Minerva – Analyses brèves - 15/11/2017

Syndrome coronarien aigu : traitement invasif précoce ou non ?

Référence
Wallentin L, Lindhagen L, Ärnström E, et al; FRISC-II study group. Early invasive versus non-invasive treatment in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome (FRISC-II): 15 year follow-up of a prospective, randomised, multicentre study. Lancet 2016;388:1903-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31276-4

Analyse de
Pierre Chevalier, médecin généraliste

Nous avons dernièrement souligné dans la revue Minerva la difficulté d'un diagnostic de syndrome coronarien aigu (SCA), en particulier en médecine générale (1,2). Si nous avons publié plusieurs analyses concernant le traitement médicamenteux post SCA (3-12), nous n'avons pas encore abordé l'intérêt d'un traitement invasif précoce versus stratégie non invasive.

Wallentin et al. (13) publient en 2016 les résultats sur 15 ans de suivi d'une telle comparaison, spécifiquement chez des patients présentant un SCA sans élévation du segment ST. En 1999, leur étude FRISC-II (14) avait été la première RCT publiée montrant un bénéfice, en termes de survenue d'un **critère de jugement composite** (décès ou infarctus du myocarde), d'un traitement invasif précoce (n = 1222) versus non invasif (n = 1235) chez des patients des pays nordiques présentant un SCA sans élévation du segment ST, et ceci sur un suivi de 6 mois. Les auteurs publient en 2016 les résultats connus pour 99% des patients initialement randomisés. Le délai de survenue du critère composite primaire précité est de 549 jours (avec IC à 95% de 204 à 888 ; p = 0,002) plus long après une intervention invasive initiale. Cet effet est plus important chez les non-fumeurs (gain moyen de 809 jours avec IC à 95% de 402 à 1175), en cas d'élévation initiale de la troponine comme signe de nécrose myocardique (gain moyen de 778 jours avec IC à 95% de 357 à 1165). C'est surtout le délai de survenue d'un infarctus du myocarde qui influence les résultats, l'effet favorable initial (jusqu'à 2 ans post intervention) observé sur les décès n'étant pas maintenu à plus long terme. A noter, un taux de décès de 40% sur ces 15 ans de suivi, en majorité de cause non cardiaque.
Deux méta-analyses (7 RCTs avec un total de 8375 patients (15) et 8 RCTs incluant un total de 3075 femmes et 7075 hommes (16)) avaient confirmé un bénéfice (à 2 ans) d'un traitement invasif initial.
Un suivi sur 10 ans d'une RCT incluant 1810 patients (17) avait montré un bénéfice en termes de mortalité à 5 ans en faveur d'un traitement invasif initial, bénéfice non prouvé à 10 ans de suivi.
Wallentin et al. proposent d'interpréter ces données à la lumière de 2 éléments : la mortalité observée est en majorité de cause non cardiaque et la mortalité cardiaque faible observée à long terme dans les 2 groupes de traitement peut être liée à de nouvelles procédures invasives (dans les 2 groupes) en cas de nouvel incident myocardique ischémique.

Conclusion

Les résultats à 15 ans de suivi d'une RCT abordant l'intérêt d'un traitement invasif précoce versus stratégie non invasive spécifiquement chez des patients présentant un SCA sans élévation du segment ST montrent un bénéfice, en termes de délai de survenue d'un critère de jugement composite (décès ou infarctus du myocarde), du traitement invasif précoce versus traitement non invasif.

Pour la pratique

Le guide de pratique clinique de la Société Européenne de Cardiologie publié en 2015 (18) recommande (preuves fortes), sans spécifier d'âge, une stratégie invasive rapide (*voir ci-dessous les délais*) chez les patients avec NSTEMI présentant des symptômes récurrents et chez ceux qui présentent au moins un critère de risque élevé.
Dans les 24 heures si un de ces critères de risque élevé est : modification pertinente de la troponinémie, modifications dynamiques du segment ST ou de l'onde T (symptomatiques ou silencieuses), ou score GRACE > 140. Dans les 72 heures si un de ces critères de risque élevé est : diabète de type 2, eGFR < 60 ml/min/1,73 m², fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40%, angor précoce post infarctus, PCI récent, ou antécédent de CABG, ou score GRACE de 109 à 140.

Un tel choix était également défendable au-delà de 80 ans pour des personnes bien sélectionnées (19,20). Les résultats de suivi sur 15 ans de l'étude de Wallentin et al. discutée ici confortent ces recommandations.

Références

1. Bruyninckx R. Diagnostic de syndrome coronarien aigu : quelle est la valeur de l'anamnèse, de l'examen clinique, des résultats de l'ECG, du taux de troponine et des scores cliniques ? Minerva bref 15/07/2016.
2. Fanaroff AC, Rymer JA, Goldstein SA, et al. Does this patient with chest pain have acute coronary syndrome? The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA 2015;314:1955-65. DOI: 10.1001/jama.2015.12735
3. Van Cleemput J. Warfarine plus aspirine après un syndrome coronarien aigu. MinervaF 2006;5(8):116-8.
4. Rothberg MB, Celestin C, Fiore LD, et al. Warfarin plus aspirin after myocardial infarction or acute coronary syndrome: meta-analysis with estimates of risk and benefit. Ann Intern Med 2005;143:241-50. DOI: 10.7326/0003-4819-143-4-200508160-00005
5. Chevalier P. Association du clopidogrel à l'aspirine : rien de neuf. MinervaF 2008;7(2):32.
6. Keller TT, Squizzato A, Middeldorp S. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for preventing cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD005158.pub2
7. Chevalier P. Nouveaux anticoagulants et antiagrégants plaquettaires pour le post SCA. Minerva bref 28/05/2012.
8. Mega JL, Braunwald E, Wiviott SD, et al; ATLAS ACS 2-TIMI 51 Investigators. Rivaroxaban in patients with a recent acute coronary syndrome. N Engl J Med 2012;366:9-19. DOI: 10.1056/NEJMoa1112277
9. Oldgren J, Budaj A, Granger CB, et al; the RE-DEEM investigators. Dabigatran vs. placebo in patients with acute coronary syndromes on dual antiplatelet therapy: a randomized, double-blind, phase II trial. Eur Heart J 2011;32:2781-9. DOI: 10.1093/eurheartj/ehr113
10. Alexander JH, Lopes RD, James S, et al; APPRAISE-2 Investigators. Apixaban with antiplatelet therapy after acute coronary syndrome. N Engl J Med 2011;365:699-708. DOI: 10.1056/NEJMoa1105819
11. Chevalier P. Associer de l'ézétimibe à la simvastatine post syndrome coronarien aigu ? MinervaF 2016;15(5):110-3.
12. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al; IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2015;372:2387-97. DOI: 10.1056/NEJMoa1410489
13. Wallentin L, Lindhagen L, Ärnström E, et al; FRISC-II study group. Early invasive versus non-invasive treatment in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome (FRISC-II): 15 year follow-up of a prospective, randomised, multicentre study. Lancet 2016;388:1903-11. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31276-4
14. FRagmin and Fast Revascularisation during InStability in Coronary artery disease (FRISC II) Investigators. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary-artery disease: FRISC II prospective randomised multicentre study. Lancet 1999;354:708-15. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)07349-3
15. Bavry AA, Kumbhani DJ, Rassi AN, et al. Benefit of early invasive therapy in acute coronary syndromes: a meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. J Am Coll Cardiol 2006;48:1319-25. DOI: 10.1016/j.jacc.2006.06.050
16. O'Donoghue M, Boden WE, Braunwald E, et al. Early invasive vs conservative treatment strategies in women and men with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis. JAMA 2008;300:71-80. DOI: 10.1001/jama.300.1.71
17. Henderson RA, Jarvis C, Clayton T, et al. 10-year mortality outcome of a routine invasive strategy versus a selective invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: the British Heart Foundation RITA-3 Randomized Trial. J Am Coll Cardiol 2015;66:511-20. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.05.051
18. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011;32:2999-3054. DOI: 10.1093/eurheartj/ehr236
19. Chevalier P. Infarctus du myocarde NSTEMI ou angor instable après l'âge de 80 ans : traitement conservateur ou invasif ? MinervaF 2016;15(7):180-3.
20. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L, et al. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. Lancet 2016;387:1057-65. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01166-6