

## **Qui est vulnérable : la plaque ou le patient ?**

Puel J. Fédération des services de Cardiologie du CHU Rangueil, Toulouse, France.

C'est l'éternelle question de la poule et de l'œuf avec, en l'occurrence, une possible réponse.

L'angioplasticien peu à peu à découvert la sténose irrégulière, puis la plaque instable et enfin la lésion vulnérable. Plus récemment, il a appris le caractère multifocal de l'instabilité (qui peut ne pas être symptomatique) et l'aspect diffus et généralisé de la dysfonction endothéliale. Après l'angioscopie et l'échographie endocoronaire, il développe de nouveaux outils qui s'appellent la palpographie, la thermographie, l'opical coherence tomographie et aussi le scanner multi barrette et l'IRM.

Il constate que cette vulnérabilité diffuse évolue dans le contexte d'une inflammation chez un malade à risque. C'est le malade à risque qui développe et porte des lésions vulnérables et non la vulnérabilité des lésions qui fait le risque du malade.

Il faut retenir que, plutôt que la lésion à risque, c'est le malade à risque qu'il convient de dépister. Il faut apprendre que le traitement de la vulnérabilité repose avant tout sur une approche thérapeutique systémique et pharmacologique, préventive et curative des accidents coronaires aigus, dans laquelle les antiagrégants plaquettaires, les statines et les IEC doivent occuper une place prépondérante.