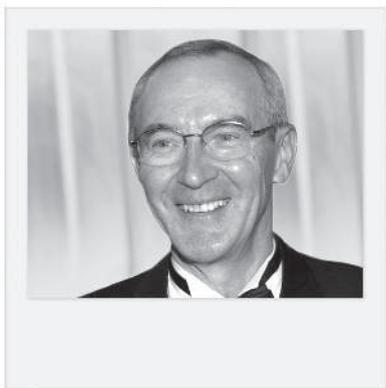


Les grandes recommandations de l'année : quoi de neuf ?



→ **J.P. BASSAND**
Département de Cardiologie,
CHU Jean Minjot,
BESANÇON.

L'année 2011 a vu le renouvellement et la mise à jour de plusieurs recommandations dans des secteurs importants de notre discipline, en particulier la prise en charge des syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST, mais également a vu apparaître des recommandations dans des secteurs peut-être moins visibles mais également importants et délicats comme la prise en charge des cardiopathies pendant la grossesse ou le traitement de artériopathies périphériques.

On doit admettre aussi que des recommandations ont été publiées sur des sujets très spécialisés comme la prise en charge des dyslipidémies. La vérité oblige à dire que ces sujets sont du domaine de l'hyperspécialité et ne concernent peut-être pas directement les cardiologues, habitués à prendre en charge essentiellement l'hypercholestérolémie.

Pour finir, une fois encore on constate la complexité de la rédaction des recommandations de nos collègues américains de l'*American College of Cardiology* (ACC) et de l'*American Heart Association* (AHA) par rapport à la volonté des Européens en faveur de messages clairs et surtout pratiques.

La dernière remarque concerne les "produits dérivés" que les organisations professionnelles – Société Européenne de Cardiologie, mais surtout ACC/AHA – publient de façon extrêmement abondante depuis quelques années. A ce titre, il devient parfois difficile de s'y retrouver. Il faut comprendre qu'en plus des recommandations officielles (*guidelines*), de nombreux documents sont publiés sous des termes divers comme consensus d'experts, déclaration politique...

Il faut savoir que les recommandations sont écrites et publiées au terme d'un processus extrêmement complexe pendant lequel toute l'évidence scientifique est revue par les auteurs en charge de la rédaction des recommandations, le document final étant relu à trois ou quatre reprises par un groupe de révision qui comprend désormais 25 à 30 membres. Il s'agit donc d'un processus lourd, complexe, mais qui donne la garantie de l'évidence scientifique non biaisée. Les autres documents sont écrits le plus souvent par des experts dans la discipline, parfois autoproclamés et souvent cooptés. Il convient donc de les prendre avec circonspection, quelle que soit l'origine du document, sachant que ces documents ne sont en aucune façon écrits avec la même rigueur méthodologique que les recommandations officielles.

Recommandations de la Société européenne de cardiologie

1. Prise en charge des syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST [1]

Il s'agit non pas d'une mise à jour du document de 2007, mais d'un nouveau document qui emprunte beaucoup au précédent. Les nouveautés portent sur l'imagerie ; la stratification du risque, en particulier l'utilisation de tropinine hypersensible ; le traitement, en particulier la place des nouveaux inhibiteurs des récepteurs à l'ADP, ainsi que sur les indications et la date de la revascularisation.

>>> **En matière d'imagerie**, ces recommandations stipulent que l'échographie doit faire partie de l'examen initial (ce qui est évident en France, mais ne l'est pas dans d'autres pays, en particulier dans les pays de l'Europe de l'Est). Il existe également une recommandation sur l'utilisation du scanner multicoupe. Cette recommandation est en fait très restrictive puisqu'elle s'adresse aux institutions où le scanner multicoupe à vocation cardiaque est une technique d'imagerie validée. On considère que cette technique n'a pas d'indication particulière dans le diagnostic des SCA sans sus-décalage du segment ST, à l'exception des patients où il y a un doute diagnostique sur la réalité de la maladie coronaire, par ailleurs à faible risque. Cet examen n'a aucun intérêt chez les patients à haut risque qui de toute façon seront soumis à une angiographie. On ne peut donc leur imposer une double irradiation.

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

>>> Le deuxième point, le plus important, est l'établissement du pronostic.

Il s'agit en fait d'une confirmation du premier message délivré sur ce thème en 2007, à savoir l'établissement du pronostic aussi bien ischémique qu'hémorragique en tenant compte des prédicteurs connus. Force est de constater que les prédicteurs des risques ischémique et hémorragique sont souvent les mêmes, de sorte que les patients exposés au plus haut risque ischémique sont également exposés au plus haut risque hémorragique. On recommande l'utilisation du calculateur de score GRACE pour le risque ischémique et CRUSADE pour le risque hémorragique. Bien sûr, le traitement doit être adapté en fonction du risque.

>>> Le troisième point concerne l'utilisation de la troponine hypersensible.

Le texte dit que si cette exploration biologique est disponible et validée dans une institution déterminée, elle représente une aide importante au diagnostic. Bien sûr, la scène clinique et l'aspect électrocardiographique demeurent des éléments importants aussi bien du diagnostic que du pronostic. L'utilisation de la troponine hypersensible permet seulement d'éliminer le diagnostic de syndrome coronarien aigu si le test demeure négatif plus de trois heures après le début des symptômes. La particularité de la troponine hypersensible est d'être 100 fois plus sensible que la troponine classique et également d'apparaître beaucoup plus précocement dans le sérum. Un test négatif plus de trois heures après le début des symptômes ou répété plus de trois heures après l'admission du patient a une valeur prédictive négative de 99,4 %.

La troponine hypersensible est désormais disponible en troponine T et troponine I. Un algorithme décisionnel est proposé dans le document. Bien sûr, les lecteurs, comme d'habitude, ne retiennent que ce qu'ils veulent bien retenir, à savoir que la mise à disposition de la troponine hypersensible dans les services d'urgence va augmenter considérablement le nombre

de patients dits "troponine positifs". La réalité est qu'on doit désormais éviter d'utiliser cette terminologie puisque ce qui compte pour l'établissement du diagnostic de la maladie est non pas le taux de troponine mesuré sur un test, mais l'élévation et éventuellement la chute du taux de troponine dans un contexte clinique suggestif. Bien sûr, il existe de très nombreux diagnostics différentiels auxquels le document fait référence.

>>> En matière de traitement, le grand changement concerne l'utilisation des nouveaux bloqueurs des récepteurs à l'ADP : prasugrel et ticagrelor. En fonction du dessin de l'étude, les indications respectives de ces deux médicaments sont différentes. Pour mémoire, le prasugrel a été développé chez des sujets n'ayant pas reçu de clopidogrel et administré au moment de l'angiographie (à l'exception des sujets soumis à angioplastie primaire, l'infime minorité des malades dans TRITON [2]). De la sorte, il est impossible dans l'état actuel des connaissances, et avant la publication de l'essai TRILOGY, de recommander ce médicament en première ligne en dehors du cadre de l'angioplastie comme on le ferait pour le clopidogrel. Par contre, le ticagrelor dans l'étude PLATO [3] a été développé dans tous types de syndromes coronariens aigus, que les patients aient reçu ou non du clopidogrel avant la randomisation, quelle que soit leur prise en charge, médicale, angioplastie ou chirurgie, quelle que soit la présentation de leur syndrome coronarien aigu et avec ou sans sus-décalage du segment ST. De la sorte, comme tous les patients dans PLATO bénéficient d'une réduction de risque identique, il n'y a pas de raison particulière d'en restreindre l'usage à certaines sous-populations. C'est la raison pour laquelle le ticagrelor est présenté comme le médicament de première ligne. Cependant, le clopidogrel sera sans doute prescrit pendant encore de très nombreuses années, particulièrement dans les pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est où le coût du ticagrelor

et du prasugrel peut représenter un vrai problème. Les données les plus récentes de l'essai CURRENT [4, 5] ont été incorporées dans le document avec une dose de charge de 600 mg et une dose d'entretien de 150 mg pendant une semaine chez les sujets soumis à angioplastie.

Rien de nouveau ou presque rien en matière de traitement anticoagulant. Le seul essai intervenu depuis 2007 concerne l'estimation de la meilleure dose d'héparine à administrer chez les patients soumis à un traitement par fondaparinux et chez lesquels une angioplastie est justifiée [6]. La dose est désormais fixée à 85 UI/kg de poids en bolus unique au moment de l'angioplastie (60 UI en cas d'utilisation de bloqueurs des récepteurs GP IIb/IIIa).

>>> Enfin, en matière de revascularisation, les seuls changements concernent la catégorie des sujets à haut risque (qui ont bénéficié dans l'étude TIMACS [7] d'une amélioration du pronostic en cas de revascularisation précoce). On considère que ces patients doivent être revascularisés dans les 24 heures, mais plus généralement, l'intervention de revascularisation si possible doit intervenir dans les 72 heures pour tous les patients chez qui elle est indiquée. Il n'y a que les patients se présentant avec risque vital engagé qui doivent bénéficier d'une intervention immédiate.

Voilà pour ces recommandations. Ceci étant, de nouveaux essais cliniques déjà publiés ou prochainement publiés vont modifier singulièrement la prise en charge dans le futur, en particulier rivaroxaban en prévention secondaire.

2. Prise en charge des patients avec artériopathie périphérique[8]

Ce document envisage tous les aspects des artériopathies périphériques, en particulier artères des membres inférieurs, artères cervicales à destinée encéphalique, mais également artères rénales. Il

s'agit du premier document de ce type pour la Société européenne de cardiologie. Tous les aspects techniques aussi bien en ce qui concerne le diagnostic non invasif, invasif que le traitement médical, interventionnel ou chirurgical sont envisagés. Il s'agit d'un document dans lequel les niveaux d'évidence sont souvent limités puisque cet aspect de la discipline n'a pas été couvert de façon systématique par les essais cliniques randomisés. Le groupe d'experts ayant rédigé ce document a été très prudent et très objectif dans les recommandations de manière à éviter les propositions excessives, en particulier lorsqu'il s'agit de recommander une intervention percutanée avec mise en place de prothèse endovasculaire au niveau des artères des membres inférieurs ou des artères cervicales à destinée encéphalique.

Les cardiologues sont semble-t-il relativement peu familiarisés à la prise en charge des artériopathies périphériques, mais il serait peut-être temps qu'ils se mettent au courant. En tous cas, ce document servira de référence.

3. Prise en charge des maladies cardiovasculaires pendant la grossesse [9]

Chez les femmes en âge de procréer, tout type de cardiopathie, qu'elle soit congénitale ou acquise, corrigée ou non corrigée, peut s'observer et pose à chaque fois des problèmes très délicats.

Il n'est pas question dans un document de ce type de faire la revue extensive des problèmes posés dans ce type de pathologie, mais simplement de faire quelques remarques.

Là encore, comme dans la prise en charge des artériopathies périphériques, le niveau d'évidence est très limité, la plupart du temps de grade C car il n'y a pas ou très peu d'essais cliniques randomisés dans ce domaine. Ce document a été écrit par un groupe d'hyperspécialistes dans le

domaine, qu'il s'agisse de cardiopathies congénitales ou de pathologies acquises. De la même façon que pour l'artériopathie périphérique, il s'agit d'un document relativement complexe et volumineux qui servira de référence aux cardiologues qui s'intéressent au sujet ou permettra de guider ceux qui sont occasionnellement confrontés au problème.

4. Prise en charge des dyslipidémies [10]

La Société européenne de cardiologie a lancé contre toute logique des recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies. Il s'agit d'un sujet auquel les cardiologues sont confrontés de façon régulière. Le message validé au fil du temps est relativement simple. A ce jour, seule la correction du taux de cholestérol total et seule la correction du LDL chez les sujets porteurs d'une pathologie athéroscléreuse quelle qu'elle soit a démontré sa capacité à réduire les événements cardiovasculaires à long terme. Encore convient-il de préciser que seules les statines ont démontré cette efficacité, particulièrement dans les syndromes coronariens aigus, mais également dans la maladie coronaire chronique stable.

Pour le reste, il n'y a, à ce jour, aucune évidence que l'intervention sur le taux de HDL ait quelqu'impact que ce soit sur l'évolution.

Les cardiologues trouveront des informations intéressantes pour la prise en charge des dyslipidémies plus complexes, comme l'hypercholestérolémie familiale, mais aussi l'hypertriglycéridémie...

Recommandations de l'American College of Cardiology et de l'American Heart Association

En 2011, cinq documents importants ont été publiés par nos collègues américains de l'ACC-AHA, parfois avec la collaboration de la société dite "SCAI" (*Society*

for Cardiovascular Angiography and Interventions).

Certains documents se croisent, se recoupent ou se complètent, comme la mise à jour des recommandations sur les interventions percutanées [11], ainsi que les recommandations sur la chirurgie de revascularisation myocardique [12] qui ont fait l'objet de deux documents séparés. Pour mémoire, la Société européenne de cardiologie a publié en 2010 un document parlant de revascularisation myocardique [13]. Force est de constater que les Américains ne sont pas allés aussi loin que les Européens, en particulier en ce qui concerne la nécessité de décider du type de revascularisation au sein d'une équipe cardiaque (*heart team*), et non pas de façon isolée et souvent sans documentation de la réalité de l'ischémique myocardique par le cardiologue interventionnel lui-même. Trop souvent encore en Europe comme aux Etats-Unis, pour paraphraser une expression célèbre, le cardiologue interventionnel en présence de la maladie coronaire représente à lui seul le juge, le jury et le bourreau.

Des recommandations ont été publiées sur le traitement de la cardiomyopathie hypertrophique [14]. Il s'agit là encore d'un document très spécialisé s'adressant à une pathologie somme toute relativement fréquente, mais qu'il n'est peut-être pas utile de distinguer du reste des cardiomyopathies.

Enfin, une mise à jour des recommandations de prise en charge des patients avec artériopathie périphérique [15] a été publiée ainsi qu'une mise à jour de la prévention secondaire chez les patients avec maladie coronaire ou autre pathologie athéroscléreuse [16].

Peu de choses à dire si ce n'est que, comme d'habitude, les documents sont très complexes à lire, représentent certainement une documentation importante sur les différents topics, mais fort loin

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

de la nécessité du document pratique auquel aspirent les médecins confrontés à la réalité clinique du terrain au quotidien.

Bibliographie

- 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; 32: 2999-3054.
- WIVIOTT SD, BRAUNWALD E, McCABE CH *et al.* Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2007; 357: 2001-2015.
- WALLENTIN L, BECKER RC, BUDAJ A *et al.* Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2009; 361: 1045-1057.
- MEHTA SR, BASSAND JP, CHROLAVICIUS S *et al.* Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2010; 363: 930-942.
- MEHTA SR, TANGUAY JF, EIKELBOOM JW *et al.* Double-dose versus standard-dose clopidogrel and high-dose versus low-dose aspirin in individuals undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes (CURRENT-OASIS 7): a randomised factorial trial. *Lancet*, 2010; 376: 1233-1243.
- STEG PG, JOLLY SS, MEHTA SR, AFZAL R *et al.* Low-dose vs standard-dose unfractionated heparin for percutaneous coronary intervention in acute coronary syndromes treated with fondaparinux: the FUTURA/OASIS-8 randomized trial. *JAMA*, 2010; 304: 1339-1349.
- MEHTA SR, GRANGER CB, BODEN WE *et al.* Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2009; 360: 2165-2175.
- TENDERA M, ABOYANS V, BARTELINK ML *et al.* ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2011; 32: 2851-2906.
- REGITZ-ZAGROSEK V, BLOMSTROM LUNDQVIST C *et al.* ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2011; 32: 3147-3197.
- REINER Z, CATAPANO AL, DE BACKER G *et al.* ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*, 2011; 32: 1769-1818.
- LEVINE GN, BATES ER, BLANKENSHIP JC *et al.* 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*, 2011; 124: e574-651.
- HILLIS LD, SMITH PK, ANDERSON JL *et al.* 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2011; 124: e652-735.
- WIJNS W, KOLH P, DANCHIN N *et al.* Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*, 2010; 31: 2501-2555.
- GERSH BJ, MARON BJ, BONOW RO *et al.* 2011 ACCF/AHA guideline for the diagnosis and treatment of hypertrophic cardiomyopathy: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2011; 124: e783-831.
- 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of patients with peripheral artery disease (Updating the 2005 Guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 2011; 124: 2020-2045.
- SMITH SC, BENJAMIN EJ, BONOW RO *et al.* AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 2011; 124: 2458-2473.

Conflits d'intérêts: Astra Zeneca, Sanofi-Aventis, Glaxo Smith Kline, Lilly.

www.realites-cardiologiques.com

Version premium

Une version premium du site vous est réservée avec un contenu spécifique, très riche.

Inscrivez-vous et surfez en toute liberté en découvrant toutes les fonctionnalités du site.

Inscription gratuite.