

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIER ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID-TLEMCCEN

FACULTE DE MEDECINE Dr. B.BENZERDJEB-TLEMCCEN

MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Dr.ZAHDOUR Hichem
Dr.BOUCHNAK KHALDI Wassila

CHU Tlemcen- Service de Cardiologie

**PREVALNCE DE L'HTA AU COURS DE SYNDROME CORONARIEN
AIGU AVEC SUS DÉCALAGE DE ST**

Directeur de mémoire :

Dr Moussaoui

Maitre assistant en cardiologie

2018-2019

Remerciements

À notre maître et rapporteur de thèse,

Monsieur Moussaoui Fethi

Maître assistant en cardiologie CHU Nemcen

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant d'encadrer ce travail et en ayant confiance en nous.

La considération et le temps que vous nous avez accordé, malgré vos importantes responsabilités, nous ont beaucoup marqué.

Tout comme vos qualités professionnelles et humaines. Votre enseignement a été clair, précieux et indispensable pour forger notre savoir.

Veillez trouver par ce travail chez maître toute notre considération et notre admiration.

Dédicace

Je dédie ce travail.....

A mes chers parents

Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de votre dévouement. J'espère réaliser l'une de vos rêves. Vous m'avez toujours soutenue et encouragée en toute circonstance. Vous m'avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Je vous dédie cette thèse en témoignage de ma gratitude. Je ferai de mon mieux pour vous procurer une fierté digne de vos sacrifices. Je vous souhaite le bonheur, la paix et la santé.

A mes chères sœurs : « Khalida »... « Radja et la petite Leyneb »... « Lemya ».

Je vous serais éternellement reconnaissant pour votre amour, votre tendresse, votre douceur, votre générosité et votre humour. Merci d'avoir fait de moi un frère gâté. Que notre entente et notre complicité perdure à jamais.

A la lumière de ma vie, mon unique amour et ma plus grande espérance, ma femme adorée « Imane »... Pour son soutien et sa patience au cours de ces années d'études ...

A « Salah » et « Fouad »

A mes amis : Marcuane, Hicham, Mimoun, Boucif, Hamada ..

A nos rires, à nos folies, à tout ce que nous avons partagé ensemble.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Généralités et définitions

I-Facteurs de risque

A-Les facteurs non contrôlables

B-Les facteurs modifiables

II-Diagnostic de SCA ST+

A-Clinique

1-L'interrogatoire

2-Examen physique

3-ECG

B-Biologique

1-Signes biologiques non spécifiques.

2-Bilan biologique standard.

3-Enzymes cardiaques classiques.

4-Nouveaux marqueurs biologiques

C-Cliché thoracique de face

D-Echographie

E-Examens complémentaires différés

1-Echo de stress

2-L'épreuve à l'effort

3-Coronarographie

4-Scintigraphie

III-Complications de SCA ST+

A-Complications précoces.

B-Complications tardives.

IV-Traitements

A-Mesure d'ordre général.

B-La reperfusion

C-Traitement anti thrombotique.

D-Traitement anti ischémique.

E-Statines.

Malades et méthodes

Les objectifs

L'étude proprement dite

I-Analyse globale de SCA ST+

II-Analyse de l'HTA au cours de SCA ST+

Discussion

Conclusion

Bibliographie

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires représentent de nos jours un grand problème de santé publique à l'échelle mondiale. Elles sont à l'origine du quart des décès enregistrés dans le monde et représentent, de ce fait, la première cause de mortalité dans le monde. On estime qu'en 2012, 17,5 millions de personnes en sont mortes, soit 30% de l'ensemble des décès dans le monde. Selon les estimations, 7,5 millions de ces décès sont dus aux cardiopathies coronariennes.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Algérie, avec de 20 000 à 25 000 décès chaque année. En 2002, 26,1% des décès ont été causés par ces maladies.

En 2010 plus de 1 million de personnes présentent des affections cardiovasculaires dans notre pays (Ministère de la Santé et de la Population ,2003).

La pathologie coronarienne représente le chef de fil des maladies cardiovasculaires. Cette affection peut se manifester par plusieurs entités cliniques : de l'ischémie silencieuse jusqu'à la mort subite, en passant par l'angor stable, l'insuffisance cardiaque et les syndromes coronariens aigus. Ces derniers regroupent l'angor instable et l'infarctus du myocarde.

On connaît depuis plusieurs décennies le rôle de l'occlusion de l'artère coronaire dans la survenue de la maladie coronarienne et, en l'occurrence, le syndrome coronarien aigu (SCA).

Le SCA, objet de notre travail, est une urgence diagnostique et thérapeutique, avec un risque fatal important à court et à moyen terme, mais sa morbi-mortalité a toutefois été réduite de façon significative grâce à des progrès réalisés à plusieurs niveaux d'intervention.

Les progrès en la matière ont abouti, d'une part, à l'élaboration des recommandations de prise en charge par les sociétés savantes, à savoir : l'European Society of Cardiology (ESC) et l'American Heart Association (AHA) et d'autre part, à une nouvelle définition de l'infarctus du myocarde distinguant le SCA selon la modification ou non du segment ST .

L'application des recommandations internationales, quoique primordiale pour garantir une meilleure prise en charge, demeure difficile dans un pays en voie de développement comme l'Algérie en raison de la difficulté d'accès aux soins et à cause du manque d'infrastructures qualifiées pour prendre en charge les patients atteints de SCA dans les règles de l'art, sans oublier l'absence de la médecine pré hospitalière qui constitue la clef de voûte de cette prise en charge.

La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) est de 25% dans la population adulte et augmente massivement avec l'âge (jusqu'à 70% des personnes de 70 ans sont hypertendues).

Parmi les FRCV, l'HTA est le plus important pour les maladies suivantes : AVC, maladie coronarienne, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, artériopathie périphérique, anévrisme et dissection aortique, atteinte oculaire.

Un dépistage de l'HTA devrait être intégré au moins 1x/2 ans dès l'âge adulte, mais aussi chez l'enfant et l'adolescent, lorsque c'est possible.

Après un rappel des données de la littérature, ce travail se propose d'étudier la prévalence de l'HTA au cours de syndrome coronarien aigu.

Généralités et définitions:

L'athérosclérose est une affection chronique avec des poussées aiguës évolutives. Celles-ci peuvent avoir des expressions cliniques, électriques et biologiques très différentes (angor de novo, angor de repos, infarctus myocardiques aigus avec onde Q dit transmural, infarctus myocardique aigu sans onde Q encore qualifié de sous-endothélial ou rudimentaire), regroupées aujourd'hui sous la dénomination «syndromes coronaires aigus» (SCA).

Le dénominateur commun des SCA est leur physiopathologie. Les SCA sont la conséquence de la rupture ou de la fissuration d'une plaque à athérosclérose coronaire, plus ou moins sténosante, sur laquelle un thrombus se forme obstruant plus ou moins complètement l'artère.

Les principes de la présentation clinique, des examens complémentaires et de la prise en charge sont assez similaires quel que soit le syndrome coronaire aigu, mais certaines distinctions importantes sont à connaître en fonction du type.

La définition et les différences entre les syndromes coronaires aigus reposent sur une triade incluant la présentation clinique, l'électrocardiogramme et les résultats des enzymes cardiaques. Les SCA sont divisés en deux (02) groupes selon la présence ou non d'un sus-décalage persistant du segment ST à l'ECG : les SCA sans sus-décalage persistant du segment ST et les SCA avec sus-décalage persistant du segment ST (l'aspect électrocardiographique conditionne en effet la prise en charge initiale).

I- Facteurs de risque:

A- les facteurs non contrôlables :

- Age avancé.
- Sexe masculin.
- Prédisposition génétique.

B- Facteurs modifiables.

- Tabagisme (le risque est généralement doublé).
- Hyperlipidémie.
- Intolérance au glucose ou diabète sucré.
- Obésité (poids > 30% du poids idéal).
- Hypothyroïdie.
- Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG).
- Mode de vie sédentaire.
- Usage de contraceptifs oraux.
- Usage de cocaïne.
- Faibles taux sériques de folate, le folate est nécessaire à la conversion d'homocystéine en méthionine. L'hyperhomocystéinémie a un effet toxique sur l'endothélium vasculaire et interfère avec la prolifération de cellules du muscle lisse de la paroi artérielle.

-Hyper tension artériel :

Définition et classification

Il n'y a pas de frontière franche entre les valeurs de pression artérielle normales et une hypertension artérielle. Le niveau de pression artérielle est quantitativement lié au risque cardiovasculaire. Néanmoins, les critères pour le diagnostic d'une HTA chez l'adulte sont des valeurs $\geq 135/85$ mmHg (voir tableaux 1 et 2). Pour l'enfant et l'adolescent, les valeurs normales sont plus basses (tableau 3). Les formes d'HTA sont résumées dans le tableau 4.

Au cabinet	<140/90 mmHg
Auto-mesure	<135/85 mmHg
MAPA jour-nuit	<130/80 mmHg
MAPA jour	<135/85 mmHg
MAPA nuit	10 à 20% de moins que valeurs diurnes

Tableau 1: Pression artérielle normale; MAPA= monitoring de la pression ambulatoire.

Classe	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	120 - 129	80 - 84
Normale haute	130 - 139	85 - 89
Stade I (légère)	140 - 159	90 - 99
Stade II (modérée)	160 - 179	100 - 109
Stade III (Sévère)	> 180	> 110
HTA systolique isolée	> 140	< 90

Tableau 2: Classification de l'hypertension (adultes > 18 ans), sur une moyenne de trois mesures effectuées à plusieurs occasions (semaines, mois).

- HTA systolique:
1-17 ans: $>100 + (\text{âge} \times 2)$ mmHg
- HTA diastolique:
1-10 ans: $> 60 + (\text{âge} \times 2)$ mmHg
11-17 ans: $> 70 + \text{âge}$ mmHg

Tableau 3: Classification de l'hypertension chez les enfants.

HTA blouse blanche: HTA uniquement au cabinet
HTA masquée: HTA uniquement en dehors du cabinet
HTA résistante: TA $> 135/85$ mmHg malgré trithérapie (comprenant un diurétique)
à posologie appropriée > 4 semaines

Tableau 4 : Formes/définitions d'HTA

Mesure de la tension artérielle (TA):

Compte tenu de la variabilité des valeurs de pression artérielle, le diagnostic d'HTA doit être basé sur de multiples mesures (tableau 5), obtenues lors d'occasions séparées sur plusieurs semaines.

- Position assise (> 5min.), exclure une hypertension orthostatique
- Mesure aux deux bras (symétrie des valeurs)
- Brassard adapté à la circonférence du bras (> 33 cm = grosse manchette)
- Décompression de 2 mmHg/sec (mesure auscultatoire)
- Pression diastolique: phase V de Korotkov (disparition des bruits)
- Phase IV (diminution des bruits) utilisée dans des cas particuliers (grossesse)
- Prendre trois mesures avec une précision de 2 mmHg et noter la moyenne des deux dernières valeurs.
- Manomètres (appareil validé; www.dableducational.com):mercure, anéroïde, oscillométrique.
- Calibration régulière de l'appareil

Tableau 5 : Technique de mesure de la pression artérielle

II-Diagnostic

Diagnostic du SCA avec sus décalage ST:

A. Clinique:

1- Interrogatoire:

*Antécédents:

- Notion d'angor.
- Rechercher, les facteurs de risque d'athérosclérose.

*Facteurs déclenchants:

- Stress, émotion intense, exercice physique violent, une intervention chirurgicale, une anémie aiguë, une exposition au froid....

*La douleur angineuse:

- Formes typique:
 - o Douleur retro sternale, très intense.
 - o Brutale ou après effort physique dont l'arrêt ne la fait pas cédée.
 - o Irradiation : mâchoire, membres supérieurs, épigastre.
 - o Prolongée > 20mn résistante aux dérivés nitrés et aux antalgiques habituels.
 - o Signes associés : angoisse, sensation de mort imminente, sueurs froides.
- Formes atypiques:
 - o Formes indolores fréquentes chez les diabétiques et les sujets âgés.
 - o Formes pseudo digestives : douleur épigastrique, nausées, vomissements, éructations, hoquet persistant peuvent égarer le diagnostic vers une pathologie digestive. Se voit surtout dans les syndromes coronaires aigus.
 - o Formes avec douleur thoracique atypique dans son siège, ses irradiations ou son intensité.
 - o Formes confusionnelles et psychiatriques avec agitation ou prostration.
 - o Formes révélées par une complication : œdème aigu du poumon, état de choc, syncope, accident vasculaire cérébral ischémique...

2- Examen physique:

- L'examen physique doit être minutieux.
- Tachycardie sinusale...
- Fièvre modérée (38 à 38.5 °C).
- Autres localisations de l'athérosclérose (membres inférieurs ; troncs supra aortiques)

3- ECG:

- Examen fondamental, il doit être réalisé immédiatement à l'arrivée du malade au service d'urgence.
- 18 dérivations (12 dérivations habituelles plus les trois dérivationsthoraciques postérieures V7 V8 V9 et les trois dérivations précordiales droites V3RV4R VE).
- Il permet de confirmer le diagnostic de syndrome coronaire aigu et de déterminer sa topographie et éventuellement des complications rythmiques.

a) Forme typique

*Dans la première demi-heure : ischémie sous-endocardique ondes T amples.

*Rapidement apparaît une lésion sous-épicardique avec sus-décalage convexe vers le haut englobant en partie l'onde T (onde de parade).

+Ce sus-décalage de ST s'associe inconstamment à un sous-décalage en miroir dans les dérivations opposées.

+Le diagnostic de syndrome coronaire aigu doit être fait devant une douleur thoracique prolongée (>30 minutes) résistante à l'action des dérivés nitrés et associée à un sus-décalage du segment ST supérieur à 2mm dans deux dérivations électro cardiographiques contiguës.

+Ce tableau impose une prise en charge thérapeutique urgente sans attendre les résultats des enzymes cardiaques ou d'autres examens complémentaires qui risqueraient de retarder la reperfusion.

*L'onde Q apparaît après la 6^{ème} heure:

+Elle est classiquement considérée comme significative lorsqu'elle dure au moins 0.04 seconde ou lorsque sa profondeur est égale au moins au tiers de l'amplitude de l'onde R.

*En quelques heures ou en quelques jours:

+L'onde T se négative

+Le sus-décalage régresse : Sa persistance au delà de 3 semaines doit faire craindre la constitution d'un anévrisme ventriculaire.

+L'onde Q se creuse.

*Au stade chronique :

+Les ondes T peuvent se prépositives

+L'onde Q persiste le plus souvent (cicatrice), parfois elle diminue avec le temps.

b) Formes particulières:

*Dans le cas où existe une anomalie de l'activation du ventricule gauche (BBGC, PM, WPW), aucune onde Q de nécrose n'apparaît, et le diagnostic n'est suspecté que sur des troubles évolutifs de la repolarisation. Le diagnostic ECG de syndrome coronaire aigu est difficile.

*En cas de BBGC:

+Les signes d'ischémie: Sus-décalage important >5mm en précordiales droites.

+Signes de nécrose: Signe de Cabrera : crochetage de la branche ascendante de S en V3, V4 témoignant d'une nécrose antéroseptale.

c) Diagnostic topographique:

V1, V2, V3 : IDM antéro-septal

V1, V2, V3, V4: IDM antero-septo-apical.

V1-V6, DI, AVL: 1DM antérieur étendu.

DI, AVL: IDM latéral haut.

V5, V6: 1DM latéral bas.

V3, V4: 1DM apical.

DII, DIII, AVF: IDM postéro inférieur.

V1-V3, DII, DIII, AVF: IDM septal profond

V7, V8, V9: IDM basal.

V3r, V4r: ventricule droit.

V1-V6, DII, DIII, AVF, DI, AVL: IDM circonferenciel.

B-Biologie:

1. Signes biologiques non spécifiques:

-Hyperleucocytose à polynucléaires modérée.

-Elévation de la vitesse de sédimentation, de la protéine C réactive (CRP) et du taux de fibrinogène.

2. Bilan biologique standard:

-Urée, créatinine, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique.

-INR, TCA, NFS avec taux de plaquettes

3. Enzymes cardiaques classiques:

-Les ASAT0uTGO.

-La LDH.

-La CPK totale.

4. Nouveaux marqueurs biochimiques:

Grace au développement des techniques de dosage immun enzymologique, il existe des tests fiables et rapides pouvant être réalisés en urgence...

*La CPK-MB: est plus spécifique.

*La myoglobine : c'est un marqueur hautement sensible et précoce de l'infarctus, mais non spécifique.

*Troponines : ++

Les plus utilisés en pratique

➤ La troponine T a un taux inférieur à 0.5 g/L chez les sujets sains.

➤ La troponine I n'est présente qu'à l'état de traces chez le sujet normal.

C-Cliché thoracique de face:

En cas d'une insuffisance ventriculaire gauche à la recherche d'un œdème aigu du poumon.

D. Echocardiographie:

-l'échocardiographie a un intérêt pour l'étude de la cinétique segmentaire et globale. (hypo kinésie ou akinésie) dans le territoire du syndrome coronaire

-Elle permet d'éliminer d'autres diagnostics comme une péricardite liquidienne ou une dissection de l'aorte ascendante proximale.

-Elle recherche les complications précoces (dysfonction ventriculaire gauche; akinésie septale et apicale.

E. examens complémentaires différés:

1-Echo de stress:

l'échocardiographie de stress est dépendante de la qualité de l'imagerie bidimensionnelle et ne peut pas être effectuée chez les patients ayant une mauvaise échogénicité (près de 5% des patients).

Une technique et une interprétation rigoureuses par un échocardiographe expérimenté sont essentielles afin d'obtenir des résultats fiables et reproductibles.

2-L'épreuve d'effort:

L'épreuve d'effort est simple à réaliser, elle est validée de longue date et demeure l'examen de choix pour la majorité des patients. Cependant, sa sensibilité n'est pas excellente et ses performances diminuent en cas de bloc de conduction intra ventriculaire, d'anomalies de la repolarisation, de faible capacité physique et de prise de certains médicaments (par exemple, la digoxine).

3- Coronarographie:

*Elle peut être réalisée précocement:

- Dans un but thérapeutique : angioplastie primaire.
- Dans un but diagnostique : lorsque les signes cliniques (douleur atypique) ou l'ECG (ECG peu modifié, BBG, PM, WPW) sont d'interprétation difficile.
- Les premiers jours en cas de récurrence ischémique ou de complication.

4-Scintigraphie:

La scintigraphie myocardique, couplée à un stress physique ou pharmacologique, permet une visualisation de la perfusion myocardique en utilisant un traceur radioactif. Elle est très utile chez les patients présentant des anomalies électriques ou des troubles de la conduction intra ventriculaire à l'état basal. Cependant, les patients avec un bloc de branche gauche peuvent présenter une hypo perfusion septale secondaire aux troubles de la conduction (par retard de dépolarisation du septum). La sensibilité et la spécificité de la scintigraphie sont moins bonnes chez la femme, avec atténuation du signal par les seins.

III-Complications du SCA avec sus-décalage ST:

A-Complications précoces:

➤ **Troubles du rythme:**

***Supra-ventriculaire:**

- Tachycardie sinusale, ESA.
- Rythme jonctionnel accéléré.
- Flutter.

***Ventriculaire :**

- ESV, TV, FV.
- RIVA (rythme idio-ventriculaire accéléré).

➤ **Troubles de la conduction :**

- BAV, bloc de branche.

- Bradycardie sinusale, trouble de la fonction sinusale.

➤ **Complications hémodynamiques:**

- Insuffisance ventriculaire gauche : de l'IVG modérée au choc cardiogénique.
- Insuffisance cardiaque droite.
- Arrêt circulatoire : dissociation électromécanique.

🚩 La clinique et la radiographie de thorax sont à la base de la classification de Killip qui reste un excellent indice pronostique:

*Classe I : pas de signes d'IVG, bon pronostic.

*Classe II: B3 ou râles pulmonaires n'excédant pas 50% des champs pulmonaires.

*Classe III : râles pulmonaires n'excédant pas 50% des champs pulmonaires : OAP franc.

*Classe IV : choc cardiogénique.

➤ **Complications mécaniques:**

-Rupture de paroi libre, de SIV.

-IM ischémique (par rupture des cordages).

➤ **Complications thromboemboliques:**

-Embolie artérielle périphérique.

-AVC ischémique.

B-complications tardives :

➤ **Dyskinésie ventriculaire :**

-Dyskinésie pariétale.

- Anévrisme de VG : sus décalage du segment ST au-delà de IOJconfirmé par l'écho cardiographie.

-Evolution : IVG, troubles de rythme V, thrombus intra-ventriculaire gauche.

➤ **Complication inflammatoires:**

-Syndrome de DRESLER: reprise de douleur, signes inflammatoire.

-Pleurésie, avec ou sans péricardite.

- Syndrome épaule-main (périarthrite scapulo-humérale).

➤ **Récidive de syndrome coronaire :**

IV-Traitement :

A-Mesures d'ordre général:

-Hospitalisation.

-Repos physique et psychique.

-Monitoring électro cardiographique continu, avec défibrillateur apportée de main.

-Vois d'abord veineuse périphérique de bon calibre.

- Prélèvement sanguin.

- Oxygénothérapie si insuffisance cardiaque.

-Traitement antalgique et anxiolytique permet de diminuer l'hyperadrénergiedue au stress physique et moral

- Lutte contre l'ulcère de stress par antiacides systématiques.

-Surveillance : FC, TA, fréquence respiratoire, examen cardiaque, ECG, enzymes cardiaques. Reperfusion coronaire en urgence.

B-La reperfusion:

Permet de limiter la taille de la nécrose, de préserver la fonction ventriculaire gauche, et de diminuer la morbimortalité.

➤ **La thrombolyse:**

Principaux thrombolytiques:

-Streptokinase.

-Urokinase, actilyse.

-Anistreplase (APSAC ou Eminase).

-Lanotéplase (nPA).

Indications :

Les indications de la fibrinolyse incluent tout patient souffrant de douleur angineuse depuis au moins 30min et moins de 12h, résistante à la trinitrine sublinguale, avec sus-décalage du segment ST ou bloc de branche gauche complet récent, et ce, en l'absence de contre-indication.

Contre-indications absolues:

- Antécédent d'hémorragie intracrânienne.
- Malformations vasculaires cérébrales.
- Tumeur maligne intracrânienne.
- AVC ischémique récent.
- Suspicion de dissection aortique.
- Saignement actif (ulcère gastroduodéal évolutif).
- Trauma facial ou crânien.
- Anomalie connue de l'hémostase.

➤ **L'angioplastie :**

L'angioplastie primaire : consiste à désobstruer mécaniquement l'artère occluse au moyen d'un ballonnet avec ou sans endoprothèse.

Indications obligatoires:

- Etat de choc cardiogénique.
- Infarctus sur pontage aortocoronaire veineux.
- Contre-indication à la thrombolyse.

C-Traitement antithrombotique :

➤ **Antiagrégants plaquettaires :**

Aspirine : à la dose de 150-325 mg en IV avec relais per os.

Clopidogrel PLAVIX : Il est indiqué en cas d'angioplastie (dose de charge de 300mg puis 75mg/j).

Inhibiteurs des récepteurs GIIb/IIIa plaquettaires.

➤ **Anticoagulants:**

Héparine non fractionnée : avant l'ère des thrombolytiques l'HNF diminuait la morbi-mortalité précoce.

Héparine de bas poids moléculaires: ils ne sont pas indiqués.

Autres anticoagulants: les AVK, du fait de leur délai d'action, n'ont pas d'indication à la phase aiguë de l'infarctus. Indiqués en cas de : CPC thrombo-emboliques, FA, anévrisme de VG.

D-Traitement anti-ischémique:

Dérivés nitrés.

les B bloquants réduisent

Inhibiteurs calciques.

Les IEC:

E-Statines: prévention secondaire

La prescription des statines doit débuter dès la phase hospitalière car ceci améliore l'observance après la sortie du malade.

Ex: simvastatine (ZOCOR 20mg), atorvastatine (TAHOR 10mg).

Malades et méthodes

Il s'agit d'une étude statistique descriptive rétrospective intéressant les patients admis pour syndrome coronarien aigu, sur une période de 12 mois, du janvier 2018 au décembre 2018.

Cette étude a été menée au sein du service de cardiologie CHU Tlemcen .

Ont été inclus dans notre étude tout patient admis puis hospitalisé au service de cardiologie pour SCA ST+ « STEMI »

Ont été exclus dans notre étude tout patient admis pour SCA ST-« NSTEMI »

Les données anamnestiques, cliniques, électriques et biologiques ainsi que l'évolution à court terme en per hospitalier, ont été relevées à partir des dossiers médicaux du service de cardiologie. Avant de débiter l'étude, un accord oral a été pris auprès de chef de service de cardiologie CHU Tlemcen .

Notre étude comporte l'analyse globale de SCA ST+ ainsi une analyse détaillée de l'HTA chez les patients présentant un SCA ST+.

Les variables recueillies ont été les suivantes :

- **le sexe .**
- **l'âge.**
- **Facteurs de risques cardio-vasculaire :**HTA ,diabete,tabac ,dyslipidémie ,hérédité coronaire .
- **Territoire ECG.**
- **Délais de la douleur.**
- **Notion de thrombolyse.**
- **Notion d'angioplastie.**
- **Bilan biologique (créatinine).**
- **Echocœur :FEVG.**
- **Complications :**TV ,BAV ,Etat de choc, décès.
- **Traitement de sortie pour l'HTA.**

Les objectifs :

Objectif principale :

L'étude vise à identifier la prévalence de l'HTA au cours de syndrome coronarien aigu ST+.

Objectifs secondaires :

- ❖ Analyse générale de syndrome coronarien ST+.
- ❖ Constatations des autres facteurs de risques en présence de l'HTA chez le même patient atteint de SCA ST+.
- ❖ Connaitre des associations des facteurs de risques les plus fréquentes avec l'HTA au cours de syndrome coronarien aigu ST+.
- ❖ Analyse de l'HTA selon les caractéristiques de la population.

L'étude proprement dite:

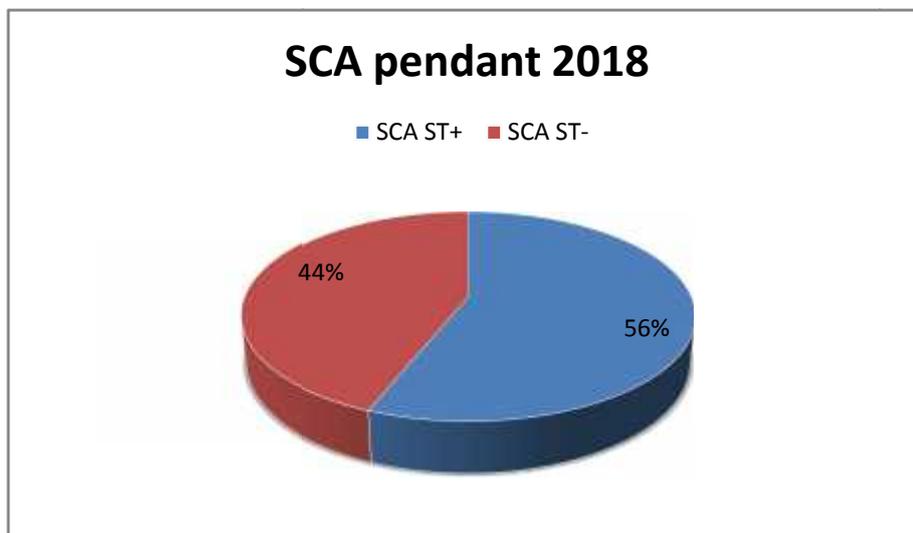
I /Analyse globale de SCA ST+

01/Nombre total des patients atteints du SCA avec ST+ :

Pendant la période de Janvier 2018 au Décembre 2018,771 patients ayant un SCA ont été admis au service de cardiologie CHU Tlemcen dont 432 ont été inclus dans notre étude (SCA ST+), 339 patients ont été exclus (SCA ST-)

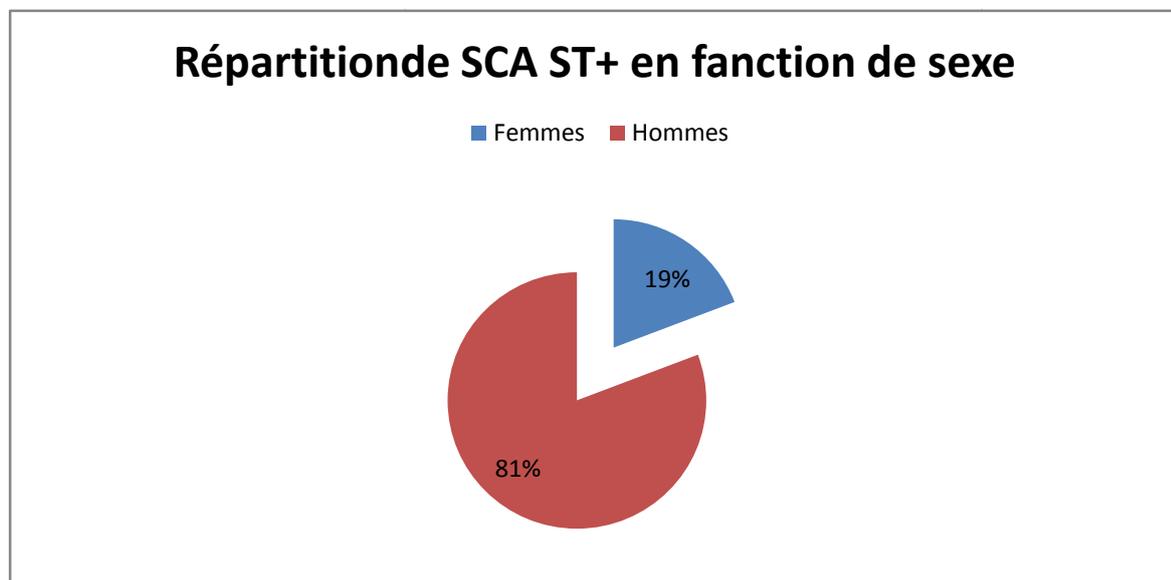
	Nombre	Pourcentage
SCA ST+	432	56.03 %
SCA ST -	339	43.97%

Tableau 1:répartition des patients SCA ST+ et SCA ST-



02/Répartition des cas de SCA avec ST+ en fonction de sexe:

Parmi 432 patients, 83 femmes sont atteintes du SCA avec ST+ soit un pourcentage de 19.21% et 349 hommes correspondant à 80.79%.

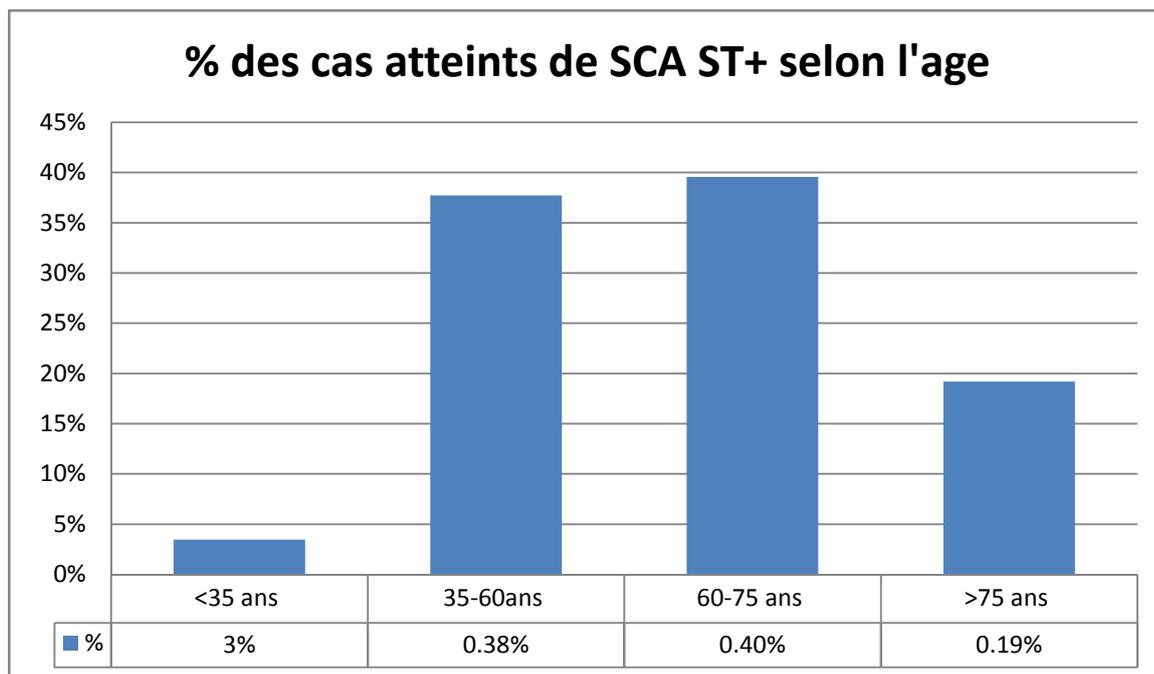


03/Distribution des cas étudiés en fonction de chaque tranche d'âge:

Les tranches d'âge	Nombre /% des cas atteints de SCA ST+	Pourcentage des cas du SCA ST + selon le sexe	
		Femmes	Hommes
<35 ans	15 03.47%	03 20%	12 80%
35-60 ans	163 37.73%	19 11.66%	144 88.34%
60-75 ans	171 39.58%	42 24.56%	129 75.44%
>75 ans	83 19.21%	31 37.35%	52 62.65%

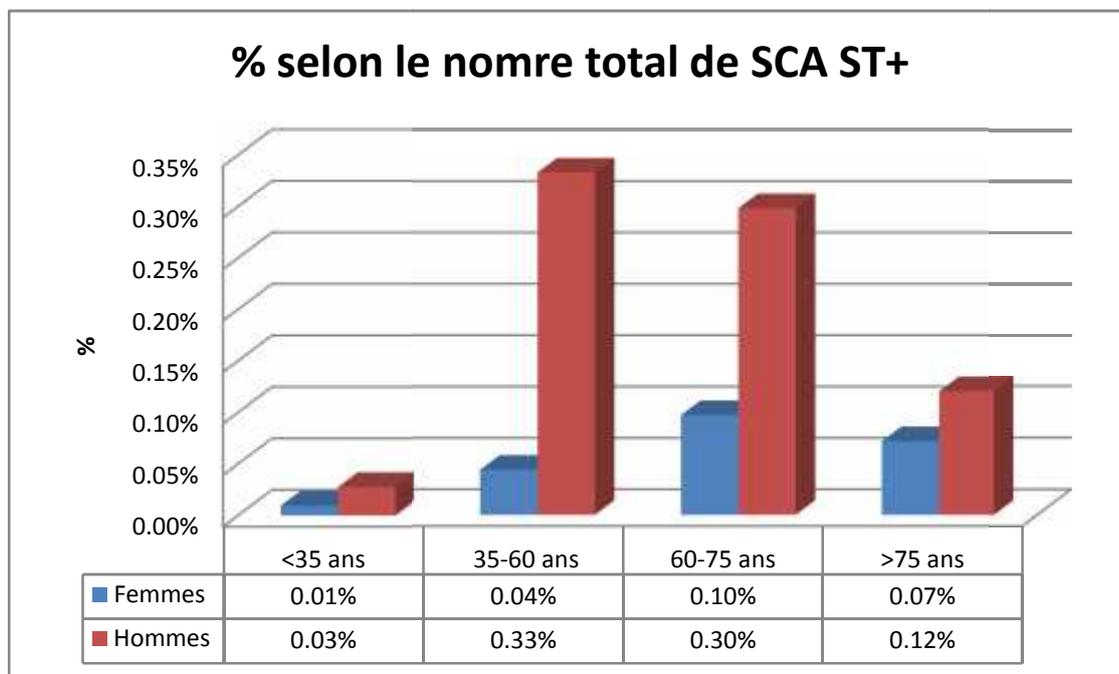
Tableau 2: Répartition des SCA ST+ selon le sexe

Les deux tranches d'âge les plus touchées par le SCA avec ST+ sont ceux de 35 à 60 ans et 60-75 ans à raison de 37.73% et 39.58% successivement.



Tranches D'âge	Fréquence de la maladie chez les femmes	Fréquence de la maladie chez les hommes
<35 ans	03 0.96%	12 02.78%
35-60 ans	19 04.40%	144 33.33%
60-75 ans	42 09.72%	129 29.86%
>75 ans	31 07.18%	52 12.04%

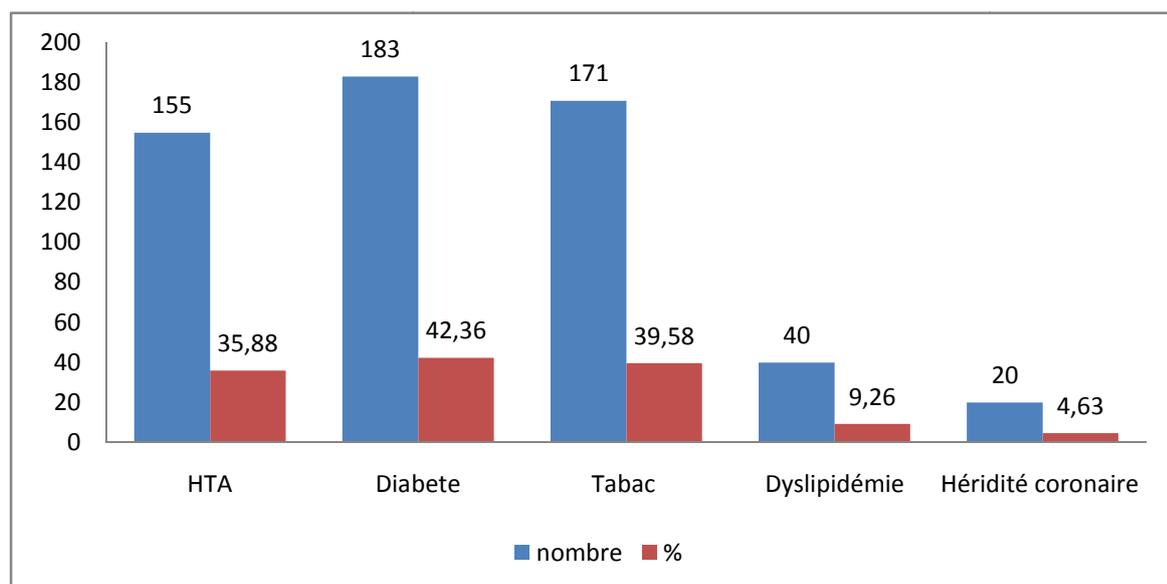
Tableau 3: Fréquence de SCA ST+ selon l'âge



Les femmes sont plus exposées de faire un SCA avec ST + dans la tranche d'âge de 60-75 ans, tandis que les hommes sont plus exposés dans la tranche d'âge 35-60 ans.

04/Association des facteurs de risque chez les malades souffrants du syndrome coronaire aigu:

Facteur de risque	Nombre des malades atteints du syndrome coronaire aigu	Pourcentage des malades atteints du syndrome coronaire aigu
HTA	155	35.88%
Diabète	183	42.36%
Tabac	171	39.58%
Dyslipidémie	40	09.26%
Hérédité coronaire	20	04.63%



Le diabète est le premier facteur de risque suivi de de tabac et l'HTA, avec successivement 42.36%, 39.58%, 35.88%.

05/Répartitions des cas étudiés selon le territoire ECG :

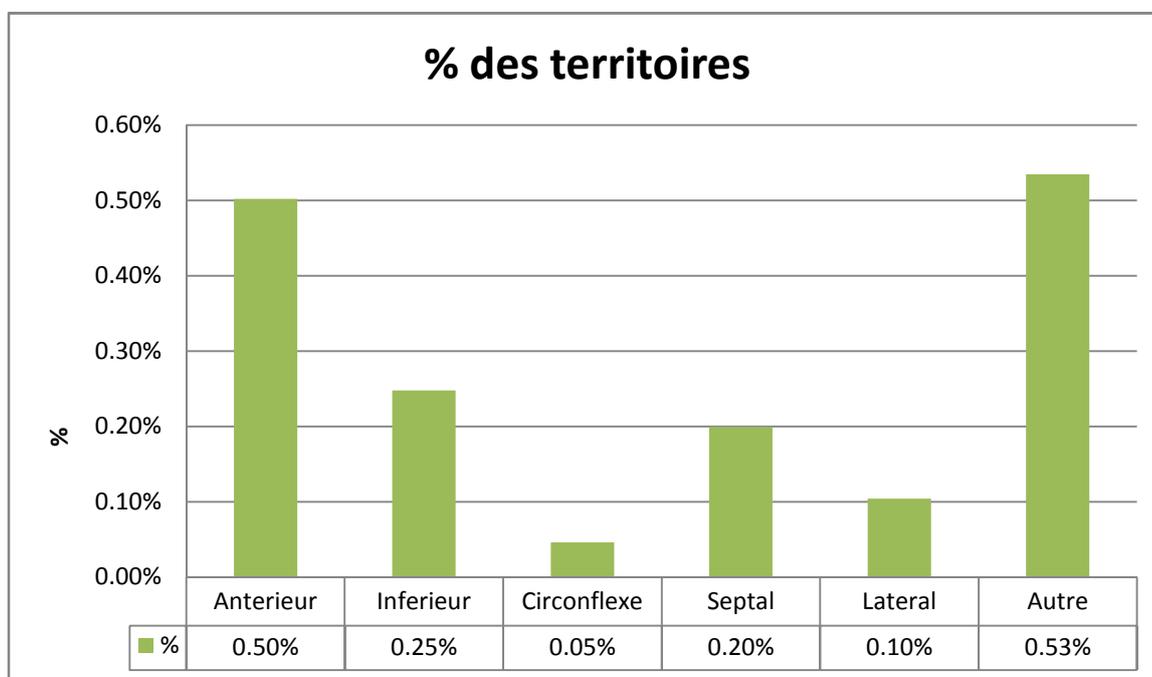
Territoire	Nombre des cas	Pourcentage des cas
Antérieur	217	50.23%
Inferieur	107	24.77%
Circonflexe	20	04.63%
Septal	86	19.91%
Latérale	45	10.42%
Autre	231	53.47%

Tableau 4: Répartitions de SCA ST+ selon territoire ECG

N.B :

-le patient peut présenter un seul territoire, comme il peut présenter à la fois 02 territoire concomitant ou plus.

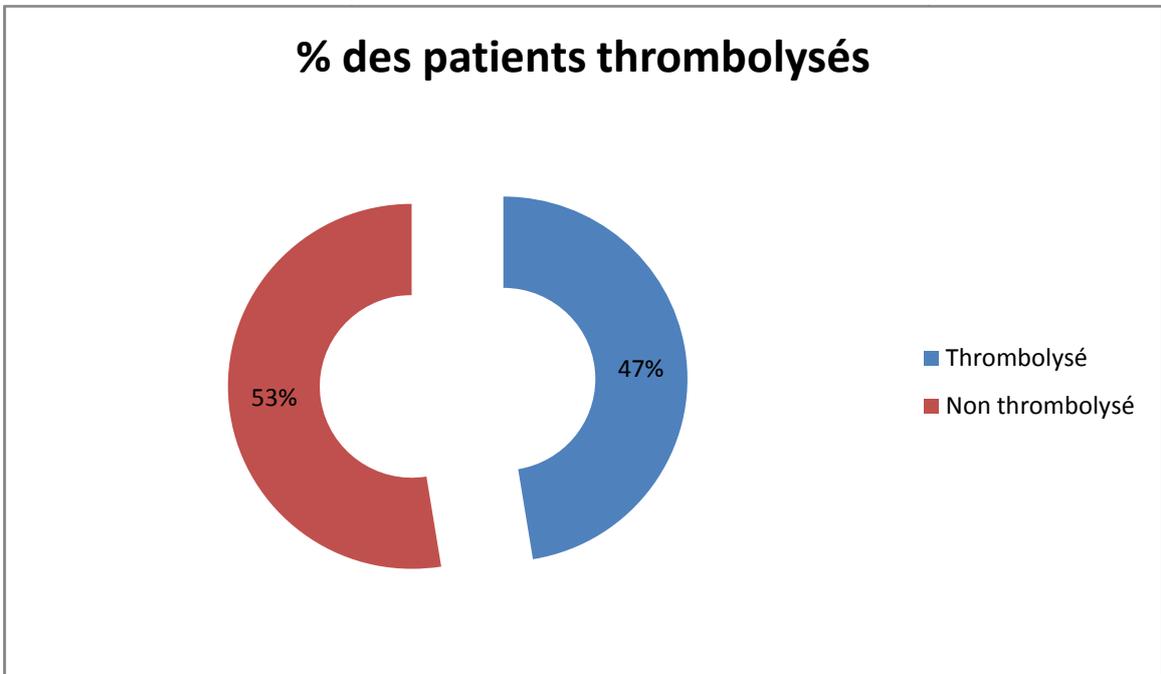
- « Autre » : regroupe les territoires : apical et basal.



Le territoire antérieur est le plus présent chez les patients atteints de SCA ST+ avec 50.23% suivie de territoire inferieur et septal avec successivement 24.77% et 19.91%.les territoires latéral et circonflexe sont moins présent avec 10.42% et 04.63%.Les autres territoires non indiqué dans notre étude, sont présents chez 53.47%des patients atteints de SCA ST+

06/Répartitions de patients selon la notion de thrombolyse :

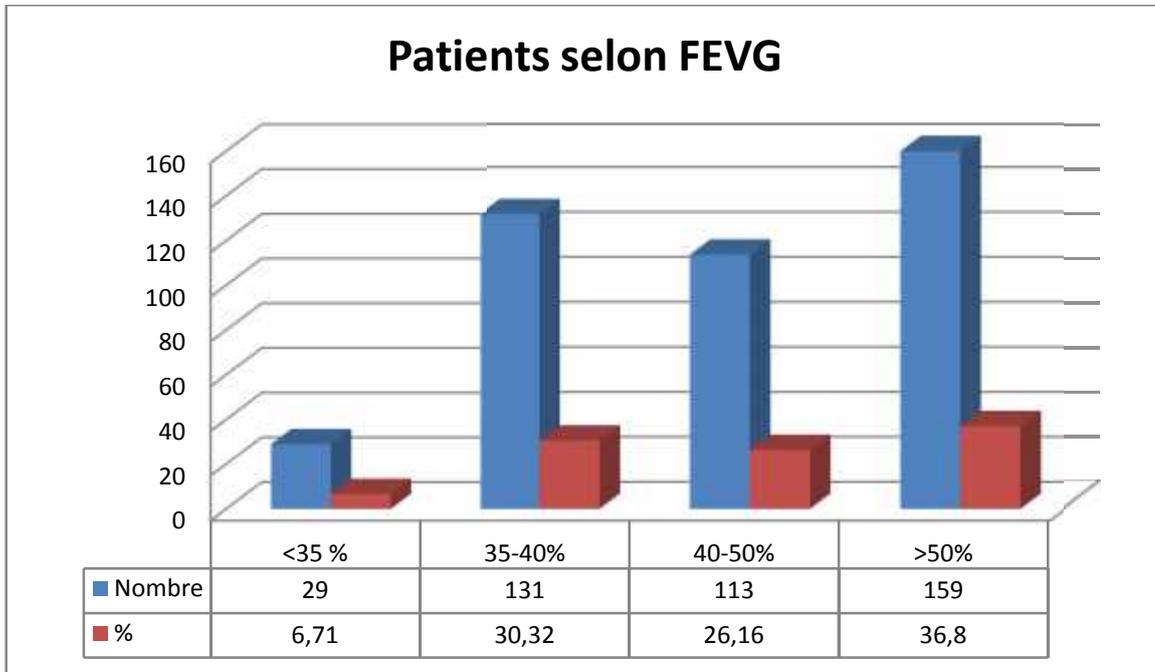
Sur 432 patients atteints de SCA ST+,205 patients ont été thrombolysés au niveau de service de cardiologie CHU Tlemcen, soit un pourcentage de 47.45%.



07/Répartitions des patients selon la FEVG :

FEVG	Nombre	Pourcentage
<30 %	29	06.71%
30-40 %	131	30.32%
40-50 %	113	26.16%
>50 %	159	36.80%

Tableau 5: Répartition de SCA ST+ selon FEVG



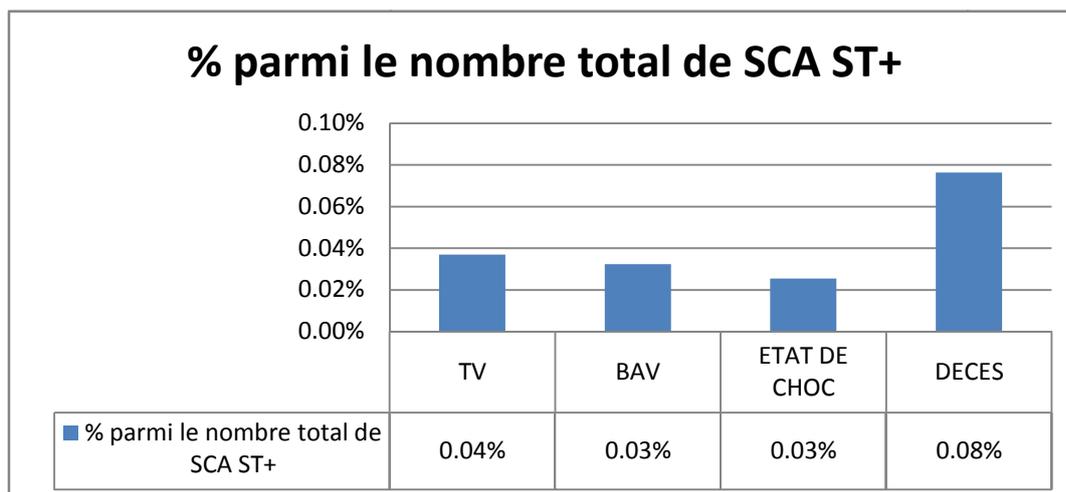
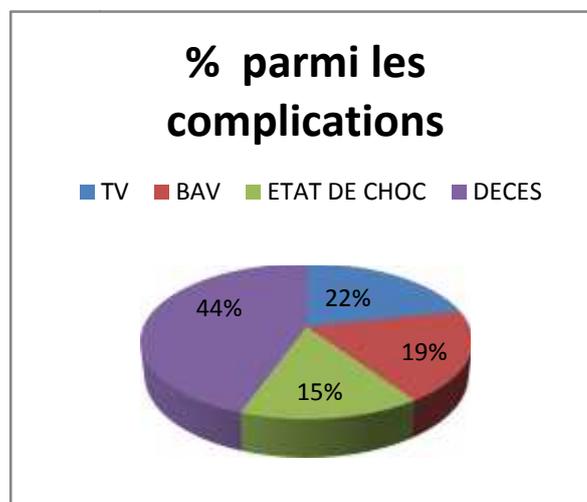
Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+, 36.8% ont présentés un bon fonctionnement systolique du ventricule gauche supérieur à 50%. Parmi les patients atteints, 30.32% ont un fonctionnement moins bon entre 35-40%. Le reste des patients ont présentés une fraction d'éjection de ventricule gauche proche de bon avec 26.16%, et 06.71% des patients avec une fraction d'éjection faible de moins de 35%.

08/Répartition des patients selon les complications :

Parmi les 432 patients atteints de SCA ST+, 74 ont présentés des complications soit 17.13%.

Complications	Nombre	Pourcentage	
		Nombre des complications	Nombre total des SCA ST +
Tachycardie ventriculaire	16	21.62%	03.70%
Bloc auriculo-ventriculaire	14	18.92%	03.24%
Etat de choc	11	14.86%	02.54%
Décès	33	44.60%	07.64%

Tableau 6: Répartition SCA ST+ selon les complications



Parmi le nombre total des patients atteints de SCA ST+, 33 patients sont décédés ce qui présente la complication la plus fréquente avec un pourcentage de 44.60% parmi les complications, et 7.64% sur le nombre total. Ensuite, la tachycardie ventriculaire et le bloc auriculo-ventriculaire sont en 2eme position avec un pourcentage rapproché de 21.62% et 18.92% successivement parmi les complications et aussi 3.70%, 3.24% sur nombre total. Enfin, 2.54% des patients ont présenté un état de choc soit 14.86% parmi les complications.

09/Résultat :

*Durant une période de temps estimée à 01 an la fréquence du syndrome coronaire avec sus décalage du segment ST est de 432cas.

*Les hommes ont développé plus le syndrome coronaire avec sus décalage ST 349 cas correspond à 80.79% alors que 83 femmes ont développé le SCA ST+ soit 19.21%.

*Toutes les tranches d'âge étudiées ont été touchées par le syndrome coronaire ST+ avec une nette différence. Ceux qui appartiennent à celle de 35-60 ans et à celle de 60-75 ans sont les plus touchés à raison de 37.73% et 39.58% successivement. Les autres tranches d'âge sont touchées à des pourcentages faibles.

*On note une prédominance masculine sur tous les tranches d'âge.

*Les femmes qui appartiennent à la tranche d'âge de 60-75 ans sont les plus exposées à développer un SCA ST+ avec une fréquence de 09.72% de l'ensemble des cas atteintes.

*Les hommes de 35-60 ans sont touchés dans 33.33% de l'ensemble des cas atteints.

*Le diabète est le premier facteur de risque suivi de de tabac et l'HTA, avec successivement 42.36%,39.58%,35.88%.

*Le territoire antérieur est le plus présent chez les patients atteints de SCA ST+ avec 50.23% suivie de territoire inferieur et septal avec successivement 24.77% et 19.91%.

*Sur 432 patients atteints de SCA ST+,205 patients ont été thrombolysés au niveau de service de cardiologie CHU Tlemcen, soit un pourcentage de 47.45%.

*Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+,36.8% ont présentés un bon fonctionnement systolique du ventricule gauche supérieur à 50%.

*Parmi le nombre total des patients atteints de SCA ST+, 33 patients sont décédés ce qui présente la complication la plus fréquente avec un pourcentage de 44.60% parmi les complications, et 7.64% sur le nombre total.

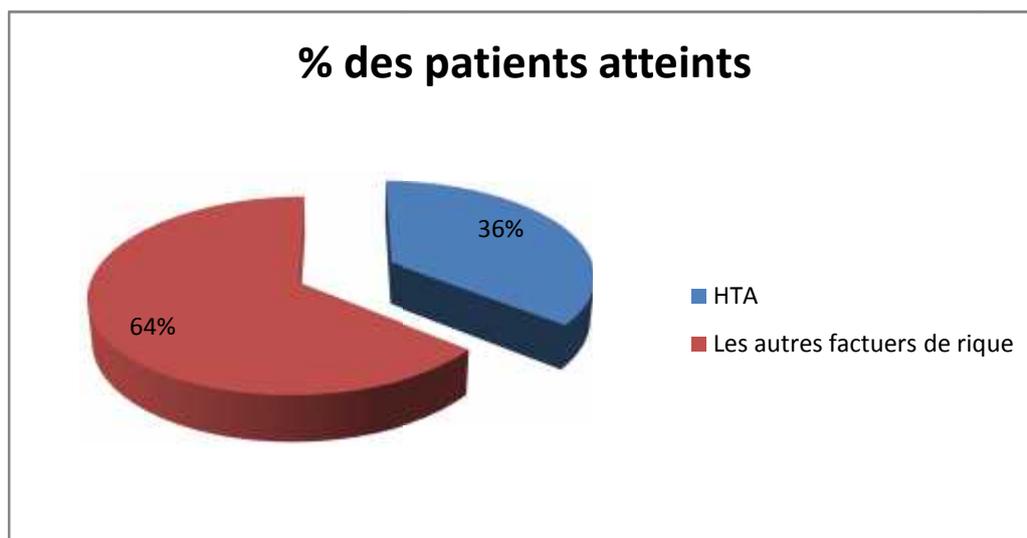
II/Analyse de l'HTA au cours de syndrome coronarien aigu :

01/Nombre total des patients atteints HTA au cours du SCA ST+ :

Dans l'analyse globale de SCA ST + dans le chapitre précédant, parmi les 432 patients atteints de SCA ST+, on retrouve 155 patients qui ont l'HTA comme facteur de risque.

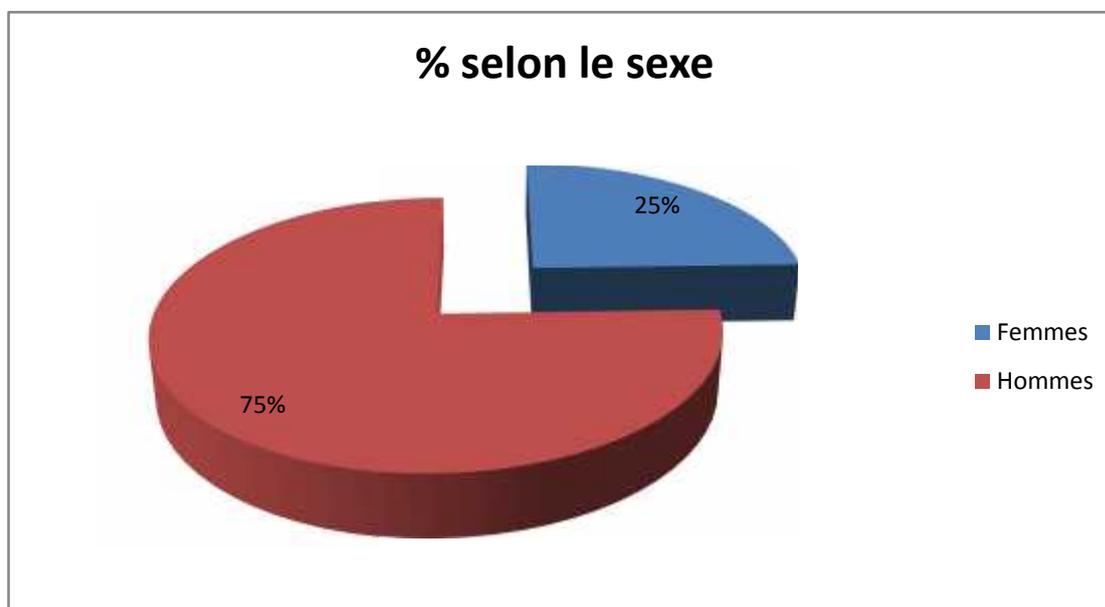
HTA	155	35.88%
Les autres facteurs de risque	277	64.12%

Tableau 7:nombre de SCA ST+ avec HTA



02/Répartitions des patients selon le sexe :

Parmi 155 patients, 38 femmes sont atteintes du SCA ST+ avec HTA soit un pourcentage de 24.52% et 117 hommes correspondant à 75.48%.



	% parmi les cas de sexe atteints de SCA ST+	% parmi le nombre total des cas atteints de SCA st+
Femmes	45.78%	08.80%
Hommes	33.52%	27.08%

Tableau 8: % de SCA ST+ avec HTA selon le sexe

Parmi le nombre total des cas atteints de SCA ST + ,08.80% des femmes et 27.08% des hommes ont présenté l'HTA comme facteur de risque.

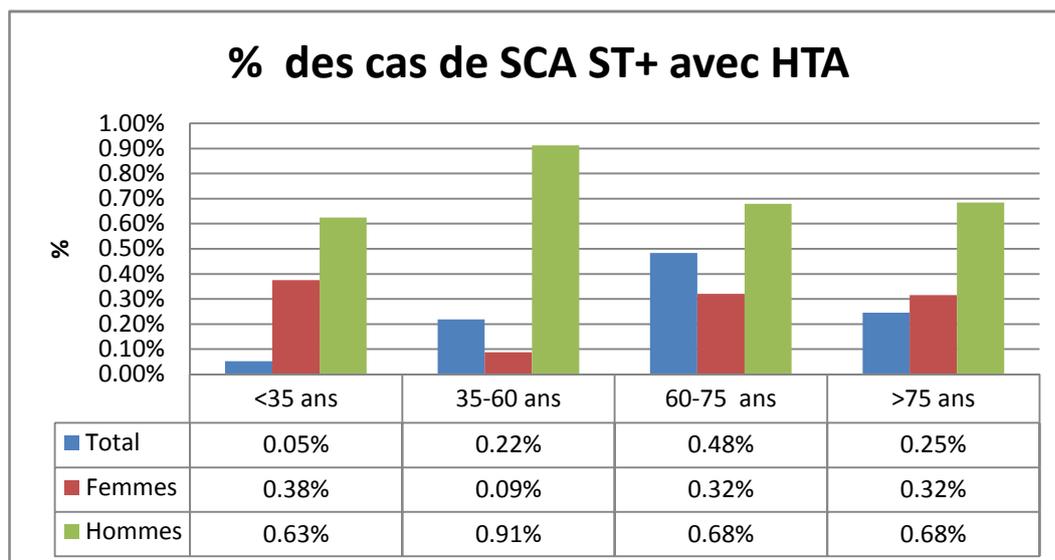
Parmi le nombre total des femmes atteintes de SCA ST+,45.78% ont l'HTA comme facteur de risque.

Parmi le nombre total des hommes atteints de SCA ST+,33.52% ont l'HTA comme facteur de risque.

03/Répartitions des cas selon l'âge :

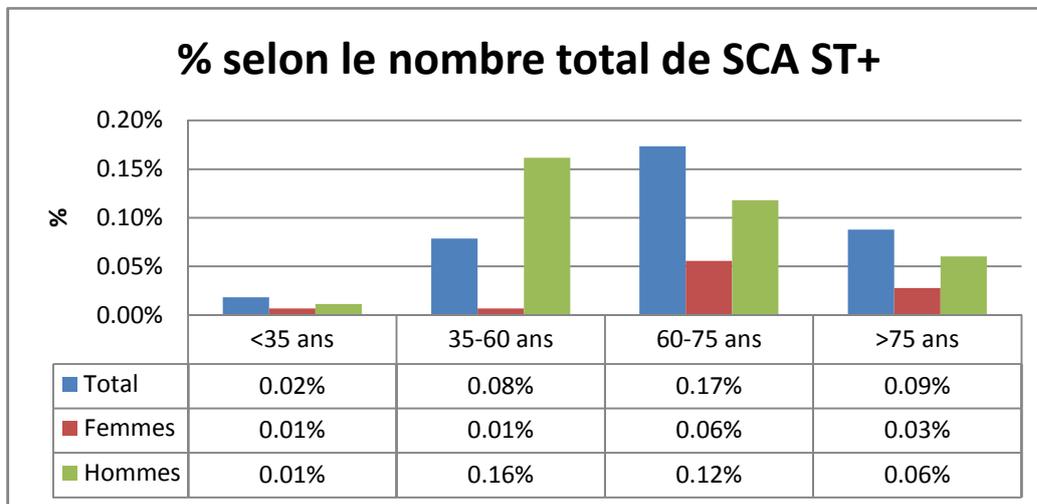
	% des cas avec HTA			% selon le nombre total de SCA ST+		
	Total	Femmes	hommes	Total	a	Hommes
<35 ans	08/05.16%	03/37.50%	05/62.50%	01.85%	00.70%	01.16%
35-60 ans	34/21.94%	03/08.82%	31/91.18%	07.87%	00.70%	16.18%
60-75 ans	75/48.34%	24/32.00%	51/68.00%	17.36%	05.56%	11.80%
>75 ans	38/24.52%	12/31.58%	26/68.42%	08.80%	02.78%	06.02%

Tableau 9: % de SCA ST+ selon l'âge



La tranche d'âge la plus touchée par le SCA ST+ avec HTA est 60-75 ans avec 48.34%.

Ensuite les patients > 75 ans et entre 35-60 ans représentent un pourcentage rapproché avec successivement 24.52% et 21.94%. Les patients <35 ans sont moins touchés avec 5.16%. On a une prédominance masculine sur toutes les tranches d'âge.



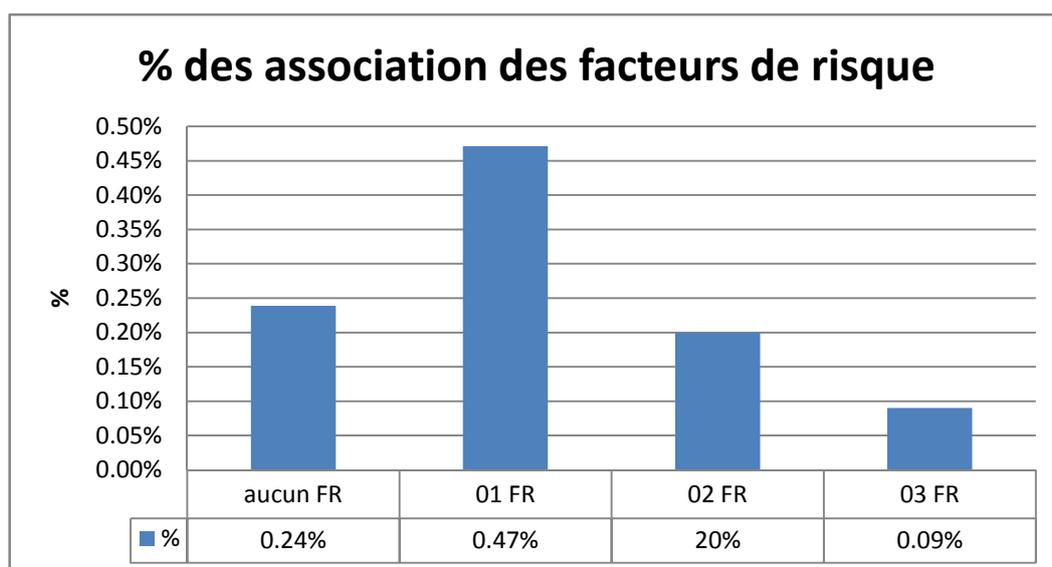
Les femmes sont plus exposées de faire un SCA ST+ avec HTA dans la tranche d'âge 60-75 ans avec un pourcentage de 5.56% parmi le nombre total des cas atteints de SCA ST+.

Les hommes sont plus exposés de faire un SCA ST+ avec HTA dans la tranche d'âge 35-60 ans parmi le nombre total des cas atteints de SCA ST+.

04/Répartition des cas étudiés selon les autres facteurs de risque :

	Nombre	%
Aucun facteur de risque associé	37	23.87%
Un seul facteur de risque associé	73	47.10%
02 facteurs de risque associés	31	20.00%
03 facteurs de risque associés	14	09.03%
04 facteurs de risque associés	00	00.00%

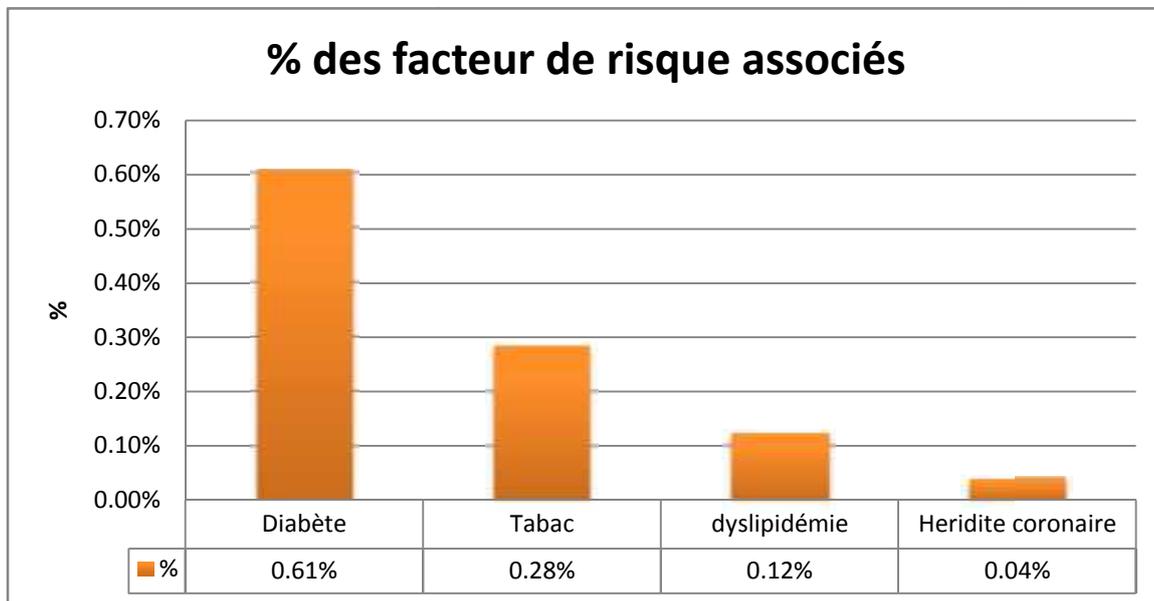
Tableau 10: Répartition de SCA ST+ selon le nombre de facteur de risque associé



Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA ,47.10% ont présenté un seul facteur de risque associé à l'HTA. 23, 87% des patients ont présenté l'HTA seul comme facteur de risque. 02 facteurs de risque ont été présent en association avec l'HTA dans 20% des cas des SCA ST+. 03 facteurs de risque ont été présent chez 9.03% des patients atteints de SCA ST. Aucun malade n'a présenté 04 facteurs de risque associé.

	Nombre	%
Diabète	94	60.65%
Tabac	44	28.39%
Dyslipidémie	19	12.25%
Hérédité coronaire	06	03.87%

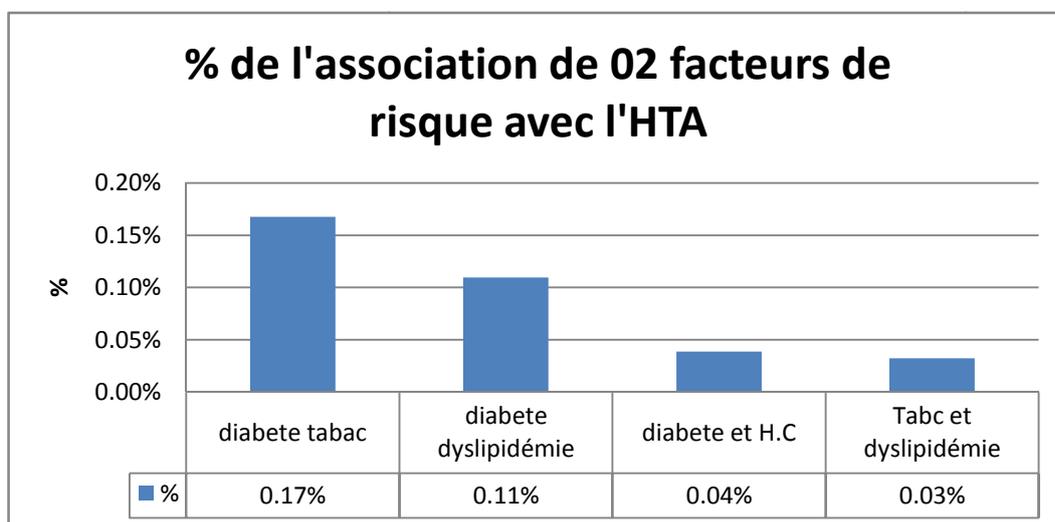
Tableau 11: % des facteur de risque associé à l'HTA au cours de SCA ST+



Le diabète est le 1^{er} facteur de risque associé à l'HTA chez les patients atteints de SCA ST+ avec 60.65%, suivie de tabac avec 28.39%. Dyslipidémie et l'hérédité coronaire sont moins fréquents avec successivement 12.25% et 03.87%.

Association	Nombre	Pourcentage
HTA diabète Tabac	26	16.77%
HTA diabète dyslipidémie	17	10.97%
HTA diabète hérédité coronaire	06	03.87%
HTA tabac dyslipidémie	05	03.23%
HTA tabac hérédité coronaire	00	00.00%
HTA dyslipidémie et hérédité coronaire	00	00.00%

Tableau 12: % de l'association de 02 facteur de risque avec l'HTA au cours de SCA ST+



L'association HTA diabète tabac est la plus fréquente avec 16.77% des patients atteints de SCA ST+ avec HTA.

05/Répartitions des patients selon le territoire ECG

	Nombre	pourcentage	
		SCA ST + avec HTA	Nombre total SCA ST+
Antérieur	76	49.03%	17.60%
Inferieur	34	21.94%	07.87%
Circonflexe	05	03.23%	01.16%
Septal	42	27.10%	09.72%
Latéral	10	06.45%	02.31%
Autre	87	56.13%	20.14%

Tableau 13:% de SCA ST+ avec HTA selon le territoire ECG

Parmi les patients atteints de SCA ST+ avec HTA ,49.03% ont le territoire antérieur dans l'ECG, suivie de territoire Septal avec 27.94%.Enfin on retrouve le territoire inferieur avec 21.94%.

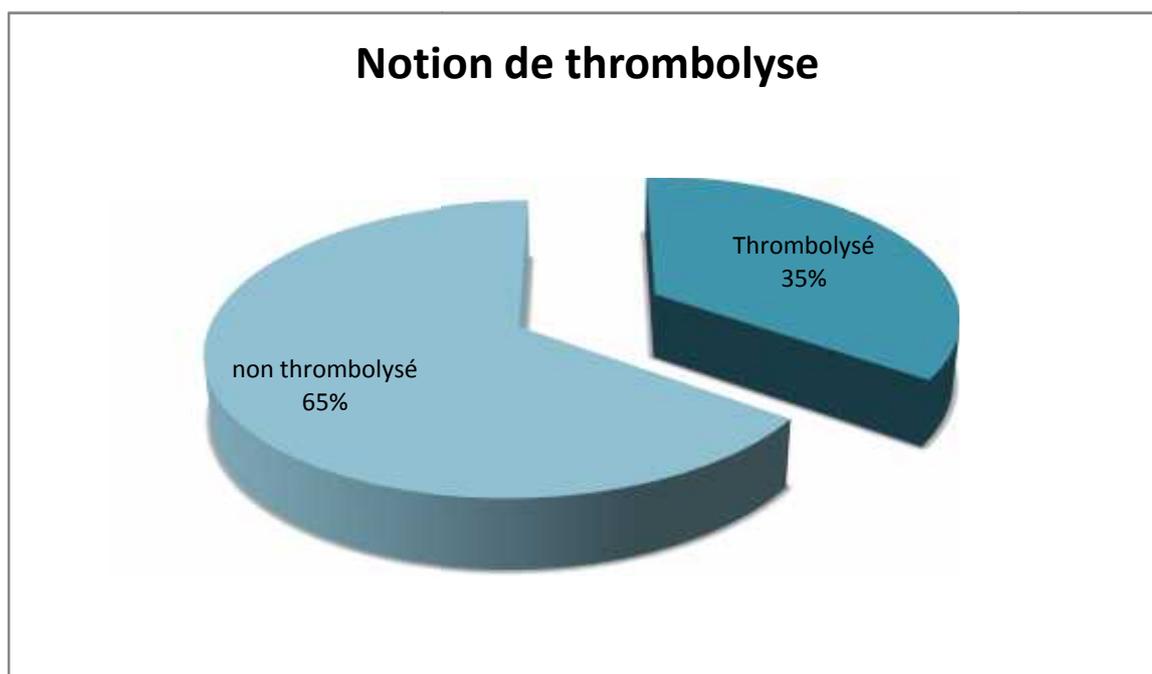
Le territoire latéral et circonflexe sont moins fréquents avec successivement 6.45% et 03.23%.

Parmi le nombre des patients atteints de SCA ST+ avec HTA, 56.13% ont présentés un territoire non recherché dans notre étude.

06/Répartitions des patients selon les délais de la douleur et la thrombolyse :

Patient	Nombre	Pourcentage	
		SCA ST + avec HTA	SCA ST+
Thrombolysé	54	34.84%	12.50%
Non thrombolysé	101	65.16%	23.38%

Tableau 14:% de SCA ST+ avec HTA selon la notion de thrombolyse



Parmi les patients atteints de SCA ST+ avec HTA ,34.84% ont été thrombolysé.

Délais de douleur	Nombre	Thrombolysé	
		oui	non
<06 H	60/38.71%	51/85.00%	09/15.00%
06-12H	22/14.19%	08/36.36%	14/63.64%
>12 H	23/14.84%	00.00%	100%
>24 H	50/32.26%	00.00%	100%

Tableau 15: % de SCA ST+ avec HTA thrombolysé selon la délai de la douleur

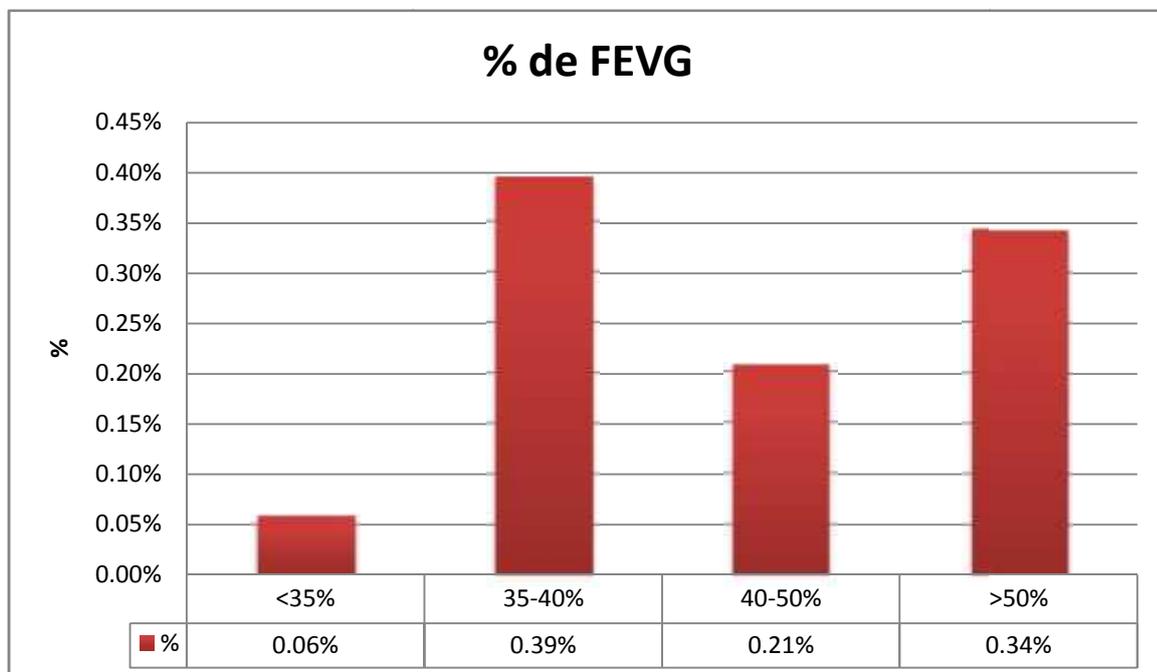
38.71% des patients atteints de SCA ST+ avec HTA ont présenté un délai de douleur moins de 06 heures avant l'hospitalisation dont 85% ont été thrombolysé .14.19% ont présenté un délai de 06-12 heures dont 36.36% ont été thrombolysé.

Le pourcentage des patients diagnostiqués après 12 heures et 24 heures sont 14.84% et 32.26% successivement dont aucun patient n'a été thrombolysé.

07/Répartitions des patients selon la FEVG :

FEVG	Nombre	% parmi les patients atteints de SCA ST+ avec HTA
<35 %	09	05.81%
35-40%	61	39.35%
40-50%	32	20.65%
>50 %	53	34.19%

Tableau 16: % de SCA ST+ selon la FEVG

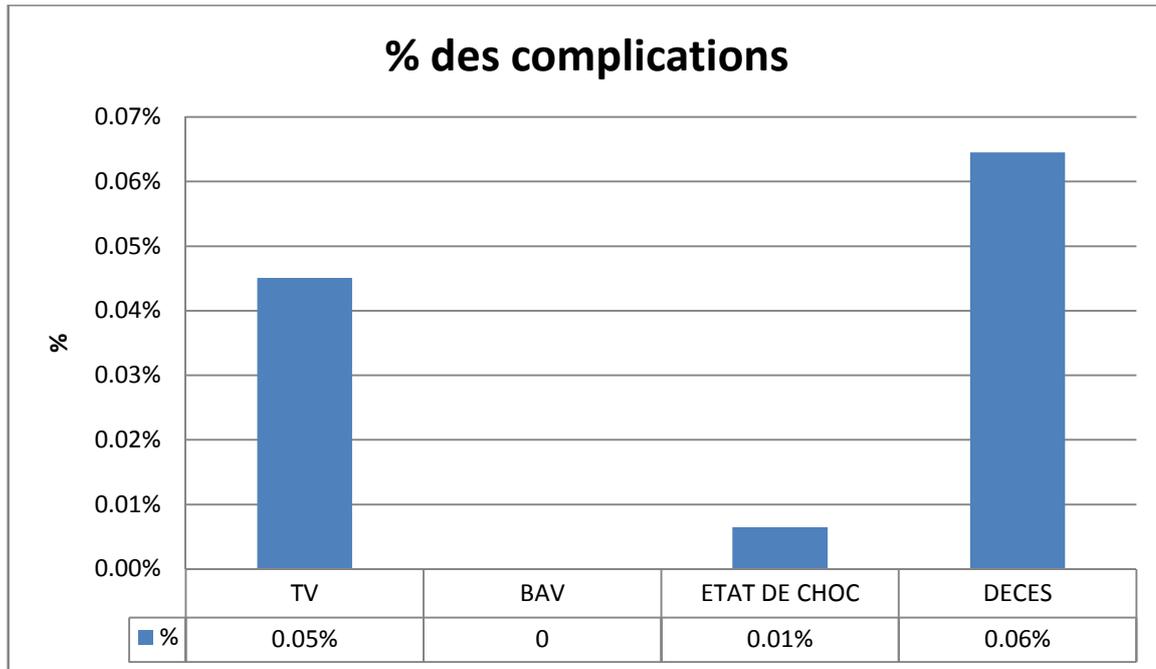


Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA ,39.35% ont présenté un fonctionnement systolique entre 35-40%.34.19% des patients ont présenté une bonne fraction d'éjection de >50%.un pourcentage de patient de 20.65% ont présenté une fraction d'éjection moins bonne entre 40-50%.Le reste des patient avec 5.81% ont une fraction d'éjection faible <35%

08/Répartition des patients selon les complications :

complication	Nombre	pourcentage
Tachycardie ventriculaire	07	04.52%
Bloc auriculo ventriculaire	00	00.00%
Etat de choc	01	00.65%
Décès	10	06.45%

Tableau 17:% de SCA ST avec HTA selon les complications



Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA ,06.45% sont décédés.

04.51% ont présenté une tachycardie ventriculaire et 0.65% un état de choc.

Aucun patient atteint de SCA ST+ avec HTA n'a présenté un BAV dans ses complications.

09/Résultats :

*Durant une période de temps estimée à 01 an la fréquence du syndrome coronaire avec sus décalage du segment ST avec l'HTA comme facteur de risque est de 155 cas ,soit 35.88% de nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA.

*Les hommes ont développé plus le syndrome coronaire avec sus décalage STavec HTA 117 cas correspond à 75.48% alors que 38 femmes ont développé le SCA ST+ soit 24.52% .

*Toutes les tranches d'âge étudiées ont été touchées par le syndrome coronaire ST+ avec HTA. La tranche d'âge la plus touchée par le SCA ST+ avec HTA est 60-75 ans avec 48.34%. Ceux qui appartiennent à celle de >75 ans a et à celle de 35-60 représentent un pourcentage rapproché avec successivement 24.52% et 21.94% .Les patients <35 ans sont moins touchés avec 5.16%.

*On note une prédominance masculine sur toutes les tranches d'âge.

*Les femmes qui appartiennent à la tranche d'âge de 60-75 ans sont les plus exposées à développer un SCA ST+ avec HTA fréquence de 05.56% de l'ensemble des cas atteintes de SCA ST+.

*Les hommes de 35-60 ans sont touchés dans 16.18%% de l'ensemble des cas atteints de SCA ST+.

*Le diabète est le premier facteur de risque associé à l'HTA, suivi de tabac et la dyslipidémie, avec successivement 60.65%,28.39%,12.25%.

*Le territoire antérieur est le plus présent chez les patients atteints de SCA ST+ avec HTA par 49.03%.

*Sur 155 patients atteints de SCA ST+,54 patients ont été thrombolysés au niveau de service de cardiologie CHU Tlemcen, soit un pourcentage de 38.84%.

*Sur le nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA, 39.35% ont présentés un fonctionnement systolique du ventricule gauche entre 35-40% .

*Parmi le nombre total des patients atteints de SCA ST+ avec HTA, 10 patients sont décédés ce qui présente la complication la plus fréquente avec un pourcentage de 06.45%.

Discussion

A- Méthodologie

L'objectif est de caractériser les cas de SCA ST+ avec HTA ; des deux sexes, hospitalisés au service de cardiologie du CHU Tlemcen .

Sur le plan méthodologique nous avons retenu la méthode descriptive rétrospective en raison de ses avantages pratiques, en particulier un délai de réalisation plus court, un coût moindre et un nombre de sujets nécessaires plus limité. Les paramètres suivants ont été documentés : sexe, âge, facteurs de risque (HTA, diabète, tabac, dyslipidémie, hérédité coronaire), territoire ECG, délai de la douleur, notion de thrombolyse, FEVG, complication... dans le développement du SCA ST+ avec HTA.

Les malades hospitalisés pour SCA ST+ au niveau du service de cardiologie constituent l'échantillon des cas étudiés, mais cette population n'est pas représentative des malades atteints de cette pathologie dans la région de Tlemcen car ces patients n'ont pas été tirés au sort, cette population correspond aux patients hospitalisés au service de cardiologie du Janvier 2018 au Décembre 2018.

B- Etude de la prévalence de l'HTA au cours de syndrome coronarien aigu ST+ :

Dans notre étude 432 patients ont été hospitalisés pour SCA ST+ dont 155 patients ont présenté l'HTA comme facteur de risque soit un pourcentage de 35.88%.

1- Caractéristique de la population :

➤ le sexe :

Dans notre étude 75.48% des patients SCA ST avec HTA sont de sexe masculin, ce qui correspond à un sexe ratio de 3H/1F. Le décès par maladie coronarienne survient en moyenne 10 ans plus tard chez la femme mais le nombre absolu de décès est le même que chez l'homme du fait de la longévité plus grande des femmes. Cette divergence s'explique aisément par un biais de sélection lié au recrutement des malades et l'effet du tabac chez l'homme.

➤ l'âge :

Dans notre étude on a incriminé tous les patients hospitalisés au service de cardiologie CHU TLEMEN . L'âge des patients a débuté de 27 ans jusqu'à 91 ans.

La moyenne d'âge chez les femmes pour cette entité est de 67.93 ± 02 ans versus 64.08 ± 03 ans chez les hommes.

Plus de la moitié des femmes et plus de 48% des hommes ont un âge compris entre 60 et 75 ans.

2-Les facteurs de risque :

➤ Diabète :

Dans notre étude, 60.65% de nos patients ont le diabète comme facteur de risque associé à l'HTA (66% des femmes et 33% des hommes). Notons que le diabète est le facteur de risque le plus marqué pour notre série dans la population féminine avec 60% associé à l'hypertension artérielle dans la moitié des cas.

L'incidence du diabète en Algérie est de 7,9 % selon Stpes-Wise.OMS [125] et de 11,8 % selon la SAHA [126]. Les diabétiques représentent aujourd'hui environ 20 % des patients coronariens. Le diabète augmente l'incidence du SCA ST, modifie sa symptomatologie avec une fréquence plus élevée des formes pauci symptomatiques et de l'ischémie myocardique silencieuse.

En résumé, Le diabète aggrave le pronostic à court et à long terme des SCA ST+ avec HTA.

➤ Le tabagisme :

Presque tous nos patients de sexe masculin sont fumeurs et plus de 90% sont dépendants. L'ancienneté de consommation tabagique dépasse les 10 ans.

Le tabagisme représente le facteur de risque cardiovasculaire le plus incriminé dans cette série chez les patients de sexe masculin ; associé dans presque 29 % à l'hypertension artérielle

➤ Dyslipidémie :

La notion de dyslipidémie est bien établie chez nos patientes de cette série SCA ST+ avec HTA prenant plus de 12%, notons on n'a pas pris soigneusement cette entité surtout des dosages de cholestérol total avec ses sous fractions (HDL-c, LDL-c), les triglycérides où les difficultés de l'étude rétrospectives.

➤ L'association des facteurs de risque :

Le tabagisme, le diabète, l'HTA, dyslipidémie (déterminant majeur du risque du syndrome métabolique), hérédité coronaire, anomalie du profil lipidique sont les principaux déterminants de la survenue d'un primo infarctus. Ces facteurs de risque s'appliquent indifféremment aux deux sexes.

De plus, il existe une relation linéaire entre l'augmentation du risque, l'intensité du tabagisme et l'importance des désordres lipidiques.

Par ailleurs, selon une étude de Yusuf, certains facteurs (l'activité physique, consommation régulière de fruits et légumes) réduisent le risque de survenue d'un syndrome coronaire aigu chez la femme.

Ainsi, les facteurs de risque tels que l'HTA, les anomalies lipidiques, le diabète peuvent être efficacement contrôlés par l'approche médicamenteuse. Il est par contre beaucoup plus difficile de corriger le tabagisme et l'hérédité coronaire.

3-Caractéristiques cliniques et para-cliniques :

➤ Délais de la douleur :

Comme pour la plupart des manifestations de la maladie coronarienne, le diagnostic du syndrome coronaire aigu ST+ est avant tout un diagnostic d'interrogatoire : cliniquement la douleur thoracique est le point d'appel et le délai de la douleur joue un rôle important dans la prise en charge de SCA ST+. 38.71% des patients ont présenté un délai moyen de 06 heures dont 85% ont été thrombolysés. Par contre, les patients hospitalisés après > 12 heures dès le début de la douleur n'ont pas été thrombolysés, soit un pourcentage de 46% parmi les SCA ST+ avec HTA.

Dans ces circonstances le contexte général aide évidemment à orienter le diagnostic (âge, présence de facteurs de risque, antécédents familiaux de maladie coronarienne).

Quoi qu'il en soit, dès que le diagnostic est évoqué, l'hospitalisation en urgences s'impose pour pouvoir surveiller l'évolution clinique et pratiquer un ECG, car le pronostic vital peut être engagé à brève échéance.

➤ Aspects électriques :

L'ECG est réalisé de façon systématique pour un diagnostic précoce des formes typiques ou atypiques.

L'ECG, réalisé dès l'hospitalisation permet de confirmer le diagnostic et de localiser le siège de la nécrose myocardique. Dans notre série, la topographie de l'IDM myocardique est dans 49.03% antérieure, 27.94% septale, 21.94% inférieure.

Le territoire latéral et circonflexe sont moins fréquents avec respectivement 6.45% et 03.23%.

➤ Aspects échocardiographiques :

La prise en charge du syndrome coronaire aigu impose une évaluation rapide de la fonction ventriculaire gauche, permettant d'apprécier le pronostic et de permettre une meilleure adaptation thérapeutique.

L'échocardiographie a été réalisée dès l'hospitalisation, ce qui nous permet d'apprécier la fonction ventriculaire gauche. Elle était conservée dans 34.19%.

L'examen échocardiographique permet de diagnostiquer plusieurs complications tels que la dysfonction ventriculaire gauche, BAV, les thrombus intra-ventriculaires, les troubles du rythme, l'insuffisance mitrale aiguë. Notons aussi, que la dysfonction ventriculaire gauche représente la complication la plus fréquente.

Conclusion

L'infarctus est une urgence diagnostique et thérapeutique dont le pronostic a été transformé par les possibilités de revascularisation précoce (thrombolyse et ou angioplastie)

Ne pas passer à côté du diagnostic des formes atypiques: terrain et facteurs de risque

Complications précoces dominées par les troubles du rythme (dont le traitement est souvent facile) et la défaillance cardiaque de sombre pronostic (traitement préventif: revascularisation précoce)

Les troubles du rythme tardifs responsables de mort subites ont vu leur évolution transformée par la « généralisation » du défibrillateur automatique implantable.

BIBLIOGRAPHIE

WWW. atih. sante. fr

www.doctissime.fr

Cardiologie David E. Navby

Service de Cardiologie