

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

Mardi 23 janvier 2018

Hôpital cantonal de Genève

## Quel rôle pour l'angioplastie coronarienne dans la maladie stable après ORBITA ?

Dr J. Iglesias

Le Dr Iglesias est un cardiologue interventionnel...donc par définition, il est dans un conflit d'intérêt, vu que chez les médecins comme chez beaucoup d'autres on tend à favoriser la technique que l'on maîtrise et à en idéaliser les effets...

Lors de syndrome coronarien aigu (SCA) l'angioplastie diminue la mortalité, mais dans la maladie coronarienne stable entre la PCI (percutaneous coronary intervention) et un traitement médical optimal le débat reste ouvert ....

De précédentes études ont montré peu de différence entre les 2 approches mais un coût supérieur pour la PCI...

2 études, COURAGE et BARI 2D (Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease, William E. Boden, N Engl J Med 2007; 356:1503-1516 et The BARI 2D study: a randomised trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease.

Rutter MK, Diab Vasc Dis Res. 2010 Jan;7(1):69-72) n'ont pas montré de différence entre la PCI et un traitement médical.

L'étude FAME-2 (Fractional Flow Reserve–Guided PCI versus Medical Therapy in Stable Coronary Disease, Bernard De Bruyne, N Engl J Med 2012; 367:991-1001) qui comportait une évaluation fonctionnelle du degré de signification hémodynamique chez 1005 des patients, a montré une baisse de 70-80% d'un end point composite : mortalité, infarctus, revascularisation à 12 mois... lorsque la PCI était ajoutée au traitement médical seul.

Les recommandations des sociétés savantes sont que lorsque la sténose est > à 50% avec une ischémie documentée, et des symptômes résistants à un traitement médical, la PCI peut être proposée.

L'étude ORBITA dont on parle aujourd'hui : Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial, Rasha Al-Lamee, Lancet Volume 391, No. 10115, p31–40, 6 January 2018, est la 1<sup>ère</sup> étude randomisée placebo versus PCI dans la maladie coronarienne stable.

L'hypothèse de l'étude était que la PCI devrait prolonger la durée de l'exercice en test d'effort par rapport au placebo.

En réalité il n'en fut rien...et la presse comme le New York Times s'est empressée de dire que la PCI était inutile dans la maladie coronarienne stable...

Le design de l'étude c'était...

- 1) Sélection des patients avec une maladie coronarienne d'un vaisseau symptomatique, et de les soumettre à un traitement médical intensif pendant 6 semaines (2 antiplaquettaires, 1 statine, 3 antiangineux).
- 2) D'effectuer une randomisation et de séparer les patients en 2 groupes pour avoir soit un PCI soit rien, (mais ceux qui n'avaient rien avaient quand même un cathéter dans l'artère radiale et une coronaro).
- 3) 2<sup>e</sup> période de 6 semaines où les patients (aveugles) étaient évalués par des médecins (aveugles)...

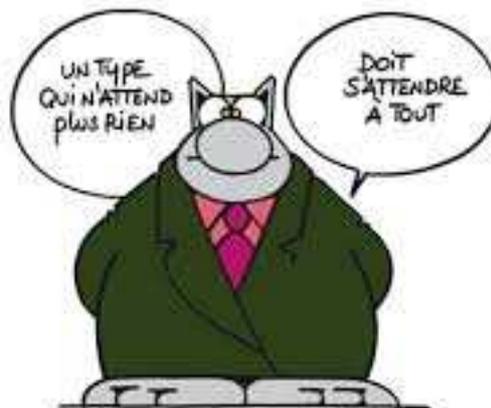
Les patients ayant subi une PCI avaient une amélioration de leur temps d'exercice de 28 sec. Alors que le groupe placebo voyait une amélioration de 11.8 sec, ce qui n'était pas significatif.

A part ça ¼ des patients n'avaient pas d'angor, donc n'auraient de toute façon pas été candidats à la PCI...30% des patients n'avaient pas de sténoses limitantes en terme de flux...et d'autres détails qui rendent la validité statistique de cette petite étude fragile...

On retiendra que chez les patients avec une maladie coronarienne stable et peu symptomatique, la PCI n'améliore pas la capacité à l'effort...mais que ce qui est vrai pour des patients peu symptomatiques ne l'est pas forcément pour une maladie pluritronculaire, avec baisse de la fraction d'éjection par exemple...

On attend les résultats de l'étude ISCHEMIA (<https://www.ischemiatrial.org>) qui répondra comment aborder la maladie coronarienne stable chez les patients ayant une ischémie sévère ou modérée...

Ne comparons que ce qui est comparable...et en attendant...puisqu'on nous dit d'attendre...attendons...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)