

Revascularisation myocardique Recommandations ESC 2014

Dr Zaimi siham

Guidelines 2014 synthèse pour toutes les formes de la maladie coronaire

2011



ESC Guideliens for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

2012



ESC Guidelines for the management of Acute myocardial in patients presenting with persistent ST-segment elevation

2013



ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease

2014

ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable

Démarche décisionnelle : 3 étapes

- **1^{ère} étape** : probabilité prétest de maladie coronaire

Faible < 15%

Pas d'autres examens

Forte > 85%

Coronarographie

Intermédiaire : 15 à 85%

Imagerie de stress :
EE, ECHO de stress, IRM de stress, PET

Coroscaner : intermédiaire basse

Tableau 1. Probabilité prétest (en %) de maladie coronaire chez un patient ayant des symptômes thoraciques, en fonction de l'âge, du sexe et des caractéristiques des symptômes.

Âge	Angor typique		Angor atypique		Douleur non angineuse	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

En rouge : probabilité élevée ; en vert : probabilité faible.

Maladie coronaire stable : 2^{ème} étape

Examens non invasifs

Patients symptomatiques

Calcul probabilité pré-test

Faible
(<15%)

Intermédiaire
(15-85%)

Forte
(>85%)

Imagerie anatomique

Coronarographie

IIIA

IIbA

IA

Coro scanner

IIIC

IIaA

IIIB

Imagerie fonctionnelle

ETT de stress

IIIA

IA

IIIA

Imagerie nucléaire

IIIA

IA

III A

IRM de stress

IIIC

IA

III B

TEP

IIIC

IA

III B

Imagerie combinée

IIIC

IIa B

III B

CORO + FFR

Test

non concluent

non disponible

ou CI

Maladie coronaire stable : 3^{ème} étape

- Débute quand le diagnostic est fait.
- Débuter un traitement médical
 - Soulagement des symptômes
 - , BB/IC bradycardisant, Dihydropyridine, Ivabradine , Trimétazidine
 - Prévention des événements :
 - Contrôle des FDR cvx
 - Aspirine/clopidogréle
 - Statine
 - IEC/ARAII
- sélectionner les patients à revasculariser
 - Sévérité de l'angor et réponse au TRT médical
 - La fonction VG
 - La réponse aux examens de stress
 - L'anatomie coronaire.
- Une coronaropathie peut être traitée par un traitement médical seul ou associé à une revascularisation

Maladie coronaire stable : Qui revasculariser?

Sous groupe de maladie coronaire selon topographie lésionnelle	Classe Niveau
Indications pronostiques	
Sténose TC > 50%	IA
IVA proximale > 50%	IA
Sténose bi ou tri tronculaire > 50% avec dysfonction VG FE < 40%	IB
zone d'ischémie étendue documentée (> 10%)	IB
Un seul vaisseau restant avec sténose > 50%	IC
Indications symptomatiques	
Toute sténose coronaire > 50% avec angor ne répondant au traitement médical	IA

Maladie coronaire stable : quand revasculariser?

- Dans les 6 semaines
- Dans les 2 semaines :
 - Angor sévère classe CCS 3
 - Haut risque anatomique
 - Tronc commun
 - IVA proximale
 - Tri tronculaire
 - Dysfonction VG

Maladie coronaire stable : Mode de revascularisation : PAC ou ATL?

S/S groupe de maladie coronaire selon topographie lésionnelle	En faveur de la chirurgie	En faveur de l'ATL
Lésion mono-ou bi-tronculaires sans lésion de l'IVA proximale	IIBc	IC
Lésion s mono-tronculaires avec lésion de l'IVA proximale	IA	IA
Lésion s bi-tronculaires avec lésion de l'IVA proximale	IB	IC
Lésion du Tronc commun gauche avec score SYNTAX ≤ 22	IB	IB
Lésion du Tronc commun gauche avec score SYNTAX 23-32	IB	IlaB
Lésion du Tronc commun gauche avec score SYNTAX > 32	IB	IIIB
Lésions tri tronculaire avec score SYNTAX ≤ 22	IA	IB
Lésions tri tronculaire avec score SYNTAX 23-32	IA	III
Lésions tri tronculaire avec score SYNTAX > 32	IA	III

Score SYNTAX II si TC ou tri tronculaire

Maladie coronaire stable : Mode de revascularisation : PAC ou ATL?

- Heart team : Staff multidisciplinaire
 - Toutes les pathologies complexes : sténoses du tronc gauche, une IVA proximale et une atteinte tri tronculaire, devraient être discutées en staff
- Ad hoc PCI
 - Eviter la revascularisation dans la foulée pour les cas complexes
 - Revascularisation dans la foulée si lésion mono ou bi tronculaire sans lésion de l'IVA proximale

Maladie coronaire stable : Traitement antthrombotique

- Prétraitement par AAP
 - Clopidogrel 600 mg 2h avant une ATL programmée (Classe I)
- Durée de la double AAP
 - Stents actifs : 6 mois (classe I B)
3mois si risque hémorragique élevé(IIb)
 - Stents nus : Au moins 1 mois (classe I)

Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- Maladie coronaire instable : SCA ST+ et SCA ST-
 - Stratégie de reperfusion
 - Traitement antithrombotique

Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- Maladie coronaire instable
 - Stratégie de reperfusion
 - Syndrome coronaire aigu ST+
 - Syndrome coronaire aigu ST-
 - Traitement antithrombotique

SCA ST+ : Revascularisation

Angioplastie <120 min possible
délai diagnostic- PCI guide dans l'artère

oui

Angioplastie

Echec

Fibrinolyse immédiate

Succès

Coro : **3-24h**

DL=0+ résolution ST > 50%

Age < 65 ans
Symptômes <3h
IDM ant

SCA ST+ : Revascularisation

Jusqu'à quel délai faut il revasculariser ?

Reperfusion therapy is indicated in all patients with time from symptom onset < 12h duration and persistent ST- segment elevation or (presumed)new LBBB

I

A

Primary PCI is indicated for patients with acute heart failure or cardiogenic shock due to STMI independent from time delay of symptom onset

I

B

Reperfusion therapy with primary PCI should be considered in patients presenting late (12-48h) after symptom onset

IIa

B

SCA ST+ : Revascularisation

Se limiter à l' artère coupable ou vasculariser toutes les lésions significatives ?

Immediate revascularisation of significant non culprit lesions during the same procedure as primary PCI of the culprit vessel may be considered in selected patients

IIb

B

SCA ST+ : Revascularisation

Thromboaspiration à la phase aigue de l'IDM ?

Thromboaspiration may be considered in selected patients

IIb

A

Type de stent

New-generation DES are recommended over BMS in primary PCI

I

A

Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- Maladie coronaire instable
 - Stratégie de reperfusion
 - Syndrome coronaire aigu ST+
 - Syndrome coronaire aigu ST-
 - Traitement antithrombotique

Syndrome coronaire aigu ST -

- Pronostic très variable
- Stratégie invasive ?
- Le timing de la coronarographie ?
- Evaluer le risque ischémique
- Score de GRACE
Global Registry of Acute Coronary Events

SCA ST- : Stratification du risque ischémique

GRACE ACS Risk model

Age	égal ou inf. à 30	0
Fréquence card	égal ou inf. à 50	0
TA systolique	égal ou inf. à 80	58
KILLIP	Classe 1 (pas d IC)	0
Créatinine umol/l	0-34	1
Arrêt cardiaque à l'admission	<input type="checkbox"/>	0
Déviaton segment ST	<input type="checkbox"/>	0
Elevation enzymes cardiaques	<input type="checkbox"/>	0
SCORE		59

Can't show chart without Flash Player 6 or later!

Approximation par diverses fonctions. POUR UN SCORE DE	59
% MORTALITE HOSPITALIERE	0.2

Elévation de la Troponine

Modification ST

- sous décalage de ST
- sus décalage transitoire

Bas risque ≤ 108
Haut risque > 140

Score pronostique durant l'hospitalisation pour un syndrome coronarien aigu, dérivé et validé à partir d'études multicentriques portant sur plus de 11'000 et 3900 patients. Bonnes performances de ce score: C-statistique de 0.84.

Granger CB et al. Predictors of in-hospital mortality in the global registry of acute coronary events. Arch Intern Med 2003; 163: 2345

SCA ST- : Revascularisation

Tests
d'ischémie
Non invasifs

Délai coro <2h

< 24H

< 72H

Très haut risque

Haut risque

Risque modérée

Bas risque

- DT réfractaire
- IC sévère/état de choc
- TDR ventriculaires graves
- Instabilité hémodynamique

- Troponine+
- ST/T modif
- GRACE >140

- GRACE <140 et
- Diabète
- IRC cl<60
- FEVG <40
- Post IDM ou PCI
- ATCD PAC

- Femme
- Troponine -
- Sans FDR

PCI ad hoc de la lésion coupable
Angioplastie ou PAC : discussion HEART TEAM staff

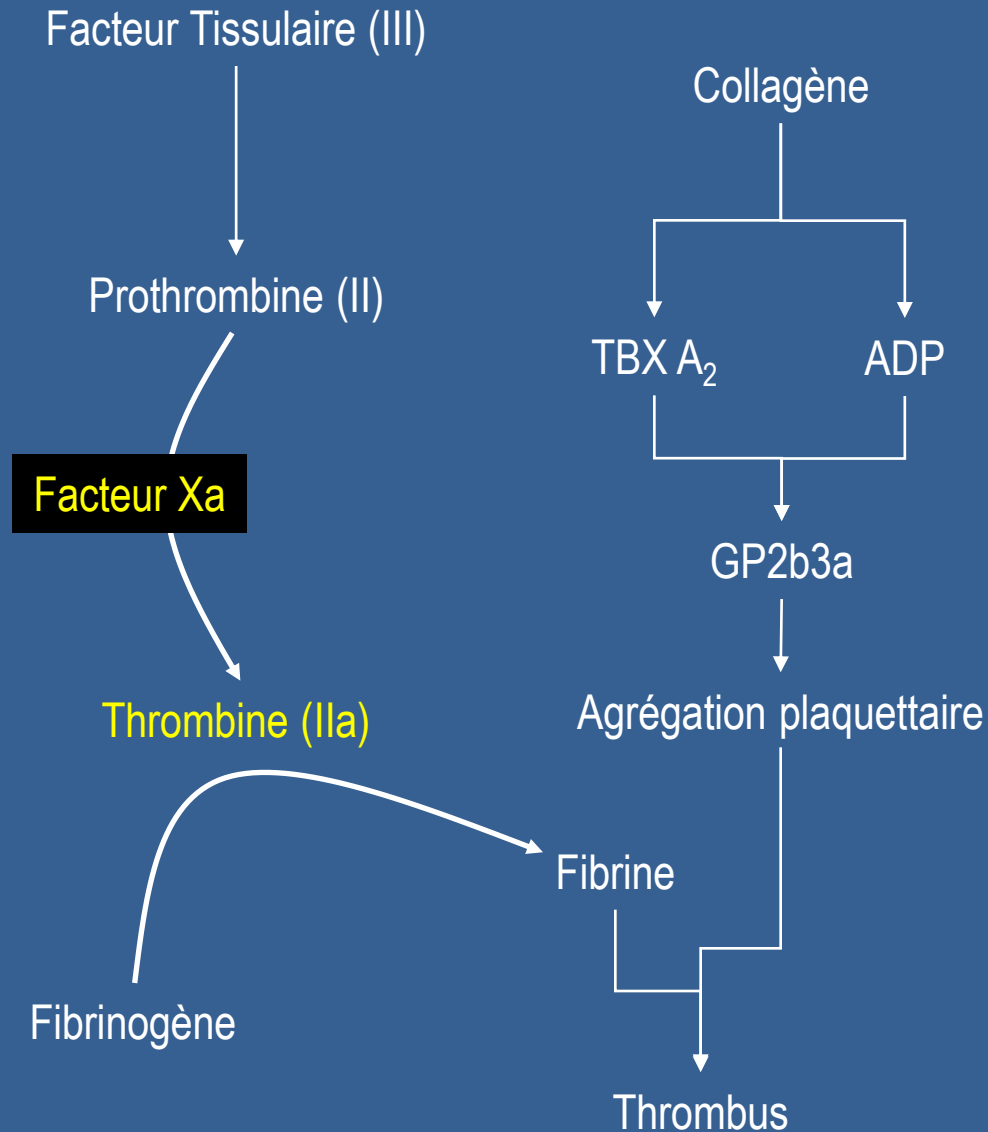
Stents actifs de nouvelle génération

Revascularisation myocardique

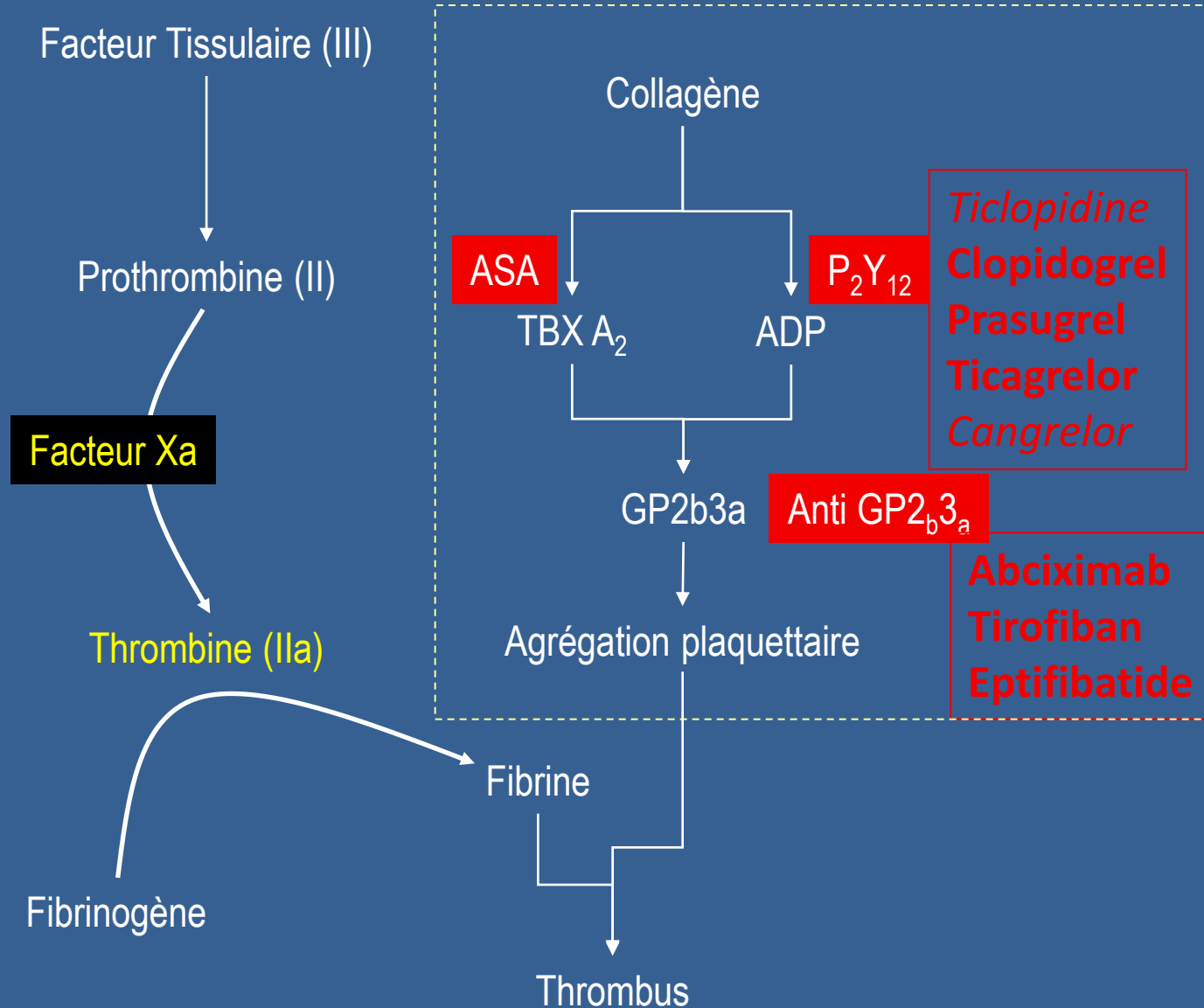
Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- **Maladie coronaire instable**
 - Stratégie de reperfusion
 - Traitement antithrombotique
 - Syndrome coronaire aigu ST+
 - Syndrome coronaire aigu ST-

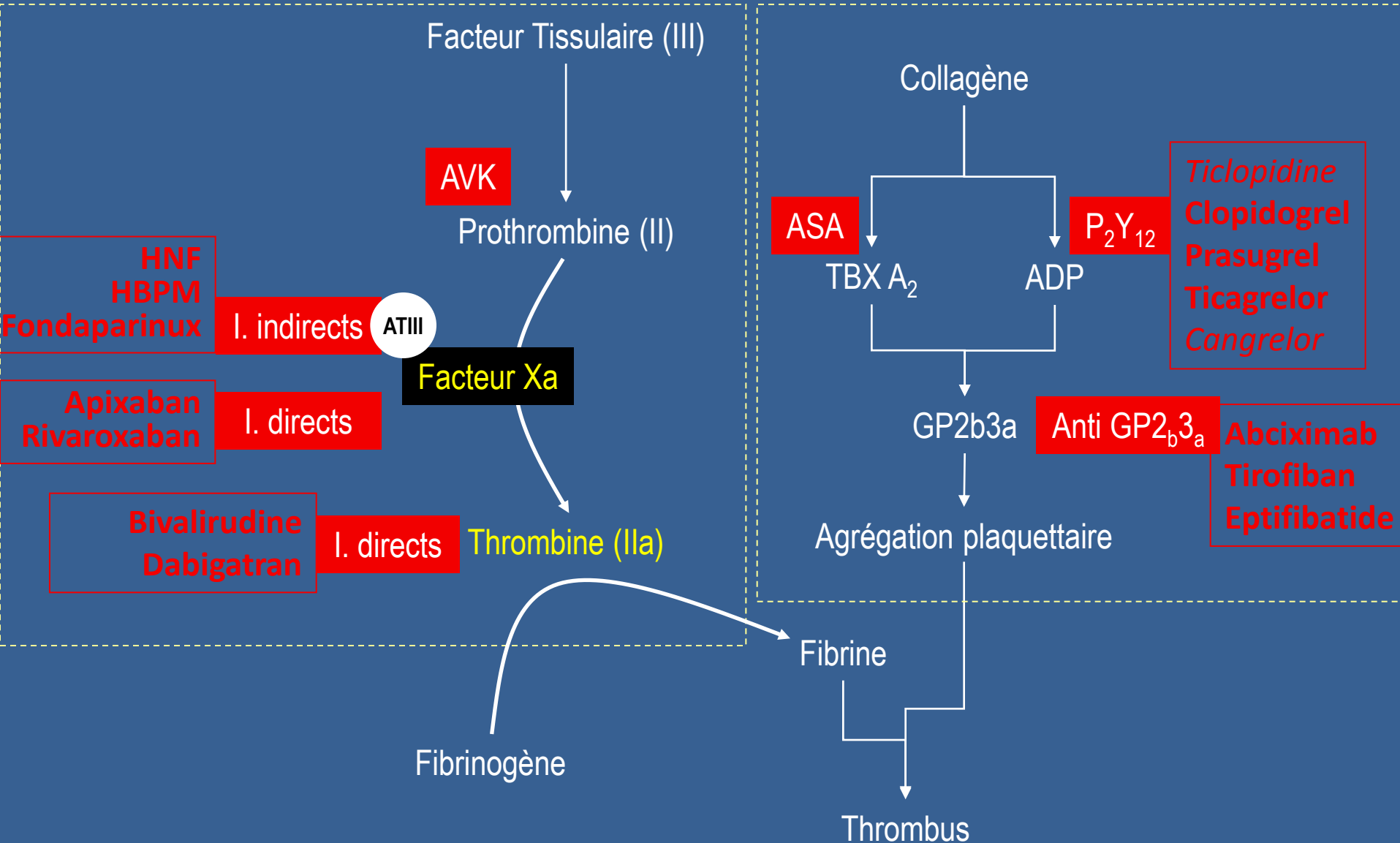
Cibles anti-thrombotiques dans les SCA



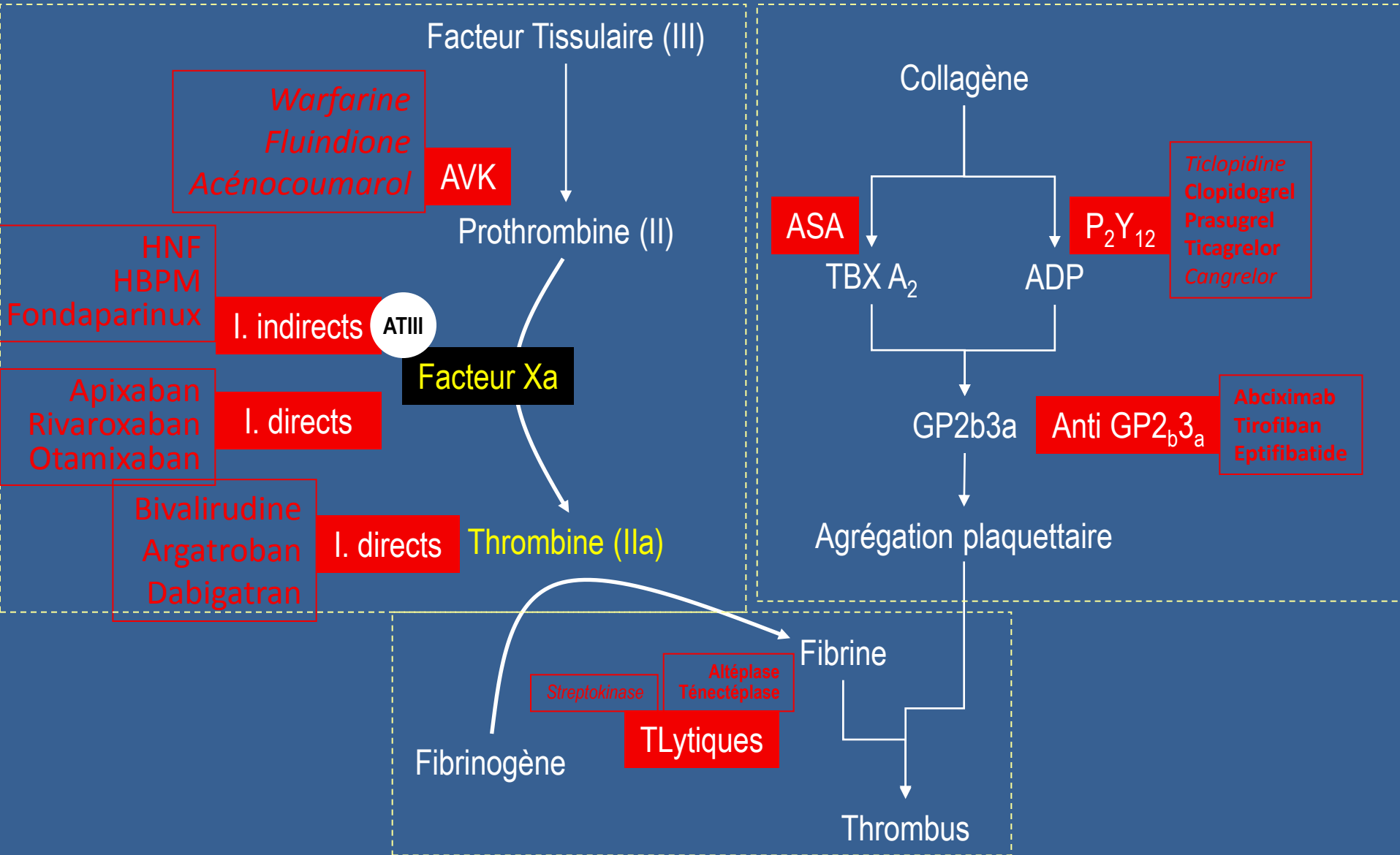
Cibles anti-thrombotiques dans les SCA



Cibles anti-thrombotiques dans les SCA



Cibles anti-thrombotiques dans les SCA



Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- Maladie coronaire instable
 - Stratégie de reperfusion
 - Traitement antithrombotique
 - Syndrome coronaire aigu ST+
 - Syndrome coronaire aigu ST-

Traitement antithrombotique : SCA ST+

Double AAP

Aspirine 150-300 mg per os (80-150 iv)

I

A

A P2Y12 inhibitor is recommended in addition to ASA

I

A

- Prasugrel if no contraindication
(CI : ATCD AVC; Age >75 ans ; Poids <60 kg)

I

B

- Ticagrelor

I

B

- Clopidogrel (600mg loading dose), only when prasugrel or ticagrelor are not available or are CI

I

B

Clopidogrel : 1^{ère} intention si fibrinolyse et si patient non revascularisé

Anticoagulant

SCA ST+ : Traitement antithrombotique

❑ Anticoagulant

HNF 70-100 U/Kg iv bolus	I	C
Bivalirudine (Euromax et Heat PCI)	Ila	A
Enoxaparine iv 0,5 mg/Kg (ATOLL)	Ila	B

❑ Anti GP2b3a

En pré hospitalier chez les patients à très haut risque	IIb	B
Sauvetage : si no reflow ou charge thrombotique intracoronaire très élevée	Ila	C

Revascularisation myocardique

Recommandations ESC 2014

- Maladie coronaire stable
- Maladie coronaire instable
 - Stratégie de reperfusion
 - Traitement antithrombotique
 - Syndrome coronaire aigu ST+
 - Syndrome coronaire aigu ST-

SCA ST- : Traitement antithrombotique

Traitement antithrombotique avant la coronarographie ?

- 5-10% : pontage aorto coronaire
- 20-25 % dissection aortique ; myopéricardite, embolie pulmonaire

Le prétraitement par les inhibiteurs P2Y12 n'est plus recommandé de manière générale dans les SCA ST-

Traitement antithrombotique : SCA ST-

☐ Antiagrégants plaquettaires

Aspirine 150-300 mg per os (80-150 iv)

I

A

A P2Y12 inhibitor is recommended in addition to ASA

I

A

- Prasugrel if no contraindication

Anatomie coronaire connue

I

B

- Ticagrelor : moderate to high risk of ischaemic events

I

B

- Clopidogrel (600mg loading dose), only when prasugrel or ticagrelor are not available or are CI

I

B

SCA ST-: Traitement antithrombotique

❑ Anti GP2b3a

En pré hospitalier chez les patients à très haut risque

III

B

Sauvetage : si no reflow ou charge thrombotique intracoronaire très élevée

IIa

C

❑ Anticoagulant

Bivalirudine recommandes as alternative to HNF plus GPIIb/IIIa receptor during PCI

I

A

HNF as anticoagulant of PCI if patients cannot receive bivalirudine

I

C

Fondaparinux

I

B

Enoxaparin

IIa

C

Conclusions

- Le traitement antithrombotique est un domaine en très forte évolution
- Traitement sur mesure
- Risque ischémique /risque hémorragique