



M.C. MALERGUE
Institut Jacques Cartier, MASSY.

Viable ou non viable, telle est la question

EDITORIAL

La recherche de viabilité est au “cœur” d’une réflexion croissante et à juste titre. Après avoir vécu si longtemps sous le dogme de l’artère ouverte, les études récentes, que ce soit celle d’Hochman ou la trop fameuse et polémique étude COURAGE, nous ont, semble-t-il, rendus plus critiques et probablement plus perspicaces dans notre approche thérapeutique. Et pour cause, notre expérience au quotidien nous a appris qu’une artère ouverte sur une occlusion chronique, sans viabilité, ne changeait pas grand chose à la situation d’un coronarien stable.

■ ALORS CERTES, IL FAUT NATURELLEMENT REVASCULARISER, MAIS A BON ESCIENT...

Parler de viabilité, c’est quitter la lésion anatomique pour parler de lésion fonctionnelle en introduisant la notion de viabilité, c’est-à-dire la recherche de la réserve contractile potentielle d’une paroi, cette fameuse hibernation, qui évoque la Belle au Bois Dormant, prête à se réveiller d’un profond sommeil (*Je laisse au lecteur le soin d’imaginer le Prince Charmant*).

En revanche, ce serait une faute grave que de ne pas donner toutes ses chances de récupération à un patient dont les troubles régionaux sont réversibles.

Cela est d’autant plus vrai que le patient a une dysfonction ventriculaire gauche sévère, que les territoires viables sont importants et qu’ils se prêtent à une revascularisation. Le bénéfice sera alors indiscutable tant en termes fonctionnels qu’en termes de critères forts de mortalité, et cela d’autant que la revascularisation aura été faite précocement.

■ ALORS OUI, IL FAUT RECHERCHER LA VIABILITE

Peu importe avec quelle technique, que ce soit la scintigraphie, l’échographie sous dobutamine ou l’IRM, elles ont toutes fait leurs preuves. Tout dépend de sa propre confiance dans la technique, son expérience, et des possibilités locorégionales. Il ne faut pas non plus perdre de vue que toutes ces techniques ont leurs limites et, si l’une ne répond pas pertinemment à

la question posée, il faudra compléter le bilan par une autre technique plus adaptée et plus pertinente. L'IRM apporte un vrai progrès, car l'imagerie de perfusion révèle de façon particulièrement fiable la présence d'un infarctus, mais surtout en précise la taille et la transmuralité.

Les choses ne sont cependant pas si simples. Cette signature de la transmuralité permettra dans les cas extrêmes de trancher entre "viable ou non viable" sans une grande ambiguïté : < 25 % : viabilité quasi certaine ; > 75 % : absence de viabilité là aussi quasi certaine. Entre les deux, il faudra avoir recours à une stimulation inotrope pour répondre au mieux à la présence ou non de viabilité. La recherche de la réserve contractile reste probablement le meilleur garant d'un bénéfice post-revascularisation.

Il se dessine donc, au fil des progrès que nous nous faisons de la compréhension de ce problème, un algorithme bien repris dans ce dossier de *Réalités Cardiológicas* qui nous guide vers une attitude logique, la mieux adaptée, vers une prise en charge raisonnée et raisonnable de nos patients atteints de myocardopathie ischémique. ■

Bibliographie

HOCHMAN J, GERVASIO L, BULLER *et al.* Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2006; 355: 2395-407.

BODEN W, ROURKE R, TEO K *et al.* Optimal medical therapy with and without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*, 2007; 356: 1503-16.