

# Diagnostic de l'ischémie cardiaque

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 22 von «PrimaryCare» erschienen.

Michael Zellweger

## Signification

- La maladie coronarienne (MC) a d'importantes répercussions sur la morbidité et la mortalité dans les sociétés occidentales.
- Un bilan diagnostique fiable, efficace et économique de la maladie coronarienne revêt donc une importance considérable.
- Au-delà du diagnostic, la question du pronostic des patients atteints de maladie coronarienne joue également un rôle majeur.

## Diagnostic

### Anamnèse et examen clinique

La symptomatologie (angor typique, angor atypique, douleurs thoraciques extracardiaques), le sexe et l'âge permettent déjà une bonne appréciation de la probabilité d'une maladie coronarienne avant même un test à l'effort [1]. La constellation des facteurs de risque cardiovasculaire va encore affiner cette première impression.

Chez les patients diabétiques asymptomatiques et à plus forte raison chez ceux qui présentent une symptomatologie typique, on envisagera toujours l'existence éventuelle d'une maladie coronarienne silencieuse [2].

On interprétera les données des investigations complémentaires à la lumière de la probabilité pré-test et du tableau clinique de chaque patient. La probabilité pré-test est élevée en cas d'angor typique (60% chez les hommes jeunes, 90% dès l'âge de 50 ans). Chez les femmes jeunes, elle est très faible (90% à partir de 60 ans seulement).

### Investigations complémentaires

- Quel examen choisir? Ergométrie, scintigraphie de la perfusion du myocarde (MPS), échocardiographie de stress? Angiographie coronarienne? («Pathophysiologie versus morphologie»)
- Les examens doivent-ils avoir lieu sous traitement anti-ischémique ou non?
- Conditions pour la fiabilité d'un test ergométrique

que sans imagerie: atteindre au moins 85% de la fréquence cardiaque pour l'âge ( $0,85 \times [220 - \text{âge}]$ ); ECG interprétable au niveau des segments ST (absence de modifications significatives du segment ST, i.e. pas d'hypertrophie, pas de bloc de branche G, pas de digoxine).

■ Si ces conditions sont remplies, l'ergométrie possède une sensibilité de 68% et une spécificité de 77% dans le diagnostic de maladie coronarienne.

■ Variables importantes qu'il faut suivre lors d'une ergométrie: symptômes, puissance maximale atteinte (nomogramme), évolution de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle (double produit), modification du segment ST, troubles du rythme.

■ Si les conditions pour une interprétation fiable ne sont pas vérifiées, il faudra recourir à un test de stress pharmacologique (uniquement en combinaison avec une imagerie diagnostique de l'ischémie).

■ MPS en général avec l'adénosine (CI: asthme allergique, consommation de caféine ou de chocolat dans les 24 heures ayant précédé le test [antagonisme]), échocardiographie de stress le plus souvent avec de la dobutamine [3].

■ Les examens d'imagerie présentent plusieurs avantages par rapport à l'ergométrie, mais sont également plus coûteux [4, 5].

■ MPS: sensibilité 90%, spécificité 80%.

■ Echo de stress: sensibilité 80%, spécificité 90%.

■ Les patients avec MPS normale et fonction ventriculaire gauche conservée ont un très bon pronostic [6].

■ L'indication à un complément d'investigation par

**Tableau 1**  
Avantages et inconvénients des différents tests.

	Ergométrie	MPS	Echo de stress
ECG de repos normal	++	+++	+++
ECG de repos anormal	--	+++	+++
BPCO sévère	+/-	++	+/-
Obésité sévère	+/-	++	+/-
Mauvaise tolérance à l'effort	-	+++	+++
Fibrillation auriculaire	+/-	++	+
Après PTCA ou pontage a-c	+/-	+++	++
Localisation de l'ischémie	-	++	++
Degré d'ischémie	-/+	++	+
Pronostic	+	+++	++

angiographie coronarienne n'est pas uniquement posée sur la base des résultats des tests non invasifs, mais doit résulter du contexte global (tableau clinique, traitement en cours, circonstances, affections concomitantes, etc.).

**Références**

- 1 Diamond GA, et al. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. *N Engl J Med* 1979;300:1350-8.
- 2 Zellweger MJ, et al. Silent coronary artery disease in patients with diabetes mellitus. *Swiss Med Wkly* 2001;131:427-32.
- 3 Leppo JA. Comparison of pharmacologic stress agents. *J Nucl Cardiol* 1996;3:S22-6.
- 4 Zaret BL, et al. Nuclear cardiology. *N Engl J Med* 1993;329:855-63.
- 5 Zaret BL, et al. Nuclear cardiology. *N Engl J Med* 1993;329:775-83.
- 6 Hachamovitch R, et al. Incremental prognostic value of myocardial perfusion single photon emission computed tomography for the prediction of cardiac death: differential stratification for risk of cardiac death and myocardial infarction. *Circulation* 1998;97:535-43. Erratum in: *Circulation* 1998;98:190.

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (éd.).  
Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick  
Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.  
119 pages. Fr. 20.- / EUR 14.-  
ISBN 978-3-7965-2262-8  
(en allemand seulement).

Infos et commande sous [www.emh.ch](http://www.emh.ch)

---

PD Dr Michael Zellweger  
Service de cardiologie  
Hôpital universitaire  
Petersgraben 4  
4031 Bâle