

## Syndrome coronarien aigu sans sus décalage du segment ST chez un sujet jeune : un défi diagnostique et thérapeutique en contexte de ressources limitées

Non-ST-segment elevation acute coronary syndrome in a young subject: a diagnostic and therapeutic challenge in a context of limited resources

Ateba Ateba NS <sup>1</sup>, Tonye LA <sup>2,3</sup>, Owona A <sup>2,4</sup>, Atangana Ekobo HN <sup>1</sup>, Ngonu CS <sup>1</sup>, Boombhi J <sup>2,4</sup>, Menanga AP <sup>2,4</sup>, Noah Noah D <sup>1,5</sup>

### Cas clinique

- <sup>1</sup>. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Sangmelima, Université d'Ebolowa
- <sup>2</sup>. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun
- <sup>3</sup>. Service de Cardiologie, Hôpital Jamot de Yaoundé
- <sup>4</sup>. Service de Cardiologie, Hôpital Général de Yaoundé
- <sup>5</sup>. Service de Médecine interne, Hôpital de Référence de Sangmelima

**Auteur correspondant** : Ateba Ateba Nelly Stella, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Sangmelima, Université d'Ebolowa, Email : [nellystella@yahoo.fr](mailto:nellystella@yahoo.fr)  
Tel : (+237)699131866

**Mots-clés** : hypertension artérielle - adulte jeune – angioplastie coronaire – Coronarographie -Yaoundé

**Key words**: arterial hypertension - young adults - coronary angioplasty - coronary angiography - Yaoundé

**Date de soumission** : 02/03/2025  
**Date d'acceptation** : 20/04/2025

### RESUME

La cardiologie interventionnelle qui se développe petit à petit en Afrique Centrale et au Cameroun en particulier, doit encore faire face à de nombreux défis diagnostiques et thérapeutiques que nous illustrons à travers ce cas. Les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme de 38 ans tabagique, hypertendu et en surpoids qui a présenté un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage permanent du segment ST. Le retard au diagnostic, le caractère pluri-tronculaire et les difficultés dans la prise en charge optimale constituent l'intérêt de ce cas

### ABSTRACT

Interventional cardiology, which is gradually developing in Central Africa and Cameroon in particular, still faces many diagnostic and therapeutic challenges, which we illustrate with this case. The authors report the case of an overweight, hypertensive 38-year-old smoker who presented with an acute coronary syndrome without permanent ST-segment elevation. The delay in diagnosis, the multitruncular nature and the difficulties in optimal management are the main features of this case.

## Introduction

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Elles sont dominées par les cardiopathies ischémiques dans les pays développés (1). Leur prévalence est en progression dans les pays en voie de développement qui portent le double fardeau de la transition épidémiologique (2). L'urbanisation et l'adoption du mode de vie occidental sont à l'origine de l'augmentation de leur incidence dans la population africaine. La cardiologie interventionnelle qui se développe petit à petit en Afrique Centrale et au Cameroun en particulier, doit encore faire face à de nombreux défis diagnostiques et thérapeutiques que nous illustrons à travers ce cas. Nous présentons le cas d'un patient de 38 ans, cumulant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire et présentant un syndrome coronarien aigu sans sus-déalage du segment ST. Le retard au diagnostic, la place centrale de l'électrocardiogramme dans la localisation de la lésion coupable et la problématique de l'accessibilité financière aux soins spécialisés constituent l'intérêt de ce cas clinique.

## Observation

Un jeune homme de 38 ans est reçu en consultation pour une douleur thoracique rétrosternale intense d'installation brutale, vu à 84 heures de la douleur. C'est une douleur constrictive de repos, s'aggravant au moindre effort et non irradiante. Le patient est tabagique avec une consommation de 04 cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans. Il a été hospitalisé dans une structure hospitalière pendant deux jours où il a subi une fibroscopie œsogastroduodénale aux fins d'exploration étiologique de la douleur. A l'évaluation clinique initiale, il a un surpoids (Indice de masse corporelle à 29 kg/m<sup>2</sup>). La pression artérielle est de 157/95 mmHg et la fréquence cardiaque à 65 battements par minutes. L'examen physique est pauvre.

L'électrocardiogramme de repos montre un rythme sinusal avec des ondes T négatives en latéral (V6, DI et aVL) (**Figure 1**).

La troponine I dosée était élevée à 4,0 ng/ml avec une normale à 1,0 ng/ml. L'échocardiographie a montré une hypokinésie de la paroi inféro-septale et inférieure dans les segments médians et basaux. Par ailleurs, La mesure ambulatoire de la pression artérielle réalisée à son admission a montré une hypertension artérielle systolodiastolique permanente avec un profil reverse dipper. Le dosage de la fraction LDL du cholestérol était à 0,67 g/l

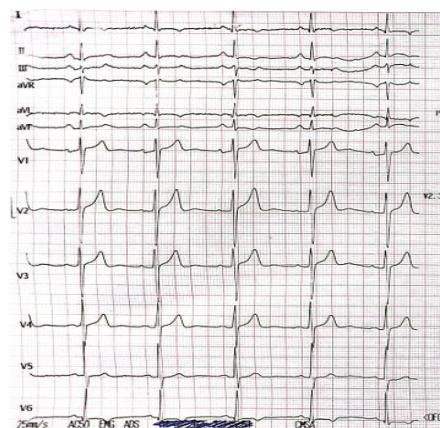


Figure 1 : tracé électrocardiographique réalisé à l'admission

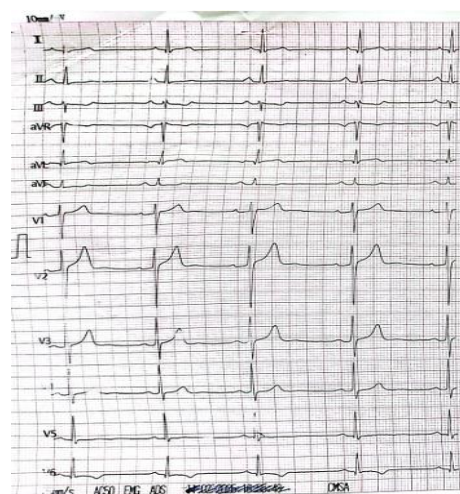
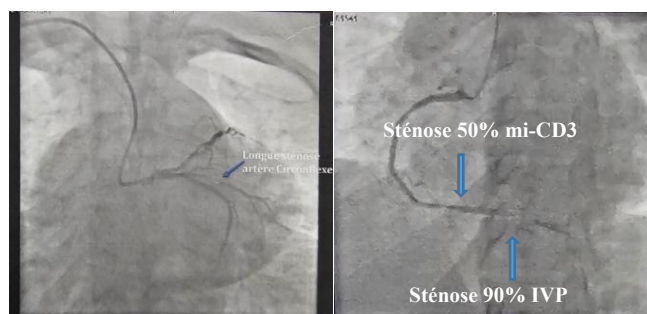


Figure 2 : tracé électrocardiographique réalisé 24 heures après l'initiation du traitement médical

Le traitement médical a été initié avec une anticoagulation curative, une double anti-agrégation plaquettaire, un bloqueur du système rénine angiotensine-aldostérone, un bêta bloquant et un hypolipémiant à forte dose. La coronarographie révélait une atteinte bitronculaire TIMI 3 des artères Circonflexe critique considérée comme « culprit », troisième segment de la coronaire droite et interventriculaire postérieure. Une angioplastie a été faite avec succès dans la foulée sur la circonflexe et la revascularisation du réseau droit programmée dans un deuxième temps.

Le patient a bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire qui a été arrêtée pour survenue de douleurs angineuses. L'évolution a donc été marquée par une qualité de vie altérée faite d'angor et de dyspnée classe 2 de la CCS (Canadian Cardiovascular Society) et de la NYHA (New York Heart Association). Le patient est en attente d'une angioplastie du réseau droit.



**Figure 3 :** coronarographie réalisée montrant une sténose de la circonflexe à 50% dans la partie proximale suivie d'une deuxième significative à 90% en distalité avec un flux TIMI 3 considérée comme coupable. Une double sténose mi CD3 à 50% et une 90% de l'interventriculaire postérieure

## Discussion

Les séries publiées sur les cardiopathies ischémiques en Afrique sub-saharienne sont peu nombreuses mais avec une augmentation notable sur les deux dernières décennies. La prévalence hospitalière va de 0,21% à 22,3% parmi les patients admis pour une maladie cardiovasculaire (3). La moyenne d'âge se situe entre la cinquième et la sixième décennie (4–6). Notre observation a la particularité de mettre en évidence l'existence de cas de syndromes coronariens aigus chez les sujets jeunes. Ceci peut être expliqué par le cumul des facteurs de risques chez notre patient. En l'occurrence l'hypertension artérielle, le tabagisme et la surcharge pondérale. Mboup et al. montrait que 91% des patients avaient au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire (5). L'hypertension artérielle est le facteur le plus représenté en association avec les syndromes coronariens aigus (3,7,8).

Concernant la population jeune en particulier, le tabagisme était significativement associé à la survenue d'un SCA et était présent chez 87% des patients âgés de moins de 45 ans de la série de Raissouni et al. (9). Un résultat similaire était rapporté par Coulibaly et al avec 80% de sa population d'étude âgée de moins de 40 ans hospitalisée pour un infarctus du myocarde (10). L'hypertension artérielle et le tabagisme ont un rôle prépondérant dans l'initiation et l'entretien de la dysfonction endothéliale. Elle est à l'origine de formation des plaques athéromateuses qui par rupture, ulcération ou hémorragie intra-plaque aboutissent aux accidents ischémiques aigus.

La douleur thoracique reste le signe d'appel essentiel des SCA (8,10). En pratique hospitalière, c'est le premier symptôme cardiovasculaire en terme de fréquence. Malgré une présentation typique de la douleur dans notre cas clinique, il n'en reste pas moins que le diagnostic différentiel avec les douleurs digestives est difficile.

L'accent doit donc être porté sur l'analyse attentive des modifications de la repolarisation à l'électrocardiogramme et le cycle de dosage des troponines. Le délai entre la survenue de la douleur thoracique et le contact hospitalier est long dans notre contexte. Ainsi, Diop et al. retrouvaient un délai moyen de 50 heures sur un échantillon de 39 patients hospitalisés pour syndromes coronarien aigu avec sus-déalage de ST (8).

Les résultats de la coronarographie réalisée montraient une lésion significative sur l'artère circonflexe, en rapport avec la négativité des ondes T en latéral sur l'ECG. Elle a donc été considérée « culprit » et revascularisée. Dans l'exploration de la coronaire droite, une double sténose sur le troisième segment de la coronaire droite et interventriculaire postérieure a été retrouvée. La revascularisation du réseau droit a été programmée dans un second temps à cause de contraintes financières. La prise en charge étant financée individuellement par les patients reçus en cardiologie interventionnelle pour des actes de coronarographie diagnostique ou d'angioplastie coronaire.

Les lésions sténosantes bi-tronculaires et tri-tronculaires (68,0%) ont été retrouvées comme les plus fréquentes dans les SCA sans sus-déalage permanent de ST à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (11) indépendamment de l'âge. Dans la population de patients âgés de moins de 45 ans, Raissouni et al. retrouvait une atteinte mono-tronculaire majoritaire (64,5%) et bi-tronculaire dans 20% des cas (9).

## Conclusion

Les syndromes coronariens aigus sont une réalité sous-diagnostiquée dans la pratique hospitalière en Afrique sub-saharienne. Ce cas clinique relève l'attention sur les présentations cliniques chez les sujets jeunes. Sur le plan diagnostique, le premier contact médical est retardé, un seul dosage des troponines est fait et les délais de réalisation de l'électrocardiogramme et de la coronarographie restent longs. Le coût de l'angioplastie reste élevé dans notre contexte limitant dans les cas comme le nôtre la prise en charge optimale des patients.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## Contribution des auteurs

Acquisition des données : Ateba Ateba Nelly Stella, Owona Amalia, Rédaction de l'article : Ateba Ateba Nelly Stella, Owona Amalia, Tonye Lydienne, Révision critique du contenu : Atangana Ekobo Huguette, Ngono Claire Sandrine, Boombhi Jérôme, Approbation finale de la version à publier : Menanga Alain Patrick, Noah Noah Dominique

## Références

1. Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality From Ischemic Heart Disease. *Circulation : Cardiovascular Quality and Outcomes* [En ligne]. 2019. 12(6). Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005375>
2. Yao H, Ekou A, Brou I, Niamkey T, Koffi F, Tano S, et al. Évolution de l'épidémiologie et de la prise en charge des syndromes coronariens aigus à Abidjan : étude transversale de 1011 patients. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2022 ;71(3):130-5.
3. Yao H, Ekou A, Niamkey T, Gan SH, Kouamé I, Afassinou Y, et al. Acute Coronary Syndromes in Sub-Saharan Africa: A 10-Year Systematic Review. *Journal of the American Heart Association* [En ligne]. 2022 [cité 7 févr 2025]; Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.120.021107>
4. N'Guetta R, Yao H, Ekou A, N'Cho-Mottoh MP, Angoran I, Tano M, et al. Prévalence et caractéristiques des syndromes coronariens aigus dans une population d'Afrique subsaharienne. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 2016;65(2):59-63.
5. Mboup MC, Diao M, Dia K, Fall PD. Les syndromes coronaires aigus à Dakar : aspects cliniques thérapeutiques et évolutifs. *Pan African Medical Journal* [En ligne]. 2014 [cité 5 févr 2025];19(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/134379>
6. Maliki MA, Idrissa H, Bako H, Harouna H, Alikou H, et al. Ischemic Heart Disease in Niamey: Epidemiology, Clinical and Paraclinical Features, Management and Outcome. *Health Sciences And Disease*. 2024;25(3): 47-51.
7. Seck M, Diouf I, Acouetey L, Wade KA, Thiam M, Diatta B. Profil des patients admis pour infarctus du myocarde au service d'accueil des urgences de l'hôpital principal de dakar. *Med Trop* 2007; 67 : 569-572.
8. Diop KR, Mingou JS, Beye SM. Epidemiological Aspect of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) in Saint-Louis of Senegal. *World Journal of Cardiovascular Diseases* [En ligne]. 2022. 12(12); Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/wjcd>
9. M. Raissouni, A. Bouzerda, M. Badi I. Asfalou, M. Sabry M. Zbir, A. Benya A. Hamani. Particularités de la cardiopathie ischémique chez le sujet jeune. *Revue Marocaine de Cardiologie* [En ligne]. 2011 [cité 5 févr 2025]. 20. Disponible sur: [https://smcmaroc.org/wp-content/uploads/2011/08/rmc\\_20\\_compressed.pdf#page=11](https://smcmaroc.org/wp-content/uploads/2011/08/rmc_20_compressed.pdf#page=11)
10. Coulibaly S, Diall I, Menta I, Diakité M, Ba H, Diakité S, et al. Facteurs De Risque Et Aspects Cliniques De l'infarctus Du Myocarde Chez Les Patients De Moins De 40 Ans Au Chu Du Point G. *Mali Medical*. 2014. 29(4):35.
11. Yao H, Ekou A, Niamkey TJ, Soya EK, Aboley E, N'Guetta R. Lésions coronaires chez le noir africain dans les syndromes coronariens aigus. *Pan Afr Med J*. 2019;32:104