

La revascularisation percutanée n'est pas la meilleure option en tout point?

Prof. Marco Roffi

Avant de discuter de l'étude REVIVED, un peu de contexte est nécessaire:

L'étude STICH, sortie vers 2000, randomise 1200 patients avec maladie coronarienne éligibles pour un pontage chirurgical, avec une fraction d'éjection réduite, entre chirurgie et traitement médicamenteux.

Exclusion: sténose ACG $\geq 50\%$, choc, infarctus < 3mois, besoin d'une chirurgie de valve, angor important.

Un test de viabilité des coronaires était initialement obligatoire, puis rendu optionnel au vu des problèmes de recrutement.

A 5 ans, il n'y a pas de différence de mortalité toutes causes entre le traitement médical et la chirurgie.

Pour les critères secondaires, le pontage est presque supérieur en termes de survie cardiovasculaire, et le critère composite de mortalité toutes causes + hospitalisation pour cause cardiovasculaire, est clairement en faveur du pontage.

Un sous-groupe a eu une étude de viabilité. En cas de haute viabilité, il n'y a pas de différence entre les deux traitements. Par contre, pour les patients avec peu de viabilité, le pontage faisait mieux.

Le suivi étendu à 10 ans, montre que la chirurgie fait mieux que le traitement médicamenteux, en terme de mortalité toutes causes (-16%) et cardiovasculaire (-21%).

C'est dans ce contexte que l'étude [REVIVED](#) voit le jour cette année. Elle évalue la survie sans événement de la revascularisation percutanée (PCI) chez des patient avec insuffisance gauche ischémique, comparé au traitement médicamenteux.

- Méthode: multicentrique, prospective, randomisée en open label.
- Inclusion: fraction d'éjection diminuée $\leq 35\%$, maladie coronarienne étendue, viabilité d'au moins 4 segments coronaires qui pourraient être revascularisés par PCI.
- randomisation: 700 patients répartis 1:1 entre PCI + médicaments ou médicaments seuls.

Critères de jugement

- primaire: composite de décès toutes causes + hospitalisations
- secondaire: fraction d'éjection à 6 et 12 mois, qualité de vie

Caractéristiques de la population: 70 ans moyen, 40% de diabète, FE moyenne à 27%, pas d'angor significatif, score jeopardy à 10 dans les deux groupes (score commenté plus bas).

Pour le critère de jugement primaire il n'y pas de bénéfice de la PCI.

Il n'y a pas de différence d'amélioration de la fraction d'éjection non plus, et, alors que la qualité de vie semble s'améliorer sur 6 mois côté PCI, cette différence disparaît à 24 mois.

Il y a moins d'infarctus *spontanés* dans le groupe PCI, bien que pour tous infarctus confondus, il n'y ait pas de différence, car il y a eu un excès d'infarctus péri procéduraux.

Mortalité élevée, à 32% dans les deux groupes...

20 % des patients avaient déjà un défibrillateur à l'inclusion ou dans les 90 jours. L'analyse de sous-groupe montre moins de chocs appropriés dans le groupe PCI à 24 mois, sans différence pour le risque de mort soudaine.

Conclusions des auteurs

- La cardiomyopathie ischémique sévère présente des taux élevés d'hospitalisation et de décès, même en cas de traitement médicamenteux et interventionnel adéquat.
- la PCI n'a pas réduit l'incidence composite de mortalité toutes causes et d'hospitalisation pour cause cardiaque à 3.4 ans.
- La PCI n'as pas fait mieux pour améliorer la fraction d'éjection ni la qualité de vie.

Limitations

- petit échantillon et durée courte: manque de puissance, l'étude STICH avait pris 10 ans à noter une réduction significative de la mortalité...
- Les populations (+âgés) et traitements (+modernes) ne sont pas comparables avec l'étude STICH, qui montre plus de succès plus le patient est jeune...
- La viabilité des coronaires est évaluée, mais pas la perfusion du tissu myocardique: L'insuffisance gauche dans cette population n'est pas forcément due à la maladie coronarienne, surtout en sachant que 50% présentent une atteinte de 2 vaisseaux et qu'en médiane, 2 lésions sont traitées par patient.

Le score Jeopardy (BCIS-JS) se base sur l'angiographie et le degré de sténose observé. Il ne donne aucune information sur le degré d'ischémie du tissu cardiaque...

Pour espérer une amélioration après reperfusion, le tissu en hibernation doit présenter une artère viable ET une persistance de la perfusion. L'angiographie seule est insuffisante pour être précis dans cette dernière mesure.

De par ces limitations, il est improbable que cette étude change les guidelines actuelles.

Néanmoins, il faut prendre en compte et intégrer dans la discussion les risques liés à la PCI..

- +++ ischémie sur grand territoire et peu de risques liés à la procédure → PCI
- maladie étendue/anatomie à risque, surtout chez diabétiques → pontage/médical
- Ischémie limitée et peu de viabilité → traitement médical

La viabilité seule n'est pas suffisante, il faut aussi chercher l'ischémie (comme aux HUG), car ce n'est pas suffisant pour déterminer qui bénéficie de la revascularisation.



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