



Prise en charge des syndromes coronaires aigus sans sus décalage du segment ST

Medical care of non-ST-segment elevation acute coronary syndrom

الاستراتيجية الطبية لمتلازمة التهديد الحاد بدون ارتفاع القطعة س ط

L. Ouaha, A. El Machrafi, H. Drissi, G. Koubaie, I. Lahlou, H. Akoudad.

الملخص : إن متلازمة التهديد حالة وسيطة بين الذبحة الصدرية المستقرة و الاحتشاء القلبي الذي يشمل مختلف الأعراض السريرية متفاوتة الشدة القلبية .
الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الخصوصيات الوبائية، التشخيصية والعلاجية لهذا المرض من خلال 488 حالة من مرض الشريان التاجي للقلب التي جمعت بمصلحة أمراض القلب و الشرايين بالمركز أألاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس.
وقد لاحظنا عند الشريحة التي خضعت للدراسة غالبية طفيفة لدى الذكور % 54.50 من الرجال مقابل % 45.50 من النساء. وقد توفرت على الأقل اثنان من عناصر خطورة عند % 97 من المرضى. وقد سجل الألم في % 95 من الحالات، في % 80 كان الألم نوعيا. تغيرات القطعة س ط و سلبية الموجة ط كانت من أهم العناصر الكهربائية المميزة للمرض وقد وجدت على التوالي عند % 21 و % 45. إن تقدير جرعة تروبونين أنجز عند تقريبا جميع المرضى و في % 74 من المرضى كانت النتيجة سلبية.
التصوير التاجي للمرضى ابرز 69 حالة تعاني من اضطرابات في الشرايين التاجية. خلال الإقامة في المستشفى تميز التطور بظهور الانتكاسات الذبحية عند % 20، والاضطرابات في التضم عند % 28 وتم تسجيل حالات الوفاة عند 3 مرضى فقط . وهذه النتائج مقارنة مع المعطيات الدولية تشهد على استراتيجية طبية جيدة وذلك بفضل تجهيز قاعة للتصوير التاجي داخل المصلحة.
الكلمات الأساسية : متلازمة التهديد الحاد.

Résumé : C' est un syndrome intermédiaire entre l'angor stable chronique et l'IDM. Il englobe différents tableaux cliniques de gravité variable ayant un substratum anatomique commun : l'athérosclérose.

L'objectif est d'évaluer à travers l'étude de 488 dossiers les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de ces syndromes. Dans cette étude, on note une légère prédominance masculine (54,50% des hommes contre 45,50% des femmes). 80% de nos malades avaient au moins deux facteurs de risque. La douleur était révélatrice chez 95% des malades et les troubles de repolarisation type onde T négative et le sous décalage du segment ST ont été les indicateurs ECG pathognomoniques. Ils ont été retrouvés respectivement chez 45% et 21%. Le dosage des troponines a été effectué chez presque tous les patients. 74% avaient des troponines négatives. L'exploration de l'arbre coronaire de nos malades était anormale dans 69 cas. Le traitement médical conventionnel a été toujours de mise chez tous nos patients. L'évolution a été marquée par une récurrence d'épisodes douloureux chez 20% des cas, des complications rythmiques chez 28% et moins de 1% (3cas) ont décédé. Ces résultats en comparaison avec les consensus internationaux témoignent d'une bonne stratégie médicale de prise en charge. Les chances de survie de nos patients ont été augmentées après l'instauration d'une salle de cathétérisme à l'hôpital.

Mots clés : syndrome coronaire aigu.

Abstract : It is an intermediate state between chronic stable angina and myocardial infarction, which includes various clinical presentations of variable gravity with a common anatomical substrate: atherosclerosis.

The purpose is to evaluate; in light of 488 cases epidemiologic findings, diagnosis and therapeutic options of these syndromes.

In our studied population, there is a slight male (54.50% of men against women 45.50%). 80% of our patients had at least two risk factors.

The pain was revealed at 95% of the cases, 79% which was a typical pain. Repolarisation disorders such negative T wave and the shift in ST segment were the electric pathognomonic indicators. They were found respectively at 45% and 21%. The dosage of troponin was performed in almost all patients, 74% had negative troponin. The exploration of the tree of our coronary patients was abnormal in 69 cases. The conventional medical treatment was always put in all our patients. The evolution has been marked by recurrent painful episodes in 20% cases, rhythmic complications at 28% and less than 1% (3cas) has died. These results compared with the international consensus reflected a good medical care, and survival of our patients was increased after building the catheterization room at the hospital.

Key Words : acute coronary syndrome.

Tiré à part : L. Ouaha, Service de cardiologie CHU Hassan II Fès, Maroc

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité dans les pays industrialisés, et sera de même dans les pays émergents dans l'horizon de l'an 2020 (1).

L'athérosclérose coronaire est à l'origine de la formation des plaques d'athérome qui réduisent la lumière coronaire et engendrent une ischémie myocardique.

La plaque d'athérome peut se fissurer ou se rompre et aboutir à la formation aiguë d'un thrombus, ce qui constitue le substratum physiopathologique des syndromes coronaires aigus. Quand le thrombus est partiellement occlusif, il s'agit le plus souvent d'un syndrome coronaire aigu sans sus décalage de ST.

Les syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST regroupent des tableaux cliniques associant une douleur avec ou sans modifications électriques.

La prise en charge actuelle passe repose sur l'évaluation du risque et les attitudes qui en résultent sont bien codifiées. Après la phase aiguë, elle devra respecter les principes fondamentaux de la prévention secondaire, médicamenteux, mais également le contrôle des facteurs de risque.

Le but de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique des syndromes coronaires aigus sans sus décalage de segment ST, ainsi que la prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée au service de cardiologie.

Matériels et Méthodes

Il s'agit de l'analyse rétrospective du registre prospectif de 488 malades admis pour syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST colligés au service de cardiologie.

Les patients inclus dans notre analyse avaient les critères suivants : Age > 18 ans. Absence de sus décalage à l'ECG d'admission.

Tableau clinique d'un syndrome coronaire aigu englobant les 4 présentations cliniques suivantes :

- La survenue de la douleur au repos.
- Angor de Novo.
- Angor crescendo.
- La réapparition de la douleur thoracique dans les 3

mois suivant un infarctus du myocarde.

Entre janvier 2005 et juillet 2007, 488 patients ont été ainsi colligés sur un total de 1905 hospitalisations.

Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été analysées chez cette population.

Résultats

Les syndromes coronaires aigus constituent un motif fréquent d'hospitalisation. 582 cas de syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST ont été colligés sur 2334 hospitalisations (2005-2006-2007), constituant ainsi une incidence hospitalière de 25 % (tableau I).

Tableau 1 : Incidence annuelle des syndromes coronaires aigus ST (-)

Années	Nb d'hospitalisation	SCA ST (-)	% des SCA ST (-) /au nombre d'hospitalisation
2005	624	139	22%
2006	766	221	29%
2007	944	222	24%

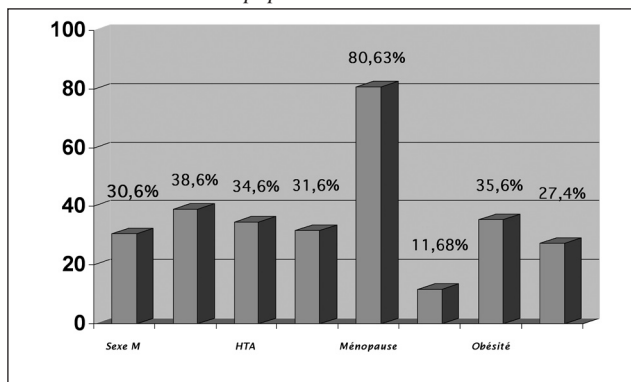
Au cours de la période de notre étude (2ans et 7 mois), 701 cas de syndromes coronaires aigus ont été hospitalisés au sein de notre formation dont 488 patients étaient des syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST (69,6%), et 213 étaient des syndromes coronaires aigus avec sus décalage de ST (30,4%).

L'âge moyen des malades est de 60 ans avec des extrêmes d'âge allant de 27 à 91 ans. 72% des femmes sont âgées entre 50 et 70 ans et 50% des hommes sont âgés entre 55 et 70 ans.

Le sexe masculin est prédominant dans notre série puisque 57% des malades hospitalisés sont des hommes. Chez nos patients 53% sont sans profession. Ce qui explique la difficulté de prise en charge de ces patients, notamment en ce qui concerne la réalisation de certains examens complémentaires.

Dans notre série 80% des malades hospitalisés ont plus de deux facteurs de risque. L'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme actif et la dyslipidémie sont les principaux facteurs de risque retrouvés chez nos patients (figure 1).

Admises au service pour syndromes coronaires aigus sans sus décalage ST 81 % des femmes étaient ménopausées.

Figure 1 : Facteurs de risque cardiovasculaires chez la population étudiée

Le calcul de l'index de masse corporelle (IMC) a montré que 34% de nos patients étaient en surpoids et 36% étaient obèses. L'obésité de type androïde a été retrouvé chez 80 % des femmes et chez 23 % des hommes. Ainsi 44 % de nos malades ont consulté 3 mois après le début de leur symptomatologie. La douleur thoracique est le maître symptôme puisqu'elle est retrouvée chez 98 % des cas. Elle était typique dans 78% des cas.

Dans notre étude, l'angor de novo était présent chez 31% des cas, l'angor crescendo chez 42 %, l'angor post infarctus chez seulement 6 %, et l'angor de repos chez 33 % des cas.

A noter que les patients peuvent associer un angor de novo et de repos, post infarctus et crescendo....

Les troubles de la repolarisation retrouvés à l'ECG sont : les ondes T négatives dans 45 % des cas et le sous-décalage du segment ST dans 21 % des cas. Les troubles de la repolarisation étaient absents dans environ un tiers des cas. Les troubles de rythme ventriculaire et supra ventriculaires sont rencontrés chez 2% des malades.

Le dosage des troponines IC a été demandé chez nos patients à leur admission et 12 heures après. Seulement 9 patients n'ont pas pu le faire par faute de moyens. Ainsi 75 % des patients avaient une troponine négative à leur admission et 12 heures après.

Le dosage de la C-Réactif Protéine (CRP) a été faite chez 64 % des patients (312 cas). Elle est revenue positive dans 49 % des cas.

L'écho doppler cardiaque a été faite chez 94% des patients. La fonction ventriculaire gauche était conservée chez 90 % des patients. Les anomalies de la

contractilité segmentaire ont été notées chez 15 % des patients. 11 cas de valvulopathies au stade chirurgical ont été retrouvés.

Tous nos malades ont bénéficiés d'un traitement médical. Les différentes classes thérapeutiques sont représentées dans le tableau II.

Tableau 2 : Traitements médicamenteux utilisés chez les coronariens.

Classe thérapeutique	Nombre de malades	Pourcentage %
□-Bloquants (□B)	316	65%
Inhibiteurs calciques(IC)	94	19%
Inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC)	272	56%
Dérivés nitrés (DN)	88	18%
Héparine bas poids moléculaire (HBPM)	421	86%
Héparine non fractionnée (HNF)	63	13%
Aspirine	478	98%
Statines	480	98%
Clopidogrel	132	27%
ARA II	25	5%

La coronarographie a été réalisée chez 89 patients, en général dans les 48 heures quand il s'agit d'un syndrome coronaire aigu à troponine positive. Le geste interventionnel a été réalisé dans les suites de la coronarographie. Les différentes lésions retrouvées sont résumés dans le tableau III.

Tableau 3 : Résultats de la coronarographie

Résultats de la coronarographie	Normale	Atteinte mono-tronculaire	Atteinte bi-tronculaire	Atteinte tritronculaire
Effectifs	26	28	20	13

L'évolution hospitalière était favorable dans la plupart des cas. 3 décès hospitaliers ont été regrettés. 60 % des patients ont été stabilisés par le traitement médical.

Discussion

La probabilité d'une pathologie cardiaque est statistiquement aggravée par la présence d'un certain nombre de facteurs de risque. La plupart de ces facteurs sont des indicateurs de mauvais pronostic (2).

Sur le plan épidémiologique, les syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST sont moins fréquents que les syndromes coronaires aigus avec sus décalage de ST aux Etats-Unis. Le centre national Américain des statistiques de santé rapporte que sur un ensemble d'hospitalisation de 1565000 pour le syndrome coronaire aigu, 669000 étaient des coronariens aigus ST (-) contre 896000 pour IDM, soit une fréquence de 43 % (3). Au sein de notre service, le syndrome coronaire aigu ST (-) sont retrouvés chez presque le quart des patients hospitalisés. Leur fréquence est estimée à 25 %.

Dans la population qui présente un syndromes coronaires aigus ST(-), les hommes sont plus exposés à l'atteinte par un syndromes coronaires aigus que les femmes en période d'activité génitale. Le niveau de risque chez ces dernières rejoint celui des hommes après la ménopause.

Aux Etats-Unis, les syndromes coronaires aigus touchent 43% des femmes tout âge confondu(3). Dans notre étude, les femmes avant 50 ans représentent seulement 16% versus 33 % des hommes. Ce taux augmente très significativement après la ménopause et atteint 72 % rejoignant ainsi le risque chez l'homme (49%).

La moyenne d'âge de survenue d'une pathologie coronaire aux Etats-Unis est de 65.8 ans pour les hommes et 70.4 ans pour les femmes. Elle est de 60 ans dans notre contexte. L'âge est un facteur pronostique très puissant de la mortalité à 30 jours selon l'étude poursuite qui a inclut 9561 patients avec syndromes coronaires aigus (4).

Le diabète, l'HTA, et le tabagisme ont été retenu comme des facteurs majeurs de survenue des syndromes coronaires aigus. La présence de diabète est un facteur prédictif indépendant d'une mortalité plus élevée. Il est associé à un risque double de mortalité en comparaison avec des patients non-diabétiques(5), plaçant ainsi les patients diabétiques dans une catégorie à haut risque.

Les données des enregistrements récents effectués aux Etats-Unis et en Europe ont prouvé que le taux de diabète augmente chez les patients porteurs de syndromes coronaires aigus ST(-). Il se situe en Europe entre 29 et

35%. Dans notre travail, le diabète est présent chez 31% des malades. Cette fréquence rejoint les données de la littérature.

La présence de l'hypertension artérielle peut doubler ou tripler le risque de maladies cardio-vasculaires (6). Chez nos malades, Elle touche 51% des patients hospitalisés dont 64% avaient une hypertension suivie contre 31 % mal suivie ou non traitée.

Le rôle néfaste du tabagisme est nettement démontré par plusieurs études. Il reste le facteur de risque modifiable le plus important de maladies cardio-vasculaires. L'arrêt du tabagisme entraîne une réduction des maladies cardio-vasculaires de moitié après un an et un risque comparable à celui d'un non-fumeur après 2 à 5 ans (7).

Les sujets ayant des antécédents familiaux de maladie coronarienne prématurée ont un risque de 2 à 5 fois plus important d'accident coronaire (8). Dans notre série, 12 % avaient des antécédents familiaux d'atteinte coronaire.

Un autre facteur purement féminin incriminé dans la survenue de la maladie coronaire est la ménopause qui augmente les taux de lipides athérogènes et diminue la fraction HDL. Le risque relatif des femmes ménopausées non traitées par rapport aux femmes ménopausées du même âge est entre 2.2 et 2.7. Dans notre travail, 80 % des femmes admises au service étaient ménopausées.

La surcharge adipeuse est un élément important du risque cardio-vasculaire par la surcharge de travail qu'elle impose au cœur. Le risque de présenter une angine de poitrine dans les 10 ans est multiplié par 2 chez les personnes présentant un excès de poids de 20% et par 5 pour un excès de poids de 30%. Dans notre population 36.5% des malades sont obèses.

Le profil lipidique peut être une cause déterminante de sévérité chez les patients avec syndromes coronaires aigus ST (-). Concernant notre série, Les dyslipidémies type hypercholestérolémie ont été observées chez 16 % des cas. Quant à l'hypertriglycéridémie, elle a été présente dans 11% des cas.

La coexistence de plusieurs facteurs de risque chez le même patient et la sévérité de la coronaropathie sont étroitement liés. Dans notre série, 80 % des malades ont plus de 2 facteurs de risque. L'absence de facteurs de risque n'exclut pas la probabilité de survenue d'une pathologie coronaire instable, puisque 1% de nos malades étudiés n'avaient aucun FDRCVx.

Le diagnostic d'un syndrome coronaire aigu repose sur une bonne analyse du terrain et des caractéristiques de la douleur thoracique.

En effet, le contexte de survenue des douleurs thoraciques permet de retenir le diagnostic et impose l'hospitalisation du patient. Il en est ainsi des douleurs angineuses prolongées au repos, de l'angor de novo, de l'angor crescendo et de l'angor post infarctus.

Les douleurs prolongées s'observent chez 80% des patients, tandis que l'angor de novo et crescendo ne touchent que 20% (9). Dans notre série, l'angor de novo était présent chez 31 % des cas, l'angor crescendo chez 42 % des patients, l'angor post infarctus chez seulement 6 % et l'angor de repos dans 33 % des cas.

Toutefois un tableau clinique atypique n'est pas rare (10). Il est observé chez des patients jeunes ou très âgés (>75ans), les femmes, les diabétiques ou les insuffisants rénaux (10-11).

L'examen clinique du malade est souvent normal et permet surtout d'exclure les autres causes de douleurs thoraciques et de rechercher des signes d'instabilité hémodynamique et de dysfonctionnement du ventricule gauche.

L'ECG constitue l'examen clé de l'évaluation des patients. Un sous décalage de ST ou une modification de l'onde T sont les indicateurs ECG les plus fiables du syndrome coronaire aigu (12-13). Une onde T négative a été répertoriée dans 45 % des cas, alors que le sous-décalage du segment ST n'a été retrouvé que chez 21 % des malades. Un ECG entièrement normal n'exclut pas la probabilité d'un syndromes coronaires aigus, d'où l'intérêt d'un ECG percritique. Dans plusieurs études, Environ 5% des patients à ECG normal renvoyés des urgences avaient soit un IDM soit un angor instable (14). Toutefois, un ECG entièrement normal enregistré durant un épisode de douleur thoracique importante doit attirer l'attention sur d'autres causes possibles des plaintes du malade.

Ces dernières années, de multiples bio-marqueurs ont été évalués pour le diagnostic et la stratification de risque. Ceux-ci reflètent les différents aspects physiopathologiques de syndromes coronaires aigus ST(-), notamment l'inflammation, l'activation plaquettaire, l'activation neuro-hormonale ou encore l'ischémie myocardique.

Les troponines T ou I cardiaques sont les marqueurs préférés de la nécrose myocardique, car elles sont à la fois

plus spécifiques et plus fiable que les enzymes cardiaques, telles que la créatinine kinase ou la créatine phosphokinase membranaire .

Dans notre série, 74% des cas avaient des troponines négatives à l'admission et 12 heures après. Selon les derniers consensus américains et européens, toute élévation de la troponine peut être considérée comme un IDM (15). Dans notre étude, 92 patients avaient une troponine positive à 2 reprises et 17 malades ont positivé leur troponines 12 heures après leur admission, d'où l'importance d'un deuxième dosage de ces enzymes cardiaques.

L'hospitalisation en USIC est indiquée à chaque fois qu'on suspecte un syndrome coronaire aigu et ce en vue de la surveillance continue de l'électrocardiogramme.

Les bêta bloquants sont systématiquement prescrits en l'absence de contre indications. Une méta-analyse a permis de montrer que le traitement aux bêta-bloquants s'accompagnait d'une réduction relative de 13% du risque d'évolution vers l'IDM (16). 65 % de nos patients ont été mis sous β bloquants.

Les dérivés nitrés en intraveineux peuvent être envisagés, mais le niveau de preuve est faible. Les recommandations de la société européenne de cardiologie sont une augmentation de posologie jusqu'au soulagement des symptômes ou la survenue d'effets secondaires.

Les Inhibiteurs calciques sont utilisés en cas de contre indication aux β bloquants. Ils ont un certain bénéfice sur les récides ischémiques. Néanmoins, ils ne modifient pas le taux de mortalité globale. Dans notre travail, 19 % de nos malades ont été mis sous inhibiteurs calciques.

La thrombose intra-coronaire joue un rôle majeur dans les syndromes coronaires aigus. Les anticoagulants sont utilisés pour inhiber la formation d'un thrombus ou bien réduire les événements thrombotiques.

Une analyse qui a réunit six essais évaluant l'héparine non fractionnée à court terme contre le placebo a montré que l'héparine non fractionnée en monothérapie réduit significativement la mortalité et l'IDM de 33 % (17). 13% des patients inclus dans notre analyse ont été mis sous héparine non fractionnée (héparine non fractionnée).

Les HBPM associés aux anti-plaquettaires doivent être préférés à l'héparine non fractionnée lors du traitement des syndromes coronaires aigus ST(-). Seule l'Enoxaparine dans l'étude Essence s'est révélée supérieure à l'héparine non fractionnée pour diminuer le risque de décès ou

d'évènements ischémiques majeurs pendant la phase aigue, et ceci sans augmenter le risque d'hémorragie majeure. Dans notre série, 86 % des patients ont reçu de l'Enoxaparine.

Il a été démontré que l'aspirine diminue les taux de décès ou d'IDM chez les malades porteurs d'un angor instable (18). L'aspirine a été prescrite chez 98% de nos patients.

Le Clopidogrel a remplacé la Ticlopidine en raison de sa moindre toxicité hématologique. Après une dose de charge de 300 mg, 75 mg de clopidogrel associé à l'aspirine diminue de 20 % le risque d'évènements cardiovasculaires graves (IDM, décès) dans les syndromes coronaires aigus, notamment si une stratégie invasive est programmée (études CURE et CREDO).

Trois inhibiteurs des anti GPIIb/IIIa ont été approuvés pour l'usage clinique, à savoir l'Abciximab, l'Eptifibatide et le Tirofiban. Selon les recommandations américaines et européennes, les anti GPIIb/IIIa sont indiqués chez les patients à haut risque et à risque intermédiaire, en particulier ceux ayant des troponines élevées, une dépression de segment ST ou bien des diabétiques.

Statines et inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Les statines doivent être systématiques, quel que soit le taux de cholestérol total ou de LDL-cholestérol. En effet, prescrite précocement, cette classe améliore le pronostic sur le long terme. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion doivent également être systématiques, même en l'absence de dysfonction ventriculaire gauche, comme chez tout coronarien. Par contre aucune étude n'a évalué l'intérêt de prescription à la phase aigue du SCA ST(-).

Stratégie de prise en charge à la phase aigue (figure 2)

- La 1^{ère} étape : « Evaluation initiale »

L'évaluation initiale comprend les étapes suivantes :

1/ Une anamnèse soigneuse (avoir une description précise des symptômes) et un examen clinique minutieux

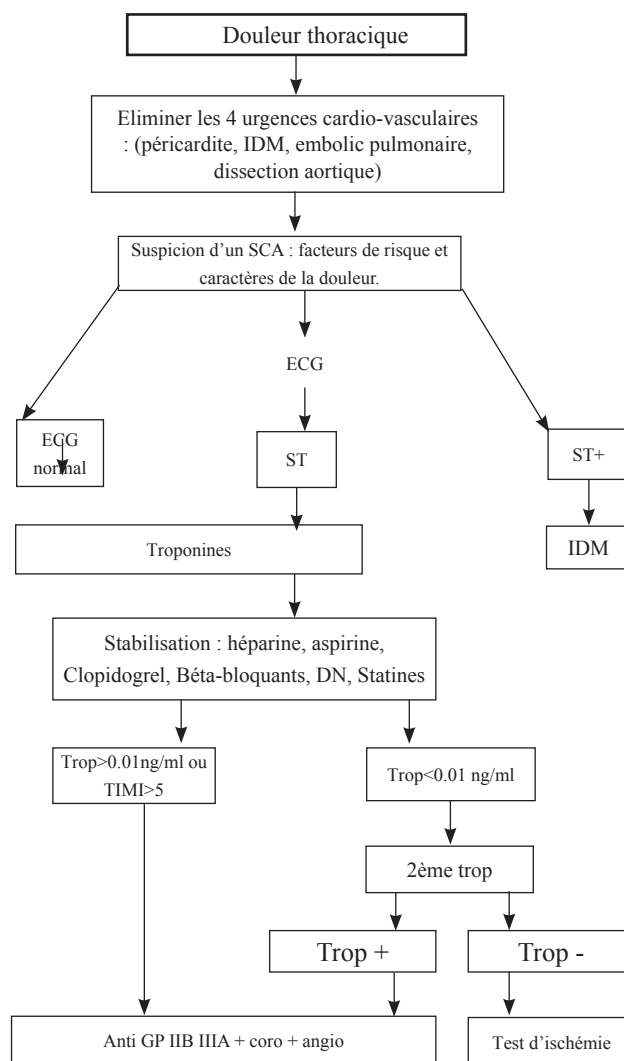
2/ Un enregistrement ECG (Variations de ST et de troubles de repolarisation).

3/ Un dosage des marqueurs biochimiques est nécessaire, en particulier les troponines.

4/ Une échographie est souhaitable pour évaluer la fonction du ventricule gauche et éliminer une cause extra-cardiaque.

5/ Un second dosage de troponines est à réaliser 6 à 12 heures après.

Figure 2 : La stratégie de prise en charge adoptée



la 2^{ème} étape : « validation du diagnostic et stratification du risque ».

Une fois que le diagnostic est posé, les patients présentant un syndrome coronaire aigu ST(-) doivent être mis sous traitement médical initial à base d'Aspirine, Clopidogrel, HBPM ou HNF, BB et de dérivés nitrés.

La stratification de risque est un composant important dans l'arbre décisionnel des syndromes coronaires aigus ST (-). Elle englobe l'évaluation du risque de survenue d'un évènement cardio-vasculaire majeur. Parmi les scores évaluant le risque, on retient le score TIMI qui englobe les paramètres suivants :

- Age > ou égale à 65 ans.
- Association de 3 facteurs de risque ou plus ou diabète seul.

- Coronaropathie connue (Sténose > 50%).
- Prise d'aspirine dans les 7 derniers jours.
- Angor récent.
- Sous décalage de « ST ».
- Troponines positives.

On donne à chaque paramètre 1 point. Un score de TIMI > 5 est associé à un risque de mortalité ou d'IDM > 12%.

Les patients répondant aux critères « haut risque » doivent bénéficier d'une coronarographie avec éventuelle angioplastie en fonction des conditions anatomiques. Ces patients doivent être également mis sous anti-GpIIb/IIIa :

- Un angor réfractaire.
- Un angor récurrent associé à une dépression de ST, ou une onde T négative, en dépit du traitement anti-angineux intense.
- Symptômes cliniques d'insuffisance cardiaques ou d'instabilité hémodynamique.
- Arythmies sévères (fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire).

Prise en charge à long terme

Après la phase initiale, Les patients avec syndromes coronaires aigus ST(-) présentent un haut risque de récurrence des événements ischémiques. Par conséquent, la prévention secondaire est un élément essentiel de management de

cette pathologie à long terme. L'objectif de cette prévention est d'assurer une bonne observance thérapeutique, de Conseiller une hygiène de vie correcte (arrêt du tabac, activité physique régulière, régime hyposodé avec réduction des graisses saturées, réduction pondérale) et de contrôler les différents facteurs de risque (surveillance de la tension artérielle, gestion du diabète et du profil lipidique).

Conclusion

La prise en charge des syndromes coronaires aigus sans sus décalage de ST doit obéir à une stratification du risque du patient à présenter un événement cardio vasculaire majeur.

La clinique, les modifications électriques et la troponine permettent de détecter le groupe de patients qui serait à haut risque et qui bénéficie de la stratégie invasive incluant une éventuelle angioplastie.

La prise en charge correcte de syndromes coronaires aigus ST (-) permet d'éviter l'IDM qui reste une complication gravissime.

Enfin la prévention des syndromes coronaires aigus passe par le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires qui reste une stratégie très rentable et peu coûteuse.

Références

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease Study. *Lancet* 1997;349: 1498–1504.
2. Cammbell RWF, turpie AGG, Maseri A et al. Management stratégies for a better outcome in unstable coronary artery disease. *Clin Cardiol* 1998;21:314–22.
3. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. Heart disease and stroke statistics—2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2007;115:69–171.
4. Boersma et al *circulation*. 2000 ;101 :2557–67
5. Mc Guire DK, Emanuelsson H, Granger CB, Magnus Ohman E, Moliterno DJ, White HD, Ardissino D, Box JW, Califf RM, Topol EJ. Influence of diabetes mellitus on clinical outcomes across the spectrum of acute coronary syndromes. Findings from the GUSTO-IIb study. GUSTO IIb Investigators. *Eur Heart J* 2000;21:1750–1758.
6. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevalence and treatment. *JAMA* 1996 ; 275 (20) : 1571 - 6.)
7. Canadian Cardiovascular Society 2000 Consensus Conference: Women and Ischemic Heart Disease. *Can J Cardiol* 2001 ; 17 Suppl D : 3D- 69D.)
8. Thierry VERNON (t.vernon@free.fr), Les pathologies cardio-vasculaires
9. Van Domburg RT, van Miltenburg-van Zijl AJ, Veehoeck RJ, Simoons ML. Unstable angina: good long-term outcome after a complicated early course. *J Am Coll Cardiol* 1998;31:1534–1539.
10. Canto JG, Fincher C, Kiefe CI, Allison JJ, Li Q, Funkhouser E, Centor RM, Selker HP, Weissman NW. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2002;90:248–253.
11. Culic V, Eterovic D, Miric D, Silic N. Symptom presentation of acute myocardial infarction: influence of sex, age, and risk factors. *Am Heart J* 2002;144:1012–17. 24/ ESC 2007.
12. Volmink JA, Newton JN, Hicks NR, Sleight P, Fowler GH, Neil HA. Coronary event and case fatality rates in an english population: results of the Oxford myocardial infarction incidence study. The Oxford Myocardial Infarction Incidence Study Group. *Heart* 1998;80:40–44.
13. Cannon CP, McCabe CH, Stone PH, Rogers WJ, Schachtman M, Thompson BW, Pearce DJ, Diver DJ, Kells C, Feldman T, Williams M, Gibson RS, Kronenberg MW, Ganz LI, Anderson HV, Braunwald E. The electrocardiogram predicts one-year outcome of patients with unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: results of the TIMI III Registry, ECG Ancillary Study. *Thrombolysis in Myocardial Ischemia*. *J Am Coll Cardiol* 1997;30:133–40.
14. McCarthy BD, Wong JB, Selker HP. Detecting acute cardiac ischemia in the emergency department: a review of the literature. *J Gen Intern Med* 1990;5:365–73.
15. Alpert JS, Thygesen K, Antman EM, Bassand JP. Myocardial infarction redefined—a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2000;21:1502–13
16. Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. II. Unstable angina, heart failure, primary prevention with aspirin, and risk factor modification. *JAMA* 1988 ; 260 : 2259–2263.
17. Eikelboom JW, Anand SS, Malmberg K, Weitz JI, Ginsberg JS, Yusuf S. Unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin in acute coronary syndrome without ST elevation : a meta-analysis. *Lancet* 2000 ; 355 : 1936–42.
18. Theroux P, Waters D, Qiu S, McCans J, de Guise P, Juneau M. Aspirin versus heparin to prevent myocardial infarction during the acute phase of unstable angina. *Circulation* 1993;88:2045–48.