

## **Arrêt cardiaque : quel délai pour une coronarographie ?**

*Dr. Juan F. Iglesias*

L'arrêt cardiaque en extra-hospitalier reste un problème de santé publique, malgré la formation du tout-venant, la survie sans séquelle est basse (2-18%).

La cause la plus fréquente est l'occlusion aiguë sur maladie coronarienne.

La sélection optimale des patients pour une stratégie invasive immédiate est très débattue.

Cette [méta-analyse](#) montre pourtant que 70% de ces patients auront une coronarographie. 75% ont une sténose significative, 50% une reperfusion, 40% sont en choc cardiogène.

[PROCAT](#) montre clairement, sur la base d'études observationnelles, que les patients avec un STEMI à l'ECG tirent bénéfice d'une coronarographie,.

Le débat s'alimente sur les patients sans surélévation (NSTEMI). [Cette étude](#) montre que lors de NSTEMI, l'occlusion est beaucoup plus rare (1/5). Le choc hémodynamique n'est pas un prédicteur de l'occlusion, contrairement à un rythme chocable ou à la douleur thoracique.

Bénéfices de la coronarographie lors de NTSEMI	Risques de la coronarographie lors de NTSEMI
<ul style="list-style-type: none"><li>- ↑ hémodynamique</li><li>- ↓ arythmies malignes</li><li>- ↓ taille de l'infarctus</li><li>- ↓ insuffisance cardiaque tardive au décours</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- retarder dx et ttt de causes alternatives</li><li>- retard de traitement aux SI</li><li>- ↑ risque de saignement</li><li>- ↑ risque complications vasculaires</li><li>- ↑ risque de néphropathie</li></ul>

Depuis 1997, de nombreuses études observationnelles soutiennent les bénéfices de la coronarographie précoce chez des patients avec un NSTEMI.

L'étude [COACT](#) en 2019 est la première étude randomisée à trouver que la stratégie précoce chez des patients NSTEMI n'est pas supérieure à une stratégie retardée élective.

Depuis 2020, la recommandation est dégradée au IIaB, et 4 autres études randomisées sortent par la suite et confirment les résultats de COACT, pour la survie et le statut neurologique. De nouvelles recommandations sont attendues en septembre.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'[article du jour](#), une méta-analyse de l'université de Cologne. Elle compare la stratégie précoce vs à distance pour les NSTEMI.

C'est une revue systématique et méta-analyse en réseau ce qui leur permet également de comparer les résultats des patients NSTEMI qui n'ont pas eu de coronarographie durant l'hospitalisation.

Les études sont sélectionnées dans MEDLINE, EMBASE et Web of Science ( → 15.07.22)

## Critères de sélection

- Études randomisées comparant la stratégie précoce à la tardive sélective
- Etudes non randomisées comparant la coro précoce à la tardive ou à son absence
- Que des patients avec un arrêt cardiaque hors de l'hôpital en STEMI.
- Critère d'évaluation clinique: survie et/ ou status neurologique à la sortie

## Résultats

Sur 1499 études filtrées, 15 sont retenues: 7 randomisées dont une exclue pour risque de biais et 11 non randomisées dont une exclue pour risque de biais également. Il y a une majorité d'études rétrospectives (8).

Caractéristiques de la population (N= 5800)

Principalement des hommes avec un âge moyen de 70ans, le rythme est chocable dans 25 à 100% des cas... Le temps moyen à la coronarographie est de 2¼h dans le groupe précoce et de 117h dans le groupe retardé.

Les lésions responsables sont trouvées dans 31-70% cas dans le bras précoce et dans 12-67% des cas dans le bras retardé. La PCI est effectuée dans 25-50% des cas.

## Survie

De manière globale, il y a une amélioration sur la survie de 40% lors de coronarographie précoce. C'est statistiquement significatif, mais il y a une hétérogénéité majeure entre les études randomisées et non randomisées.

Les non randomisées montrent un bénéfice sur la survie de 75%, alors que les randomisées ne montrent pas de bénéfice significatif.

Il y a un biais de sélection dans le groupe tardif, qui est détecté par l'analyse en réseau, car seuls les patients qui ont survécu assez longtemps pour avoir une coronarographie sont inclus dans le groupe tardif.

Status neurologique

Le résultat global montre une amélioration de 42% du risque relatif de sortir de l'hôpital avec un status normal ou légèrement atteint.

A nouveau, l'hétérogénéité est élevée et les études non randomisées montrent une amélioration de 67% alors que les randomisées ne montrent aucun bénéfice (effet neutre).

## Discussion

- Pour les patients avec un infarctus hors de l'hôpital et en STEMI, la coronarographie précoce est supérieure à une tardive, en termes de survie et d'état neurologique.
- Mais ces résultats sont soutenus par les études non-randomisées, qui sont sujettes à de nombreux biais: population hétérogène, décision selon les caractéristiques individuelles du patient...survie jusqu'à la coro
- Plusieurs études randomisées n'ont pas ces biais et ne recommandent pas la coronarographie précoce lors de NSTEMI hors de l'hôpital.

- Certains patients sélectionnés pourraient en bénéficier: plus d'études sont nécessaires

### A retenir

- Lors de NSTEMI, pas de bénéfice à faire une coronarographie précoce de routine comparée à une coronarographie retardée.
- Les études randomisées récentes vont probablement modifier les recommandations.
- Rester critique lors de prises de décision clinique basée sur des études non randomisées, car à haut risque de biais.
- La coronarographie est toujours recommandée lors de STEMI ou de choc cardiogène en dehors de l'hôpital.

### Aux HUG

<b>Avec STEMI</b>	<b>Coronarographie <u>en urgence</u> pour les patients après ACR avec ROSC <u>et STEMI</u></b>
<b>Sans STEMI</b>	<p>Coronarographie <u>à distance</u> pour les patients après ACR avec ROSC <u>sans STEMI</u></p> <p>Coronarographie <u>en urgence</u> pour les patients après ACR avec ROSC <u>sans STEMI</u>, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évidence ou suspicion d'une ischémie myocardique active:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifications ECG persistantes à l'admission aux urgences compatibles avec une ischémie myocardique aigue.</li> <li>- ET dysfonction systolique ventriculaire gauche globale ou segmentaire.</li> </ul> </li> <li>• <b>ET conditions de la réanimation cardio-pulmonaire favorables.</b></li> <li>• <b>ET pas de suspicion immédiate pour un diagnostic alternatif.</b></li> <li>• <b>ET pas de dysfonction ventriculaire gauche connue.</b></li> </ul>



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
 Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)