

Article original

Évaluation d'une stratégie sélective de prescription des antagonistes de la glycoprotéine IIb/IIIa dans les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST

Evaluation of a selective strategy for glycoprotein IIb/IIIa inhibitors administration in non-ST segment elevation acute coronary syndromes

J.-L. Georges^{*}, C. Charbonnel, R. Convers-Domart, N. Baron, C. Leterme,
G. Galuscan, J. Schwob, B. Livarek

Service de cardiologie, centre hospitalier de Versailles, hôpital André-Mignot, 177, rue de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

Reçu le 30 juillet 2010 ; accepté le 3 août 2010

Disponible sur Internet le 1 septembre 2010

Résumé

But de l'étude. – Évaluer l'impact d'une stratégie restrictive de prescription des inhibiteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa dans les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST.

Patients et méthode. – Entre le 1^{er} février 2007 et le 1^{er} février 2009, 331 patients consécutifs ont été inclus. La prescription d'un inhibiteur de la glycoprotéine IIb/IIIa dans les 48 premières heures nécessitait au moins un des critères suivants : sus-décalage non persistant du segment ST supérieur à 1 mm, sous-décalage du segment ST supérieur ou égal à 2 mm, récurrence ischémique, score TIMI supérieur à 5. Les décès et les événements cardiovasculaires ont été analysés à sept et 30 jours.

Résultats. – Le taux global de prescription des inhibiteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa a été de 16 %, et la procédure respectée dans 98 % des cas. Les patients éligibles (groupe 2, $n = 77$) étaient significativement plus à risque que les non éligibles (groupe 1, $n = 254$) : médiane d'âge 73 versus 66 ans, $p < 0,01$, score TIMI 4 versus 3, $p < 0,001$. Le traitement a été administré chez 66 % des patients du groupe 2. Les 26 patients éligibles non traités avaient un risque hémorragique excessif (19 %), un rapport bénéfice/risque jugé défavorable (34 %) ou l'absence d'indication à une stratégie invasive (34 %). Le taux d'événements cardiovasculaires a été de 5,1 % à j7 (groupe 1 : 1,6 %), de 6,0 % à j30 (groupe 1 : 2,4 %). La mortalité globale à 30 jours a été de 1,2 % (0,4 % dans le groupe 1).

Conclusion. – Une stratégie formalisée de prescription des inhibiteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa dans les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage persistant du segment ST, limitée à quatre situations à très haut risque, peut être proposée sans perte de chance apparente chez les patients à risque intermédiaire, non traités bien qu'éligibles selon les recommandations actuelles.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Inhibiteurs de la glycoprotéine GPIIb/IIIa ; Syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST ; Infarctus ; Angor instable ; Score TIMI ; Antiplaquettaires

Abstract

Aims. – We evaluated the impact of a selective strategy for glycoprotein IIb/IIIa inhibitors administration in non ST-segment elevation acute coronary syndrome.

Patients and method. – Between February 1st, 2007, and February 1st, 2009, 331 consecutive patients were prospectively included in the study. Criteria for upstream glycoprotein IIb/IIIa inhibitors administration were as follows: transient ST elevation greater than 1 mm, ST-segment depression greater than 2 mm, ischemic recurrence, TIMI risk score greater than 5. Global mortality and cardiovascular outcomes were assessed at Day 7 and Day 30.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jgeorges@ch-versailles.fr (J.-L. Georges).

Results. – The overall use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors was 16%. The procedure was successfully applied in 98%. Compared with non eligible patients (group 1, $n = 254$), eligible patients (group 2, $n = 77$) had a higher risk profile, median age: 73 versus 66, $p < 0.01$, TIMI risk score: 4 versus 3, $p < 0.001$. Eligible patients (66%) actually received the treatment. Among the 26 eligible but untreated patients, 19% had major bleeding risk, 34% had an unfavourable risk-benefit ratio and 34% were not suitable for an invasive strategy. Cardiovascular events occurred in 5.1% at Day 7 (Group 1, 1.6%), and 6.0% at Day 30 (group 1, 2.4%). Overall mortality at Day 30 was 1.2% (0.4% in Group 1).

Conclusion. – A strategy for glycoprotein IIb/IIIa inhibitors administration in non ST-segment elevation acute coronary syndrome restricted to 4 very high risk situations may be considered, without evidence for a loss of chance in intermediate risk patients, untreated although eligible for treatment according to the current guidelines.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors; Non-ST segment elevation acute coronary syndromes; TIMI risk score; Myocardial infarction; Unstable angina; Antiplatelet agents

Les antagonistes de la glycoprotéine IIb/IIIa (inhGPIIb/IIIa) sont de puissants agents antiplaquettaires, qui ont montré une efficacité sur la réduction du risque ischémique chez des patients ayant un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage persistant du segment ST (SCAST-) [1–4]. L'efficacité de ces agents concerne surtout les SCAST- estimés à haut risque, incluant les modifications dynamiques du segment ST, le diabète, l'élévation de la troponine cardiaque, ou un score de risque élevé [3,5,6]. Dans ces situations, fréquentes, les recommandations internationales préconisent depuis dix ans une utilisation assez large des inhGPIIb/IIIa (eptifibatide ou tirofiban) dès l'admission, en préparation de la coronarographie et/ou d'une revascularisation coronaire (indication dite « clinique » ou *upstream*) [7,8].

Pourtant en pratique courante, les registres nationaux [9,10] et internationaux [11–14] montrent une large sous-utilisation des inhGPIIb/IIIa. Les raisons habituellement invoquées sont une méconnaissance des recommandations par les prescripteurs, le caractère hétérogène des résultats cliniques avec de nombreux essais négatifs [4,15] surtout depuis la généralisation des doses de charge en clopidogrel [16–18], un rapport bénéfice risque jugé modeste chez les patients à risque intermédiaire [2,19], un rapport coût/bénéfice relativement élevé [20]. Globalement, les inhGPIIb/IIIa sont associés à une réduction d'environ 1 à 2 % du risque combiné de décès et récurrence d'infarctus du myocarde (IDM), et à un risque de complication hémorragique sévère d'environ 1 % [4,16].

Compte tenu de ces éléments, nous avons adopté pour notre pratique courante une stratégie plus restrictive que les recommandations internationales d'utilisation des inhGPIIb/IIIa dans le traitement initial des SCAST-. Cette stratégie, basée sur l'évaluation précise du risque et le calcul du score de risque TIMI (TIMI sc) [6,21,22], avait pour but de réserver ces traitements uniquement aux patients à risque a priori le plus élevé. L'objectif de la présente étude est d'analyser l'impact de cette stratégie formalisée de prescription « hypersélective » des inhGPIIb/IIIa sur l'évolution clinique à court et moyen terme des patients, à partir d'une cohorte prospective non sélectionnée de patients admis pour SCAST-.

1. Patients et méthodes

1.1. Population

Trois cent trente et un patients consécutifs admis dans le service de soins intensifs cardiologiques pour SCAST- entre le 1er

février 2007 et le 1er février 2009 ont été inclus. Le diagnostic de SCAST- a été posé conformément aux recommandations actuelles [7]. La quasi-totalité des patients (95 %) a été incluse dans le registre prospectif continu Euro Heart Survey ACS registry. Les autres patients inclus dans l'étude avaient des critères d'exclusion pour le registre européen : délai douleur-admission supérieur à 24 heures ou incertain, transfert d'un autre centre, patient déjà inclus dans le registre à l'occasion d'une hospitalisation antérieure pour SCA avec ou sans sus-décalage du ST. Les données démographiques, cliniques, biologiques, les traitements et les éléments de la stratégie de revascularisation ont été enregistrés. Les scores de risque TIMI et GRACE [23] ont été calculés.

1.2. Procédure locale de prescription des inhGPIIb/IIIa

Selon la procédure interne formalisée en vigueur pendant la période concernée, l'administration d' inhGPIIb/IIIa dans les 48 premières heures devait être réservée aux SCAST- à risque élevé ou très élevé définis par un ou plusieurs des quatre critères suivants :

- un sus-décalage non persistant du segment ST supérieur à 1 mm dans au moins deux dérivations contiguës ;
- un sous-décalage du segment ST supérieur ou égal à 2 mm dans au moins deux dérivations contiguës ;
- une récurrence ischémique documentée malgré un traitement conventionnel complet associant aspirine 250 mg puis 75 mg/j, clopidogrel 300 ou 600 mg puis 75 mg/j, héparine à dose anticoagulante, anti-ischémiques comportant au moins un bêta bloquant ou un anticalcique ;
- un TIMIsc initial strictement supérieur à 5 (6 ou 7/7).

L'eptifibatide était proposé en première intention, le tirofiban étant réservé aux cas d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine inférieure à 40 ml/min). En cas de prescription d'un InhGPIIb/IIIa, une coronarographie devait être programmée dans les 24 heures suivantes.

1.3. Événements cliniques

Les événements cardiovasculaires répertoriés à sept et 30 jours ont été les suivants : décès de toutes causes, récurrence d'IDM, revascularisation non programmée, accident vasculaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869256>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869256>

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