

Prévalence de l'atteinte carotidienne athéromateuse au cours de la cardiopathie ischémique dans un service de cardiologie

**Dr FOUHAD HOCINE
Service de cardiologie
hôpital militaire Constantine**



INTRODUCTION

Athérosclérose pathologie ubiquitaire susceptible chez le même sujet de toucher l'ensemble des territoires vasculaires

L'athérosclérose carotidienne, dont la prévalence augmente avec l'âge, est très souvent observée, qu'il s'agisse de plaques ou de sténoses, chez les coronariens.

L'association expose au double risque d'accident vasculaire cérébral et d'ischémie myocardique.



La double atteinte surcroît la morbi mortalité

Intérêt du dépistage l'atteinte carotide chez le coronarien ++

Examen clinique décevant

Exploration ultrasoniographique : incontournable

OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de l'atteinte carotidienne chez les patients atteints d'une cardiopathie ischémique et dégager une attitude à prôner devant une atteinte coronaire pour le dépistage d'une éventuelle localisation carotidienne

METHODE ET MATERIEL (1)

Étude prospective multicentriques (services de cardiologie des hôpitaux militaire d'Alger et Constantine) de dépistage de janvier 2013 à janvier 2015

Critère d'inclusion :

Coronaropathie récemment connue (<06 mois)

Absence de pathologie cérébro-vasculaire connue (AVC, chirurgie carotidienne)

METHODE ET MATERIEL (2)

Collection des données : chaque patient inclus dans l'étude bénéficiait d'un interrogatoire, d'un examen clinique complet avec un ECG et d'un bilan biologique

A l'interrogatoire on a recueilli les données de l'état civil, les habitudes de vie, les antécédents médicaux (personnels et familiaux) et la recherche des facteurs de risque cardiovasculaires

L'examen clinique: recherche d'un souffle carotidien

METHODE ET MATERIEL (3)

Exploration vasculaire cervicale :

- **Echodoppler – VIVID 7 GE**
- **Sonde linéaire à fréquence variable 7-13 MHz**
- **Étude bilatérale et symétrique :**
 - **IR : CC**
 - **Étude morphologique (coupe transversale et longitudinale)**
 - **DOPPLER couleur , pulse , puissance**
 - **Quantification hémodynamique +++(VMS ,VTD, rapport carotidien**
 - **Quantification en surface**
 - **+/-ANGIOSCANNER**

METHODE ET MATERIEL (4)

Le diagnostic de sténose repose sur la combinaison des critères de vitesses directes et indirects :

- L'étude de la vitesse au site le plus sévère de la sténose**
- Le rapport carotidien entre ce site et celui de l'ACC ipsilatérale**
- Le rapport de surface ou le rapport de diamètre au site le plus sévère de la sténose**
- La comparaison des index de résistance entre les deux artères carotides communes (différence pathologique >20%)**
- Le sens de l'écoulement de l'artère ophthalmique**

METHODE ET MATERIEL (5)

Les résultats étaient soit :

- **Normaux**
- **Sténose $<60\%$ +/- plaque**
- **Sténose $\geq 60\%$ +/- occlusion**

RESULTATS (1)

	N	%
Homme	135	79.4%
Femme	35	20.6%
HTA	105	61.7%
Diabète	75	44.1%
Dyslipidémie	66	38.8%
Tabac	63	37%
Obésité	39	22.9%
Hérédité	8	4.7%
Angor effort ou stabilisé	75	44.1%
Syndrome coronarien aigu	95	55.9%

RESULTATS (2)

	N	%
Examen normal	119	69.8%
Plaques / Sténose < 60%	36	21.2%
Sténose ≥ 60% /occlusions	15	9%

RESULTATS (3)

répartition en fonction du sexe

	Examen normal N=119	Plaques / Sténose < 60% N=36	Sténose ≥ 60% /occlusions N=15
HOMMES (N=135)	69.6% (94)	20.7% (28)	9.6% (13)
FEMMES (N=35)	71.4% (25)	22.9 % (8)	5.7% (2)

RESULTATS (4)

Répartition en fonction de l'âge

N = 170	Examen normal N=119	Plaques / Sténose < 60% N=36	Sténose ≥ 60% /occlusions N=15
30-40 ans (n= 22)	81.8% (18)	18.2% (4)	0% (0)
40-50 ans (n= 44)	81.8% (36)	13.6% (6)	4.5% (2)
50-60 ans (n= 48)	83.3% (40)	10.4% (5)	6.25% (3)
> 60 ans (n= 56)	44.6% (25)	37.5% (21)	17.8% (10)

DISCUSSION (1)

La maladie athéroscléreuse peut toucher tous les territoires vasculaires en particulier coronaire et cérébral.

Les travaux réalisés sur l'association athérosclérose « carotide-coronaire » montre que les deux types d'athérosclérose évoluent de façon différente.

Il semble que l'athérosclérose coronaire apparait en moyenne 20 ans avant l'athérosclérose cervico-céphalique

Ainsi, de nombreux travaux ont conclu que s'il était normal de trouver des lésions coronariennes chez un patient ayant des lésions carotidiennes, l'inverse n'était pas forcément vrai.

DISCUSSION (2)

Sur une population de 323 patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu, Komorovsky dépiste 30 % de patients présentant des sténoses carotidiennes de plus de 50%.

Les patients présentant des lésions carotidiennes étaient plus volontiers des hypertendus non contrôlés, des diabétiques de type 2, l'atteinte coronaire était plus sévère, nécessitant plus de revascularisation par chirurgie de pontages.

Becker rapporte dans la revue d'une vingtaine d'études totalisant plus de 36 000 patients qu'en cas d'atteinte coronarienne, des lésions carotidiennes supérieures à 50% étaient retrouvées dans une fréquence variant de 2 à 39% des cas.

Nallamothu a étudié la population des patients adressés dans son centre pour angioplastie. Sur 2 372 patients, 4,9% avaient une sténose carotidienne supérieure à 75%

Chen et al ont analysé, grâce à l'écho-Doppler vasculaire, la prévalence des lésions athéromateuses carotidienne et vertébrale chez 153 patients coronariens stables et programmés pour une coronarographie.

Une sténose significative ($\geq 50\%$) a été retrouvée chez 21 % des patients.

La sténose de la carotide a été observée chez 11 % des patients avec 3 % de cas d'occlusion complète de la carotide

CONCLUSION

L'athérosclérose des artères carotidiennes est fréquemment associée à une atteinte coronaire et la détection de cette association pathologique est importante sur le plan thérapeutique mais également pronostique.

Dans notre série 1 patient sur 3 avait une atteinte carotidienne

L'atteinte carotidienne sévère est relativement rare chez le coronarien, de l'ordre de 5 à 8 % dans les séries (9% dans notre série)

Ainsi ,le dépistage systématique n'est pas proposé chez le coronarien tout-venant .

le dépistage carotidien préopératoire indiqué (grade I, niveau B) dans les situations suivantes :

- antécédents cérébrovasculaires**
- souffle cervical**
- âge > 70 ans**
- coronarien pluritronculaire**
- AOMI associée**