

Coronarographie des S.C.A.

La coronarographie (cf. Kalon N°85) permet de mettre en évidence les lésions coronaires responsables du S.C.A. et d'en optimiser le traitement (notamment « angioplastie » c'est-à-dire dilatation artérielle au ballonnet). Le moment de sa réalisation, par rapport au début des symptômes, diffère selon le type de S.C.A.

En cas de S.C.A. ST (-) Tropo (-) stable (pas de récurrence douloureuse, parfaite stabilité hémodynamique, pas d'aggravation électrique, pas de trouble rythmique inquiétant) la coronarographie n'est pas réalisée en urgence et elle n'est pas toujours nécessaire. Elle est le plus souvent précédée d'explorations fonctionnelles (K.82 et K.83).

En cas de S.C.A. ST (-) Tropo (+) elle est réalisée en semi-urgence (sous 24 à 48 h selon le score de risque) sauf en cas d'instabilité où elle s'impose en urgence.

En cas de S.C.A. ST (+) Tropo (+) elle doit être réalisée en extrême urgence afin de repermeabiliser le plus tôt possible l'artère bouchée (plus on intervient tôt moins l'infarctus du myocarde résultant inévitablement de l'occlusion artérielle sera étendu et moins les risques évolutifs seront importants).

Les lésions coronaires observées diffèrent aussi selon le type de S.C.A. mais la lésion de base et une plaque d'athérome rompue (K.87), la différence étant due au stade évolutif de cette rupture (K.88).

N.B. : nous ne parlerons pas ici des rares S.C.A. à coronaires « saines » (c'est-à-dire sans plaque d'athérome décelable à la coronarographie) ou « MINOCA » (*Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries*) qui concernent avant tout des sujets jeunes. Les coronaires peuvent n'être saines qu'apparemment (érosion endothéliale et coronaropathie micro-vasculaire ou encore dissection coronaire qui concernent avant tout les femmes jeunes – cf. K.86 et K.77 -, spasme coronaire...) ou être réellement saines (myocardites, cardiomyopathie de stress ou

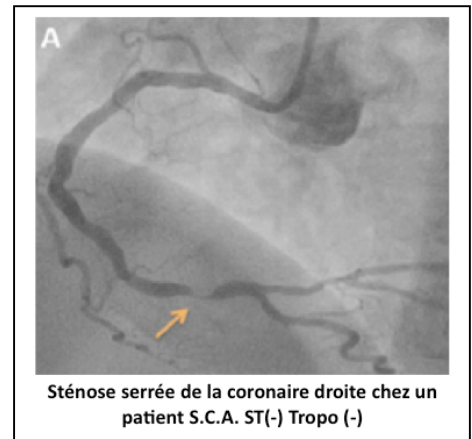
« Takotsubo », troubles de la coagulation, complication de traitements, notamment anti-cancéreux, ou de la consommation de toxiques...).

Schématiquement on peut décrire ces lésions comme

suit :

Lésions observées dans les S.C.A. ST(-)

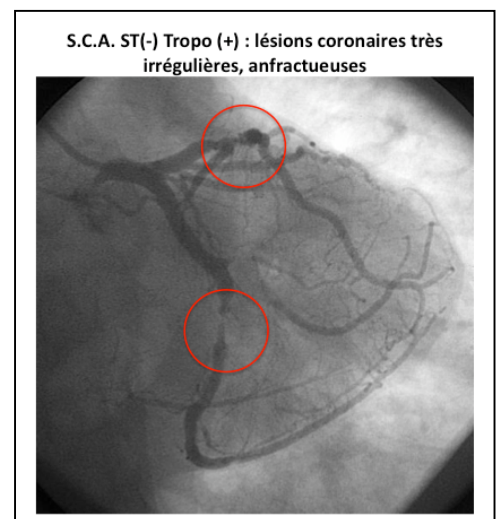
Trope (-) : il s'agit le plus souvent d'une sténose serrée. Si le patient a déjà été exploré et qu'on dispose, donc, d'une coronarographie de référence relativement récente mettant en évidence une plaque d'athérome modérément sténosante on constate l'augmentation importante du degré de cette sténose.



Lésions observées dans les S.C.A. ST(-)

Trope (+) :

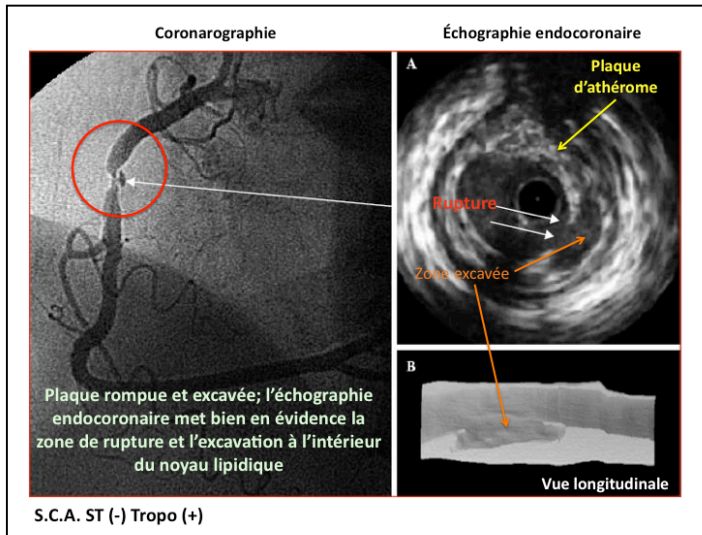
La (ou les) plaques d'athérome sont le plus souvent irrégulières, anfractueuses voire excavées. La rupture apparaît nettement à l'échographie ou à l'O.C.T. endocoronaire (K.85).



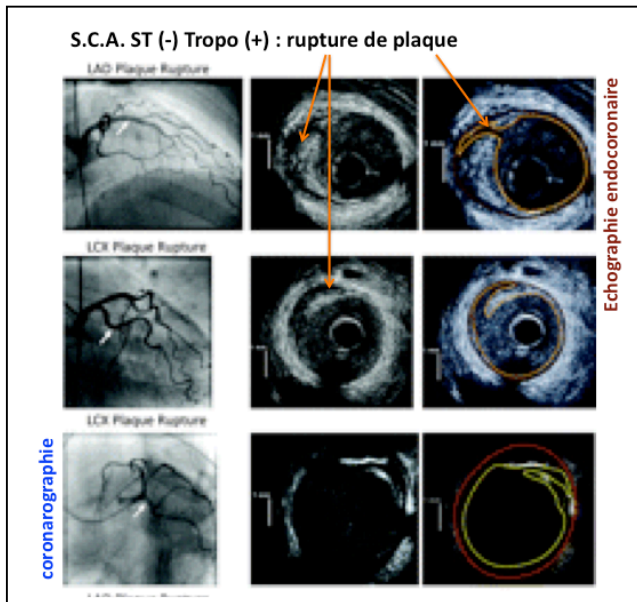
Lésions observées dans les S.C.A. ST (+) Tropo (+) :

Le plus souvent l'artère responsable est occluse. Dans certains cas cependant l'artère s'est partiellement rouverte soit par migration d'une partie du thrombus soit par lyse partielle spontanée ; le thrombus est alors nettement visible et l'on peut aussi voir, en aval de la lésion, les portions de thrombus ayant migré en distalité.

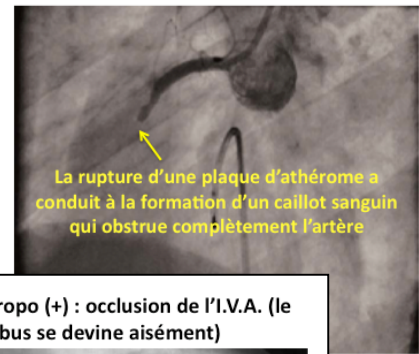
Docteur J-F. HOUËL (cardiologue)



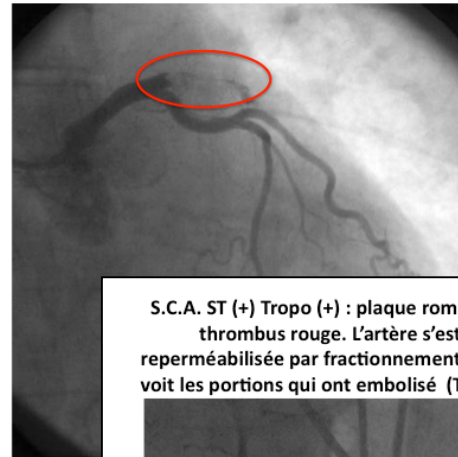
Quelques exemples les lésions coronaires observées lors de S.C.A. St (-) Tropo (+); lésions sévères et à haut risque



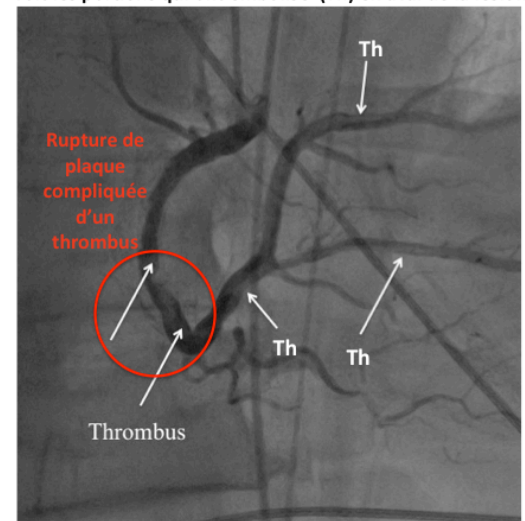
S.C.A. ST (+) Tropo (+) : occlusion complète de la coronaire droite



S.C.A. ST (+) Tropo (+) : occlusion de l'I.V.A. (le thrombus se devine aisément)



S.C.A. ST (+) Tropo (+) : plaque rompue compliquée d'un thrombus rouge. L'artère s'est spontanément reperméabilisée par fractionnement du thrombus dont on voit les portions qui ont embolisé (Th) en aval de la lésion



S.C.A. ST(-) Tropo (+) : plaque excavée après rupture vue en tomographie par cohérence optique (O.C.T.) endocoronaire

