

Mise au point

# L'angioplastie primaire dans l'infarctus du myocarde vue par l'angioplasticien

*Primary coronary angioplasty for acute ST-myocardial infarction*

X. Tabone

Service de cardiologie, hôpital Jacques-Cœur à Bourges, 145, avenue François-Mitterrand, 18020 Bourges cedex, France

Reçu le 4 septembre 2012 ; accepté le 5 septembre 2012

Disponible sur Internet le 23 septembre 2012

---

## Résumé

L'objectif de cette présentation n'est pas de faire une revue générale des indications, des aspects techniques et des résultats de l'angioplastie coronaire primaire dans les syndromes coronariens aigus avec sus-décalage du segment ST mais est d'insister sur un certain nombre d'éléments pratiques utilisés quotidiennement. Il s'agit soit de pratiques techniques (voie radiale, thrombo-aspiration associée au anti-GPIIb/IIIa, stenting direct), soit de l'administration des différents traitements en aigu (nouveaux inhibiteurs du récepteur plaquettaire P2Y12, dose de charge de statine), qui ont probablement permis de faire diminuer la morbi-mortalité hospitalière de ces patients en diminuant à la fois le risque hémorragique et thrombogène de la procédure. La mise à jour des nouvelles recommandations européennes concernant la prise en charge de ces patients vient d'être publiée.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Infarctus avec sus-décalage de ST ; Angioplastie coronaire ; Antiagrégant plaquettaire ; Endoprothèse coronaire

## Abstract

The aim of this article is not to present a general academic review on primary angioplasty in patients with ST-elevation myocardial infarction, but rather to focus on some practical points that directly concern cardiologists who perform primary percutaneous interventions in these patients. We detail recent data about the use of the radial artery approach, thromboaspiration, new oral inhibitors of P2Y12, selective use of anti-GPIIb/IIIa, high dose of peri-procedural statin therapy, choice of the best stent, and the best approach for treating non-culprit lesions in patients with multivessel coronary artery disease. The changes observed in the overall management of patients undergoing primary PCI for ST-elevation myocardial infarction are likely to have participated in the decrease in mortality observed in several registries. New European guidelines on the management of STEMI, taking into account these diverse aspects, have just been published.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** ST elevation myocardial infarction; Coronary angioplasty; Antiplatelet therapy; Coronary stent

---

## 1. Introduction

L'angioplastie coronaire primaire (ACP) a fait la preuve de sa supériorité par rapport à la thrombolyse intraveineuse quand elle peut être réalisée dans un délai raisonnable (moins de deux heures) par rapport à la prise en charge pré-hospitalière et par rapport au début des symptômes (12 premières heures) dans le traitement des syndromes coronariens avec sus-décalage du

segment ST (SCA ST+) [1,2] (Tableaux 1 et 2). Nous aborderons successivement : la voie radiale, l'utilisation de l'abciximab, les nouveaux inhibiteurs du récepteur P2Y12, l'utilisation de l'énoxaparine, la thrombo-aspiration manuelle, les éléments du choix du type de stent et la conduite à tenir vis-à-vis des autres lésions.

## 2. La voie radiale

La comparaison de l'utilisation de la voie radiale ou de la voie fémorale dans cette situation à haut risque hémorragique a fait

---

Adresse e-mail : xavier.tabone@ch-bourges.fr

Tableau 1

Prise en charge des SCA ST+ en angioplastie primaire.

---

Transfert vers le centre d'angioplastie primaire le plus proche  
Admission directe en coronarographie et non enUSIC  
Utilisation préférentielle de la voie radiale  
Administration d'anti-GPIIb/IIIa en fonction de l'anatomie coronaire  
En l'absence de choc angioplastie limitée à l'artère responsable  
Indications larges de la thrombo-aspiration surtout en cas d'occlusion, de thrombus ou de non reflow  
Administration pré-hospitalière dès le diagnostic fait (ECG et douleur)  
d'aspirine IV, d'une dose de charge d'inhibiteurs du récepteur P2Y12 plaquettaire per os et d'un anticoagulant IV (HNF, enoxaparine, bivaluridine ?)

---

Tableau 2

Centre d'angioplastie primaire.

---

Activité annuelle minimale de 400 angioplasties coronaires  
36 angioplasties primaires par an pour le centre  
Fonctionnement 24 h sur 24, 7j sur 7  
Activité annuelle de 75 angioplasties par praticien dont 11 angioplasties primaires minimales  
Possibilité d'admission directe du patient en salle quelle que soit l'heure

---

l'objet de plusieurs études spécifiques (Mortal, SCAR, RIVAL) et de la ré-interprétation des résultats de certaines études (Acuity, HORIZONS-AMI) en fonction de la voie d'abord (Tableau 3).

La dernière étude randomisée a été rapportée au TCT 2011 est l'étude italienne Rifle Steacs [3] portant sur 1001 SCA ST+ traités par ACP : le taux de changement de voie d'abord est de 1,4 % par voie fémorale et de 4,7 % par voie radiale. La mortalité cardiaque à 30 jours est de 5,2 % par voie radiale et de 9,2 % par voie fémorale. Le taux de complications hémorragiques au point de ponction artérielle est réduit de 47 % (2,6 % vs 6,8 %). Les conclusions de ces auteurs sont que la voie radiale ne devrait plus être considérée comme une alternative à la voie fémorale dans cette situation mais qu'elle devrait être recommandée comme la voie d'abord de première intention dans les recommandations internationales.

Il paraît logique que le bénéfice de la voie radiale soit d'autant plus net par rapport à la voie fémorale que l'angioplasticien a pris l'habitude d'utiliser cette technique en routine (urgence ou non), qu'il a un volume d'activité important et que le patient est à haut risque de saignement, par exemple : échec de thrombolyse intraveineuse, patients sous antivitamine K, utilisation d'anti-GPIIb/IIIa per-procédure, sujets âgés... La réinterprétation de l'étude HORIZONS-AMI [4] montre par exemple que le taux de complications hémorragiques graves varie de 2,9 à 5,6 % sous bivaluridine et de 4,1 à 9,7 % sous anti-GPIIb/IIIa selon la voie d'abord. De même dans l'étude OASIS-5 [5], le

taux d'hémorragies majeures diminue de 3,5 à 1,6 % alors que l'utilisation d'anti-GPIIb/IIIa augmente de 23,6 à 33,1 % par voie radiale.

La diminution des complications hémorragiques au point de ponction artériel entraîne une diminution du risque de suspension transitoire des antiagrégants plaquettaires qui est le facteur de risque majeur de récurrence ischémique et de thrombose de stent.

En pratique, il est usuel d'administrer 5000 UI d'héparine non fractionnée (HNF) et 5 mg de verapamil dans le désilet radial avant la procédure. Chez les patients ayant reçu de l'énoxaparine (HBPM) sous-cutanée, une étude récente [6] montre que l'administration d'un tel bolus d'HNF peut être responsable d'un surdosage de l'anticoagulation quatre heures, six heures et dix heures après l'injection sous-cutanée. Avant de faire un tel bolus d'HNF, il faut prendre en compte l'heure de la dernière injection d'HBPM et surtout savoir s'il y a eu un bolus intraveineux d'HBPM associé à l'injection sous-cutanée en pré-hospitalier. En l'absence de traitement par héparine préalable, le bolus d'HNF devrait être adapté au poids du patient.

Enfin l'utilisation de la voie radiale fait, par rapport à la voie fémorale, l'économie du dispositif de fermeture artériel fréquemment utilisé dans cette indication.

Il apparaît donc important que la voie d'abord radiale soit prise en compte, d'une part, dans les recommandations internationales et nationales et, d'autre part, dans l'analyse des études en cours sur la stratégie de prise en charge des SCA ST+ et l'utilisation de telle ou telle nouvelle molécule (Tableau 3).

### 3. L'administration d'anti-GPIIb/IIIa

L'administration en pré-hospitalier des anti-GP3A chez les patients adressés directement en coronarographie pour une ATC a été reléguée en classe III des recommandations et a donc été abandonnée par certains centres d'angioplastie faute d'études bien structurées pour démontrer leur éventuelle efficacité dans cette indication.

La méta-analyse de De Luca et al. EGYPT-ALT avec l'abciximab [7] ne va pas dans ce sens avec une réduction significative de la mortalité à trois ans en cas d'administration pré-hospitalière par rapport à une administration péri-procédure : on note également, ce qui est constaté en pratique quotidienne, une augmentation du flux TIMI-3 en pré- et post-angioplastie, une diminution de moitié des embolies distales, une diminution plus rapide du sus-décalage de ST sans augmentation des complications hémorragiques.

Les anti-GPIIb/IIIa restent largement utilisés pendant la procédure (recommandation de classe IIA). Les contre-indications

Tableau 3

Mortalité hospitalière à 30 jours en fonction de l'abord artériel.

Études	Nombre/Patients	Mortalité voie radiale (%)	Mortalité voie fémorale (%)
SCAAR	21 339	3,2	4,4
RIFLE-STEACS	1001	5,2	9,2
RIVAL (ST+)	1928	1,3	4,2
HORIZON-AMI	3354	3,5	4,1

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868871>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868871>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)