

	<u>Angor d'effort stable</u>	<u>Angor instable :</u> - angor de repos - aggravation rapide ou brutale d'un angor d'effort connu - angor d'effort de novo	<u>Infarctus du myocarde (IDM) sans sus-décalage du segment ST</u>	<u>Infarctus du myocarde (IDM) avec sus décalage du segment ST</u>
<b>NAMNESE</b>				
<b>Contexte clinique</b>	1. Antécédents artériels personnels ou familiaux ( <i>arbre généalogique</i> ). 2. Facteurs de risque cardio-vasculaires.	1. Antécédents artériels personnels ou familiaux ( <i>arbre généalogique</i> ). 2. Facteurs de risque cardio-vasculaires.	1. Antécédents artériels personnels ou familiaux ( <i>arbre généalogique</i> ). 2. Facteurs de risque cardio-vasculaires.	1. Antécédents artériels personnels ou familiaux ( <i>arbre généalogique</i> ). 2. Facteurs de risque cardio-vasculaires.
<b>Signes fonctionnels</b>	1. Douleur caractéristique <u>tab 1 3.doc</u> <u>Attention</u> : douleurs atypiques (abdominales), formes indolores (diabétique).	1. Douleur caractéristique <u>tab 1 3.doc</u> <u>Attention</u> : douleurs atypiques (abdominales), formes indolores (diabétique).	1. Douleur caractéristique <u>tab 1 3.doc</u> <u>Attention</u> : douleurs atypiques (abdominales), formes indolores (diabétique). 2. Signes d'accompagnement : agitation, malaise général pouvant aller jusqu'à un <b>collapsus cardio-vasculaire</b> voire un <b>état de choc</b> . 3. Signes digestifs : <i>hoquet, éructation, nausées, vomissements</i> .	1. Douleur caractéristique <u>tab 1 3.doc</u> <u>Attention</u> : douleurs atypiques (abdominales), formes indolores (diabétique). 2. Signes d'accompagnement : agitation, malaise général pouvant aller jusqu'à un <b>collapsus cardio-vasculaire</b> voire un <b>état de choc</b> . 3. Signes digestifs : <i>hoquet, éructation, nausées, vomissements</i> .
<b>SIGNES GENERAUX</b>				
			1. Mesure de la pression artérielle + Fréquence cardiaque : recherche <b>hypertension</b> (poussée HTA) ou <b>hypotension</b> (collapsus voire <b>état de choc</b> ) artérielle. 2. <i>Fréquence respiratoire</i> ± augmentée. 3. <i>Oligurie</i> (si <b>état de choc</b> ). 4. <i>Fébricule</i> (inconstant).	1. Mesure de la pression artérielle + Fréquence cardiaque : recherche <b>hypertension</b> (poussée HTA) ou <b>hypotension</b> (collapsus voire <b>état de choc</b> ) artérielle. 2. <i>Fréquence respiratoire</i> ± augmentée. 3. <i>Oligurie</i> (si <b>état de choc</b> ). 4. <i>Fébricule</i> (inconstant).
<b>INSPECTION / PALPATION / PERCUSSION / AUSCULTATION</b>				
			Signes d'insuffisance <b>cardiaque gauche, droite</b> ou <b>globale</b> , selon localisation et extension de l'IDM, parfois au premier plan.	Signes d'insuffisance <b>cardiaque gauche, droite</b> ou <b>globale</b> , selon localisation et extension de l'IDM, parfois au premier plan.
<b>EXAMENS COMPLEMENTAIRES</b>				
<b>ECG</b> <u>Attention</u> : sus-décalage ST = <i>arrêt total du flux sanguin</i>	<u>Intercritique</u> : normal. <u>Per-critique</u> : sous-décalage ST.	<u>Intercritique</u> : normal. <u>Per-critique</u> : sous-décalage ST.	Onde T positive, ample, pointue et symétrique (= <i>ischémie chronique</i> ).	<u>Séquence typique</u> : 1. onde T positive, ample, pointue, symétrique 2. sus décalage ST englobant l'onde T (onde de Pardee) + miroir (sous-décalage ST) dans les autres dérivations (= <i>IDM aigu</i> ) 3. onde Q pathologique (= <i>IDM aigu</i> > 6h ou <i>séquelle d'IDM</i> ) + onde T négative.

<p><u>Enzymes</u></p> <p>Attention : troponine augmentée = nécrose myocardique</p>	<p>Pas d'élévation des enzymes.</p>	<p>Pas d'élévation des enzymes.</p>	<p>CPK-MB (dès 4-6h) : suivi cinétique. Troponine I, T (dès 3h, plus sensible et très spécifique) : diagnostic positif.</p>	<p>CPK-MB (dès 4-6h) : suivi cinétique. Troponine I, T (dès 3h, plus sensible et très spécifique) : diagnostic positif.</p>
<p><u>Autres explorations.</u></p>	<p><u>ECG d'effort, scintigraphie myocardique au thallium (effort ou dipyridamole), échographie cardiaque de repos et de stress (effort ou dobutamine) : épreuves de provocation.</u> <u>Enregistrement ECG continu sur 24 heures (Holter) : recherche des épisodes ischémiques asymptomatiques.</u> <u>Coronarographie : invasive à visée pré-opératoire ou pré-angioplastie; visualise les lésions artérielles responsables de l'ischémie cardiaque.</u></p>	<p><u>ECG d'effort, scintigraphie myocardique au thallium (effort ou dipyridamole), échographie cardiaque de repos et de stress (effort ou dobutamine) : épreuves de provocation.</u> <u>Enregistrement ECG continu sur 24 heures (Holter) : recherche des épisodes ischémiques asymptomatiques.</u> <u>Coronarographie : invasive à visée pré-opératoire ou pré-angioplastie; visualise les lésions artérielles responsables de l'ischémie cardiaque.</u></p>	<p><u>ECG d'effort, scintigraphie myocardique au thallium (effort ou dipyridamole), échographie cardiaque de repos et de stress (effort ou dobutamine) : épreuves de provocation.</u> <u>Enregistrement ECG continu sur 24 heures (Holter) : recherche des épisodes ischémiques asymptomatiques.</u> <u>Coronarographie : invasive à visée pré-opératoire ou pré-angioplastie; visualise les lésions artérielles responsables de l'ischémie cardiaque.</u></p>	<p><u>ECG d'effort, scintigraphie myocardique au thallium (effort ou dipyridamole), échographie cardiaque de repos et de stress (effort ou dobutamine) : épreuves de provocation.</u> <u>Enregistrement ECG continu sur 24 heures (Holter) : recherche des épisodes ischémiques asymptomatiques.</u> <u>Coronarographie : invasive à visée pré-opératoire ou pré-angioplastie; visualise les lésions artérielles responsables de l'ischémie cardiaque.</u></p>