

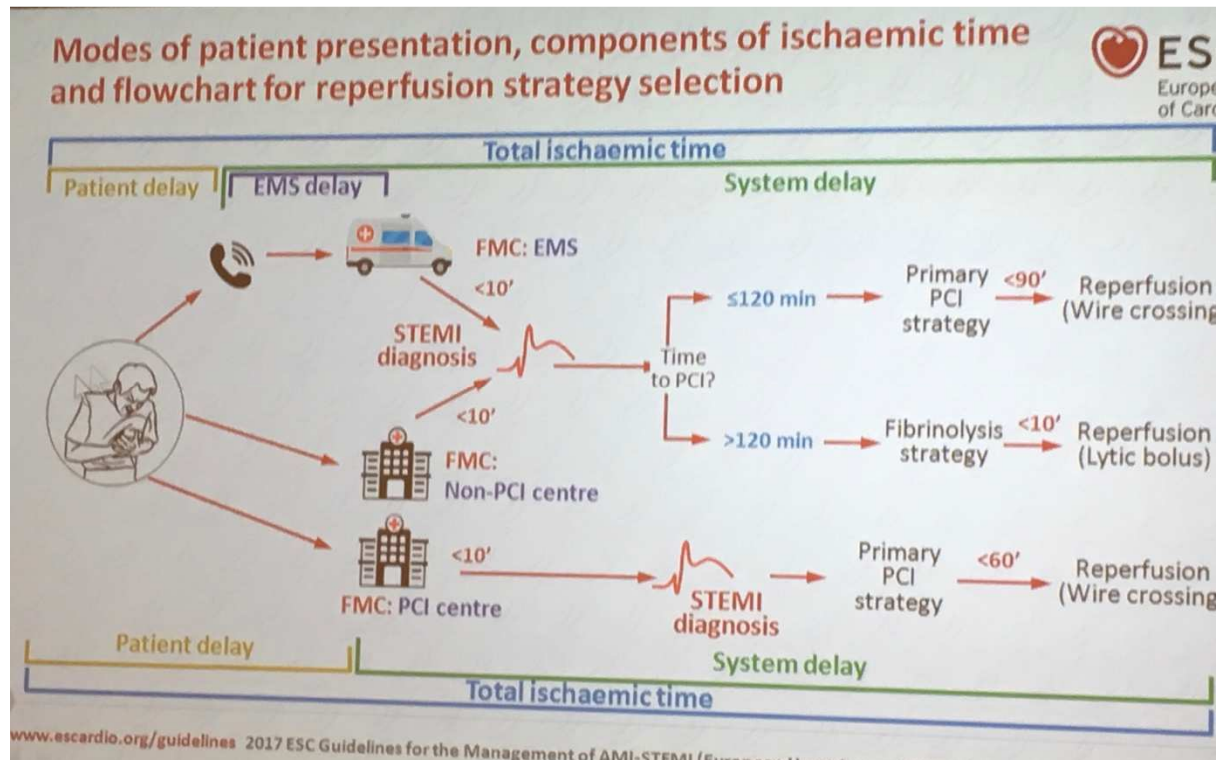
**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 21 novembre 2017

Hôpital cantonal de Genève

## Les recommandations ESC 2017 pour le STEMI et la double antiagrégation

Prof. M. Roffi



L'image illustre 3 possibilités...

La douleur entraîne :

- soit l'appel au 144 et le transport en ambulance
- soit l'hospitalisation spontanée dans un hôpital sans salle de cathétérisme
- soit l'hospitalisation spontanée dans un hôpital avec salle de cathétérisme

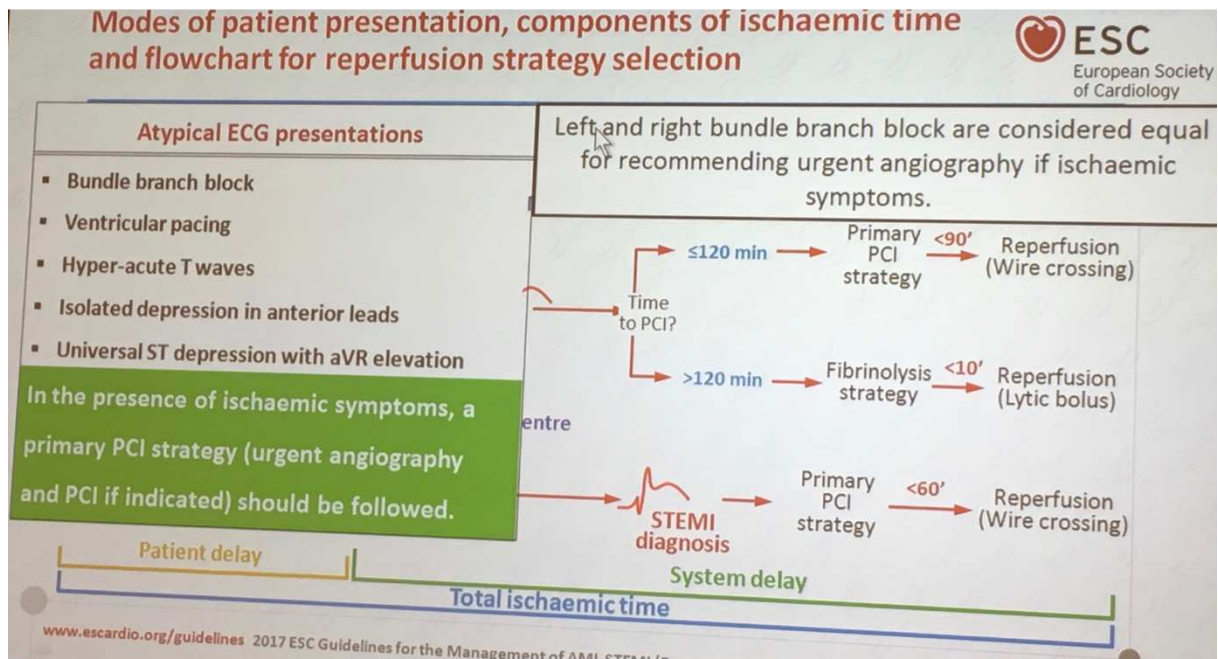
Il faudrait un ECG dans les 10 minutes afin de poser le diagnostic de STEMI (infarctus du myocarde avec élévation du segment ST).

Quand la salle de cath est là... Idéalement, 60' après le diagnostic de STEMI, l'obstacle coronarien doit être levé... donc le guide doit être en place... (on ne parle plus de « door to balloon time »...)

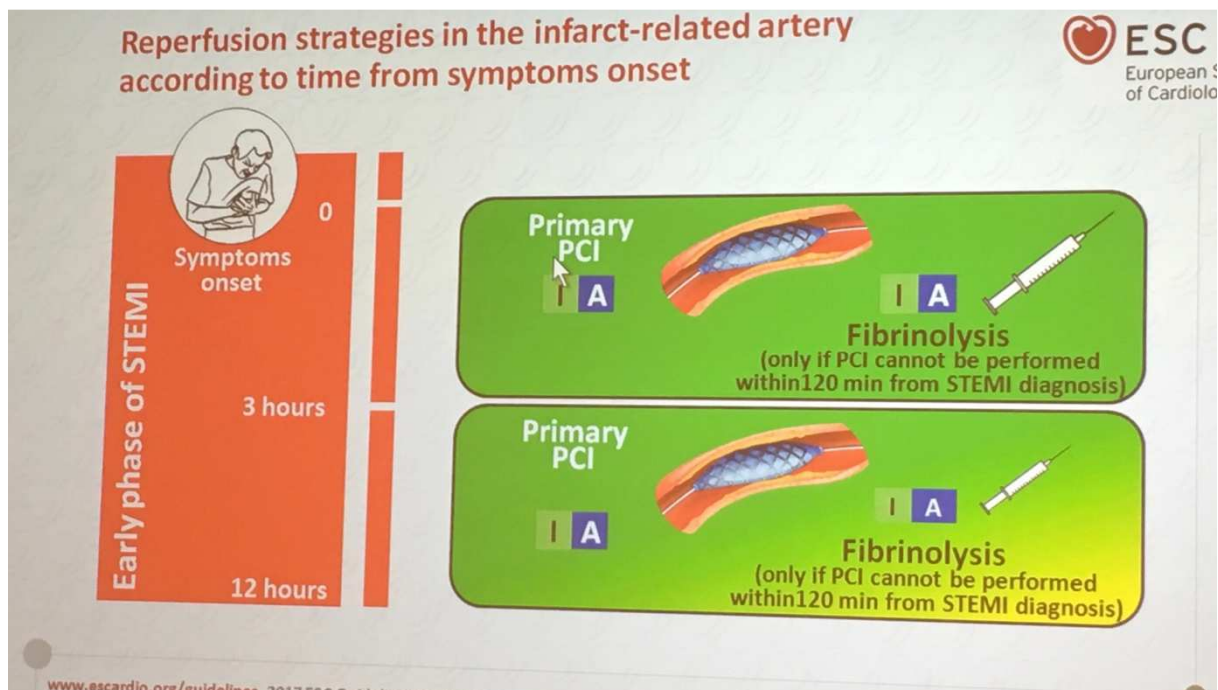
S'il n'y a pas de salle de cath mais qu'elle se trouve à moins de 120' (ce qui est le cas en Suisse à peu près partout)... il faut transporter le patient et, idéalement, le reperfusion dans les 90' après le diagnostic de STEMI.

Si la salle de cath se trouve à plus de 120' de distance il faut faire une fibrinolyse dans les 10' et le transférer dans un 2<sup>e</sup> temps là où il y a une salle de cath.

Pour ce qui est des présentations atypiques avec un ECG peu interprétable cf : Pace Maker, Bloc de Branche, sous décalage ST inférieur avec élévation en aVR, etc...si j'ai bien compris on recommande de faire comme si c'était un STEMI



Jusqu'à 12 heures après l'événement ça vaut la peine de reperfuser en salle de cath...  
Si patient instable probablement même au-delà de 12 heures...  
Mais après 48 heures l'angioplastie n'apporte rien...



On ne dilate plus au ballonnet, on met toujours un stent, et toujours un stent à « élution ».  
Et l'abord est toujours préconisé « radial ».

## Procedural aspects of the primary percutaneous coronary intervention strategy

Recommendations	Class	Level
<b>IRA strategy</b>		
Primary PCI of the IRA is indicated.	I	A
New coronary angiography with PCI if indicated is recommended in patients with symptoms or signs of recurrent or remaining ischaemia after primary PCI.	I	C
<b>IRA technique</b>		
Stenting is recommended (over balloon angioplasty) for primary PCI.	I	A
Stenting with new-generation DES is recommended over BMS for primary PCI.	I	A
Radial access is recommended over femoral access if performed by an experienced radial operator.	I	A

www.escardio.org/guidelines 2017 ESC Guidelines for the Management of AMI

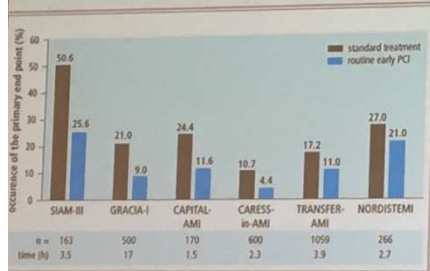
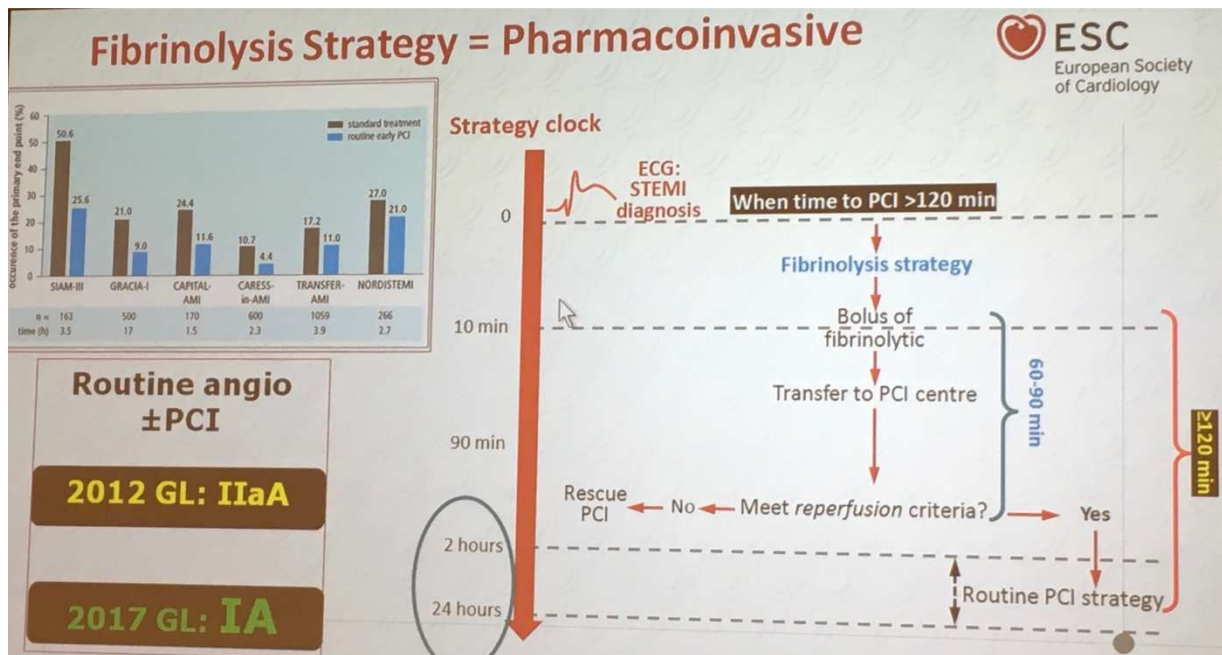
On n'aspire plus les thrombus pour éviter qu'ils s'embolisent distalement, ça ne sert à rien...on stent sans se poser de questions...et tout de suite...on ne stent plus en différé comme certains pensaient que c'était plus futé...

## Procedural aspects of the primary percutaneous coronary intervention strategy

Recommendations	Class	Level
<b>IRA technique (continued)</b>		
Routine use of thrombus aspiration is not recommended.	III	A
Routine use of deferred stenting is not recommended.	III	B
<b>Non-IRA strategy</b>		
Routine revascularization of non-IRA lesions should be considered in STEMI patients with multivessel disease before hospital discharge.	IIa	A

Tout patient ayant été lysé doit être transféré dans une salle de cath dans les 90-120' pour être coronarographié.





**Routine angio ± PCI**

**2012 GL: IIaA**

**2017 GL: IA**

Tout patient avec un arrêt cardiaque et une évidence de STEMI suit la procédure « STEMI », idem s'il n'y a que des signes d'ischémie sans STEMI classique...

## Cardiac arrest


Recommendations	Class	Level
A primary PCI strategy is recommended in patients with resuscitated cardiac arrest and an ECG consistent with STEMI.	I	B
Urgent angiography (and PCI if indicated) should be considered in patients with resuscitated cardiac arrest without diagnostic ST-segment elevation but with a high suspicion of ongoing myocardial ischaemia.	IIa	C

Lorsque plusieurs vaisseaux sont atteints, on essaie au cours de la même hospitalisation de tous les vaisseaux atteints...au cours de la même procédure ou au cours de 2 procédures suivant les centres.

Donc ce qui a changé depuis 2012 c'est que l'abord radial fait l'unanimité, les stents à élution aussi. La revascularisation complète a passé du rouge (contre-indiqué) au jaune (plutôt recommandé), et l'aspiration du thrombus est contre-indiquée...

La dernière ligne concernant l'oxygène est surprenante...il paraît que si on donne de l'oxygène lorsque la satO2 est <95% les troponines ont tendances à monter plus haut...d'où la directive de ne donner de l'O2 que si la satO2 est < 90%...(trop d'O2 fait monter les Troponines ???)

## What is new in 2017 Guidelines on AMI-STEMI


**ESC**  
 European Society  
 of Cardiology

2012	CHANGE IN RECOMMENDATIONS	2017
	<b>Radial access</b>	MATRIX
	<b>DES over BMS</b>	EXAMINATION, COMFORTABLE-AMI, NORSTENT
	<b>Complete Revascularization</b>	PRAMI, DANAMI-3-PRIMULTI, CVLPRIT, Compare-Acute
	<b>Thrombus Aspiration</b>	TOTAL, TASTE
	<b>Bivalirudin</b>	MATRIX, HEAT-PPCI
	<b>Enoxaparin</b>	ATOLL, Meta-analysis
	<b>Early Hospital Discharge</b>	Small trials & observational data
Oxygen when SaO <sub>2</sub> <95%	<b>OXYGEN</b>	Oxygen when SaO <sub>2</sub> <90% AVOID, DETO2X
Same dose i.V. in all patients	<b>TNK-tPA</b>	Half dose i.V. in Pts ≥75 years STREAM


www.escardio.org/guidelines/2017/AMI-STEMI

...maintenant concernant la double antiagrégation plaquettaire...(DAAP)

Pour la maladie coronarienne stable...c'est au moins 6 mois de DAAP

Lorsque le risque hémorragique est élevé c'est 3 mois, (ça peut même s'abaisser à 4 semaines si le risque hémorragique est très élevé...) et si le risque ischémique est élevé (diabète, maladie pluritronculaire, plusieurs stents) ça peut aller jusqu'à 30 mois...

### Dual antiplatelet therapy duration and related stent choices in patients with stable coronary artery disease treated with percutaneous coronary intervention


**ESC**  
 European Society  
 of Cardiology

*(continued)*

Recommendations	Class	Level
In patients with stable CAD treated with bioresorbable vascular scaffolds, DAPT for at least 12 months should be considered.	IIa	C
In patients with stable CAD who have tolerated DAPT without a bleeding complication and who are at low bleeding but high thrombotic risk, continuation of DAPT with clopidogrel for >6 months and ≤30 months may be considered.	IIb	A
In patients with stable CAD in whom 3-month DAPT poses safety concerns, DAPT for 1 month may be considered*.	IIb	C

\*1-month DAPT after implantation of zotarolimus-eluting Endeavour sprint stent or drug coated stent reduced risks of reintervention, myocardial infarction and inconsistently of stent thrombosis compared to bare-metal stent under similar DAPT duration. It is unclear if this evidence applies to other contemporary DES.

www.escardio.org/guidelines

Even Shorter  
1 month

Lors de syndrome coronarien aigu c'est 12 mois de DAAP, lorsque le risque hémorragique est élevé ça peut descendre à 6 mois, et si le risque ischémique est élevé (cf diabète, maladie de plusieurs vaisseaux, plusieurs stents...) ça peut aller jusqu'à 36 mois...(dans ce cas-là c'est le Ticagrelor qui est le préféré)...

## Dual antiplatelet therapy duration in patients with acute coronary syndromes treated with percutaneous coronary intervention (continued)

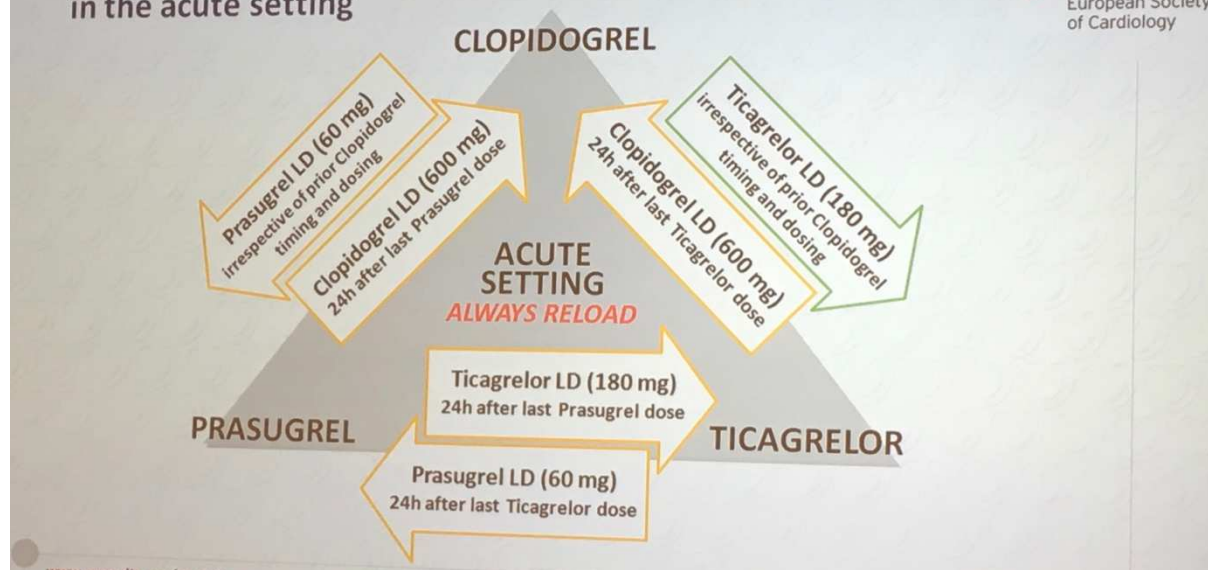
Recommendations	Class	Level
In patients with ACS who have tolerated DAPT without a bleeding complication, continuation of DAPT for longer than 12 months may be considered.	IIb	A
In patients with MI and high ischaemic risk who have tolerated DAPT without a bleeding complication, ticagrelor 60 mg <i>b.i.d.</i> for longer than 12 months on top of aspirin may be preferred over clopidogrel or prasugrel.	IIb	B

Longer  
>12 months

Ticagrelor  
60 mg bid

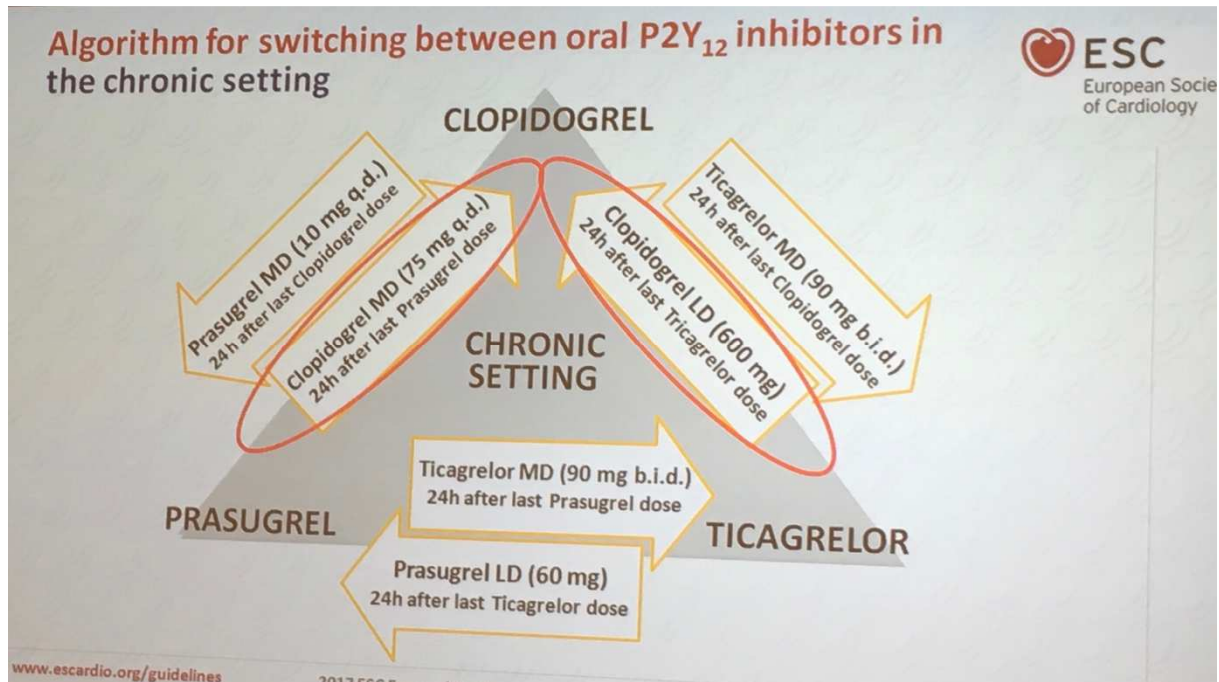
Maintenant quand dans la phase aiguë on veut changer de P2Y<sub>12</sub> inhib (c'est-à-dire changer d'antiagrégant), il faut toujours donner une dose de charge du nouveau...(cf schéma ci dessous)

## Algorithm for switching between oral P2Y<sub>12</sub> inhibitors in the acute setting



En phase chronique, ce n'est pas nécessaire...





Quand peut-on arrêter le DAAP pour une chirurgie élektive non cardiaque...

Avant 3 mois : NON

Après 6 mois : OUI

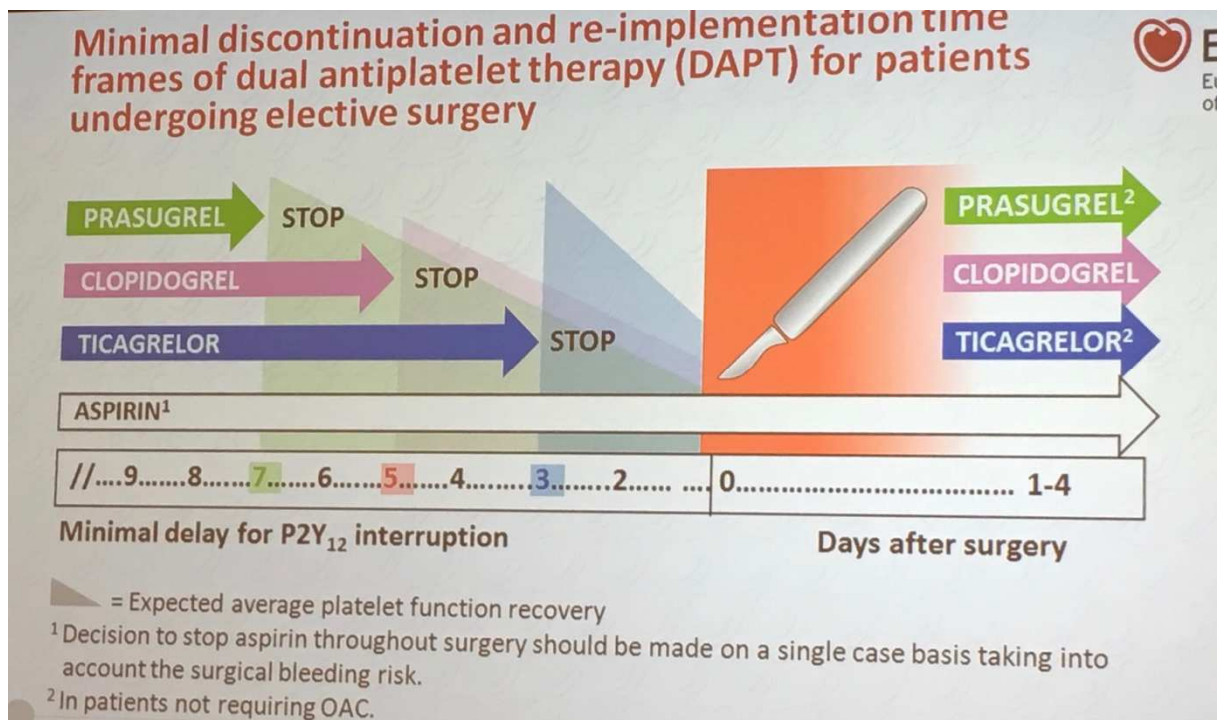
Entre les 2 ...ça se discute en fonction de la gravité du risque ischémique (diabète/ maladie plusieurs vaisseaux/ plusieurs stents)...

Combien de temps avant l'intervention arrêter la DAAP...

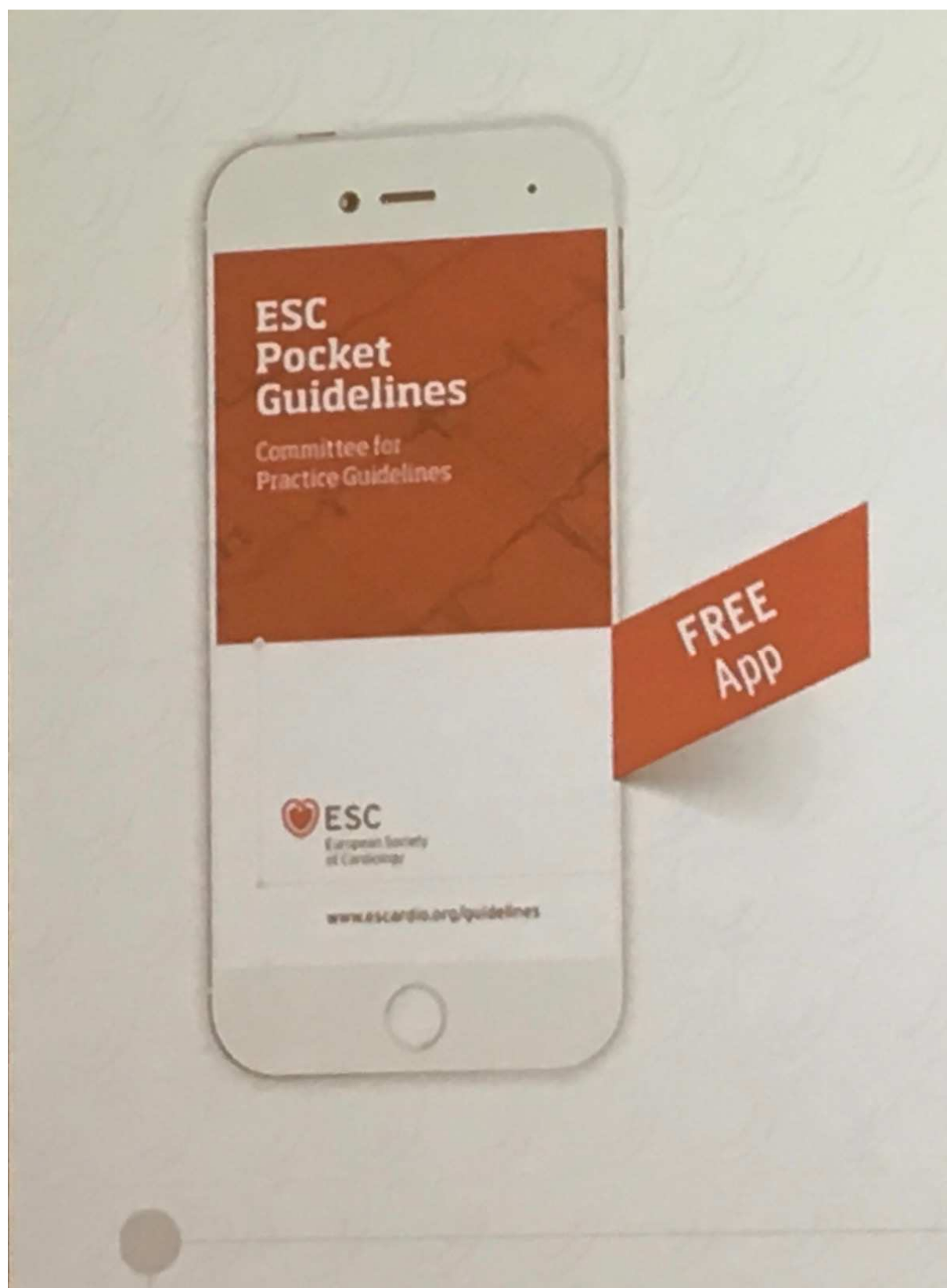
Pour le Prasugrel...7 jours

Pour le Clopidogrel...5 jours

Pour le Ticagrelor...3 jours...



Pour ceux qui veulent en savoir plus...il ne reste plus qu'à télécharger l'application ad hoc



Pour moi ...ça ira comme ça...j'ai l'impression d'avoir lu le nouveau catalogue du tarif TARMED 2018...



