

**République algérienne démocratique et populaire**

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid  
Tlemcen, Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

*Etablissement Hospitalier Universitaire (CHU) Tedjini Damerdji*

**Service de Cardiologie**

**Mémoire de fin de stage  
interné pour l'obtention du  
diplôme de doctorat en  
médecine**

**Profil épidémiologique des patients qui en bénéficie d'une  
coronarographie entre 2015 et 2016**

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE**

**Réalisé par** : *Dr Zegnoun Marwan*

*Dr Mahamedi Kouider*

*Dr Hamzaoui Mohamed Mehdi*

*Dr Zar Mohamed*

**Encadreur** : **Dr. Moussaoui.F**

**Période de stage** : 01 /07/ 2016 au 31/09/2016

**Année universitaire** : 2016 – 2017

# **Dédicace**

En écrivant les derniers mots de ce travail, mes pensées vont à ma mère et mon père,

**Avec tout mon amour,**

**A ma grand-mère,**

**Avec toute ma fierté,**

**À mes frères et soeurs,**

**Avec toute ma gratitude.**

## Remerciements

*Au terme de ce travail, nous désirons exprimer notre plus profonde reconnaissance au Docteur Moussaoui et le professeur Meziane qui nous a recueillis dans son service. C'est avec la plus grande sincérité que souhaitons le remercier et l'assurer de notre gratitude*

*. Nous voudrions également remercier le docteur Moussaoui qui nous a aidés de réaliser nos recherches. Dès le début, il s'est montré extrêmement ouvert à tout ce qui touche la cardiologie. Nos longues et nombreuses discussions ont joué un rôle déterminant dans l'orientation de nos travaux.*

*Nous avons apprécié sa grande disponibilité, sa gentillesse et sa patience. Nous le remercions tout particulièrement de l'attention qu'il a portée à la relecture de ce mémoire. Ont tiens à lui exprimer notre plus vive reconnaissance et remerciement.*

*Nous tenons à remercier le docteur Hemine et docteur nacer pour l'intérêt qu'elle a manifesté à l'égard de nos travaux. Ses conseils éclairés en matière d'étude épidémiologique de notre thème. Son aide précieuse a grandement contribué à l'élaboration de notre mémoire.*

*Nous avons eu la chance de bénéficier de l'aide du docteur Moussaoui qui a grandement contribué à la réussite de notre stage au sein de service de cardiologie. Nous l'en remercie.*

*Nous tenons à remercier les secrétaires de service qu'elles nous ont aidé pour l'accès aux dossiers des patients, nous remercions également l'ensemble des paramédicaux, les personnels administratifs pour leurs soutiens et leurs conseils, les agents et tout le corps médical de service de cardiologie.*

*Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos parents pour l'éducation qu'ils Nous ont donnée et la curiosité intellectuelle qu'ils nous ont inculquée.*

*En fin, nous tenons à remercier nos respectueuses familles, nos amis et tout personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

# Liste des acronymes

**SCA** : syndrome coronarien aiguë.

IVA : interventriculaire antérieure.

CD : coronaire droite.

CX: artère circonflexe.

TCG : tronc commun gauche.

ST+ : avec sus décalage du segment ST.

ST- : sans sus décalage du segment ST.

CMI : cardiomyopathie ischémique.

CMD: cardiomyopathie dilaté.

EE: epreuve d'effort.

EDS: échographie de stress.

IDM: infarctus du myocarde.

HTA: hypertension artérielle.

# Table des matières

Dédicace.....	2
Remerciements.....	3
Liste des acronymes.....	4
Table des matières .....	5
-Etude épidémiologique .	
Introduction.....	6
Objectifs .....	7
Méthodes.....	7
Technique de la coronarographie.....	8
Résultat.....	19
Discussion.....	21
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	25
Résumé.....	28
Mots clés.....	29

## **1.Introduction :**

-Les pathologies cardiovasculaires et particulièrement les maladies coronariennes restent la principale cause de mort prématurée dans le monde. Elles affectent hommes et femmes.

- Parmi les décès survenant avant l'âge de 75 ans, 42% sont dus aux maladies cardiovasculaires chez l'homme, 38% chez la femme . Cependant cet âge tend à diminuer, d'où l'intérêt de poursuivre activement le travail portant sur la prévention des décès prématurés et l'amélioration de la qualité de vie .

La prise en charge au cours des 15 dernières années s'est améliorée : grâce à la généralisation du dosage de la troponine, de nouvelles stratégies de reperfusion , et l'utilisation accrue des traitements de prévention. Ces changements ont permis de faire régresser la mortalité à 1 an de plus de 50% . Mais il s'agit d'une pathologie grave et fréquente et la survenue d'accidents ischémiques reste élevée (estimée à 15% à 1 an, mortalité cardiovasculaire, infarctus ou accident vasculaire cérébral confondu) .

La réduction de la mortalité cardio-vasculaire est liée pour 40% à l'amélioration des traitements et pour 50% à la prise en charge des facteurs de risque . En effet, la mortalité cardiovasculaire est fortement reliée au mode de vie et particulièrement au tabagisme, à une mauvaise hygiène alimentaire, à une sédentarité et au stress psychologique et social. L'O.M.S. (Organisation Mondiale pour la Santé) a déclaré que plus des trois quarts de la mortalité cardiovasculaire pourraient être prévenus par des changements adaptés du mode de vie . La prévention cardio-vasculaire devrait idéalement débuter dès les premiers jours de la vie, lors de la grossesse, et être poursuivie jusqu'au décès. Mais en réalité, les efforts de prévention commencent en général vers la cinquantaine ou alors chez des patients déjà atteints ou à risque de maladie cardio-vasculaire (MCV). Chez les jeunes, les personnes âgées ou ceux qui présentent un faible risque le bénéfice de cette prévention serait pourtant non négligeable. Celle-ci passe d'abord par une modification du mode de vie : changement de l'alimentation (réduction de la contenance en sel de l'alimentation, diminution de l'apport en graisses animales...) campagnes anti-tabac, promotion de l'exercice physique. Mais aussi par des traitements : hypolipémiants , antihypertenseurs, antidiabétiques, substituts nicotiques... Il

est donc nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire (médecins généralistes, cardiologues, endocrinologues, pneumologues...etc) et impliquant à la fois les soignants, le patient et sa famille .

- Cette prévention se résume en fait par la lutte contre les facteurs de risque cardiovasculaires: hypertension artérielle, tabagisme, dyslipidémie, obésité et diabète.

## **2. Objectif:**

### **But :**

Le but de ce travail est de déterminer les facteurs de risque cardiovasculaire d'une population atteinte de maladie coronaire , les indications et de caractériser les lésions anatomiques à la coronarographie et de déterminer les modalités et les résultats de l'angioplastie coronaire **enregistrées entre les années Aout 2015 jusqu'à aout 2016 au service de cardiologie CHU Tlemcen.**

## **3. Méthodes:**

-il s'agit d'une étude statistique descriptive rétrospective.

-Cette étude porte sur un échantillon de 420 cas observés au niveau du service de cardiologie CHU Tlemcen de l'année 2015 jusqu'à aout 2016. sur des arguments cliniques et para cliniques notamment les résultats de la coronarographie. Il s'agit d'une série de 420 patients colligés sur une période de 12 mois . La majorité des patients ont bénéficié d'une coronarographie qui a permis de classer les lésions coronarienne en fonction de leur sévérité et de leur étendue .

- Tous les dossiers des malades ayant été pris en charge pour coronarographie pendant cette période ont été exploités.

Les variables recueillies ont été les suivantes :

-la dénomination , age, sexe , Les facteurs de risque cardiovasculaires (mentionnés dans l'observation comme antécédent du patient : hypertension artérielle (HTA) dyslipidémie, diabète , tabagisme , les indications, le test d'ischémie, la voie d'abord, les résultats de la coronarographie, Les traitements réalisés (medical, traitement par angioplastie/ stent , pontage), transit oeso-gastro duodénale de contrôle , thérapeutiques et évolutives ont été analysées.

- Le recueil des données a été effectué grâce aux dossiers des patients et des fiches d'observation archivées dans formulaire pour les brûlures caustique.
- le traitement des données a été fait grâce à l'outil informatique (IBM.SPSS.Statistics.v21 et excel 2010).

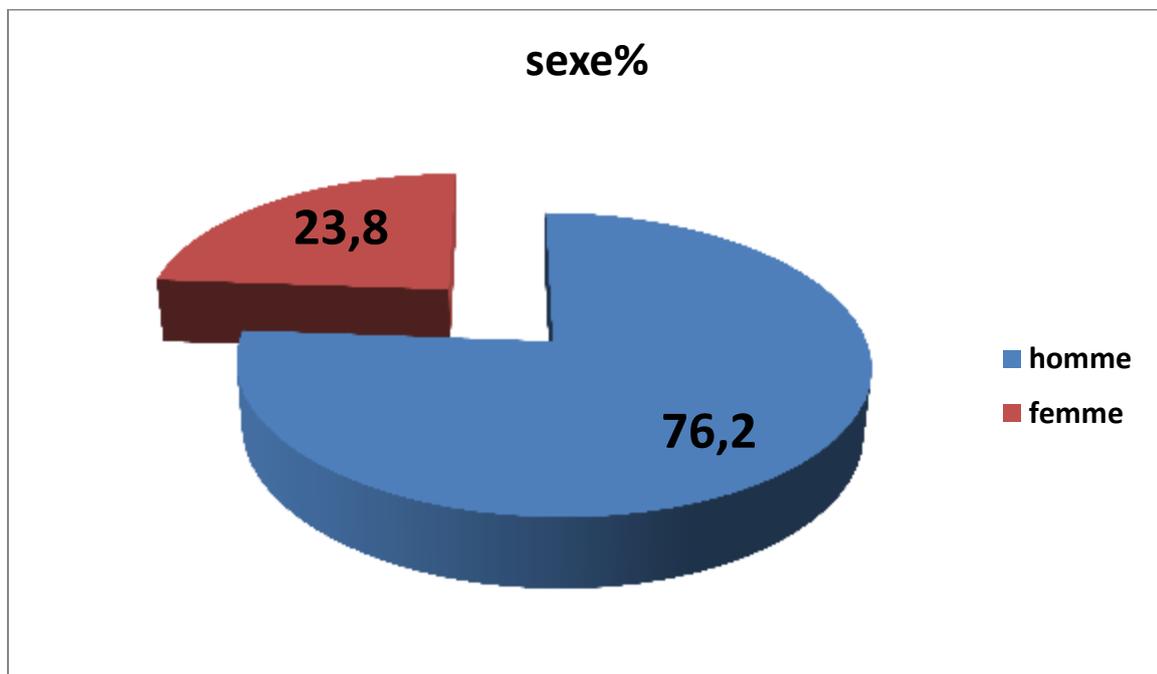
#### **4. Technique de la coronarographie :**

Les coronarographies ont été réalisées avec un système radiologique numérique General Electrics par la technique habituelle de cathétérisme rétrograde avec un cathéter de diamètre de 5 french. La voie fémorale était la voie de choix, 31 patients seulement ont été abordés par voie radiale. Une relecture de toutes les coronarographies était réalisée avec un recueil précis des données angiographiques :

- le nombre de troncs coronaires atteints
- Type de la lésion
- La présence de calcifications.
- Le nombre, le siège et la classe des bifurcations
- L'analyse quantitative des lésions (longueur diamètre de référence de l'artère, diamètre luminal minimal MLD et le degré de sténose)

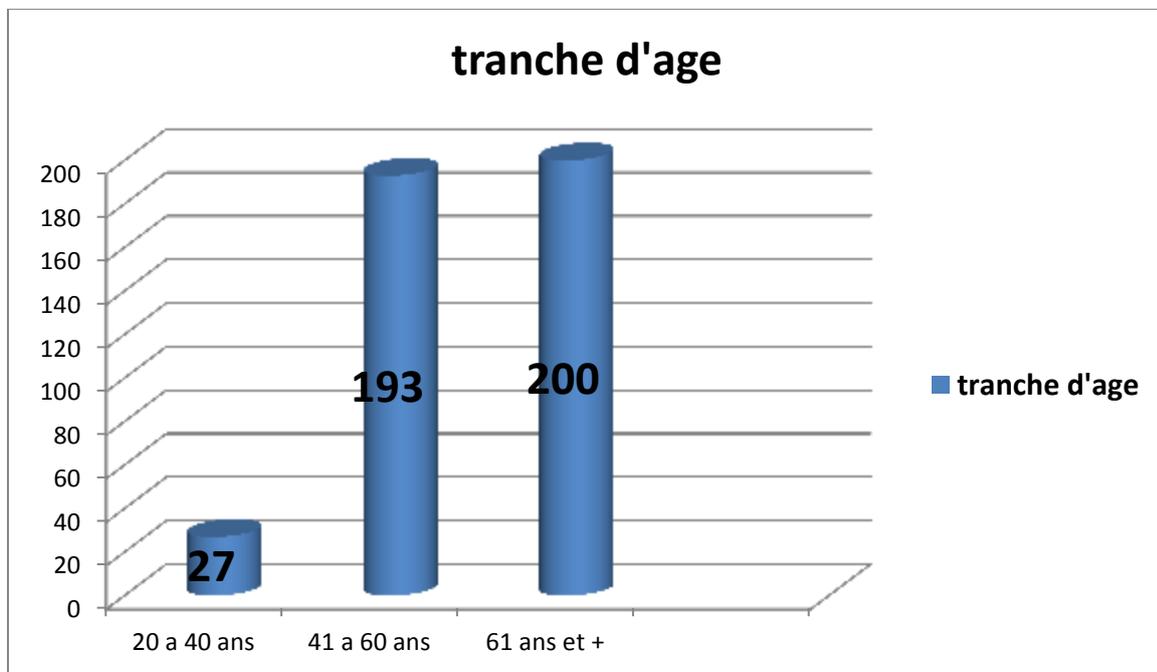
Les sténoses sont jugées significatives en cas de réduction de diamètre de vaisseau supérieure ou égale à 70% et de 50% pour le tronc commun gauche. L'événement coronarien était inaugural chez 93% de nos patients. L'infarctus du myocarde (IDM) était le motif d'hospitalisation dans 40 % des cas, en revanche la coronarographie était indiquée devant un tableau de SCA sans sus décalage de ST (ST-) chez 149 patients (28% d'angor instable et 32% IDM sans onde Q) avec un TIMI score moyen de 3.75.

## 1. REPARTITION EN FONCTION DE SEXE :



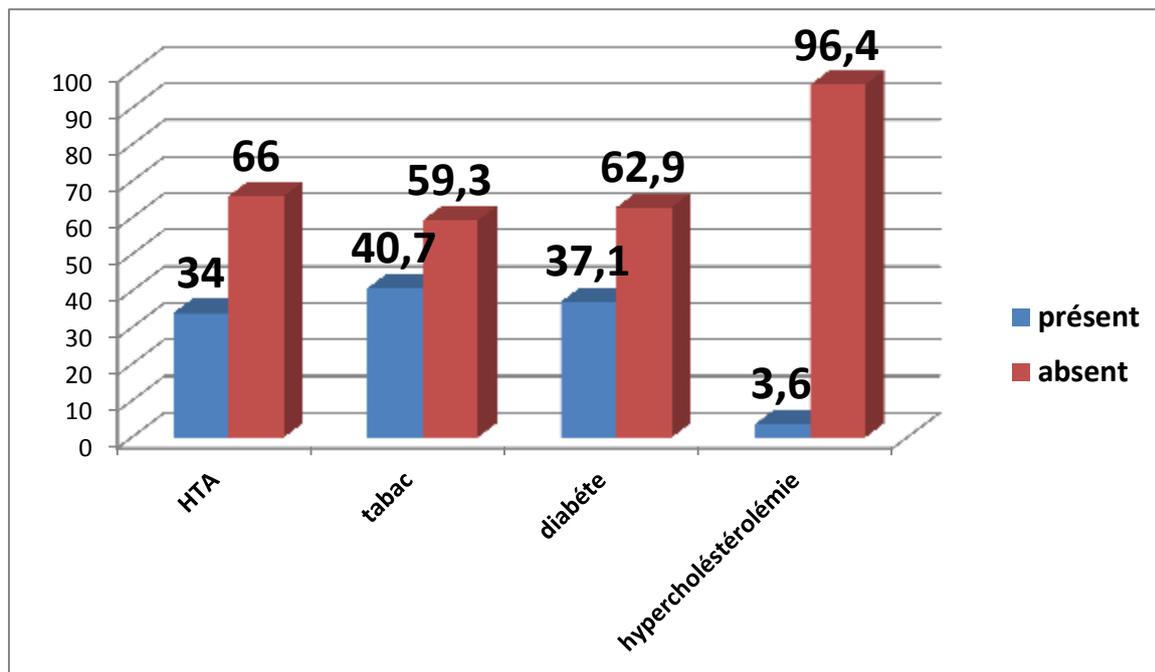
-On note une prédominance masculine .

## 2. REPARTITION EN FONCTION D'AGE:



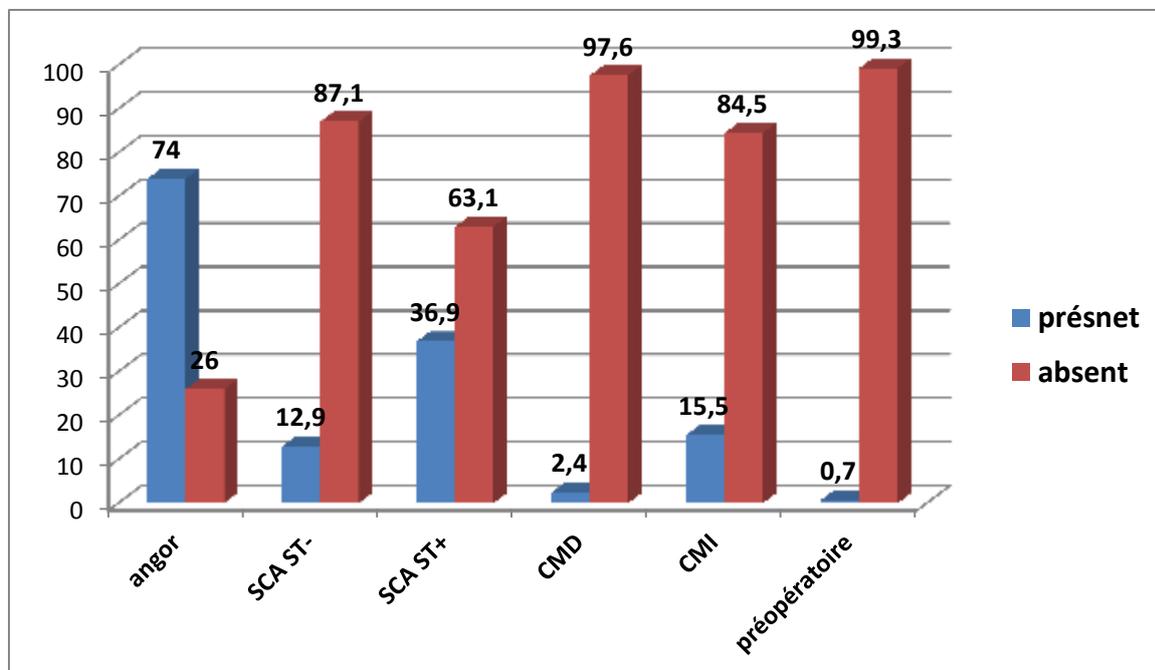
-La tranche d'âge la plus touché est de 61ans et +.

### 3. REPARTITION EN FONCTION DES FACTEURS DE RISQUES :



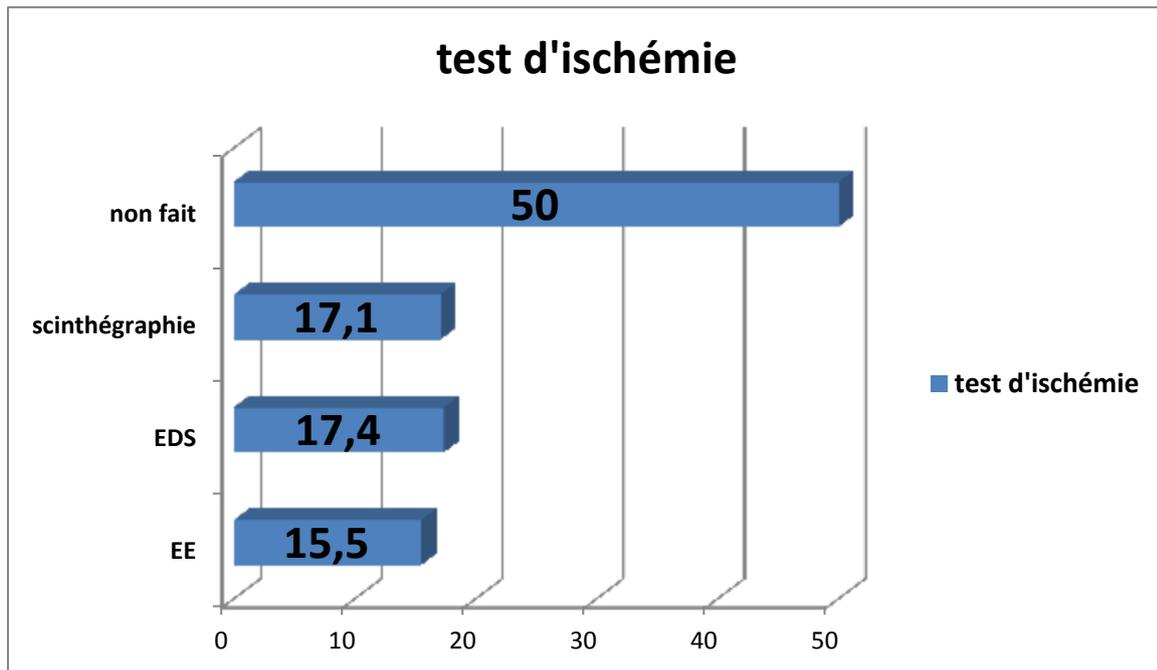
-le tabac est le facteur de risque le plus dominant.

### 4. REPARTITION EN FONCTION DES INDICATIONS :



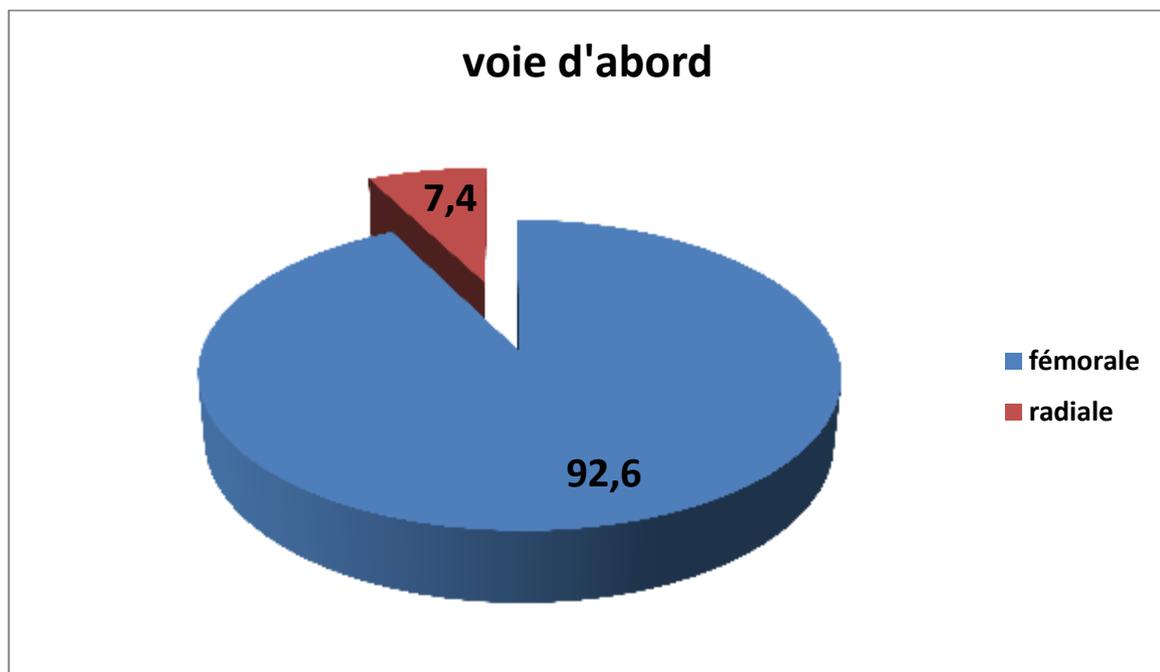
-On note aussi une nette augmentation de nombre des cas qui présentent une angor voir aussi un ST+.

## 5. REPARTITION EN FONCTION DES TESTS D ISCHEMIE :



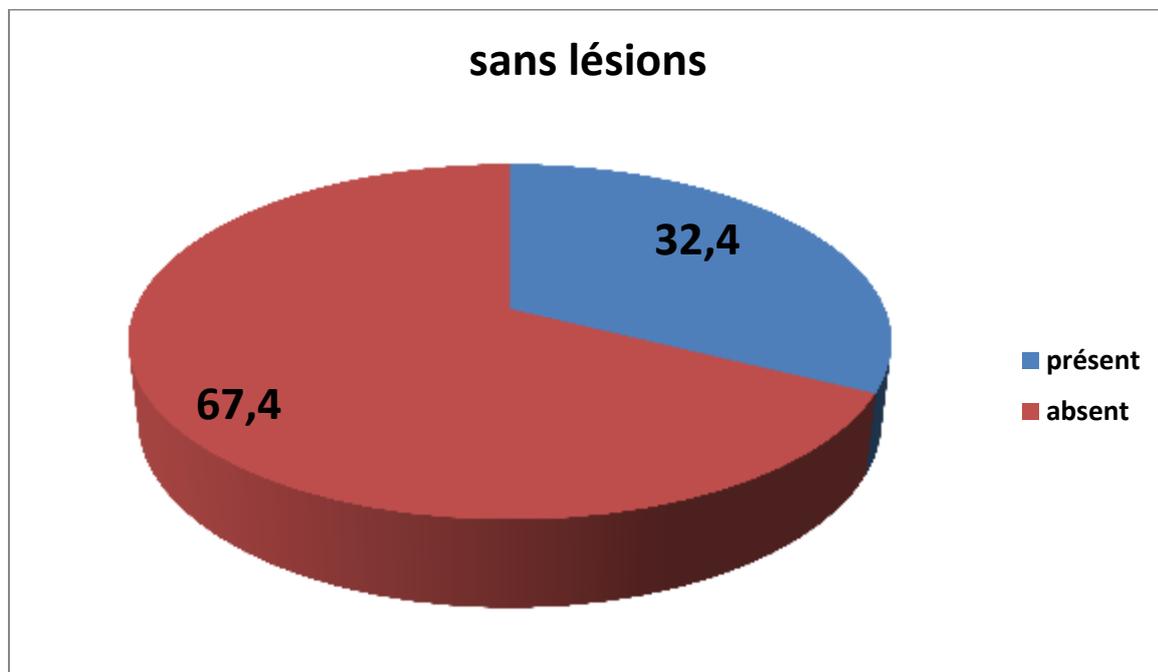
- la moitié des cas a un test d'ischémie non fait.

## 6. REPARTITION EN FONCTION DE LA VOIE D'ABORD :



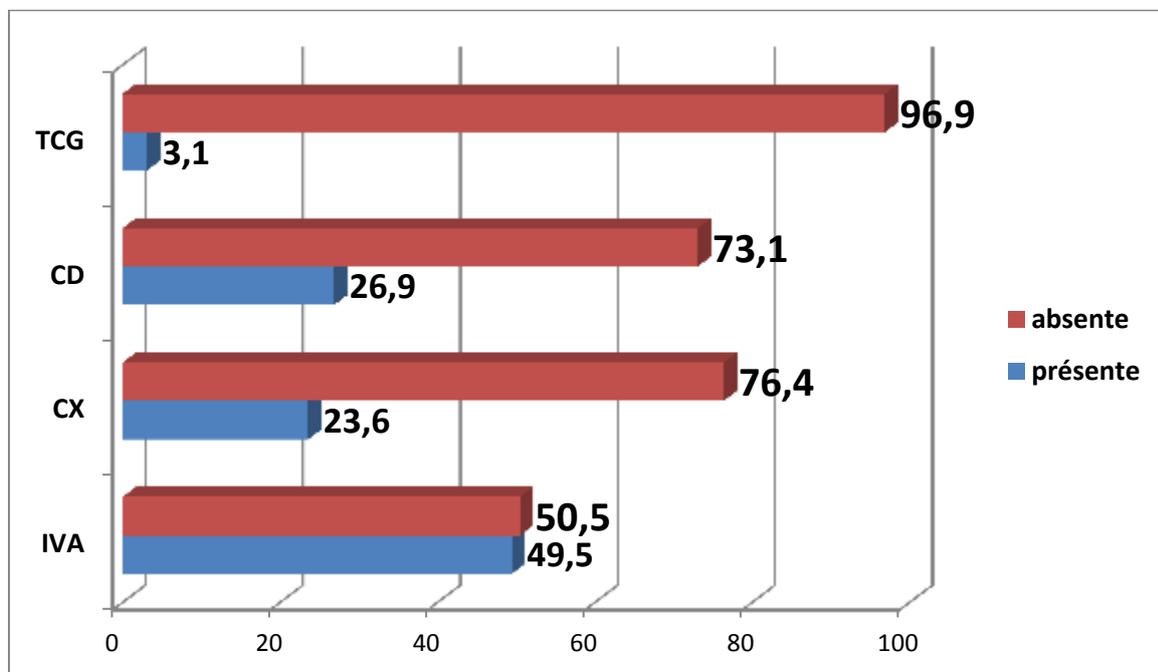
-La voie fémorale était la voie de choix.

## 7. REPARTITION EN FONCTION DES RESULTATS DE LA CORONAROGRAPHIE :



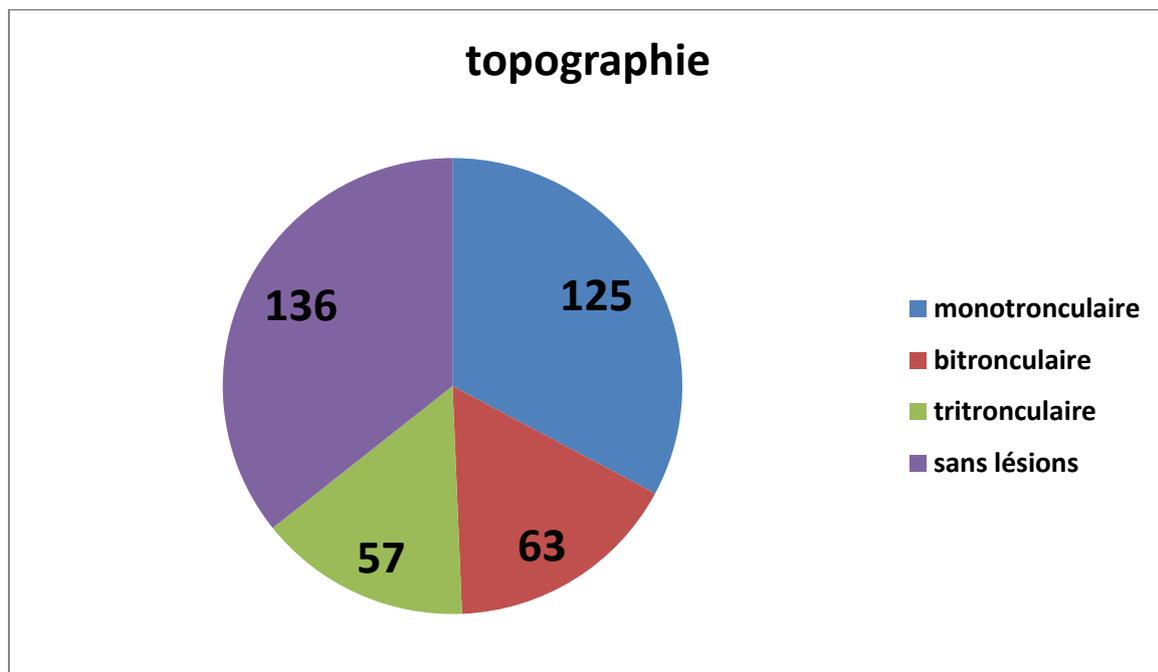
- la majorité des patients ne présente aucune lésions significatives.

## 8. REPARTITION EN FONCTION DES ARTERES TOUCHE :

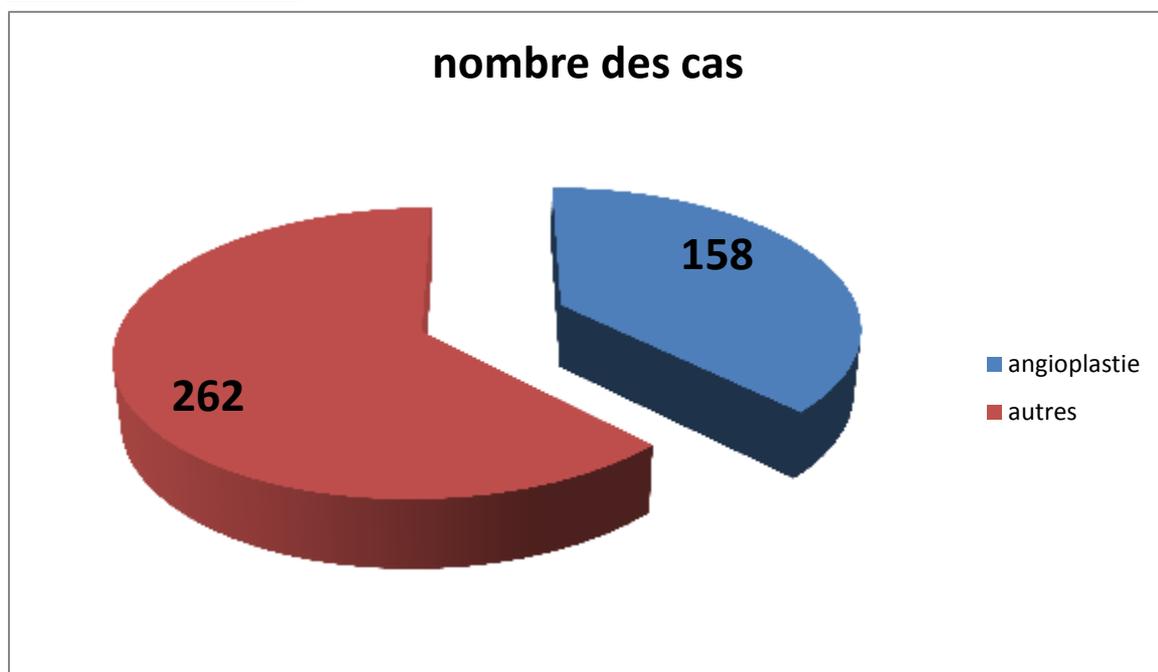


- IVA est l'artère le plus touché.

## 9. REPARTITION EN FONCTION DE LA TOPOGRAPHIE DES LESIONS :



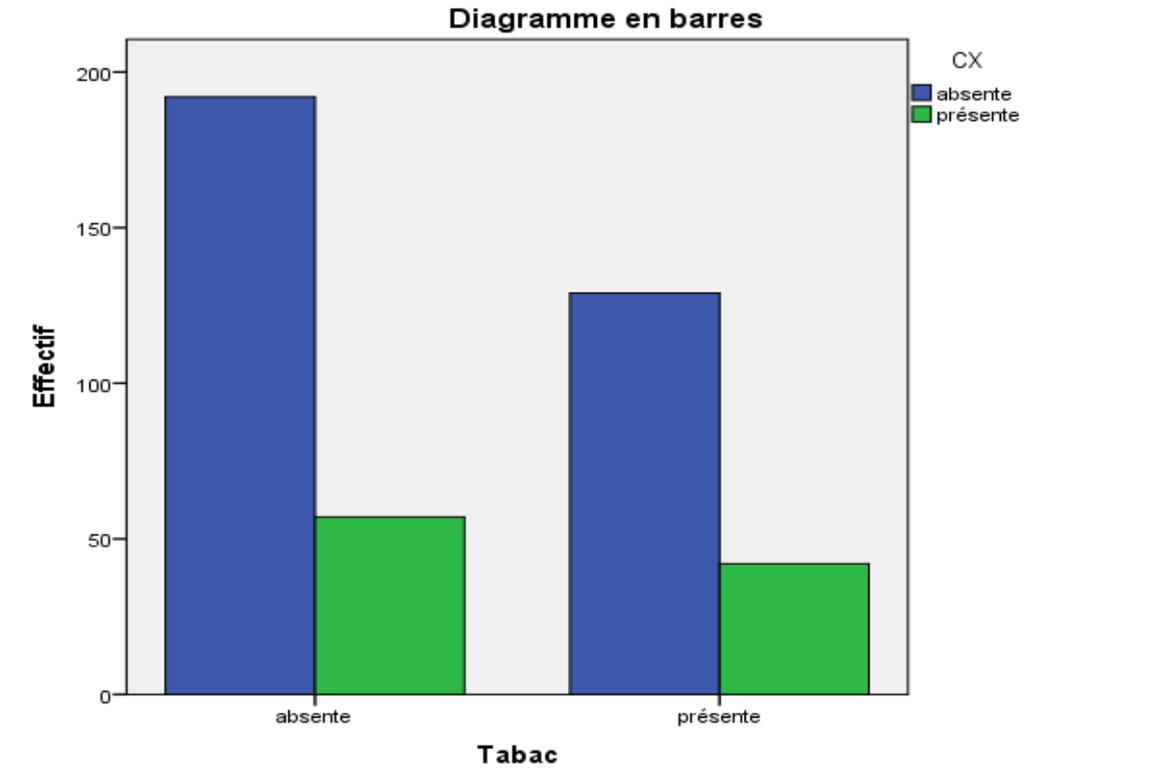
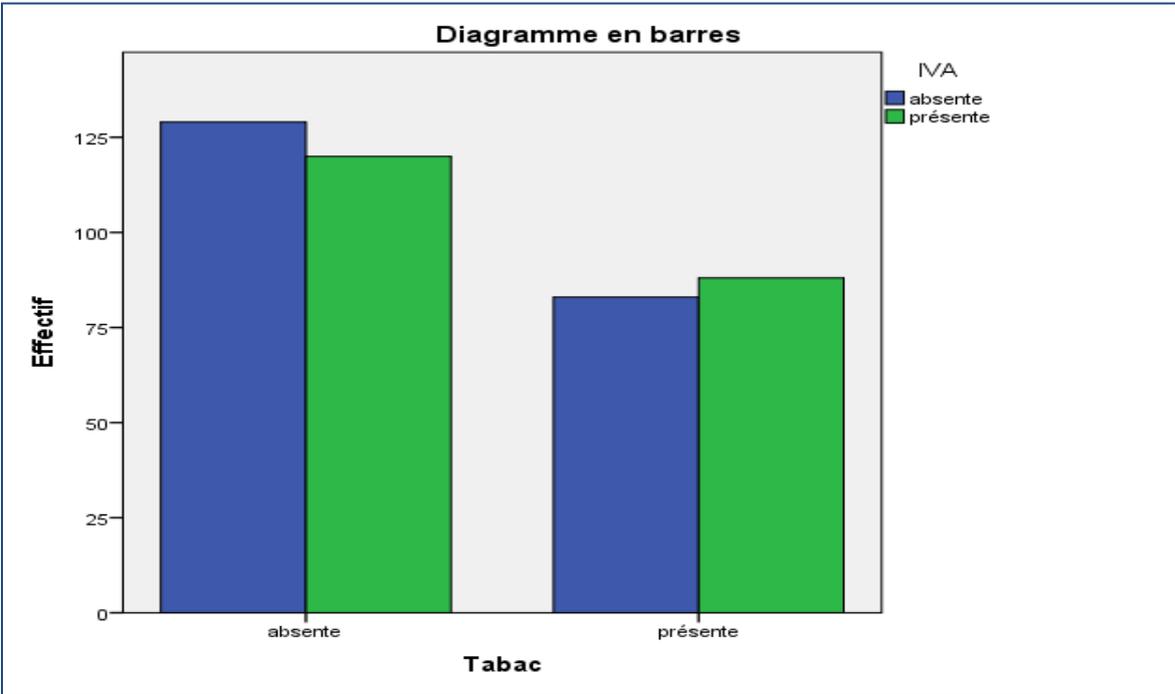
## 10 REPARTITION EN FONCTION DE NOMBRE D ANGIOPLASTIE:

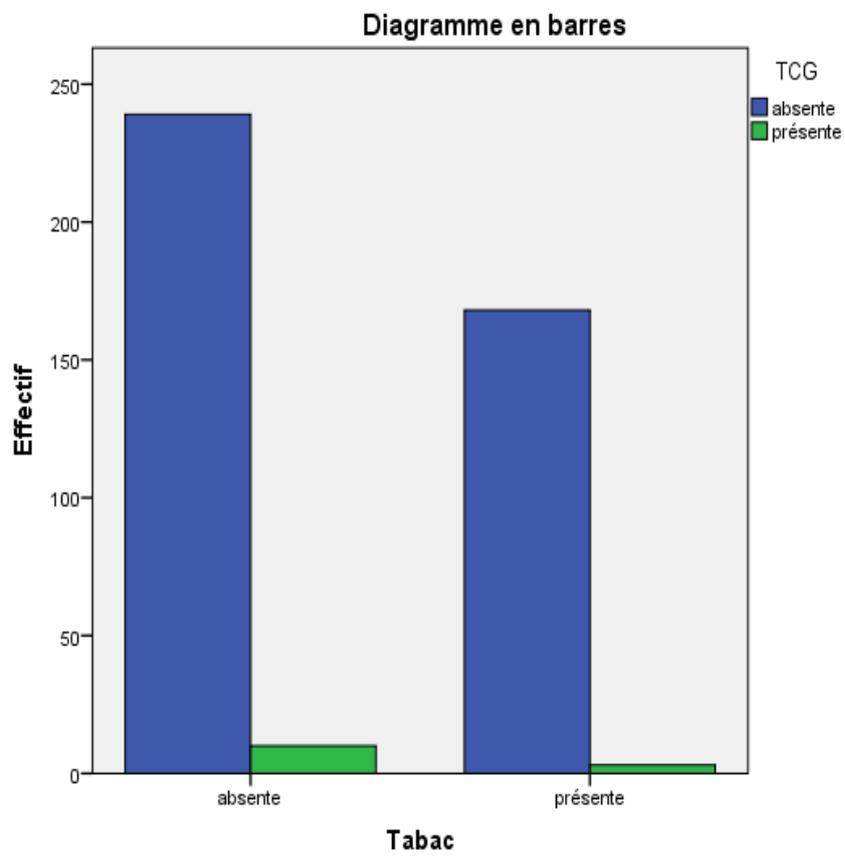
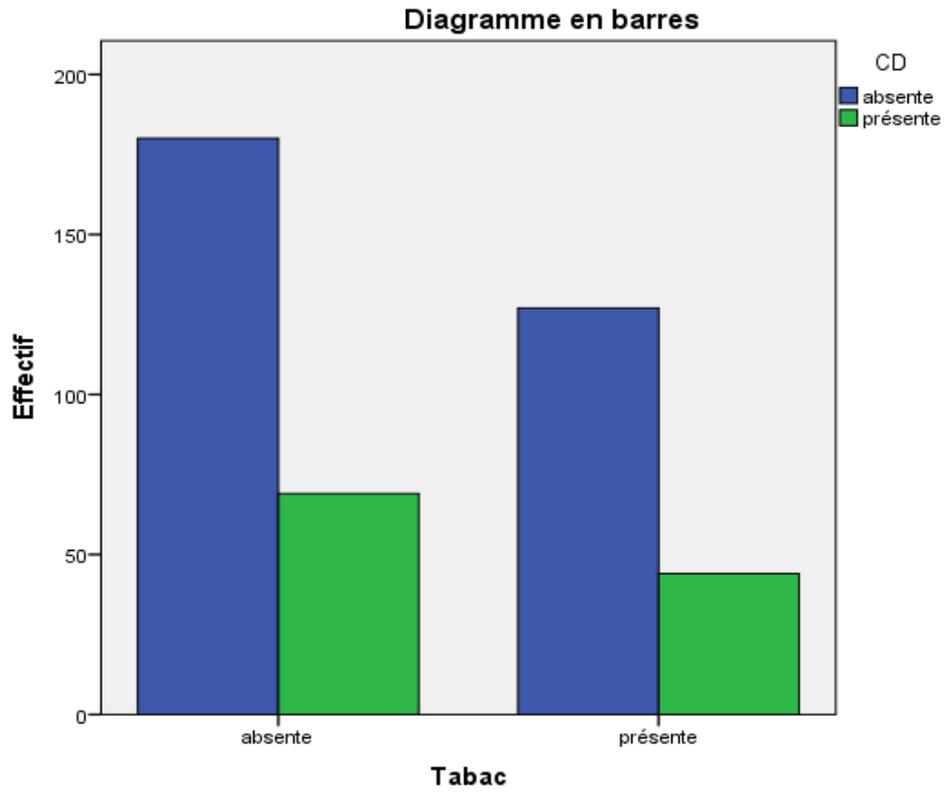


-1/3 des cas sont bénéficié d une angioplastie .

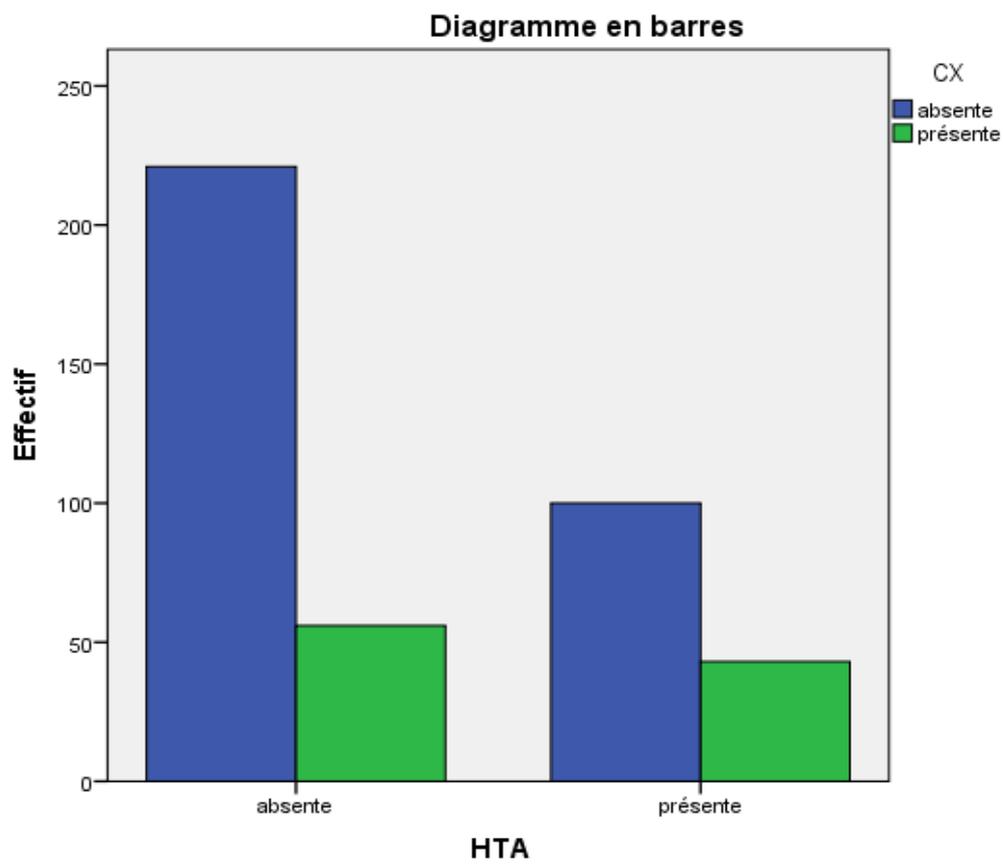
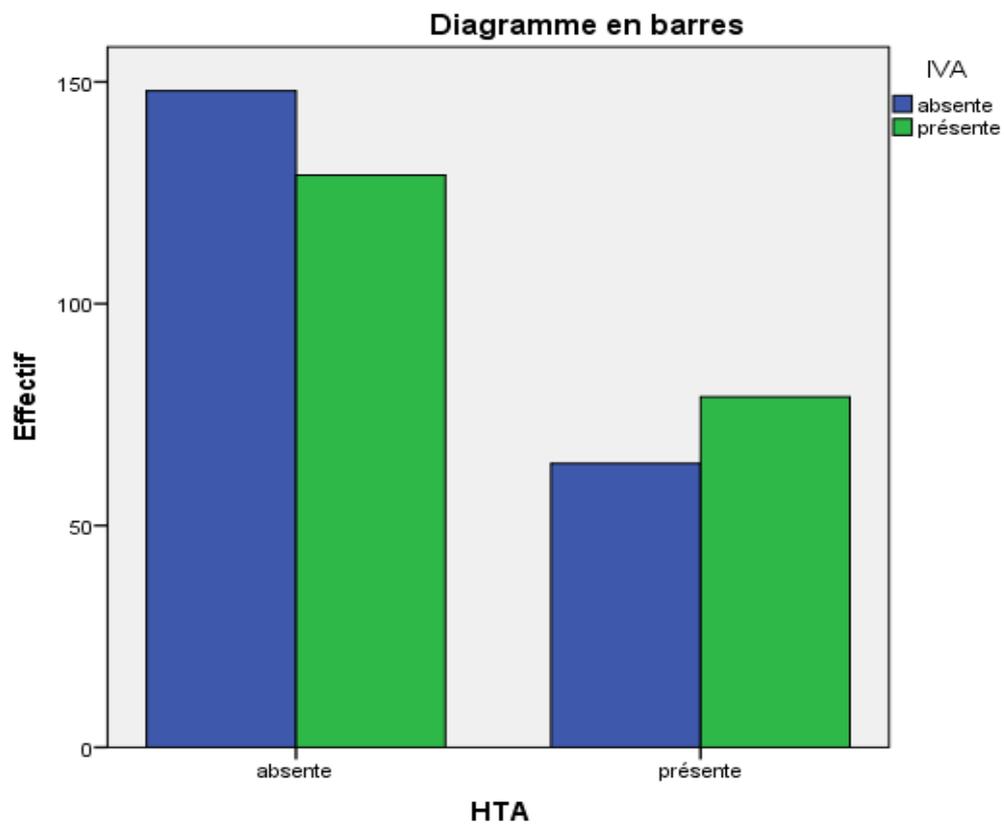
**11. EVALUATION DES LESIONS INITIALES SELON LES FACTEURS DE RISQUE :**

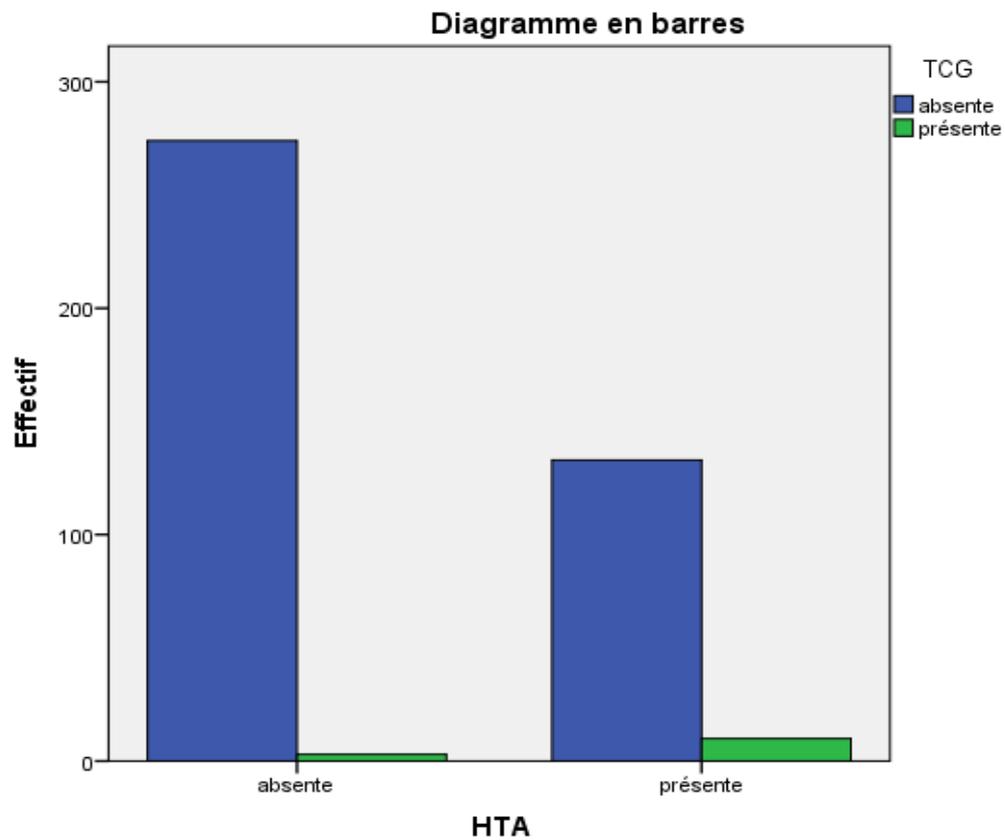
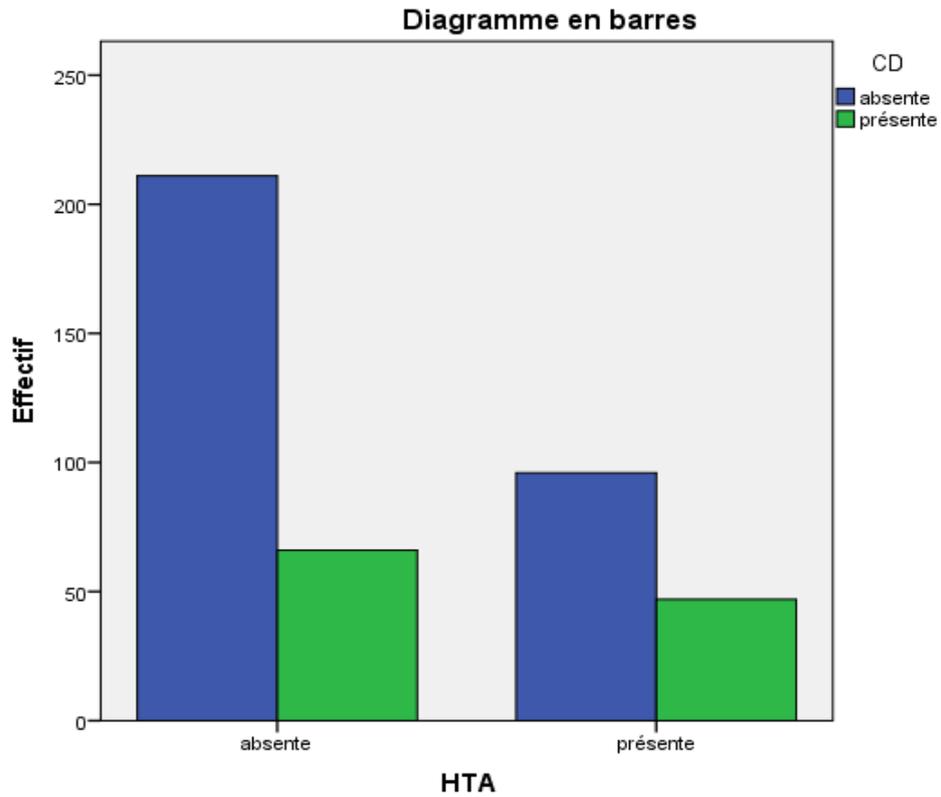
**A/ TABAC :**





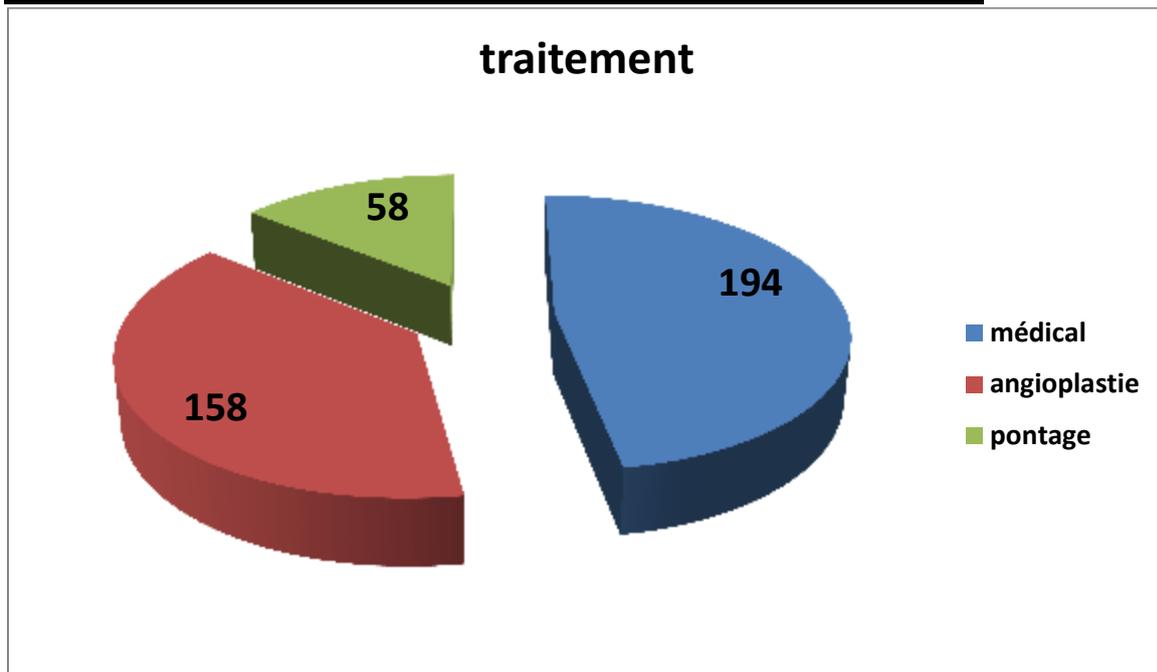
## B/HTA :





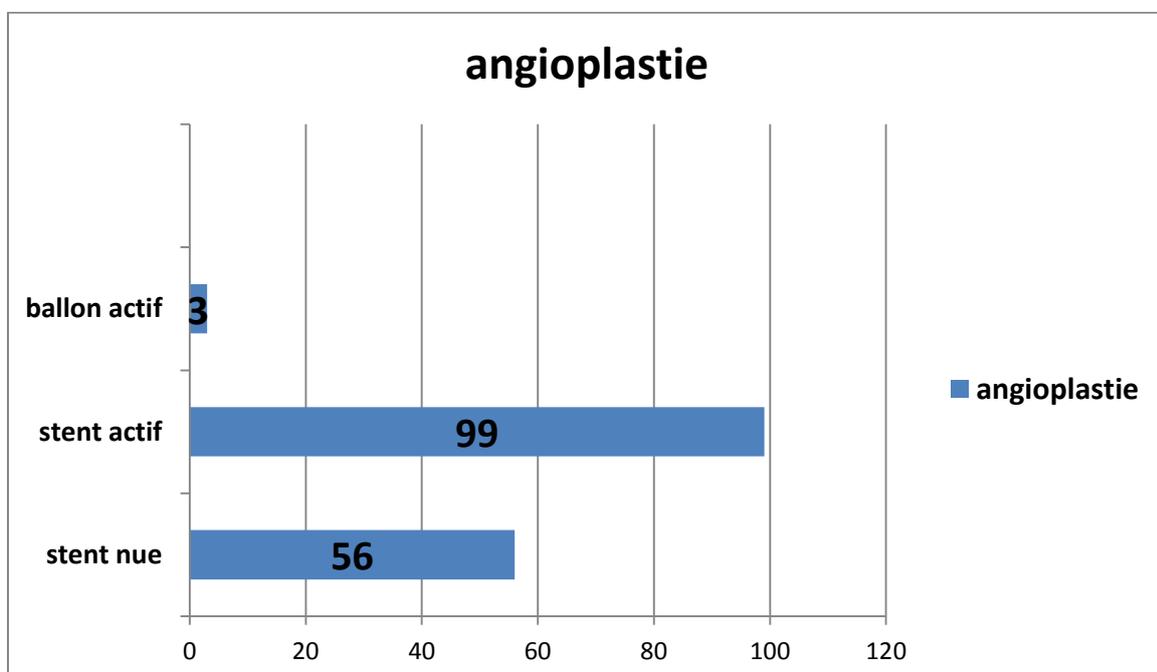
-Une prédominance de nombre des patients tabagique que les patients hypertendu .

## 12.REPARTITION EN FONCTION DU TRAITEMENT :



-Cette différenciation de traitement grace a la différenciation des lésions.

## 13.REPARTITION EN FONCTION D ANGIOPLASTIE :



-la majorité des cas sont traités par des stents actifs.

## **5.Résultats :**

Parmi les **420** patients inclus, il y a **320** hommes et **100** femmes soit une sex-ratio de L'âge varie entre **29** et **37** ans ; soit un âge moyen de **34,14 ±2,96 ans** chez la femme. Chez l'homme l'âge varie de **19 ans à 60 ans** avec un âge moyen de **35,02 ± 4,41ans**. Le tabagisme actif est le facteur de risque cardiovasculaire le plus important de notre population (**40.7%** des patients inclus sont des fumeurs). On note chez **22,5%** de patients un cumul de 3 facteurs de risques cardiovasculaires essentiellement constitués du tabagisme actif, du surpoids et de la dyslipidémie.Chez **64%** de nos patients on trouve à la coronarographie des lésions coronaires supérieures à 50%. Il y'a dans cette population une prédominance des lésions coronaires mono -tronculaires (**34%**) siégeant surtout sur la coronaire droite et l'inter-ventriculaire antérieure avec une répartition équilibrée.

Après la coronarographie les patients ont été répartis en deux groupes en fonction de la présence et la sévérité des lésions coronaires: **traitement médical: 71%** des femmes et **45%** des hommes **traitement par angioplastie coronaire: 29%** des femmes et **55%** des hommes.

Les patients traités médicalement se répartissent comme suit: **16%** de lésions thrombotiques initiales sans sténose résiduelle significative; **11%** de coronarographies strictement normales; **8%** de lésions spastiques prouvées; **6%** de faux positif (Myocardites). **51,61% (32 patients: 2 femmes, 30 hommes)** de notre échantillon ont bénéficié d'une angioplastie coronaire transluminale percutanée. **97%** des patients ayant été traités par angioplastie ont bénéficié d'une implantation d'endoprothèses dont **13%** sont actifs et **84%** sont nus.Un seul patient a été dilaté au ballon et avec succès. Le taux de succès primaire après angioplastie dans notre population d'étude est de **100%**. On dénombre **13%** des patients qui ont présenté des complications au cours des procédures de coronarographie /angioplastie représentés essentiellement par des complications mineures.

Pour le suivi les patients ont été contactés avec un recul par rapport à la date de coronarographie allant de **3 à 76 mois** chez les femmes, soit un suivi moyen de **37,14 ± 21,43 mois**. **4 à 84mois** chez les hommes, soit un suivi moyen de **37,51 ± 14,26 mois**.

Parmi les patients traités médicalement, **93%** sont restés asymptomatiques pendant la période de suivi et **7%** ont présenté un angor résiduel ayant nécessité le renforcement du traitement médical. **41,5%** de patients sevrés du tabac avaient été traités médicalement. Tous ces patients sont restés asymptomatiques pendant la période de suivi.

Parmi les patients ayant bénéficié d'une angioplastie **66%** sont restés asymptomatiques pendant la période de suivi et **34%** ont présenté un angor résiduel. Un patient parmi ceux qui avaient un angor résiduel a bénéficié d'un double pontage aorto-coronaire (IVA I-mammaire interne gauche; Marginale-mammaire interne droite), ceci après échec d'une double dilatation. **58,5%** des patients sevrés du tabac avait été traité par angioplastie. Dans cette population des patients traités par angioplastie et sevrés du tabac on retrouve **25%** d'angor résiduel et **75%** d'asymptomatiques.

## **6. Discussion:**

### Les facteurs de risques cardiovasculaires :

**Le tabagisme:** Le tabagisme est le facteur de risque cardiovasculaire prépondérant chez les sujets jeunes atteints de maladie coronaire. La proportion des fumeurs varie **de 76% à 91% [3–5]**.

**Le surpoids et l'obésité:** 50% de nos patients présentent un surpoids. Le taux est comparable à celui des nombreuses études qui retrouvent des proportions allant de **30% à 58%** de la prévalence de surpoids [3, 5] chez les sujets jeunes atteints de coronaropathie.

**Les dyslipidémies:** 43,5% de nos patients présentent une dyslipidémie. Ce taux est compatible avec les proportions retrouvées par Choudhury et al [3], **12 à 89%** mais est inférieur à celui de Kanitz et al [5] qui retrouvent un taux de **29,6%**.

Parmi les autres facteurs de risque cardiovasculaire, on retrouve: **l'hérédité (27%); le diabète (6%); l'hypertension artérielle (11%)**. On constate que l'hérédité, qui est un facteur de risque majeur, se trouve dans la proportion décrite par Choudhury et al [3] (**14 à 69%**).

Malgré leur jeune âge, **72,5%** des patients ont un cumul d'au moins de deux facteurs de risque cardiovasculaires majeurs avec le tabagisme actif qui se trouve dans les principales associations.

### Les aspects coronarographiques :

Nous avons trouvé dans notre étude que **34%** de nos patients ont des lésions mono tronculaires (plus de **50%** de la population dilatée) avec une atteinte équilibrée de la coronaire droite et de l'inter ventriculaire antérieure. Dans plusieurs séries, on trouve cette prédominance des lésions monotronculaires [5–7]. Cole et al [6] retrouve des lésions monotronculaires allant de **55% à 60%** dans les deux sexes avec une distribution similaire sur les deux vaisseaux principaux. Gurevitz et al [7] dans sa série de **135** femmes coronariennes âgées de moins de 50 ans retrouve **43%** des patientes avec des lésions

monotronculaires. Au terme de la coronarographie, **51,61%** des patients ont été jugés revascularisables par angioplastie dans notre série, compte-tenu de la prédominance des lésions de type B1 donc accessibles.

#### Coronarographie normale :

Dans la littérature, plusieurs études sur le SCA du sujet jeune montrent [5, 10] montrent qu'il y a une population non négligeable (**8 à 18% des patients**) avec des coronaires saines. Dans notre étude, on retrouve 19% des patients avec des coronaires saines. Ce sont des patients SCA ST- de sexes masculins, obèses et tabagiques avec une exploration non invasive positive (épreuve d'effort ou scintigraphie myocardique). On recense actuellement plusieurs hypothèses étiologiques dans la survenue d'un SCA à coronaires saines [5, 10]: embolie coronaire, agrégation plaquettaire, lyse spontanée du thrombus coronaire, état d'hypercoagulabilité (syndrome néphrotique, syndrome des anticorps anti phospholipides, déficit en protéine S et facteurs XII), spasme coronaire (consommation d'alcool, amphétamine, cocaïne). Dans **6%** des cas, dans notre population, on retrouve des faux positifs qui sont des myo-péricardites avec une présentation de SCA à ST+ à coronaires saines. Le registre **GRACE** [11], retrouve **7%** de diagnostic de SCA non confirmé. Dans une série de **11** patients âgés de **17 à 39** ans masculins hospitalisés pour SCA malgré des arguments cliniques, électriques et biologiques évidents de SCA à ST+, Constantini et al [12] retiennent le diagnostic de myocardite. Ce diagnostic a été posé sur la base des arguments indirects (absence ou présence d'un seul facteur de risque cardiovasculaire, récente histoire de fièvre, patients jeunes, recherche positive d'entérovirus chez **4** patients). **08** patients qui ont bénéficié d'une coronarographie ont des coronaires saines. Constantini et al [12] concluent que le diagnostic différentiel entre SCA à ST+ et une myocardite peut être difficile voire impossible.

## **7.Limites de l'étude :**

A côté de son caractère descriptif et rétrospectif la limite la plus importante de cette étude est l'absence d'utilisation du Score Syntax (14) qui fournit une analyse objective du degré de complexité des lésions et de la sévérité de la coronaropathie et qui représente un outil d'orientation de la stratégie de revascularisation.

## **8. Conclusion:**

- La prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) est une stratégie gagnante, tant par l'amélioration des traitements (antiagrégants, antihypertenseurs, hypolipémiants) que par la lutte contre les facteurs de risques (tabagisme, hypertension, dyslipidémie, obésité, sédentarité) . La réduction des principaux facteurs de risques, en particulier le tabagisme, l'hypertension et le cholestérol, suffisent à diminuer de plus de la moitié les décès d'origine coronarienne. Quant à l'amélioration des traitements, ils sont responsables d'une diminution de 40% des décès coronariens. Les études montrent également qu'une baisse de la mortalité coronarienne peut être rapidement obtenue par une prévention individuelle ou globale (alimentation, tabagisme) .

-Dans la réalité, plus de la moitié des patients passent au travers de la prévention et des cibles thérapeutiques alors que la totalité de la population devrait être concernée .

- La proportion de fumeurs n'a pas changé et le contrôle de l'hypertension artérielle ne s'est pas amélioré en dépit de l'utilisation croissante de médicaments antihypertenseurs. Concernant la population symptomatique à haut risque, elle n'adhère que peu aux recommandations sur le changement de mode de vie et les objectifs de tension artérielle, de cholestérol et de glycémie ne sont pas atteints .

- De plus, les bons résultats obtenus sont contrebalancés par une augmentation du tabagisme et de l'obésité (en particulier chez les femmes) et du diabète de type 2 .

-La dyslipidémie est considérée comme un des facteurs de risque le plus prévalent dans les pathologies coronariennes, touchant 30 à 40% des patients coronariens.

-Il apparaît ainsi au terme de cette étude que la plupart des sujets atteints de syndrome coronaire aigu sont de sexe masculin. Le facteur de risque modifiable le plus important est le tabagisme. En l'absence de facteur de risque cardiovasculaire conventionnel, la recherche d'autres facteurs de risque cardiovasculaire doit être entreprise notamment la prise de pilule contraceptive (deux patientes dans notre cohorte), la consommation de

cocaïne, un état d'hypercoagulabilité. Les lésions coronaires significatives sont en majorité monotronculaires et de type IVA . L'angioplastie transluminale percutanée coronaire a été réalisée avec un taux de succès initial de 100%.Le pronostic était bon lors de notre période de suivi avec un taux de mortalité de 0%. La qualité de vie était bonne avec plus de 2/3 de patients asymptomatiques. Le taux de sevrage tabagique post-syndrome coronarien aigu est de 82% et paraît supérieur aux données de la littérature. Il est donc possible qu'une prise en charge multidisciplinaire de l'intoxication tabagique dès la phase aiguë permette d'améliorer le taux de sevrage tabagique à long terme. Néanmoins cette donnée nécessiterait une étude prospective pour être confirmée.

## **9. Bibliographie:**

1. Ziakas A, Gomma A, McDonald J, Klinke P, Hilton D. A comparison of the radial and the femoral approaches in primary or rescue percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction in the elderly. *Acute Card Care* 2007; 9:93-6.
2. Hanon O, Baixas C, Friocourt P, et al. Consensus of the French Society of Gerontology and Geriatrics and the French Society of Cardiology for the management of coronary artery disease in older adults. *Arch Cardiovasc Dis* 2009; 102:829-45.
3. Dynina O, Vakili BA, Slater JN, et al. In-hospital outcomes of contemporary percutaneous coronary interventions in the very elderly. *Catheter Cardiovasc Interv* 2003; 58:351-7.
4. Kowalchuk GJ, Siu SC, Lewis SM. Coronary artery disease in the octogenarian: angiographic spectrum and suitability for revascularization. *Am. J. Cardiol* 1990; 66:1319-23.
5. Elbaz M, Fourcade J, Carrie D, et al. Coronary artery disease in octogenarians: contribution of coronary angiography and evaluation of therapeutic possibilities. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1995; 88:1391-8.
6. Muñoz JC, Alonso JJ, Duran JM, et al. Coronary stent implantation in patients older than 75 years of age: clinical profile and initial and long-term (3 years) outcome. *Am. Heart J* 2002; 143:620-6.
7. Christiaens L, Mankoubi L, Coisne D, et al. Coronary angiography in octogenarians. Therapeutic impact and medium-term followup. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1998; 91:1125-31.
8. Chauhan MS, Kuntz RE, Ho KL, et al. Coronary artery stenting in the aged. *J. Am. Coll. Cardiol* 2001; 37:856-62.
9. Kaiser C, Kuster GM, Erne P, et al. Risks and benefits of optimised medical and revascularisation therapy in elderly patients with angina--on-treatment analysis of the TIME trial. *Eur. Heart J* 2004; 25:1036-42.
10. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Impact of optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention on long-term cardiovascular end points in patients with stable coronary artery disease (from the COURAGE Trial). *Am. J. Cardiol* 2009; 104:1-4.
11. Graham MM, Ghali WA, Faris PD, et al. Survival after coronary revascularization in the elderly. *Circulation* 2002; 105:2378-84.
12. Fox KAA, Anderson Jr FA, Dabbous O H, et al. Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart* 2007; 93:177-82.

13. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW, et al. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation* 2007; 115:2570-89.
14. Georgios S, Marie-A M, Pieter K, et al. The SYNTAX Score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. *EuroInterv.* 2005; 1:219-27.

## **10.Résumé:**

-Introduction : Les pathologies cardiovasculaires et particulièrement les maladies coronariennes restent la principale cause de mort prématurée dans le monde. Elles affectent hommes et femmes.

-Objectifs et méthodes :

- Le but de ce travail est de déterminer les facteurs de risque cardiovasculaire d'une population atteinte de maladie coronaire.

-il s'agit d'une étude statistique descriptive rétrospective.

-Cette étude porte sur un échantillon de 420 cas observés au niveau du service de cardiologie CHU Tlemcen de l'année 2015 jusqu'à août 2016.

-Technique de la coronarographie :

Les coronarographies ont été réalisées avec un système radiologique numérique General Electrics par la technique habituelle de cathétérisme rétrograde avec un cathéter de diamètre de 5 french. La voie fémorale était la voie de choix,

-Resultats :

-Parmi les 420 patients inclus, il y a 320 hommes et 100 femmes soit une sex-ratio de L'âge varie entre 29 et 37 ans ; soit un âge moyen de  $34,14 \pm 2,96$  ans chez la femme. Chez l'homme l'âge varie de 19 ans à 60 ans avec un âge moyen de  $35,02 \pm 4,41$ ans. Le tabagisme actif est le facteur de risque cardiovasculaire le plus important de notre population (40.7% des patients inclus sont des fumeurs). On note chez 22,5% de patients un cumul de 3 facteurs de risques cardiovasculaires essentiellement constitués du tabagisme actif

-Discussion :

-ces résultats concordent avec ceux de la littérature mais concernant la gravité ou les complications à un an l'étude n'a pas permis de conclure à une différence entre les 2 groupes, probablement par manque de puissance (effectif trop faible) mais aussi parce qu'il existe un biais dans le suivi des patients lié au caractère rétrospectif de l'étude.

## **11.MOTS- CLES :**

-syndrome coronarien aigu, HDL-cholestérol, maladies cardio-vasculaires, facteurs de risques cardio-vasculaires, dyslipidémie, obésité, diabète, syndrome métabolique, coronarographie, sujet âgé.