

INNOVATIONS 2020 EN CARDIOLOGIE

Ces nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie concernent la prise en charge des patients avec un syndrome coronarien de type non STEMI. Elles insistent sur le rôle de l'ECG et de la troponine dans le diagnostic initial. Des schémas rapides de troponine permettent le triage des patients. Les indications de prise en charge invasive pour une revascularisation coronaire rapide (<2h) ou dans les 24 heures sont redéfinies. Après mise en place d'un stent intra coronaire les schémas d'antiagrégation/anticoagulation devront mettre en balance les risques du saignement et d'ischémie ou thrombose du patient. Ces schémas sont présentés en fonction du statut clinique du patient. Enfin, le traitement complémentaire du patient est brièvement revu.

Agnès Pasquet, Frédéric Maes

MOTS-CLÉS ► Syndrome coronarien NSTEMI, antiagrégation, troponine

Recommendations of the European Society of Cardiology on management of patients with non-STEMI acute coronary syndrome

These new European Society of Cardiology guidelines concern the management of patients with acute coronary syndrome presenting without persistent ST-segment elevation. The central role of performing an electrocardiogram and troponin assessment in the initial diagnosis is highlighted. A rapid use of high-sensitive troponin schema for ruling out acute myocardial infarction enables us to safely discharge patients without any acute syndrome. Performing fast troponin assessments within 2 hours or 24 hours of admission allows to screen patients for coronary angiography and percutaneous revascularization. Following coronary artery stent placement, anti-platelet or anticoagulant regimens should be carefully chosen so as to balance the bleeding risk against the ischemic or thrombotic risk. The different protocols are reviewed herein according to the patients' clinical situation. Lastly, the comprehensive treatment of patients is presented.

KEY WORDS

NSTEMI acute coronary syndrome, anti platelet therapy, troponin

SOMMAIRE

Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur la prise en charge des patients avec un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST

AFFILIATION

Cliniques universitaires Saint Luc, Service de Cardiologie,
B-1200 Bruxelles

CORRESPONDANCE

Pr. Agnès Pasquet
Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles

Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur la prise en charge des patients avec un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST

La présentation clinique des syndromes coronariens aigus (SCA) est très variable. Allant de l'arrêt cardiaque, l'instabilité hémodynamique avec choc cardiogénique due à l'ischémie du myocarde ou encore se présentant sous forme de complications mécaniques comme une régurgitation mitrale sévère, à des patients qui ont eu une douleur fugace passant quasi inaperçue.

Très souvent, c'est une gêne thoracique aiguë décrite comme une pression, ou sensation d'oppression ou de brûlure rétrosternale ou thoracique qui va faire suspecter un SCA. Une dyspnée, une douleur épigastrique ou dans le bras gauche peuvent aussi être des équivalents à la douleur thoracique.

Sur la base de l'électrocardiogramme (ECG), deux groupes de patients doivent être différenciés :

- patients avec une douleur thoracique aiguë et persistante (> 20 min) et une élévation du segment ST sur l'ECG. Ceci reflète généralement une rupture de plaque responsable d'une occlusion coronaire aiguë totale ou subtotale. La plupart de ces patients développeront finalement un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI ou *ST elevation myocardial infarction*). Leur traitement repose sur une reperfusion coronaire la plus rapide possible par angioplastie coronaire et si non disponible par thrombolyse ;
- patients présentant une gêne thoracique aiguë mais sans élévation du segment ST [SCA sans élévation du segment ST). Les modifications de l'ECG pouvant inclure une élévation transitoire du segment ST, un sous-décalage, transitoire ou persistant, du segment ST, une inversion de ondes T, des ondes T plates ou pseudo-normalisation des ondes T ou encore l'ECG peut être normal. La physiopathologie de ces infarctus NSTEMI (*non ST elevation myocardial infarction*) repose sur une rupture de plaque responsable d'une occlusion partielle du vaisseau et associée à des phénomènes de micro-embolisation.

Ces nouvelles recommandations européennes concernent cette seconde catégorie de patients.

Face à une douleur thoracique suspecte, la réalisation d'un ECG dans les 10 minutes permettra d'exclure un SCA STEMI. Le diagnostic de NSTEMI et la stratification du risque initial reposeront sur l'évaluation de la clinique, des symptômes, des signes vitaux, de l'ECG ainsi que des résultats de laboratoire incluant un dosage de la troponine ultrasensible.

Le dosage de troponine ultrasensible est une pièce majeure dans le diagnostic du syndrome coronarien de type NSTEMI. Celui-ci doit être réalisé aussi vite que

possible. Une élévation du taux de troponine de 5 fois la valeur supérieure de la normale a une valeur prédictive positive >90% pour le diagnostic d'infarctus du myocarde. N'oublions toutefois pas que la troponine peut aussi être élevée dans d'autres circonstances : l'insuffisance cardiaque, des tachyarythmies, des pathologies valvulaires comme la sténose aortique, une insuffisance rénale, une embolie pulmonaire, des problèmes neurologiques aigus comme par exemple une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Des algorithmes comprenant un dosage de troponine au temps 0 et 1h00 plus tard ou au temps 0 et 2h00 plus tard en conjonction avec la clinique et l'ECG permettent d'identifier correctement les patients qui devront être pris en charge pour NSTEMI ou chez qui le diagnostic peut être exclu. Par contre, l'utilisation d'autres biomarqueurs comme les CK, CK-MB n'est plus recommandée en routine en complément de la troponine ultrasensible pour le diagnostic.

N'oublions cependant pas que dans une population de patients se présentant avec une douleur thoracique aiguë en salle d'urgence seul 5-10 % seront des STEMI 15- 20% des NSTEMI, 10% auront un angor instable, 15 % d'autres pathologies cardiaques et 50 % des pathologies non cardiaques dont certaines comme l'embolie pulmonaire ou de la dissection aortique doivent être diagnostiquées car elle pourrait mettre en danger la vie du patient.

Ces nouvelles recommandations redéfinissent l'importance du timing d'une prise en charge invasive. Ainsi, une revascularisation urgence, à savoir dans un délai de 2h, devra être considéré chez un patient qui présente au moins un des critères de risque élevé :

- instabilité hémodynamique ;
- douleurs précordiales récurrentes ou réfractaires malgré un traitement médical adapté ;
- arythmies sévères ;
- complications mécaniques de l'infarctus ;
- insuffisance cardiaque clairement secondaire au syndrome coronarien aigu ;
- sous-décalage du segment ST > 1mm dans > 6 dérivations ECG en plus d'une élévation du segment ST en AVR et/ou V 1.

Une revascularisation sera indiquée dans les 24 heures post diagnostic si :

- diagnostic NSTEMI avéré ;
- Modification dynamique du segment ST suggérant une ischémie persistante ;
- élévation transitoire du segment ST ;

- score de risque GRACE (âge, fonction rénale, tension artérielle, arrêt cardiaque récupéré, modification du segment ST, élévation marqueurs cardiaques) > 140.

Dans les autres situations, le timing de revascularisation myocardique sera discuté en fonction de la clinique, des modifications ECG, des paramètres biologiques (cinétique de la troponine), de la fonction rénale...

À noter que les recommandations ne supportent plus de pré-traiter les patients avec un inhibiteur des récepteurs P2Y12 avant la réalisation de la coronarographie diagnostique. Le bénéfice marginal d'une telle stratégie

étant trop souvent balancé par un risque hémorragique accru chez certains sous-groupes.

Après implantation d'un stent (endoprothèse coronaire) dans le décours d'un SCA NSTEMI, la durée et le type de traitement anti-plaquettaire seront essentiellement dictés par le risque hémorragique du patient. Si plusieurs scores de risque sont à disposition du clinicien, les nouvelles recommandations mettent en avant le score ARC-HBR : les patients sont considérés à haut risque de saignement s'ils présentent au moins un critère majeur et 2 critères mineurs (Tableau 1).

Tableau 1. Score ARC-HBR (repris des recommandations ESC 2020)

Major	Minor
• Anticipated use of long-term OAC ^a	• Age ≥ 75 years
• Severe or end-stage CKD (eGFR <30 mL/min)	• Moderate CKD (eGFR 30–59 mL/min)
• Haemoglobin <11 g/dL	• Haemoglobin 11–12.9 g/dL for men or 11–11.9 g/dL for women
• Spontaneous bleeding requiring hospitalization and/or transfusion in the past 6 months or at any time, if recurrent	• Spontaneous bleeding requiring hospitalization and/or transfusion within the past 12 months not meeting the major criterion
• Moderate or severe baseline thrombocytopenia ^b (platelet count <100 × 10 ⁹ /L)	• Chronic use of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs or steroids
• Chronic bleeding diathesis	• Any ischaemic stroke at any time not meeting the major criterion
• Liver cirrhosis with portal hypertension	
• Active malignancy ^c (excluding non-melanoma skin cancer) within the past 12 months	
• Previous spontaneous intracranial haemorrhage (at any time)	
• Previous traumatic intracranial haemorrhage within the past 12 months	
• Presence of a brain arteriovenous malformation	
• Moderate or severe ischaemic stroke ^d within the past 6 months	
• Recent major surgery or major trauma within 30 days prior to PCI	
• Non-deferrable major surgery on DAPT	

CKD = chronic kidney disease; DAPT = dual antiplatelet therapy; eGFR = estimated glomerular filtration rate; OAC = oral anticoagulation/anticoagulant; PCI = percutaneous coronary intervention.

^aThis excludes vascular protection doses.¹⁴²

^bBaseline thrombocytopenia is defined as thrombocytopenia before PCI.

Downloaded from https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehaa001/5581111 by University of Cambridge user on 12 February 2020

Si une double anti-agrégation plaquettaire (DAPT) par aspirine en association avec un inhibiteur des récepteurs P2Y12 (Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel) reste de mise pour tous les patients, la durée recommandée de 12 mois pourra se voir réduite à 3, voire 1 mois, dépendant du risque hémorragique du patient. Le Ticagrelor ou le Prasugrel seront privilégiés au Clopidogrel sauf contraindications, intolérances ou association à une anticoagulation au long

cours. *A contrario*, une prolongation de cette DAPT au-delà de 12 mois pourrait être considérée chez les patients à très haut risque thrombotique (Tableau 2) et faible risque hémorragique. Chez ces mêmes patients, une autre alternative pourrait être envisagée au terme de 12 mois, associant de l'aspirine à du rivaroxaban à faible dose (2,5 milligrammes 2 fois par jour).

Tableau 2. Critères de risque ischémique modéré ou élevé (repris des recommandations ESC 2020)

High thrombotic risk (Class IIa)	Moderate thrombotic risk (Class IIb)
Complex CAD and at least 1 criterion	Non-complex CAD and at least 1 criterion
Risk enhancers	
Diabetes mellitus requiring medication	Diabetes mellitus requiring medication
History of recurrent MI	History of recurrent MI
Any multivessel CAD	Polyvascular disease (CAD plus PAD)
Polyvascular disease (CAD plus PAD)	CKD with eGFR 15–59 mL/min/1.73 m ²
Premature (<45 years) or accelerated (new lesion within a 2-year time frame) CAD	
Concomitant systemic inflammatory disease (e.g. human immunodeficiency virus, systemic lupus erythematosus, chronic arthritis)	
CKD with eGFR 15–59 mL/min/1.73 m ²	
Technical aspects	
At least 3 stents implanted	
At least 3 lesions treated	
Total stent length >60 mm	
History of complex revascularization (left main, bifurcation stenting with ≥2 stents implanted, chronic total occlusion, stenting of last patent vessel)	
History of stent thrombosis on antiplatelet treatment	
<p>In line with guideline recommendations, CAD patients are stratified into two different risk groups (high vs. moderately increased thrombotic or ischaemic risk). Stratification of patients towards complex vs. non-complex CAD is based on individual clinical judgement with knowledge of patients' cardiovascular history and/or coronary anatomy. Selection and composition of risk-enhancing factors are based on the combined evidence of clinical trials on extended antithrombotic treatment in CAD patients^{16,21,214} and on data from related registries.²²⁸⁻²³⁰</p> <p>CAD = coronary artery disease; CKD = chronic kidney disease; eGFR = estimated glomerular filtration rate; MI = myocardial infarction; PAD = peripheral artery disease.</p>	

Chez les patients en fibrillation auriculaire requérant une anticoagulation, le régime de traitement sera également dicté par le risque hémorragique et ischémique. Une triple thérapie comprenant aspirine et Clopidogrel, associés à un DOAC (anticoagulant oral direct), est recommandée pour une durée d'une semaine (période intra-hospitalière) ou un mois chez les patients à très haut risque ischémique. Par la suite, une double thérapie associant un DOAC et un du Clopidogrel sera poursuivie jusqu'à 6 ou 12 mois dépendant encore une fois de la balance risque hémorragique/thrombotique. Au-delà de cette période, seul le DOAC sera maintenu. La dose du DOAC sera adaptée en fonction du patient selon les règles habituelles.

Les mêmes stratégies diagnostiques et thérapeutiques s'appliquent aussi pour des patients plus âgés en tenant compte bien entendu de la fonction rénale et des contre-indications qui pourraient être liés à des situations cliniques plus précises.

Concernant les patients qui ne peuvent être traités que par anti-vitamines K et non par DOAC, par exemple pour une valve cardiaque mécanique, la triple thérapie sera la plus courte possible, 1 semaine, et reposera sur l'association aspirine, clopidogrel et AVK. Une double thérapie AVK + clopidogrel sera ensuite maintenue pour une période d'1 an. Au-delà de quoi, seul l'AVK sera poursuivi.

En plus du traitement anti-plaquettaire/anticoagulant, la prise en charge pharmacologique reposera également sur :

- un traitement hypolipémiant par statine est chez tous les patients avec un syndrome coronarien aigu.

Le but est de réduire le LDL-cholestérol à <50% de son niveau de base et d'avoir un LDL-cholestérol < 55 mg/dl (Indication classe Ia). Si ce but n'est pas atteint après 4 à 6 semaines avec la dose maximum de statine tolérée, l'ajout d'ézétimide est recommandée (Indication classe Ib). Si cet objectif n'est toujours pas atteint, 4 à 6 semaines après avoir ajouté l'ézétimide, un inhibiteur des PCSK9 devra être proposé (Indication classe Ib) ;

- des inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou des sartans (en cas d'intolérance au inhibiteurs de l'enzyme de conversion) sont recommandés chez les patients avec de l'insuffisance cardiaque et une fraction d'éjection ventriculaire gauche <40%, du diabète ou une insuffisance rénale. Ceci permet de réduire la mortalité et la morbidité globale et cardiovasculaire ;
- des bêta-bloquants, lesquels sont recommandés chez des patients avec une dysfonction ventriculaire gauche ou de l'insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection <40%. Chez les patients avec des antécédents d'infarctus du myocarde, un traitement à long terme par des bêta-bloquants permet de réduire la mortalité et la morbidité globale et cardiovasculaires ;
- les inhibiteurs de l'aldostérone recommandés chez des patients avec une insuffisance cardiaque et une fraction d'éjection < 40% ;
- les inhibiteurs de la pompe à proton, recommandés chez des patients à haut risque de saignements

gastro-intestinaux (âge supérieur à 65 ans, dyspepsie, notion de reflux gastro-oesophagien, infection à *helicobacter pylori* consommation chronique d'alcool) pour réduire le risque de saignements digestifs

Enfin, ces dernières recommandations insistent sur les modifications des habitudes de vie : pratique régulière d'un exercice physique, arrêt du tabagisme, régime équilibré. Un dépistage systématique du diabète est

conseillé chez tous des patients présentant un syndrome coronarien aigu. De même, la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière est recommandée chez ces patients. L'emphase est également mise sur une prise en charge multidisciplinaire associant médecins, infirmières, diététiciennes, spécialistes en revalidation, psychologues, ...

RÉFÉRENCES

1. Collet J-Ph, Holger Th, chairperson for The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC): 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eu Heart J.* 2020; 00, 1_79 doi:10.1093/eurheartj/ehaa575