

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

Mardi 19 novembre 2013

Hôpital cantonal de Genève

STEMI: tout revasculariser?

Prof. M. Roffi

Le papier c'est «Randomized Trial of Preventive Angioplasty in Myocardial Infarction, David S. Wald, & al, N Engl J Med 2013; 369:1115-1123» on dit aussi PRAMI Trial...

Lorsqu'un patient arrive avec un infarctus aigu et élévation du segment ST (STEMI), c'est l'usage de lui faire une coronarographie et de dilater voire de stenter la coronaire coupable...

Jusqu'à maintenant, les guidelines disaient de ne s'occuper que de la coronaire coupable et pas des autres sauf en cas de choc cardiogène .

Cette étude s'est intéressée à randomiser les patients après dilatation de l'artère coupable, et de présence d'une maladie pluritronculaire, et d'avoir un groupe dont les autres coronaires sténosées seraient préventivement dilatées et stentées alors que l'autre groupe serait laissé tel quel...

Il y avait 300 patients dans chaque groupe.

Les end points étaient la mortalité, la survenue d'un nouvel infarctus ou l'apparition d'un angor.

Après 2 ans l'étude a été interrompue car il y avait 21 décès (9%) dans le groupe «on dilate tout ce qui est sténosé» contre 53 décès (23%) dans le groupe «on ne dilate que la coronaire coupable».

Le Prof. Roffi pense que la question est mal posée.

Il ne s'agirait pas de revasculariser ou pas les artères innocentes, mais plutôt, y a-t-il un intérêt à le faire tout de suite plutôt que dans un second temps.

En théorie, si l'on manipule une artère sur laquelle un infarctus vient d'avoir lieu, et que l'on a un pépin sur une autre artère «innocente» que l'on vient de stenter...alors le patient pourrait se retrouver en très mauvaise posture...

Pour lui pas de raisons de changer à la pratique des HUGs, soit:

- Pour les artères non coupables sténosées à plus de 90% et avec un patient hémodynamiquement instable on dilate tout de suite...
- Pour une lésion de plus de 90% et un patient hémodynamiquement stable, on reprends la dilatation de l'artère innocente après 3-5 jours.
- Pour une sténose sévère de 70-90% chez un patient stable on dilate au cours de la même hospitalisation ou après 2-3 semaines.
- Pour une sténose de 50-70%, on fait un test d'effort et on dilate après 2-3 semaines en cas d'ischémie dans le territoire de l'artère innocente.



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch