

Angor stable



Contexte

La maladie coronarienne regroupe trois entités :

- l'angor stable,
- le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (angor instable et infarctus du myocarde ST-)
- le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST (infarctus du myocarde ST+).

Les mécanismes en jeu sont variés : obstruction artérielle par une plaque d'athérosclérose, spasme artériel, dysfonction microvasculaire et dysfonction ventriculaire gauche.

L'évolution naturelle de l'angor stable mène vers l'angor instable, l'infarctus du myocarde et le décès. Selon les études, l'incidence annuelle des infarctus non fatals se situe entre 0,6 et 2,7%, celle des décès d'origine cardiaque entre 0,6 et 1,4%, et celle des décès toutes causes entre 1,2 et 2,4%.

Le diagnostic d'angor est suspecté à partir du tableau clinique, et doit être confirmé par des examens complémentaires spécialisés tels que l'épreuve d'effort. Il n'y a pas d'élévation des biomarqueurs (troponine ou CK-MB) dans l'angor.

Un ECG est recommandé en urgence pour tout patient présentant des signes cliniques d'angor, si possible pendant ou juste après la crise. Il permet d'établir un examen de base pour de futures comparaisons, et de rechercher des diagnostics différentiels. Un ECG normal ne permet pas d'exclure le diagnostic d'angor, même sévère.

Il n'est pas recommandé de dépister par ECG les patients asymptomatiques.



Signes cliniques

- Douleur thoracique rétrosternale, parfois dans la mâchoire, le dos ou le bras
- Aggravée par l'activité physique et/ou un stress
- Disparaissant avec le repos et/ou la prise de dérivés nitrés

L'angor stable est dit atypique lorsque le tableau ne présente que 2 de ces 3 caractéristiques.

L'angor est dit instable en cas d'angor nouvellement apparu (moins de 8 semaines), d'intensité ou de fréquence croissante à l'effort, ou d'angor au repos.



Signes ECG

	Angor stable
Très en faveur du diagnostic :	Décalage du segment ST pendant la crise.
Plutôt en faveur du diagnostic :	∅
Plutôt en défaveur du diagnostic :	∅
Très en défaveur du diagnostic :	∅

NB : Un ECG normal ne permet pas d'exclure un angor, même sévère.



Conduite à tenir

Traitement de la crise :

- Arrêt de l'effort
- **Trinitrine spray** 1 bouffée, à répéter au bout de 5 minutes si persistance de la douleur

NB : La trinitrine a une utilité symptomatique mais pas thérapeutique ; elle ne modifie pas le pronostic.

Si pas d'amélioration après la 2^{ème} bouffée :

- Appeler le Centre 15

Si résolution de la crise en 1 ou 2 bouffées :

- S'il s'agit d'une crise inaugurale : **Adresser au cardiologue rapidement**
- S'il s'agit d'une crise inhabituelle en termes de fréquence et d'intensité : **Adresser au cardiologue rapidement**
- S'il s'agit d'une crise habituelle en termes de fréquence et d'intensité : **Poursuivre le suivi cardiologique habituel.**

Suivi :

- Biologie annuelle : glycémie à jeun, créatininémie, exploration d'une anomalie lipidique +/- hémogramme et TSH.

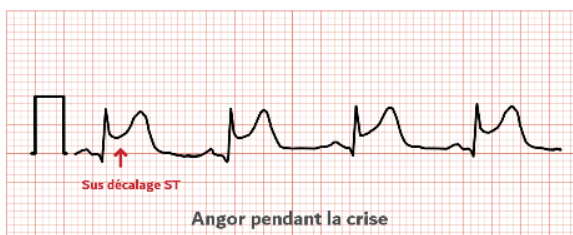
NB : le dosage ambulatoire de la troponine n'a sa place ni dans le diagnostic ni dans le suivi de l'angor.

- Traitement de fond : Béta-bloquants ou inhibiteurs calciques bradycardisants, aspirine 75mg, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2, statines.

- Prise en charge des facteurs de risque tels que le tabac, la sédentarité, l'obésité, l'hypertension, le diabète, et le cholestérol.



ECG typique



Références

• Snow V, et al. Evaluation of primary care patients with chronic stable angina: guidelines from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2004;141:57-64.

• Task Force Members. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013;34:2949-3003.