

## Valeur diagnostique et pronostique de la présence d'une douleur rétrosternale (DRS) durant l'épreuve d'effort (EE)

### **ACC/AHA (Lignes directrices), 2002**

L'angine induite par l'EE a une valeur pronostique qui est d'ailleurs intégrée dans le score de Duke. Ce score détermine le risque de mortalité cardiovasculaire annuel en tenant compte de la durée de l'effort en minutes (ou tolérance à l'effort), l'amplitude du sous-décalage maximal du segment ST en millimètres, et l'index angineux. L'index angineux est de 0 s'il n'y a pas eu d'angine, de 1 s'il y a eu angine, et de 2 si l'angine est la raison d'arrêt de l'EE. La formule est la suivante :

$$\text{Score} = \text{durée} - 5 \times (\text{sous-décalage}) - 4 \times (\text{index angineux})$$

Plus le score est négatif, plus le risque de mortalité est élevé.

### **Braunwald, 7<sup>e</sup> édition, 2005**

Score de Duke (voir ACC/AHA)

Si la DRS survient à un palier d'effort léger ou si elle limite l'exercice à un palier de moins de 5 mets, elle devient un marqueur de mauvais pronostic.

### **Ellestad, 5<sup>e</sup> édition, 2003**

Score de Duke (voir ACC/AHA)

L'absence de DRS lors de l'EE n'est pas un bon indice pour prédire l'absence de MCAS. La valeur de la présence d'angine classique durant l'EE pour prédire la MCAS peut atteindre 90% sans ou avec la présence de sous-décalage du segment ST.

Chez les patients avec un sous-décalage du segment ST lors de l'EE, la présence de DRS fait augmenter le risque d'événements cardiaques à 5 ans et le risque de mortalité d'environ 2 fois par rapport à l'absence de DRS lors de l'EE. Ceci est encore plus vrai chez les hommes de 41 à 50 ans, et si la DRS survient à un bas régime de travail.

Après un infarctus du myocarde, la présence d'angine lors de l'EE corrèle avec le développement d'angine stable à un an. En l'absence de sous-décalage de segment ST, la présence d'angine a une valeur prédictive de pontages éventuels.

Après des pontages, la perte d'angine lors de l'EE n'est pas un bon prédicteur de la perméabilité des greffons ou d'une revascularisation complète.

**Froelicher, 4<sup>e</sup> édition, 2000**

Score de Duke (voir ACC/AHA)

Il est important, lorsque le patient se plaint de DRS lors de l'EE, d'obtenir une description minutieuse de la douleur pour vérifier qu'il s'agit bien d'une DRS typique plutôt que d'une DRS atypique.

On rapporte une étude sur 281 patients qui se distribuent comme suit :

<b>Présence de DRS Lors de l'EE</b>	<b>Présence d'un sous- décalage du segment ST lors de l'EE</b>	<b>MCAS significative à la coronarographie</b>
oui	oui	91%
non	oui	65%
oui	non	72%
non	non	35%

Donc, la présence de DRS augmente la probabilité de la présence de MCAS significative peu importe s'il y a présence ou absence de sous-décalage du segment ST.

**UptoDate 2006**

Score de Duke (voir ACC/AHA)

**Pubmed (novembre 2006)**

Il n'y a pas d'article récent sur le sujet.

Annie Tremblay, R5 en cardiologie