

SYNTHÈSES CLINIQUES  
ET THÉRAPEUTIQUES

L'ANGINE  
DE POITRINE

DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE  
LAROCHÉ NAVARRON

FICHE N° 130  
1974

# L'ANGINE DE POITRINE



Le diagnostic d'Angine de Poitrine pèse lourdement sur l'avenir du malade en l'obligeant désormais à des règles de vie très strictes et à un traitement longtemps poursuivi.

Aussi, l'affirmation du médecin doit-elle être faite à bon escient, avec le double souci d'éliminer les « faux angors » et de savoir reconnaître les formes atypiques ou équivoques.

La description minutieuse du syndrome de l'Angor mérite donc d'être rappelée. Sans reprendre les données électriques, coronographiques et isotopiques qui ont déjà été étudiées à propos de l'insuffisance coronaire chronique, l'exposé qui suit se limitera au plan clinique, en passant en revue :

- les généralités,
- les formes classiques,
- les formes atypiques,
- le diagnostic différentiel et étiologique.

Le traitement sera ultérieurement abordé dans la fiche n° 131.

# I. - GÉNÉRALITÉS

## DÉFINITION

- L'Angine de Poitrine est une affection du cœur qui se manifeste par des crises douloureuses thoraciques accompagnées d'une sensation d'angoisse (d'où le nom d'angine par référence à **angor**).

## FRÉQUENCE

- L'Angine de Poitrine apparaît dans les trois quarts des cas entre 45 et 65 ans. Possible dans les deux sexes, mais avec une proportion de quatre hommes pour une femme, elle est due, dans 90 % des cas, à une insuffisance coronaire chronique dont elle marque, trois fois sur quatre, la révélation.
- L'Angine de Poitrine, conformément aux statistiques exposées dans la fiche n° 129, atteindrait donc, en France, environ 450.000 individus, la fréquence semblant, en fait, plus élevée encore si l'on tient compte des nombreuses formes estompées.

## GRAVITÉ

- La menace de mort subite plane constamment sur tout angoreux. Même s'il y échappe, le malade demeure exposé à d'autres complications gravissimes :
 

— mort subite .....	15 % des cas
— infarctus du myocarde .....	40 % des cas
— insuffisance cardiaque irréductible ....	30 % des cas
— thrombose artérielle (cérébrale ou péri-phérique) .....	15 % des cas
- La durée de la survie est cependant très variable et laisse place à un certain optimisme. L'aphorisme de Gallavardin, devenu aujourd'hui classique, la fixe entre **30 secondes et 30 ans**, avec une majorité de décès avant la 15<sup>e</sup> année.

## PHYSIO-PATHOLOGIE

### 1° L'hypoxie myocardique responsable

- L'Angine de Poitrine exprime une hypoxie myocardique paroxystique liée à la rupture entre les besoins d'oxygène du muscle cardiaque et les apports de l'oxygène fourni par les coronaires.
- Le cœur est un grand consommateur d'oxygène : il extrait 80 % de l'oxygène artériel, alors que les autres tissus n'en retirent que 40 à 50 %. Les besoins sont accrus chaque fois que le travail cardiaque augmente, qu'il s'agisse d'un effort musculaire, d'un stress émotionnel, du froid ou de toute autre cause (tachycardie, digestion, fièvre, hyperthyroïdie...).
- Le cœur trouve la satisfaction de ses besoins en élevant le débit coronaire. Encore faut-il, pour cela, l'intégrité relative des vaisseaux. L'adaptation est, autrement, impossible. Le rétrécissement athéromateux est, on l'a vu, l'élément pathogène essentiel.

### 2° La douleur ischémique

- Elle semble liée à la libération *in situ* de certains métabolites. L'acide lactique a été d'abord incriminé. L'attention actuelle va vers une kinine plasmatique.
- L'irradiation à distance de la douleur est la traduction d'un stimulus nerveux qui chemine, à partir du cœur, le long des nerfs sympathiques jusqu'au 8<sup>e</sup> ganglion cervical et aux cinq premiers ganglions thoraciques. La montée se fait ensuite par les cordons latéraux de la moelle.

### 3° L'évolution de la maladie

- L'avenir dépend des possibilités d'organisation d'une circulation collatérale capable de compenser le déficit de la circulation habituelle.

## II. - LES FORMES CLASSIQUES

### L'ANGOR D'EFFORT

Débutant brutalement d'un jour à l'autre, ou se développant à la suite d'un infarctus du myocarde, la crise d'Angine de Poitrine présente un certain nombre de critères capables de l'authentifier, même si l'E.C.G. n'apporte pas d'arguments.

#### 1° Le moment d'apparition

- L'influence déterminante de l'effort est un des traits principaux :
  - la marche est le plus souvent accusée, qu'il s'agisse de marche un peu rapide, en pente ascendante, par temps froid ou venteux et surtout le matin ou dans le post-prandium;
  - les efforts musculaires violents sont parfois en cause, quoiqu'ils puissent être étonnamment mieux tolérés que la marche;
  - les autres facteurs possibles comprennent :
    - les rapports sexuels,
    - les efforts de défécation,
    - et aussi les stimulus émotionnels (émotions, colères, bagarres).

#### 2° Le siège et les irradiations

- Leur précision minutieuse est un temps capital du diagnostic.
- La douleur typique est médio-thoracique, au niveau de la région sternale. Elle est profonde.
- L'irradiation brachiale gauche est la plus classique, allant jusqu'aux derniers doigts de la main. L'irradiation peut aussi être bilatérale (et apporte en cela une note de gravité) ou se faire vers le haut (cou, mâchoire inférieure...).

#### 3° Les caractères de la douleur

- La douleur est constrictive, angoissante, en griffe ou en étau.
- Très vive, voire atroce, elle donne une impression de mort imminente et oblige le malade à s'arrêter sur place.
- La respiration n'est cependant pas modifiée.

#### 4° La durée de la crise

- Elle est généralement courte, de l'ordre de 1 à 5 minutes, parfois un peu plus.
- La sédation est complète et permet au malade de reprendre aussitôt une activité prudente.

#### 5° L'effet sédatif de la trinitroglycérine

- La disparition de la douleur dans la minute qui suit la prise d'une dragée de trinitroglycérine (qui doit être croquée) constitue un véritable test dans la mesure où l'on sait que la durée de la crise est habituellement plus longue.

### L'ANGOR DE DÉCUBITUS

- Beaucoup moins caractéristique, mais déjà décrit par Vaquez (qui en faisait une variété d'insuffisance ventriculaire gauche), l'angor de décubitus fait partie des formes classiques.
- Survenant la nuit chez un sujet couché, et disparaissant parfois avec le lever, l'Angor de décubitus a tous les caractères de l'Angor décrit, sauf la notion d'un effort déclenchant et une durée volontiers plus longue. Si l'association des deux types de crises permet de les reconnaître aisément, le diagnostic est plus hésitant dans les formes isolées, d'autant que la tolérance à l'effort musculaire peut être dans la journée paradoxalement remarquable.
- L'Angor de primo-décubitus semble s'expliquer par le passage de l'orthostatisme au clinostatisme. Le mécanisme est plus incertain dans les angors de la deuxième partie de la nuit. L'influence déclenchante d'un rêve n'est pas toujours retrouvée. Les conditions hémodynamiques de la position couchée interviennent sans doute.

### III. - LES FORMES ATYPIQUES

#### LES FORMES ATYPIQUES DE L'ANGOR D'EFFORT

- Assez fréquentes, elles sont importantes à reconnaître, car elles comportent, malgré leur aspect dégradé, le même pronostic.

- L'anomalie concerne, selon les cas :

- le facteur déclenchant :

- tabac,
- altitude;...

- le siège de la douleur :

- épigastrique,
- rétrosternal bas,
- dorsal;

- les irradiations :

- dorsales,
- brachiale droite isolée.

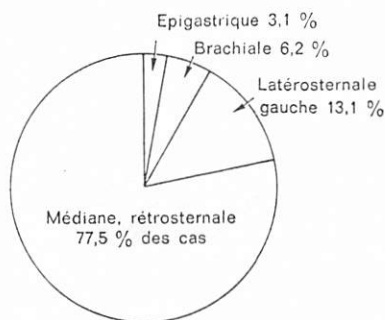
Les angors décapités limités à une douleur isolée à un point d'irradiation (notamment en bracelet) posent un problème difficile.

- la modulation de la douleur :

- brûlure,
- simple gêne,
- impression de blocage respiratoire (blockpnée);

- les signes d'accompagnement :

- œdème subaigu du poumon,
- syncopes.



D'après LENEGRE et SOULIE in  
« Traitement de l'Angine de Poitrine »  
de A. PRADALIER, Maloine, éd. 1973.

#### LES ANGORS SPONTANÉS

- Caractérisés par l'absence d'effort déclenchant, les angors spontanés se rapprochent de l'Angor de décubitus d'autant plus que les crises sont avec prédilection nocturnes, à une heure parfois fixe. Elles peuvent toutefois apparaître aussi dans la position debout.
- L'Angor spontané révèle la maladie coronarienne dans environ 5 à 6 % des cas.
- L'Angor de Prinzmetal en constitue une variété intéressante. Caractérisé par la séquence : angor-palpitations-syncope, l'angor débute par une crise assez typique, mais de développement progressif. A l'acmé de la douleur surviennent des troubles du rythme (extrasystoles, tachycardie, fibrillation, bloc auriculo-ventriculaire) et des troubles neurologiques (liothymie, syncope, états parétiques, convulsions, voire mort subite). La durée est souvent prolongée. L'E.C.G. montre une ischémie épicaudique. La pathogénie, rattachée à un spasme coronarien, n'est pas certaine.

## LES FORMES INTRICUÉES

- Décrites par Froment, elles ne justifient pas la vogue des premières publications, mais elles existent certainement.
- La présence d'une épine irritative susceptible de révéler une insuffisance coronaire concomitante peut être légitimement discutée lorsque la fréquence et l'intensité des crises angineuses ne cadre pas avec la modestie des efforts déclenchants et avec l'absence de tout signe électrocardiographique.
- L'intrication peut être :
  - digestive :
    - hernie hiatale (les petites hernies étant les plus pathogènes),
    - ulcus gastro-duodéal,
    - lithiase biliaire;
  - hématologique :
    - anémie,
  - rhumatologique :
    - cervicalgie, dorsalgie,
    - périarthrite scapulo-humérale.
- L'effet bénéfique du traitement de l'épine irritative doit être exigé pour affirmer le diagnostic.

## LES FORMES SÉVÈRES

Évoluant généralement par crises épisodiques ou par accès plus ou moins prolongés suivis de rémission, l'Angine de Poitrine peut prendre un mode évolutif plus grave.

L'**Angor rebelle** désigne les angines de poitrine qui, sans prendre une intensité nouvelle, se caractérisent par l'inefficacité d'un traitement pourtant bien conduit. Le fait incite à la coronographie, à la recherche d'une indication opératoire.

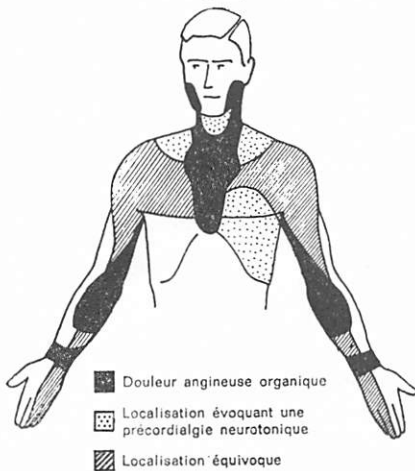
- L'état de mal angineux se traduit par la répétition, dans la même journée, de crises qui surviennent au moindre effort ou même spontanément (une dizaine par jour ou même plus). L'état de mal finit généralement par disparaître mais peut persister plusieurs semaines, voire quelques mois.
- Le syndrome prémonitoire d'un infarctus doit être soupçonné devant l'état de mal, lorsque les accès douloureux augmentent en même temps en intensité, en durée et en fréquence. L'aggravation demande le repos complet au lit. Le dosage des transaminases cardiaques et l'E.C.G. permettent de faire la distinction avec un infarctus déjà constitué.



# IV. - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La description détaillée des syndromes capables de simuler une angine de poitrine est nécessaire. L'interrogatoire minutieux suffit en général pour affirmer le diagnostic. Sinon, il ne faut pas hésiter à mettre en œuvre les méthodes d'investigation paraclinique : en dehors de l'E.C.G. de routine, les épreuves de sensibilisation, la coronographie, voire l'étude isotopique.



(d'après J. LENEGRE)

1° Les précordialgies névrotiques constituent l'erreur la plus fréquente et se distinguent par :

- le siège atypique de la douleur,
- l'absence d'effort déclenchant et la possibilité de ne pas cesser l'activité,
- la modération habituelle,
- la durée prolongée, qui peut s'étendre sur 20 minutes et plus,
- la négativité du test à la Trinitrine,
- l'association de troubles névrotiques et sympathiques (anxiété, aérophagie, palpitations...).

2° Les douleurs thoraciques non cardiaques

- les affections pulmonaires (bronchite, pleurite, cancer) sont vite reconnues,
- les algies articulaires locales peuvent poser un problème plus difficile, mais généralement résolu par un examen soigneux, qu'il s'agisse de :
  - arthroses cervicales à irradiation brachiale,
  - péri-arthrite scapulo-humérale,
  - névralgie intercostale,
  - arthrose chondro-sternale (syndrome de Tietze).

3° Les douleurs cardiaques non angoreuses sont également à éliminer, encore qu'une intrication du syndrome douloureux soit possible. Il en est ainsi des :

- péricardites aiguës dont la douleur, plus continue, est éclairée par la radiologie et l'E.C.G.,
- anévrysmes aortiques,
- manifestations douloureuses des tachycardies paroxysmiques, pour lesquelles l'E.C.G. lui-même peut être trompeur si le malade a suivi un traitement à visée cardiaque (digitaline, quinidine).

# ETIOLOGIQUE

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

- 1° **La coronarite athéromateuse** endosse, comme il a été dit, la responsabilité dans **plus de 90 %** des cas. L'angor apparaît lorsque le rétrécissement du débit coronaire dépasse 50 %.
- 2° **Les autres causes** ne prennent donc à leur charge que moins de 10 % des cas et n'ont pratiquement qu'un intérêt restreint. Encore faut-il les reconnaître et les énumérer succinctement :
- **l'atteinte non athéromateuse des coronaires** est possible. En dehors des anomalies congénitales, les coronarites non athéromateuses (5 à 6 % des cas) sont surtout marquées par une lésion ostiale des coronaires, ainsi qu'on peut le voir dans :
    - l'aortite syphilitique, devenue rare de nos jours,
    - le rétrécissement aortique, parfois simple, mais surtout calcifié,
    - les suites d'une prothèse mitrale ou aortique (par embolie coronarienne ou développement d'un feu-trage fibreux),
    - certaines hypertensions artérielles, notamment liées à un phéochromocytome.
  - **l'altération du transport de l'oxygène artériel** est une cause rare. En dehors des anémies :
    - une anomalie de la dissociation de l'hémoglobine a été décrite, notamment dans les intoxications oxycar-bonnées,
    - l'augmentation de la viscosité sanguine s'y rattache dans une certaine mesure, ainsi qu'on le voit parfois dans les polyglobulies, les hyperlipidémies et les macroglobulinémies.
  - **la gêne de la circulation intra-myocardique** est enfin à retenir dans certains cas et notamment les :
    - valvulopathies, surtout décompensées (insuffisance aortique, rétrécissement mitral),
    - les cardiomyopathies obstructives reconnues par l'existence d'un souffle systolique (au 3<sup>e</sup> espace inter-costal et/ou à la pointe), l'hypertrophie ventriculaire gauche (clinique et électrique) et le carotidogramme avec épreuve à l'Isuprel (image caractéristique en église de campagne).

63, RUE CHAPTAL — 92304 LEVALLOIS — Tél. 737-61-55

Printed in France