

SYNTHÈSES CLINIQUES
ET THÉRAPEUTIQUES

L'INSUFFISANCE
CORONAIRE CHRONIQUE

DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE
LAROCHÉ NAVARRON

FICHE N° 129
1973

L'INSUFFISANCE CORONAIRE CHRONIQUE



L'insuffisance coronaire chronique prend actuellement figure d'un des grands fléaux de l'humanité, plus redoutable encore que celui du cancer, des infections, ou des accidents de la route.

Aussi, est-il important de bien connaître les faits capables de la dépister et les moyens thérapeutiques susceptibles d'y faire face.

L'exposé qui suit envisagera successivement :

- I - LES GÉNÉRALITÉS :
- II - LES SIGNES CLINIQUES
- III - LES DONNÉES électro-cardiographiques coronographiques et isotopiques
- IV - L'APPORT DES ANALYSES BIOLOGIQUES

Le PROBLEME THERAPEUTIQUE sera abordé dans la fiche n° 131 à paraître prochainement.

I - GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION

- La coronarite chronique représente la localisation, sur les coronaires, de la maladie athéromateuse. De la plus grande fréquence et pouvant s'observer même avant la trentaine, elle n'a pas, pendant une longue période, d'expression clinique.
- L'insuffisance coronaire chronique (I.C.C.) exprime la souffrance du myocarde qui survient lorsque l'atteinte coronaire entraîne un déficit important de l'irrigation du muscle cardiaque.

GRAVITÉ

- L'I.C.C. est, après 50 ans, l'affection cardiaque la plus fréquente :
 - elle touche, en France, environ 600.000 individus. Encore ce chiffre est-il certainement très sous-estimé si l'on tient compte des nombreuses formes méconnues.
- L'I.C.C. vient en tête dans la mortalité de la maladie athéromateuse :
 - endossant la responsabilité de 50 % des décès dus à l'athéromato-sclérose;
 - l'affection emporte 100.000 sujets par an.

PHYSIO-PATHOLOGIE

- **La lésion anatomo-pathologique**
 - la plaque athéromateuse est l'élément primordial avec le remaniement de l'intima coronaire par une accumulation focale de lipides, de glucides complexes, de sang, de dépôts calciques et de bandes scléreuses.

- **Siège de l'atteinte coronarienne**
 - la localisation intéresse :
 - l'interventriculaire antérieure dans 60 % des cas,
 - la coronaire droite dans 30 % des cas,
 - la circonflexe dans 10 à 20 % des cas;
 - les lésions prédominent sur les segments proximaux (d'où possibilité chirurgicale) :
 - sur les deux premiers centimètres : 60 fois sur 100,
 - sur la partie moyenne : 30 fois sur 100,
 - sur la région distale : 10 fois sur 100;
 - la diffusion est extrêmement variable et conditionne le pronostic :
 - un seul tronc coronaire dans 35 % des cas,
 - deux troncs dans 19 % des cas,
 - atteinte diffuse dans 15 % des cas.

- **Répercussion de la plaque athéromateuse**
 - La plaque entraîne une saillie qui diminue la lumière artérielle.
 - la saillie devient pathologique lorsque le rétrécissement dépasse 50 %.
 - l'occlusion complète est le stade terminal. Elle est assez souvent complétée et aggravée par une thrombose locale.

- **Le problème de la circulation collatérale**
 - Son développement joue un rôle essentiel pour conditionner la symptomatologie et l'évolution.

La richesse des anastomoses explique la possibilité de régressions apparentes et de survies prolongées malgré un état coronaire très altéré. Elle fait aussi comprendre que les occlusions complètes ne s'accompagnent pas obligatoirement d'infarctus.

II - LES SIGNES CLINIQUES

FORMES LATENTES

Extrêmement fréquentes, elles s'expliquent précisément par le développement d'une circulation collatérale capable de compenser le déficit d'irrigation coronaire.

Le tableau clinique est muet.

FORMES ANGOREUSES

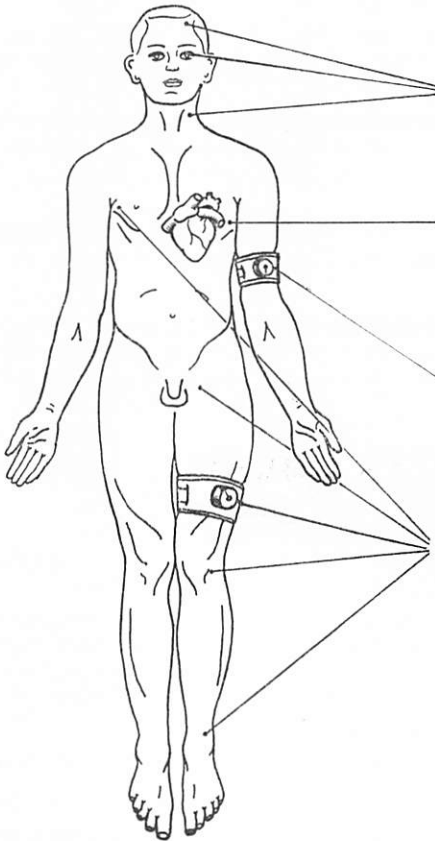
- L'angine de poitrine est le meilleur et souvent le seul symptôme de l'I.C.C., à tel point que son étude sera reprise dans son ensemble dans la prochaine fiche N° 130.
- L'exposé présent se bornera à rappeler que :
 - la révélation clinique de l'I.C.C. se fait chez 75 % de ces malades :
 - angor d'effort : 70 fois sur 100,
 - angor spontané : 5 fois sur 100;
 - le devenir du symptôme est très variable :
 - l'évolution est parfois favorable, qu'une rémission complète s'observe sur des années ou que la maladie se déroule par poussées épisodiques suivies de sédation;
 - l'aggravation progressive est plus fréquente, qu'elle survienne rapidement ou après des années de stabilisation, avec :
 - . état de mal angineux,
 - . infarctus du myocarde,
 - . mort subite, dont la menace plane constamment.

FORMES ATYPIQUES

- L'angine de poitrine est absente ou prend un caractère très estompé. La révélation du diagnostic se fait par :
 - des troubles du rythme : extra-systoles, flutter, fibrillation auriculaire ou ventriculaire, bloc sino-auriculaire ou dissociation auriculo-ventriculaire;
 - une insuffisance cardiaque en apparence primitive;
 - des crises répétées d'œdème aigu ou subaigu du poumon;
 - des syncopes.

L'EXAMEN DU CORONARIEN

- La **négativité de l'examen cardiaque** est un fait remarquable en dehors de quelques formes atypiques ou des formes très avancées.
- L'**association à d'autres localisations artérielles athéromateuses** est, par contre, habituelle; d'où la nécessité d'une investigation complète :



— cérébrale :

- pouls et souffles cervicaux,
- fond d'œil et pression artérielle rétinienne,
- E.E.G.;

— aortique :

- auscultation,
- radiologie;

— rénale :

- T.A.,
- fonctionnement rénal;

— périphérique :

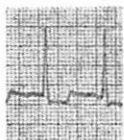
- pouls des membres supérieurs et inférieurs,
- souffles artériels,
- oscillations artérielles.

- La **coexistence d'une obésité** est également fréquente et s'inscrit dans le cadre général d'une surcharge métabolique dont il importe de reconnaître les manifestations (diabète, goutte...).

III - LES DONNÉES ÉLECTRO-CARDIOGRAPHIQUES,

L'ÉLECTROCARDIOGRAMME DE ROUTINE

- Les altérations électriques constituent le deuxième volet révélateur des I.C.C. Parfois expressives même en l'absence de toute manifestation angoreuse, elles sont toutefois moins fidèles, le tracé étant :
 - normal dans 30 % des cas,
 - à la limite dans 40 % des cas,
 - franchement pathologique et significatif dans 30 % des cas.
- Il est utile de rappeler que :
 - la nécrose du myocarde se lit sur l'inversion de Q,
 - la lésion, sur le décalage de ST,
 - l'ischémie sur l'altération de T.
- En dehors de séquelles possibles d'un infarctus passé inaperçu (Q négatif et profond), de signes d'hypertrophie ventriculaire ou de troubles arythmiques :



- la lésion sous-endocardique est le phénomène le plus habituel, avec sous-décalage de ST, à concavité supérieure, et raccordement angulaire à l'onde T.

Elle s'accompagne assez souvent d'ischémie sous-endocardique, avec T positif, pointu et symétrique;

- l'ischémie sous-épicaudique s'observe d'autres fois avec — surtout dans les dérivation antérolatérales — T également pointu et symétrique, mais négatif.

L'ÉLECTROCARDIOGRAMME APRÈS ÉPREUVES DE SENSIBILISATION

- Le but est de révéler des modifications électriques ou d'en accentuer l'aspect douteux, en soumettant le malade à un effort.
- Le recours est autorisé à la condition de bien connaître les contre-indications (angor sévère, infarctus ancien, insuffisance cardiaque, séquelles d'hémiplégie, sujets âgés) et d'éviter l'apparition d'une crise d'angor qui pourrait être catastrophique.
- Les méthodes utilisées comprennent :
 - le test de Master (montée et descente répétées de deux marches),
 - le tapis roulant,
 - l'épreuve d'hypoxie (respiration en mélange pauvre en oxygène).

Elles donnent une réponse positive dans 50 % des cas et mettraient ainsi en évidence des altérations chez 80 % des insuffisants coronariens.

CORONOGRAPHIQUES ET ISOTOPIQUES

LA CORONOGRAPHIE

- Bien mise au point de nos jours, la coronographie offre le meilleur moyen d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux et de reconnaître avec précision le siège et l'étendue de l'atteinte coronaire. Elle établit surtout avec exactitude les possibilités chirurgicales. Aussi, est-elle surtout indiquée dans les formes invalidantes du sujet jeune et dans les formes rebelles au traitement médical.
- Pratiquée à l'aide de Vasurix * ou de Radioselectan *, avec des sondes préformées, la coronographie sélective l'emporte aujourd'hui sur l'aortographie globale. Elle donne de meilleures images et se contente d'une anesthésie locale.
- La tolérance est généralement considérée comme bonne. Même en éliminant les individus âgés, allergiques à l'iode ou tarés, les incidents ne sont cependant pas rares, avec troubles du rythme, ischémie cardiaque ou à distance. De larges statistiques font état de 1,9 % d'incidents, avec 1 pour mille de mortalité. Il semble que ces chiffres soient en fait au-dessous de la vérité. Aussi, une certaine prudence est-elle de rigueur.

L'INVESTIGATION ISOTOPIQUE

- Non encore standardisée et peu utilisée, mais méthode d'avenir en raison de son innocuité parfaite et de la possibilité d'y recourir sans inconvénient à différentes reprises, elle fait appel à l'étude des courbes de dilution d'indicateurs radio-actifs diffusibles et pénétrant activement dans les cellules myocardiques. La fraction captée peut être mesurée et appréciée tant le flux coronaire que la surface capillaire fonctionnelle.
- L'investigation, précieuse pour affirmer le diagnostic, permet aussi de suivre l'évolution thérapeutique.
- La scintigraphie au aesium a été également proposée. Son intérêt vaut surtout dans les infarctus du myocarde dont le diagnostic peut être éliminé en cas d'image normale.

IV - L'APPORT DES ANALYSES BIOLOGIQUES

L'EXPLORATION ÉLECTIVE DU MÉTABOLISME MYOCARDIQUE

Elle n'offre pas, dans l'état actuel de nos connaissances, beaucoup de possibilités.

L'absence d'élévation des transaminases cardiaques, surtout glutamo-oxalo-acétiques (S.G.O.T.), permet d'écartier l'hypothèse d'un infarctus du myocarde dans les angors graves.

LE BILAN GÉNÉRAL DE L'ATHÉRO-SCLÉROSE

Il représente l'essentiel, mais n'a pas de spécificité. La surcharge métabolique propre à la maladie athéromateuse concerne :

1) **les lipides**, avec le dosage :

- des lipides totaux,
- du cholestérol,
- et, si besoin, des triglycérides,

- 60 % des coronariens présentent effectivement une hyperlipidémie;

2) **les glucides**, avec :

- glycémie à jeun,
- test d'hyperglycémie provoquée,
- recherche et dosage éventuel de la glycosurie,

- 40 à 70 % des coronariens présentent une anomalie de la glycorégulation;

3) **les protides**, avec :

- azotémie,
- uricémie.

(à suivre)

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

Printed in France