

Prise en Charge de l'Angor Stable ; nouvelles recommandations de l'ESC *JN Dacher (Rouen), JF Deux (Créteil)*

A l'occasion de son Congrès Annuel 2013 (Amsterdam), la Société Européenne de Cardiologie (ESC, escardio.org), a publié le 30 Août dernier dans le « European Heart Journal » ses nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'Angor Stable.

Le Chairman de cet article est Français ; il s'agit du Pr Gilles Montalescot, de l'Institut de Cardiologie de la Pitié Salpêtrière à Paris.

Le texte très détaillé inclut 514 références. Le texte intégral et les annexes sont en libre accès sur le site de l'ESC. Il reprend l'ensemble des définitions, des examens et tests utilisables dans cette situation clinique fréquente, et l'imagerie en coupe (TDM, IRM) y est largement mentionnée.

Nous faisons ici une synthèse des points qui concernent ces deux modalités d'imagerie en coupe.

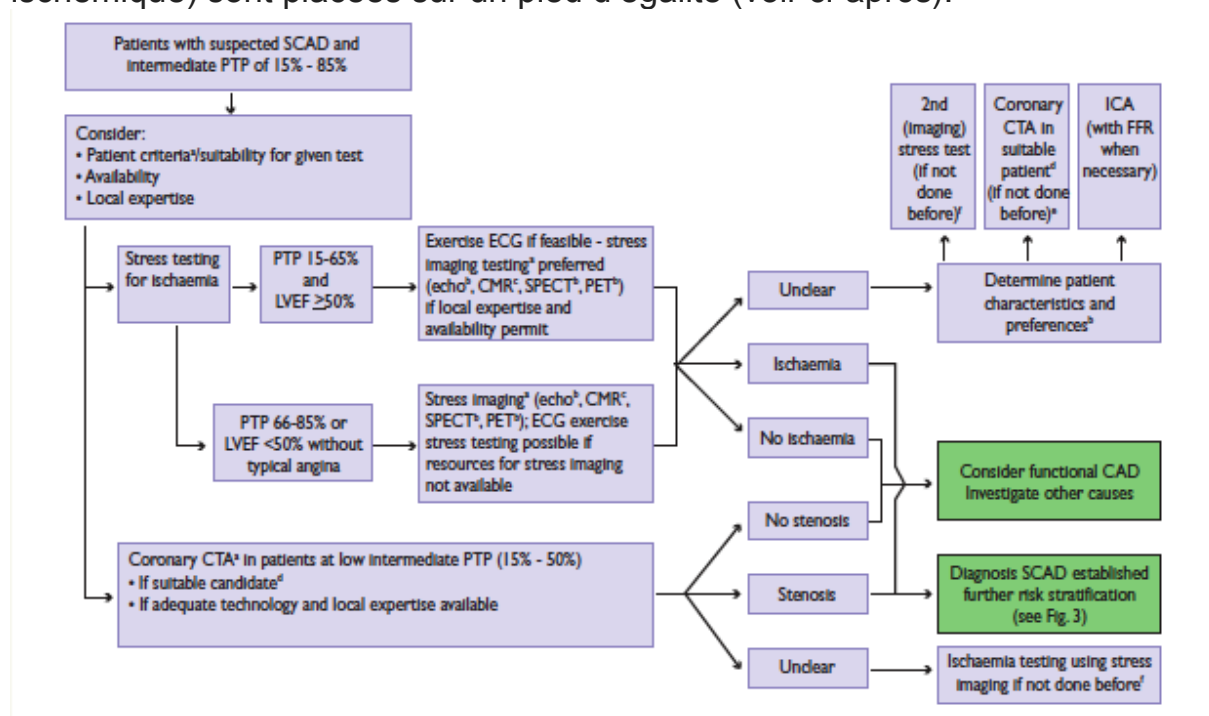
Dans le cadre de l'évaluation de base du patient suspect de coronaropathie, l'IRM de repos est mentionnée comme une excellente alternative à l'échocardiographie trans-thoracique de repos quand celle ci n'est pas concluante.

La Table 12 rappelle les chiffres de sensibilité et spécificité de tous les tests communément utilisés pour faire le diagnostic de maladie coronaire, incluant l'épreuve d'effort, l'échocardiographie d'effort sensibilisée par la dobutamine ou les vasodilatateurs, la scintigraphie cardiaque post-effort ou sensibilisée par vasodilatateurs, l'IRM sensibilisée par les vasodilatateurs ou la dobutamine, la TEP sous vasodilatateurs. A l'exception du test d'effort simple dont la sensibilité est faible, les valeurs numériques de tous les tests sont assez comparables, aucun n'étant bien entendu parfait.

Une évaluation des patients par étapes est proposée (stepwise approach). Les auteurs suggèrent de commencer par estimer la probabilité pré-test de maladie coronaire, puis d'établir le diagnostic de maladie athéromateuse avant de s'orienter vers des tests non invasifs (sous traitement médical) qui permettront de sélectionner les patients qui requerront éventuellement une exploration invasive de type coronarographie.

La figure 2 de la recommandation (reproduite ci après) est d'importance : quand le diagnostic d'angor est suspecté chez un patient donné avec un risque intermédiaire (15-85%), il est d'abord proposé d'analyser la faisabilité de tel ou tel test chez le patient, puis de confronter cette faisabilité à l'expertise locale et à la qualité et la disponibilité du plateau technique.

Les techniques anatomiques (scanner coronaire) et fonctionnelles (test ischémique) sont placées sur un pied d'égalité (voir ci-après).



Le scanner est proposé chez les patients à probabilité plutôt faible (15-50%) éligibles au scanner.

La technique du scanner est rappelée. Le calcium peut gêner l'analyse luminale et le score calcique est recommandé avant l'angioscanographie : il est proposé de ne pas injecter les patients avec un score calcique supérieur à 400. De même les limites du scanner coronaire sont évoquées, l'obésité et l'arythmie en particulier. L'intérêt des prémédications qui ralentissent la fréquence cardiaque fait également l'objet d'une mention. Notons page 13 une phrase qui caractérise particulièrement bien le scanner rappelant que son apport est variable en fonction du patient.

On peut regretter que les auteurs de cette recommandation n'aient pas différencié les patients avec un scanner strictement normal ; ils sont inclus dans le groupe « no stenosis » qui comprend des coronariens sans sténose et des patients pour lequel la cause de la douleur est manifestement extra coronarienne.

La Table 16 résume le niveau d'indication ou de non indication du scanner cardiaque et coronaire ; Sont classées IIa (données de l'évidence et opinions d'expert en faveur de l'utilité/efficacité), niveau de preuve C, les situations suivantes.

- Alternative au test de stress ischémique pour éliminer une maladie coronaire chez des patients à probabilité < 50% chez qui une bonne qualité d'image est attendue
- Dans la même classe de risque, les patients qui ont eu un test

ischémique non concluant, ou qui ont des contre indications à ce test, représentent une bonne indication afin d'éviter une procédure de coronarographie invasive.

Le scanner n'est pas recommandé (classe III) dans les situations suivantes :

- Patient revascularisé
- Test de screening chez le sujet asymptomatique

Quand un test de stress ischémique est choisi, les auteurs proposent de commencer par une épreuve d'effort chez les patients à risque intermédiaire et fraction d'éjection normale, et d'aller directement à l'imagerie de stress ischémique chez les patients à haut risque et/ou à FEVG altérée.

L'ESC ne stratifie pas les différents tests ischémiques (échocardiographie, IRM, SPECT, PET) qui sont laissés au choix du prescripteur en fonction de son environnement.

Ce texte très riche apporte une quantité d'autres informations qu'il serait trop long de commenter ici.

La Société Européenne de Cardiologie aboutit en ce qui concerne la TDM et l'IRM, à des conclusions voisines de celles que les experts de la Haute Autorité de Santé Française avaient suggérées en terme de stratégie diagnostique devant un angor stable.