

Le périmètre des recommandations

« L'angor stable ne recouvre pas seulement la sténose d'une artère épigardique, mais aussi l'angor microvasculaire, auquel on pense moins », a rappelé le Pr Montalescot.

S'agissant de l'ischémie silencieuse, toutefois, « on reste dans une certaine ambiguïté » reconnaît le Pr Montalescot, « puisqu'on ne la dépiste pas systématiquement, mais qu'en revanche, si on la trouve, on la traite comme un angor stable symptomatique ».

L'évaluation du risque d'angor

Première étape, évaluer le risque de maladie coronaire chez un patient qui se présente. Les algorithmes permettant d'évaluer la probabilité de ce diagnostic à partir de critères simples (âge, sexe et nature des symptômes), remontaient à 1979, indique le Pr Montalescot. Il fallait donc les réactualiser. Les tables de calcul de risque, fournies dans les nouvelles recommandations sont, elles, basées sur des données de 2011.

Dans les cas extrêmes, où le risque de maladie coronaire est marginal ou au contraire très élevé, l'imagerie de stress est en fait inutile.

Par exemple : une femme de 40 ans, se présentant avec des douleurs atypiques. La probabilité que cette patiente présente une angine de poitrine est inférieure à 10%. En ce cas, les examens ne sont pas suffisamment spécifiques : « on a davantage de chances de se tromper en effectuant une échocardiographie ou une IRM de stress ».

Et inversement, si la probabilité d'un angor est très élevé, « on va directement à l'angiographie », souligne-t-il. « Ici encore, l'examen est inutile et l'on risque de se tromper dans l'autre sens ».

En ce qui concerne les situations intermédiaires, on note que les recommandations gardent une place au test d'effort, mais privilégient l'imagerie de stress.

On note également qu'à côté des examens spécifiquement cardiologiques, les recommandations signalent la radio du thorax. Elle ne doit pas être oubliée : « des douleurs thoraciques peuvent avoir une autre origine que l'angine », rappelle le Pr Montalescot.

Enfin, s'agissant du score calcique, « il est très utilisé par les allemands, beaucoup moins par les pays latins », relève le Pr Montalescot, qui estime par ailleurs qu'il n'est « pas meilleur que les tests d'ischémie ».

L'évaluation du risque lié à l'angor

Une fois l'angor reconnu, le risque de survenue d'un évènement doit être évalué. Pour cette stratification, à côté de l'âge, du diabète, des antécédents ischémiques, de la fonction rénale et de l'ECG, le Pr Montalescot souligne l'importance de la FEVG qui, en l'absence d'insuffisance cardiaque, « a une très forte valeur pronostique ». Lire la suite

Première évolution : depuis les recommandations de 2006, l'intitulé s'est élargi. Là où les précédentes recommandations parlaient d'angor stable, les nouvelles recommandations parlent de maladie coronaire stable, en incluant des situations comme le patient stabilisé après un SCA, l'ischémie silencieuse, ou encore, l'angor microvasculaire.

Première évolution : depuis les recommandations de 2006, l'intitulé s'est élargi. Là où les précédentes recommandations parlaient d'angor stable, les nouvelles recommandations parlent de

maladie coronaire stable, en incluant des situations comme le patient stabilisé après un SCA, l'ischémie silencieuse, ou encore, l'angor microvasculaire.

Lorsque le risque d'évènement fatal dépasse 3%, on va à l'angiographie.

Mais si l'ischémie est modérée, c'est-à-dire ne dépasse pas 10% du myocarde à la scintigraphie ou à l'échographie de stress, le traitement médical s'impose en première ligne, sans angiographie. Celle-ci pourra éventuellement être indiquée dans un second temps, en fonction des résultats du traitement sur les symptômes.

Le Pr Montalescot fait cependant remarquer qu'une ischémie significative à l'imagerie représente deux ou trois segments myocardiques ischémiés : « ça va donc très vite ».

Des recommandations pour le traitement médical assez « libérales »

Le traitement médical doit être commencé dès la première consultation, estime le Pr Montalescot, « de manière à pouvoir évaluer la réponse à la seconde ».

D'une manière générale, la position des recommandations est jugée « assez libérale » - « même si l'industrie pharmaceutique ne les ressent pas comme telles », relève le Pr Montalescot.

Cette libéralité s'entend notamment par rapport aux recommandations britanniques. « A la différence des recommandations britanniques, ces recommandations européennes n'ont pas vocation à évaluer la prise en charge sur le plan médico-économique », explique-t-il.

Concrètement, le prescripteur dispose ainsi de la possibilité d'utiliser en première ligne des médicaments en principe recommandés en seconde ligne.

En première ligne, classiquement, on trouve les bêtabloquants et les anticalciques, avec l'objectif d'un abaissement de la fréquence cardiaque aux alentours de 60 bpm.

Toutefois, en cas de non réponse ou d'intolérance, les recommandations précisent bien qu'il est possible de passer aux dérivés nitrés à longue durée d'action, à l'ivabradine, au nicorandil, à la ranozaline, à la triméthazidine, qui ne bénéficient que d'une recommandation de classe II.

A noter : l'effort fait par les auteurs des recommandations pour synthétiser sous forme d'un tableau, l'ensemble des effets secondaires, contre-indications et interactions médicamenteuses de ces différents traitements. La plupart de ces aspects sont connus des médecins mais il peut toujours rester quelques cases à découvrir.

Enfin, à côté d'un médicament anti-ischémique, on n'oubliera pas les traitements de prévention secondaire, eux aussi à instaurer sans attendre.

Le traitement interventionnel

Chez les patients dont le niveau de risque impose un cathétérisme d'emblée, ou dont les symptômes ne s'améliorent pas sous traitement optimal, les recommandations soulignent l'intérêt de la mesure de la FFR (fraction de flux de réserve) pour déterminer les lésions ischémiantes.

La FFR vient « en appui de la coronarographie pour la décision de revascularisation », résume le Pr Montalescot, qui souligne par ailleurs l'importance de la « heart team » associant chirurgiens et cardiologues interventionnels dans toute décision.

Dernier aspect : les stents. C'est aussi sur ce point que les recommandations peuvent être jugées d'une certaine libéralité, puisqu'elles sont « très favorables aux stents actifs », souligne le Pr Montalescot.

« On n'est clairement pas sur la même ligne que la HAS », reconnaît-il, en indiquant que la HAS va nommer un groupe de travail pour émettre des recommandations qui seront « probablement différentes des recommandations européennes », et en précisant qu'il ne ferait pas partie de ce groupe de travail.

Références :

Montalescot G. Les nouvelles recommandations. Session « Angor Stable ». XVème Congrès Francophone de Cardiologie Interventionnelle. Paris, 10 octobre 2013.

Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et coll. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J 2013;34:2949-3003 - doi:10.1093/eurheartj/eh296