

Coronaropathie stable : quelles investigations en 2022 ?

Dr D. Carballo

La maladie coronarienne est une maladie progressive inflammatoire. La partie aiguë de la maladie, dont l'infarctus, ne sera pas discutée aujourd'hui.

Les tests fonctionnels ne deviennent positifs qu'à partir d'un certain taux d'obstruction et le traitement conservateur semble être préférable à l'intervention..

Il y a deux méthodes pour déterminer le degré de sténose, en observant:

- l'anatomie directement par coronarographie invasive ou par CT
- le niveau fonctionnel de l'artère via le flux de sang par IRM, PET-CT, scintigraphie ou encore échocardiographie, en situation de stress.

L'étude PROMISE n'avait pas montré de bénéfice du CT scan par rapport à l'IRM (2 ans), alors que l'étude SCOT-HEART avait trouvé un bénéfice au CT-scan pour l'investigation initiale par rapport à la prise en charge habituelle (à 5 ans)

DISCHARGE est publié dans le NEJM au printemps de cette année, et cherche à déterminer le meilleur outil diagnostique anatomique.

Inclusion: > 30 ans, probabilité pré-test (PPT) de 10 à 60% de maladie coronarienne obstructive, douleur thoracique stable, référé pour angiographie.

Exclusion: absence de rythme sinusal, maladie rénale sévère, grossesse...

Intervention: étude randomisée pragmatique, contrôlée, cherchant à prouver la supériorité du CT sur la coronarographie chez des patients avec probabilité pré-test intermédiaire.

Critères de jugement:

- Primaire composite: mortalité CV, infarctus et AVC non fatals
- Primaire composite étendu: + AIT + Complications majeures de la procédure
- Secondaires clefs: Complications à < 48h, indices de qualité de vie rapportés par les patients

Résultats

3667 patients sont recrutés dans 26 centres et 3561 sont inclus dans la méthode en intention de traiter, avec une adhérence > 97% et un suivi moyen de 3.5 ans, complet chez 98%.

Population:

- âge médian de 60 ans, avec 56% de femmes, probabilité pré test médiane de 37%.
- 20% présentent une angine sévère et 10% ont une PPT basse ou intermédiaire-basse
- 1/3 des patients ont déjà eu un test fonctionnel avant l'inclusion.
- Le temps médian entre l'inclusion et le CT est de 3 jours, 12 jours pour la coronarographie (habituel).

- ¼ des patients se sont révélés avec une sténose >50%

Les critères de jugement primaire et primaire étendu montrent moins d'événements dans le groupe CT. Il y a également moins de complications liées à la procédure dans ce groupe...

Le groupe CT a eu plus de tests fonctionnels (18 vs 12%) et moins de revascularisations (14 vs 18%).

Au suivi, il n'y a pas de différence dans la présence de symptômes ni dans l'impact sur la qualité de vie entre les deux groupes, ce qui va à l'encontre des études COURAGE et ISCHEMIA qui avaient montré moins de symptômes dans le groupe coronarographie malgré plus de complications.

Forces:

- Multicentrique avec une méthode pragmatique
- Bonne adhérence avec suivis complétés
- 56% de femmes permet d'étendre les résultats à la pratique

Faiblesses:

- Pas d'aveugles → impact potentiel sur les questions de qualité de vie
- Pas recherché systématiquement, ni les AVC par imagerie, ni les infarctus silencieux par biomarqueurs.
- Les images sont utilisées pour le diagnostic mais ne forcent pas une prise en charge selon les guidelines, laissant le choix au praticien et au patient.
- Pas de comparaison coût-efficacité
- CAVE: probabilité pré-test intermédiaire → le modèle utilisé est modifié, avec une sur-évaluation du risque.

A cela s'ajoute l'inclusion de patients dès 10% de PPT, alors que dans les guidelines l'investigation <15% n'est pas préconisée. L'étude s'arrête également à 60% de PPT alors que les guidelines montent jusqu'à 85% pour la probabilité intermédiaire, ce qui provoque un biais dans la sélection des patients.

Malgré tout, on se dirige probablement vers plus de tests anatomiques que fonctionnels à terme, et le CT va probablement y prendre place.

En conclusion

Les tests fonctionnels sont réservés en cas de PPT intermédiaire moyenne à haute, le CT pour exclure la maladie chez des patients avec PPT faible, et la coro invasive pour les patients avec PPT élevée ou lors de dysfonction ventriculaire gauche.

- Q: le rapport coût-efficacité est probablement meilleur pour le CT ?
- R: Il faut bien sélectionner les patients chez qui un coro-CT est effectué. Certaines populations (insuffisance gauche, coureurs de haut niveau..) ont un risque de calcifications plus important, qui peut rendre la qualité de l'examen et la lecture plus complexe. Pour les patients qui sont éligibles néanmoins, c'est probablement plus rentable.
- Q: Le critère primaire de supériorité n'est pas significatif...peut-on conclure à une non-infériorité?
- R: le hazard ratio est presque significatif, donc c'est probable.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch