

Place de l'angioplastie transluminale des coronaires dans le traitement l'infarctus du myocarde à la phase aiguë

Coronary angioplasty for acute myocardial infarction

C. Spaulding

Service de cardiologie, hôpital Cochin, université René-Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Résumé

Le traitement de l'infarctus du myocarde vise à rétablir le plus rapidement possible la perméabilité de l'artère coronaire responsable. Deux méthodes sont actuellement validées : la fibrinolyse intraveineuse, d'utilisation facile et l'angioplastie transluminale des coronaires qui nécessite une infrastructure lourde et une équipe entraînée mais qui permet la réouverture de l'artère avec un meilleur taux de succès. L'angioplastie est formellement indiquée en cas de choc cardiogénique, de doute diagnostique ou de contre-indication à la fibrinolyse. De plus elle a largement démontré sa supériorité dans les indications suivantes : 1) de première intention (angioplastie primaire) quand un transport rapide peut être réalisé vers une salle de cathétérisme immédiatement disponible et gérée par une équipe entraînée, et 2) dans les suites immédiates d'un échec de fibrinolyse (angioplastie de sauvetage). Loin de s'opposer, angioplastie et fibrinolyse doivent être choisies en fonction des conditions locales (proximité d'une salle de cathétérisme gérée par une équipe expérimentée) et du contexte clinique (présence de signes de gravité). Les stratégies combinées (fibrinolyse préhospitalière suivie d'une angioplastie immédiate quel que soit le flux coronaire, utilisation préhospitalière d'anti-GPIIb/IIIa avant une angioplastie) ont fait l'objet d'études non randomisées ou randomisées sur de petits effectifs, et sont actuellement en cours d'évaluation à plus grande échelle.

© 2005 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Optimal treatment of acute myocardial infarction requires to rapidly re-open the coronary artery. Two ways have been described: fibrinolysis and coronary angioplasty. Angioplasty is indicated 1) in cardiogenic shock, 2) when a quick transportation toward a catheterism room is considered, 3) in case of diagnostic doubt, 4) when a previous fibrinolysis has failed. Otherwise, fibrinolysis may be initially proposed. Combined strategy may also been proposed.

© 2005 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infarctus du myocarde ; Coronarographie ; Angioplastie ; Anti-GPIIb/IIIa ; Fibrinolyse

Keywords : Myocardial infarction; Coronary angiography; Fibrinolysis; GPIIb/IIIa-antagonists

1. Introduction

Le traitement de l'infarctus du myocarde vise à recanaliser le plus rapidement possible et de façon durable l'artère coronaire responsable de l'infarctus. Deux méthodes sont actuellement reconnues : la fibrinolyse intraveineuse et l'angioplastie primaire.

La fibrinolyse intraveineuse est d'utilisation facile, notamment en préhospitalier, et réduit de façon significative la mortalité de l'infarctus du myocarde [1]. Cependant, le taux d'échec évalué par une coronarographie pratiquée à la 90^e minute après sa mise en route est de l'ordre de 40 à 50 %.

L'angioplastie primaire ne peut se concevoir que dans un centre hautement spécialisé, permettant la réalisation d'une coronarographie dès l'arrivée du patient, suivie d'une désocclusion de l'artère responsable de l'infarctus. Ses avantages

Adresse e-mail : christian.spaulding@cch.ap-hop-paris.fr
(C. Spaulding).

sont multiples : bilan immédiat des lésions coronaires, réouverture complète de l'artère, absence de risques hémorragique. Loin de s'affronter, ces deux moyens de reperfusion doivent être considérés comme deux armes efficaces mais différentes à choisir selon le tableau clinique et l'environnement médical et qui peuvent se compléter. Nous aborderons successivement :

- les indications formelles de l'angioplastie primaire ;
- le problème du doute diagnostique ;
- la place de l'angioplastie de sauvetage ;
- les résultats des études comparant la fibrinolyse et l'angioplastie primaire ;
- la place des anti-GPIIb/IIIa, avant de conclure sur une proposition de schéma décisionnel.

2. Indications formelles d'angioplastie primaire

2.1. Contre-indications à la fibrinolyse

Il s'agit d'un événement non exceptionnel, qui concerne environ 20 % des patients à la phase aiguë d'un infarctus [2,3]. Le traitement « conventionnel » de ces patients est grevé d'une mortalité élevée, de l'ordre de 20 %. L'angioplastie primaire permet une reperfusion rapide dans plus de 90 % des cas, sans risque hémorragique notable, et améliore de façon importante le pronostic en abaissant la mortalité à moins de 10 % [2,3].

2.2. Choc cardiogénique

Cette complication redoutable doit être anticipée devant tout infarctus étendu en présence de signes d'insuffisance cardiaque gauche ou d'hypoperfusion périphérique. La thrombolyse seule est peu efficace. Le rôle de l'angioplastie dans ce groupe de patients a été étudié par des séries rétrospectives non randomisées [4–6] et deux études randomisées [7,8]. La mortalité spontanée est élevée, de l'ordre de 80 %, et s'abaisse spectaculairement de moitié avec l'angioplastie. Ces résultats très favorables expliquent les difficultés de recrutement de l'étude européenne SMASH (*Swiss Multicenter Trial of Angioplasty for Shock*) qui a tenté de comparer de façon randomisée le traitement médical conventionnel à l'angioplastie de désocclusion systématique dans le choc cardiogénique [7]. Cette étude multicentrique n'a pu inclure que 55 patients sur quatre ans et a été arrêtée prématurément. Elle montre une tendance en faveur de l'angioplastie par rapport à un traitement médical simple. L'étude SHOCK (*Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock*) a inclus 302 patients qui ont été randomisés entre un traitement médical et une revascularisation, le plus souvent par angioplastie [8]. Elle montre un effet bénéfique de l'angioplastie qui devient significatif au 6^e mois, chez les patients de moins de 75 ans. En revanche, l'angioplastie entraîne une augmentation significative de la mortalité chez les plus de 75 ans. Une stratégie de revascularisation immé-

diée par angioplastie doit donc être préférée chaque fois que possible, avant toute fibrinolyse, en cas de choc cardiogénique chez les patients de moins de 75 ans. Reste le problème des patients thrombolysés présentant secondairement un tableau de choc cardiogénique : une coronarographie urgente s'impose pour établir un bilan lésionnel et effectuer au besoin une angioplastie. Cette stratégie doit être adoptée le plus tôt possible chez les patients présentant un infarctus sans véritable choc cardiogénique mais avec des signes de gravité faisant craindre une évolution défavorable : infarctus important, tachycardie supérieure à 100/min, signes d'insuffisance cardiaque gauche.

3. Problèmes posés par le doute diagnostique

La constatation d'anomalies litigieuses à l'électrocardiogramme est un problème fréquent pouvant survenir jusque dans 45 % des cas [9]. Cette situation clinique pose de réels problèmes diagnostique et thérapeutique. Le respect scrupuleux des critères électriques classiques est en effet préférable, surtout en cas de fibrinolyse préhospitalière. Cependant, une attitude « attentiste » privera de nombreux patients d'une revascularisation coronaire précoce permettant d'améliorer à moyen et à long terme le pronostic vital : l'infarctus sera en effet diagnostiqué devant des modifications électriques typiques mais tardives, ou devant une ascension enzymatique souvent constatée le lendemain de la nécrose. Ces patients constituent donc une indication idéale à une coronarographie en urgence. En cas de confirmation du diagnostic, elle peut être suivie d'une angioplastie de désocclusion. Dans les autres cas, l'élimination formelle du diagnostic d'occlusion coronaire permettra d'orienter plus rapidement les recherches vers d'autres étiologies de douleur thoracique pouvant nécessiter un traitement immédiat tel qu'une embolie pulmonaire.

4. Place de l'angioplastie de sauvetage

En raison du développement rapide et bénéfique de la fibrinolyse préhospitalière, de nombreux patients fibrinolisés en préhospitalier sont admis dans des centres disposant d'une salle de coronarographie ouverte 24 heures sur 24. Faut-il alors réaliser une opacification coronaire immédiate afin de détecter les échecs de la fibrinolyse et réaliser une angioplastie de sauvetage ? Deux études permettent de répondre à cette question :

- l'étude CORAMI (*Cohort of Rescue Angioplasty in Myocardial Infarction*) est un registre rétrospectif de 72 patients ayant bénéficié d'une angioplastie de sauvetage et provenant de trois centres français (hôpitaux Bichât, Broussais, Cochin) [10]. Le taux de succès primaire est de 90 % et la survie hospitalière de 96 %. Cette étude a été la première à démontrer la faisabilité de l'angioplastie de sauvetage ;
- l'étude RESCUE [11] est une étude prospective, randomisée, multicentrique, internationale qui a inclus 150 patients

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9043658>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9043658>

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