

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 2 décembre 2014

Hôpital cantonal de Genève

Revascularisation percutanée dans la maladie coronaire stable: étude FAME2

Prof. M. Roffi

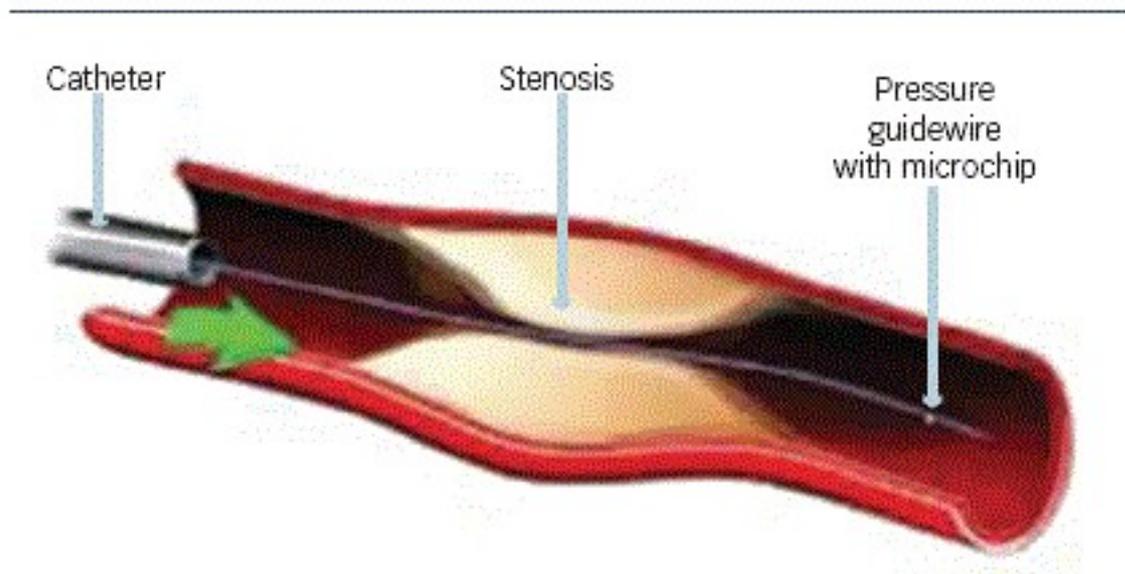
La question c'est...quand est ce qu'une sténose coronarienne est hémodynamiquement relevante et mérite donc d'être stentée?

Jusqu'à maintenant on se basait sur l'anatomie, en quantifiant le degré de sténose, mais les sténoses n'étant pas concentriques, il pouvait y avoir pas mal de sources d'erreurs suivant comment l'image était prise...Il fallait donc essayer d'effectuer une évaluation hémodynamique.

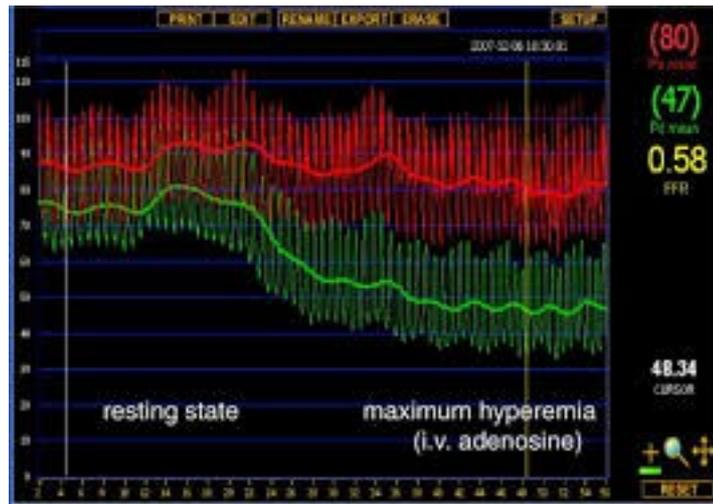
Ceci est maintenant possible en mesurant le gradient de pression en amont et en aval de la sténose lors d'une vasodilatation sous adénosine, grâce à un cathéter et à un guide poussé distalement à la sténose .

La mesure s'appelle FFR pour fractional flow reserve...

Voilà l'outil...



et voilà les courbes qu'on obtient



(j'imagine que la courbe rouge c'est celle en amont et la verte celle en aval de la sténose?)...

Lorsqu'il y a un gradient de pression de plus de 20% (soit 0,8) c'est de mauvais pronostic, donc c'est à partir de ce chiffre que l'on consent à poser un stent...

Pour en arriver là il a fallu des études...

D'abord «Fractional Flow Reserve versus Angiography for Guiding Percutaneous Coronary Intervention», Pim A.L. Tonino, N Engl J Med 2009; 360:213-224, qui a montré la supériorité de l'approche «hémodynamique» par rapport à l'approche anatomique seule.

L'article dont on parle aujourd'hui c'est «Fractional Flow Reserve–Guided PCI for Stable Coronary Artery Disease» Bernard De Bruyne, M.D., N Engl J Med 2014; 371:1208-1217 a montré que chez les patients coronariens stables l'évaluation hémodynamique des sténoses avec FFR a permis une meilleure évolution que chez les patients chez lesquels cette évaluation n'était pas effectuée.

La différence ne se situait pas dans la mortalité, mais plutôt en ce qui concerne les revascularisations d'urgence.

On retiendra donc que l'on n'arrête toujours pas le progrès chez les cardiologues, et qu'il ne suffit plus de quantifier une lésion coronarienne en pourcent pour en évaluer l'importance, mais qu'actuellement il faut mesurer les pressions en amont et en aval après vasodilatation à l'adénosine...

Ils sont trop forts nos cardiologues...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch