

RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES 2011 POUR LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME CORONARIEN AIGU SANS ÉLÉVATION DU SEGMENT ST (PARTIE 2)

Revascularisation coronaire : indications

M. LEMPEREUR (1), M. MOONEN (2), O. GACH (3), P. LANCELLOTTI (4)

RESUME : Les dernières recommandations européennes sur la prise en charge des syndromes coronariens aigus sans élévation du segment ST apportent des modifications dans les stratégies de diagnostic et de traitement. Après un premier volet ayant repris les recommandations dans l'approche diagnostique et dans le traitement médicamenteux paru en décembre, nous reprenons ici les directives en termes d'intervention de revascularisation coronaire. Nous rapportons les éléments à prendre en considération pour la stratification du risque et les stratégies de prise en charge adaptées.

MOTS-CLÉS : *Recommandations - Syndrome coronarien aigu - Angioplastie coronaire*

2011 ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION

SUMMARY : New European guidelines about the management of non-ST elevated acute coronary syndromes emphasize the importance of early risk stratification. This article summarizes the modifications in the guidelines about risk stratification and invasive management of these syndromes.

KEYWORDS : *Recommendations - Acute coronary syndrome - Coronary Revascularisation*

INTRODUCTION

Parmi les syndromes coronariens aigus (SCA), le SCA sans élévation du segment ST est le plus fréquent et atteint une incidence annuelle de 3 pour 1.000 habitants. Il touche une population hétérogène avec des risques et un pronostic variables. La définition d'une stratégie de prise en charge optimale est importante; la revascularisation mécanique myocardique dans ce contexte permet de soulager les symptômes, de réduire la durée du séjour hospitalier et améliore le pronostic individuel. Les recommandations européennes 2011 concernant cette pathologie viennent d'être présentées au congrès de la Société Européenne de Cardiologie (1).

Les nouvelles stratégies thérapeutiques relatives à l'approche pharmacologique développée dans ces recommandations ont été discutées dans un numéro précédent de la Revue Médicale de Liège (Partie 1) (2). Nous abordons, ici, la deuxième partie de ces recommandations dédiée à l'approche interventionnelle (Fig.1).

STRATIFICATION DU RISQUE

La stratification du risque est primordiale dans la prise en charge des SCA sans élévation

du segment ST. Elle va en effet déterminer la stratégie optimale de prise en charge : approche invasive *versus* conservative, d'une part, échéance de l'exploration invasive et de l'éventuelle revascularisation, d'autre part. La stratification du risque doit être réalisée le plus tôt possible pour identifier les patients à haut risque ischémique devant bénéficier d'une approche invasive précoce. L'analyse du profil de risque du patient est réalisée sur base de critères cliniques et paracliniques (ECG, biomarqueurs cardiaques, paramètres cliniques) et/ou sur l'évaluation quantitative du risque à l'aide d'échelles de risque. L'utilisation du score de risque GRACE est recommandée vu son bon pouvoir discriminant, mais nécessite le recours à un ordinateur (calculateur accessible online : <http://www.outcomes.org/grace>) (3). Le score GRACE permet de classer le patient comme appartenant à une population à risque ischémique élevé (score >140), intermédiaire (score entre 109 et 140) ou faible (score < 109).

DÉFINITION DE LA PRISE CHARGE OPTIMALE

La première catégorie de patients comprend les patients à très haut risque ischémique, celui-ci étant défini par la présence d'au moins un des critères suivants : angor réfractaire, décompensation cardiaque sévère, arythmies ventriculaires malignes mettant en jeu le pronostic vital, instabilité hémodynamique (Tableau I). Ces patients doivent être pris en charge de manière invasive immédiatement (dans les 2 heures suivant l'admission). Notons que la prise en charge de cette catégorie de patients n'a pas été évaluée dans des études contrôlées et randomisées afin de ne

(1) Candidat spécialiste, (2) Chargé de Recherches F.R.S.-FNRS, (3) Chef de Clinique, Service de Cardiologie, CHU de Liège.

(4) Professeur de Clinique, Chargé de cours en Imagerie Cardiovasculaire, Responsable du Service des soins Intensifs Cardiologiques, Service de Cardiologie, CHU de Liège, Université de Liège.

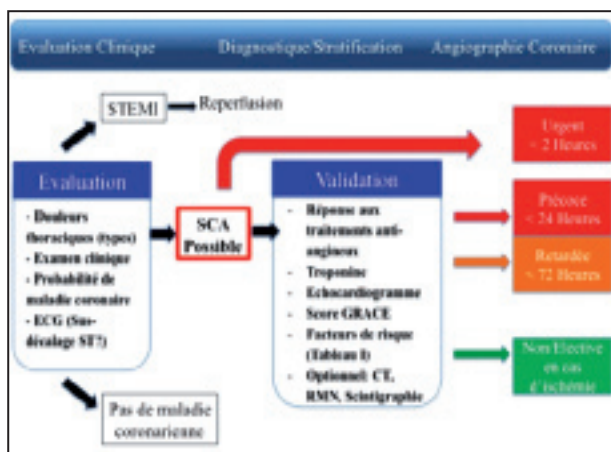


Figure 1. Prise en charge des SCA sans élévation du segment ST

pas priver ces malades d’une intervention pouvant leur sauver la vie. Le niveau d’évidence de cette recommandation est, dès lors, considéré comme étant de niveau C.

Ensuite, la deuxième catégorie comprend les patients à haut risque, c’est-à-dire présentant un ou plusieurs critères majeurs de risque ischémique (élévation ou chute significative de la troponine, modifications dynamiques du segment ST ou de l’onde T) et/ ou un score de GRACE supérieur à 140. Il semble exister de plus en plus de preuves qu’une prise en charge précoce des patients à haut risque ischémique est bénéfique. Plusieurs études, dont l’étude TIMACS (Timing of Intervention in Acute Coronary Syndromes) (4), ont montré qu’une approche invasive précoce chez ces patients diminuait le risque de récurrence d’événements ischémiques et la durée d’hospitalisation tout en présentant un risque acceptable. Le délai idéal de la prise en charge de cette cohorte de patients semble être dans les 24 heures suivant l’admission (recommandation IA).

Chez les patients présentant un ou plusieurs critères de risque ischémique secondaire (diabète, insuffisance rénale définie par un taux estimé de filtration glomérulaire inférieur à 60ml/min/1,73 m², diminution de la fonction systolique ventriculaire gauche avec fraction d’éjection inférieure à 40%, angor dans les 30 jours suivant un infarctus du myocarde, intervention coronaire percutanée datant de moins de 6 mois, antécédent de pontage coronaire, score de risque GRACE intermédiaire, c’est-à-dire calculé entre 109 et 140) ou une récurrence de symptômes, une prise en charge invasive dans les 72 heures suivant l’admission est recommandée en classe I, niveau d’évidence A.

TABLEAU I. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE SELON LA STRATIFICATION DU RISQUE ISCHÉMIQUE

Stratification du risque	Recommandations de prise en charge	Classes de recommandations et niveaux d’évidence
Risque très élevé d’ischémie Angor réfractaire au traitement +/- Décompensation cardiaque sévère +/- Arythmie ventriculaire maligne mettant en jeu le pronostic vital (tachycardie ventriculaire ou fibrillation ventriculaire) +/- Instabilité hémodynamique	Prise en charge invasive urgente (<2h)	IC
Risque élevé d’ischémie Critères primaires Elévation/chute significative du taux de troponine +/- Modifications dynamiques (symptomatiques ou silencieuses) du segment ST ou de l’onde T +/- GRACE Score élevé : > 140	Prise en charge invasive précoce (<24h)	IA
Risque élevé d’ischémie : Critères secondaires Diabète +/- Insuffisance rénale (GFR estimé < 60ml/min /1,73m ²) +/- Diminution de la fonction (<72h) systolique du VG (FEVG <40%) +/- Angor précoce post-infarctus du myocarde (<30 jours) +/- Intervention coronaire percutanée récente (<6 mois) +/- Antécédent de pontage coronaire +/- GRACE Score intermédiaire : [109-140]	Prise en charge invasive retardée (<72h)	IA
Récidive de symptômes		
Faible risque d’ischémie et absence de récurrence de symptômes	Evaluation non invasive avec recherche d’ischémie inducible	IA

Enfin, dans la cohorte de patients avec un faible risque ischémique et sans récurrence de symptômes, il est raisonnable de réaliser une évaluation non invasive avec recherche d’ischémie inducible. Cette documentation doit être réalisée avant

la sortie de l'hôpital. En cas de mise en évidence d'ischémie réversible, une coronarographie sera effectuée. L'évaluation invasive de routine chez les patients à faible risque d'ischémie n'est pas recommandée (recommandation de classe III, niveau C).

INTERVENTION CORONAIRE PERCUTANÉE VERSUS PONTAGE CORONAIRE

Il n'existe pas d'études contrôlées randomisées comparant intervention coronaire percutanée *versus* pontage coronaire chez les patients avec un SCA sans élévation du segment ST. La stratégie de revascularisation dépendra à la fois des données cliniques (co-morbidités, caractéristiques individuelles) et de la sévérité des lésions coronaires (distribution et localisation des lésions, caractéristiques angiographiques des lésions avec utilisation du score SYNTAX (5)). Les recommandations 2011 suggèrent l'établissement, par le «Heart Team», d'un protocole de prise en charge définissant des situations cliniques ou anatomiques orientant vers une revascularisation percutanée ou chirurgicale (recommandation de classe I, niveau d'évidence C). En fonction des situations, une intervention percutanée *ad hoc* de la lésion cible, une intervention percutanée au niveau de lésions sur plusieurs vaisseaux, une intervention de pontage coronaire ou une intervention hybride, sera réalisée.

PONTAGE CORONAIRE

En cas d'indication de revascularisation myocardique chirurgicale par pontage coronaire, le délai de l'intervention doit être déterminé sur base individuelle et dépend des symptômes, du statut hémodynamique, de l'anatomie coronaire, de la présence d'ischémie inductible et, éventuellement, du contexte pharmacologique «pro-hémorragique». En présence d'une ischémie persistante ou récidivante, en cas d'instabilité hémodynamique ou rythmique, la revascularisation chirurgicale doit être réalisée immédiatement. Les bénéfices d'une revascularisation chirurgicale en cas de SCA sans sus-décalage du segment ST sont plus grands après stabilisation médicale de quelques jours, si cela est possible. L'administration à la phase aiguë d'un traitement antiplaquettaire double ou triple ne représente pas en soi une contre-indication chirurgicale absolue, mais bien une contre-indication relative et impose des mesures chirurgicales spécifiques pour diminuer le risque de complications hémorragiques.

INTERVENTION CORONAIRE PERCUTANÉE

Etant donné le manque de données provenant d'études randomisées dans les SCA sans sus-décalage du segment ST, le choix entre l'implantation d'un stent métallique nu ou d'un stent enrobé doit être réalisé selon les données individuelles du patient (caractéristiques cliniques, anatomie coronaire, risque hémorragique) (recommandation de classe I, niveau A).

CONCLUSION

Les nouvelles recommandations 2011 pour la prise en charge des patients souffrant de SCA sans sus-décalage du segment ST soulignent l'importance d'une stratification rapide et précise du risque ischémique afin de choisir le traitement optimal : évaluation invasive *versus* non invasive; prise en charge urgente, précoce ou retardée. La place du score de risque GRACE est renforcée dans la stratification du risque. En cas d'indication de revascularisation coronaire, le choix des modalités d'intervention dépend des données cliniques du patient et des caractéristiques anatomiques des lésions coronaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, et al.— ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2011, in press.
2. Moonen M, Lempereur M, Gach O, et al.— Recommandations Européennes 2011 pour la prise en charge du syndrome coronarien aigu sans élévation du Segment ST (partie 1). *Rev Med Liege*, 2011, **66**, 624-630.
3. Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al.— Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome : prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ*, 2006, **333**,1091-1094.
4. Mehta SR, Granger CB, Boden WE, et al.— Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. *N Eng J Med*, 2009, **360**, 2165-2175.
5. Sianos G, Morel MA, Kappetein AP, et al.— The SYNTAX Score : an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. *Eurointervention*, 2005, **1**, 219-227.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr P. Lancellotti, Service de Cardiologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : plancellotti@chu.ulg.ac.be