

La RCT COURAGE incluant 2 287 patients présentant un angor stable<sup>1</sup>, précédemment analysée dans Minerva<sup>2</sup> ne montrait pas de plus-value d'une angioplastie coronaire initiale ajoutée à un traitement médical optimal. Cette étude incluait 34% de patients diabétiques. Une méta-analyse ultérieure<sup>3</sup>, également analysée dans Minerva<sup>4</sup>, incluant entre autres les résultats de cette étude, montrait par contre un bénéfice possible d'une angioplastie versus traitement médical, bénéfique cependant non observé dans les RCTs récemment publiées et de précision suffisante. Un bénéfice de cette angioplastie en cas d'angor stable et de diabète est-il mieux prouvé ?

Une RCT récemment publiée<sup>5</sup> compare l'efficacité, sur 5 ans, d'une revascularisation précoce (angioplastie percutanée ou pontage coronarien) avec un traitement médical intensif versus traitement médical intensif seul chez 2 368 patients souffrant d'un diabète de type 2 et d'une ischémie myocardique stable. Cette étude, au protocole factoriel, évaluait également l'intérêt de cibler ou non une valeur d'HbA1c inférieure à 7%. Le critère de jugement primaire est l'incidence des décès et le critère secondaire principal (mais avec puissance protocolée) un critère composite d'événements cardiovasculaires majeurs (décès, infarctus du myocarde ou AVC). Aucune différence statistiquement significative n'est observée pour ces deux critères (p respectivement de 0,97 et 0,70), ni pour la revascularisation précoce versus absence de revascularisation précoce (p=0,97), ni en fonction de l'HbA1c ciblée (p=0,89). Aucune différence statistiquement significative n'est observée en cas d'angioplastie. Par contre, en cas de pontage coronarien, un bénéfice est observé versus traitement médical (22,4% versus 30,5% d'événements CV majeurs, p=0,01 pour la différence) ; les patients de ce groupe présentent cependant des différences nombreuses pour les caractéristiques initiales versus groupe angioplastie : plus d'hommes, d'antécédent d'infarctus du myocarde etc... Les effets indésirables observés sont similaires dans les différents groupes sauf les hypoglycémies qui sont plus sévères en cas de ciblage d'une HbA1c plus basse.

Cette RCT effectuée chez des patients diabétiques présentant un angor stable confirme que nous ne disposons actuellement pas de preuves de l'intérêt global d'une approche thérapeutique interventionnelle plutôt que médicale en cas d'angor stable, que le patient soit diabétique ou non. Pour le groupe des patients avec indication d'un pontage, le bénéfice observé demande confirmation.

### Références

1. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al; for the COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503-16.
2. Schröder E. Quelle place pour l'angioplastie coronaire en sus d'un traitement médical optimal dans le contexte de l'angor stable ? *MinervaF* 2008;7(1):2-3.
3. Schömig A, Mehilli J, de Waha A, et al. A meta-analysis of 17 randomized trials of a percutaneous coronary intervention-based strategy in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:894-904.
4. Schröder E. Angor stable : traitement médicamenteux ou angioplastie ? *MinervaF* 2009;8(8):104-5.
5. BARI 2D Study Group, Frye RL, August P, Brooks MM, et al. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009;360:2503-15.

## ● Angor non aigu : traitement médical ou intervention ?

Une RCT<sup>1</sup> précédemment analysée dans Minerva<sup>2</sup> montrait qu'en présence de plaintes angineuses stables, le recours systématique à l'angioplastie coronaire immédiate en sus d'une prise en charge médicamenteuse et hygiéno-diététique optimale ne permettait pas d'améliorer le pronostic (décès et/ou infarctus) sur une période de suivi d'environ 5 ans. Elle confirmait une précédente méta-analyse sur ce sujet<sup>3</sup>.

Une méta-analyse plus récente constitue une bonne mise à jour de nos connaissances dans ce domaine<sup>4</sup>, incluant les apports techniques plus récents (endoprothèses, particulièrement DES). Elle inclut 61 RCTs (25 388 patients) comparant 4 interventions chez des patients présentant une ischémie coronarienne non aiguë symptomatique ou non : angioplastie coronaire percutanée (PTCA), endoprothèse métallique (BMS), endoprothèse médicamenteuse (DES), traitement médical. Elle respecte les règles méthodologiques pour une méta-analyse classique (comparaisons directes) mais aussi pour une

En prenant en considération les techniques plus récentes de mise en place d'endoprothèses (métalliques ou médicamenteuses) lors d'une angioplastie, cette méta-analyse (en réseau) ne montre pas plus que les précédentes un intérêt de ces nouvelles techniques versus traitement médical en termes de mortalité et de prévention d'infarctus du myocarde en cas d'ischémie coronarienne non aiguë.

méta-analyse en réseau (intégration des comparaisons directes et des comparaisons indirectes)<sup>5</sup>. L'addition des comparaisons indirectes (beaucoup plus nombreuses) aux comparaisons directes confirme tous les rapports de risque pour ces comparaisons directes. Les principales observations sont l'absence de différence en termes de décès et d'infarctus du myocarde entre un traitement DES et un traitement médical ou un traitement par PTCA. De même pour un traitement BMS versus médical. Les seules différences significatives entre traitements sont observées pour des critères de revascularisation, mais souvent avec une hétérogénéité importante entre les études (test I<sup>2</sup>).

### Références

1. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al; for the COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503-16.
2. Schröder E. Quelle place pour l'angioplastie coronaire en sus d'un traitement médical optimal dans le contexte de l'angor stable ? *MinervaF* 2008;7(1):2-3.
3. Katritsis DC, Ioannidis JP. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in non acute coronary artery disease: a meta-analysis. *Circulation* 2005;111:2906-12.
4. Trikalinos TA, Alsheikh-Ali AA, Tatsioni A, et al. Percutaneous coronary interventions for non-acute coronary artery disease: a quantitative 20-year synthesis and a network meta-analysis. *Lancet* 2009;373:911-8.
5. Chevalier P. Méta-analyse en réseau : comparaisons directes et indirectes. *MinervaF* 2009;8(10):148.