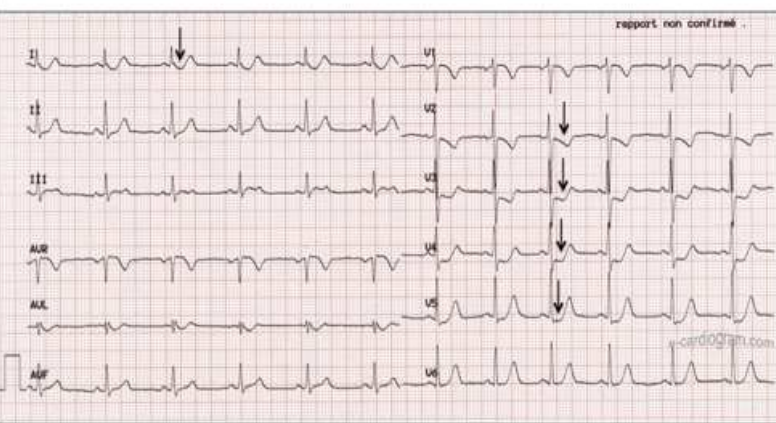


**Séquelle de nécrose antérieure**

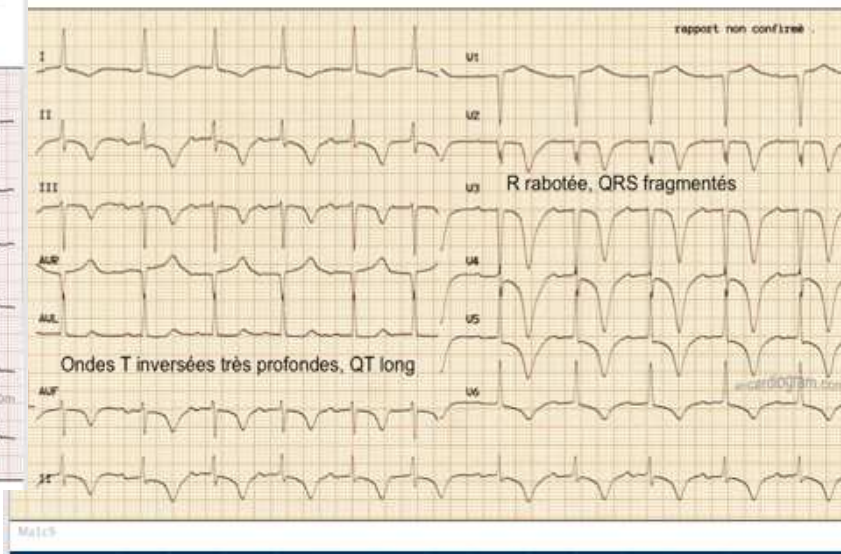


NB : le microvoltage est aussi un signe de séquelle

**Infarctus sans élévation de ST**

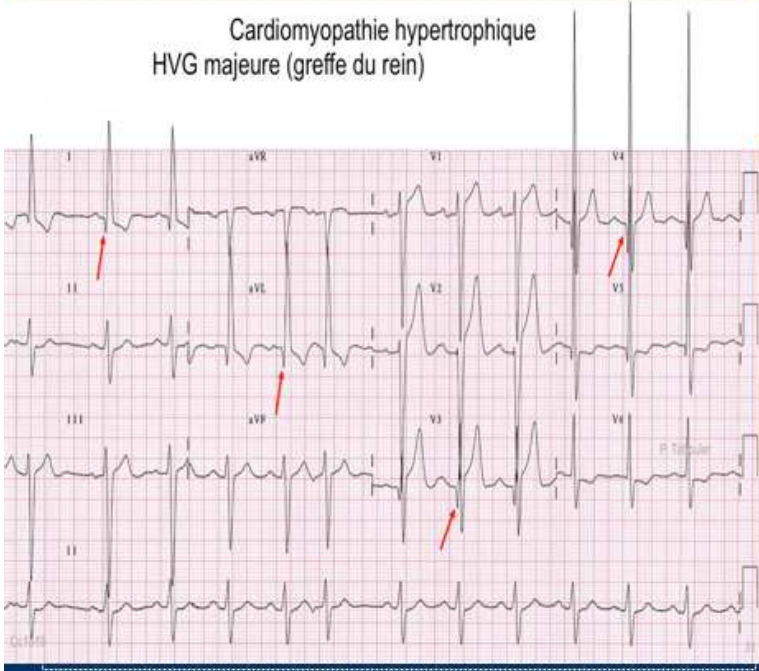


**Infarctus sans élévation de ST**



# Onde Q de pseudo-nécrose

Cardiomyopathie hypertrophique  
HVG majeure (greffe du rein)



# Infarctus sans élévation de ST

