

# PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CORONARIENS OÙ EN SOMMES NOUS ?

PIERRE SABOURET

Collège National des Cardiologues Français - Paris

**Les patients coronariens ont une espérance de vie qui demeure inférieure d'une dizaine d'années à celle des individus en prévention primaire, malgré les progrès thérapeutiques réalisés. La qualité de vie est également altérée.**

Les dernières recommandations de prise en charge des patients coronariens de 2019 lors du congrès de la Société Européenne de Cardiologie (ESC : *European Society of Cardiology*) ont permis d'actualiser les stratégies (figure 1).

Les patients les plus à risque sont bien identifiés : patients polyartériels, patients pluritronculaires et/ou présentant une anatomie coronaire « complexe », patients dont les facteurs de risque ne sont pas contrôlés, notamment la persistance du tabagisme, une hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 7 %, un taux LDL-cholestérol au-dessus de 55 mg/dl.

Une meilleure coordination du parcours de soins doit permettre une meilleure implémentation et maintien des traitements validés, reposant sur la stratégie BASIC.

Les recommandations de l'ESC 2019 proposent une stratégie par étapes (figure 2) pour la thérapie médicamenteuse anti-ischémique en fonction de certaines caractéristiques de base du patient. Des réponses incomplètes ou une mauvaise tolérance justifient de passer à l'étape suivante.

## TRAITEMENT EN PRÉVENTION SECONDAIRE CARDIOVASCULAIRE

Dans le cadre de la prévention secondaire de la maladie athérotrombotique, le traitement BASIC (tableau 1) demeure la pierre angulaire pour la prise en charge pharmacologique des

patients coronariens chroniques après le Syndrome Coronarien Aigu (SCA), ou lorsque la cardiopathie ischémique est confirmée par des tests ischémiques motivés par l'apparition de symptômes d'allure angineuse.

Tableau 1. Traitement BASIC.

<b>B</b>	Bêtabloquants
<b>A</b>	Antiagrégants Plaquettaires
<b>S</b>	Statines
<b>I</b>	IEC
<b>C</b>	Correction des facteurs de risque cardiovasculaires

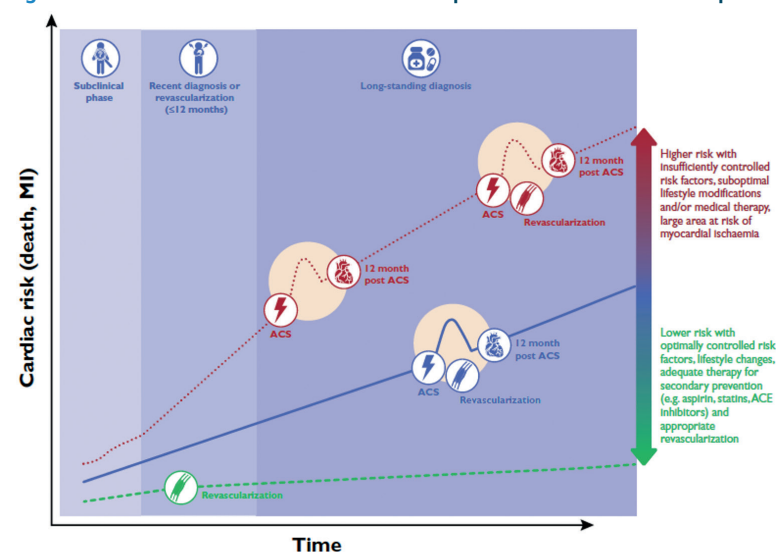
Les recommandations européennes dans le NSTEMI ont partiellement remis en cause le caractère systématique du traitement par bêtabloquant, donc les indications sont maintenant représentées par les patients avec des signes d'insuffisance cardiaque et/ou une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) altérée (< 40 %), patients avec des troubles du rythme ventriculaire, et/ou angor résiduel. Quatre études, dont **ABYSS** en France, sont en cours

pour confirmer que l'indication des bêtabloquants n'est plus systématique.

Pour les patients coronariens ayant une ischémie documentée modérée à moyenne, sans atteinte du tronc commun gauche (élimination du diagnostic par un angioscanner coronaire), le traitement médical optimal faisait jeu égal sur les principaux événements majeurs avec la revascularisation coronaire. La stratégie doit donc faire l'objet d'une décision partagée avec le patient (et sa famille) sur les avantages et inconvénients des deux stratégies, qui sont souvent complémentaires sur le long terme.

Concernant les bloqueurs du Système Rénine Angiotensine (SRA), leur prescription a longtemps été recommandés de façon systématique suite aux résultats des études **EUROPA**, et **HOPE**. Les IEC apportent des bénéfices cliniques surtout aux patients diabétiques coronariens, et/ou avec néphropathie et/ou avec altération de la fonction VG. Les antiagrégants plaquettaires ont un rôle

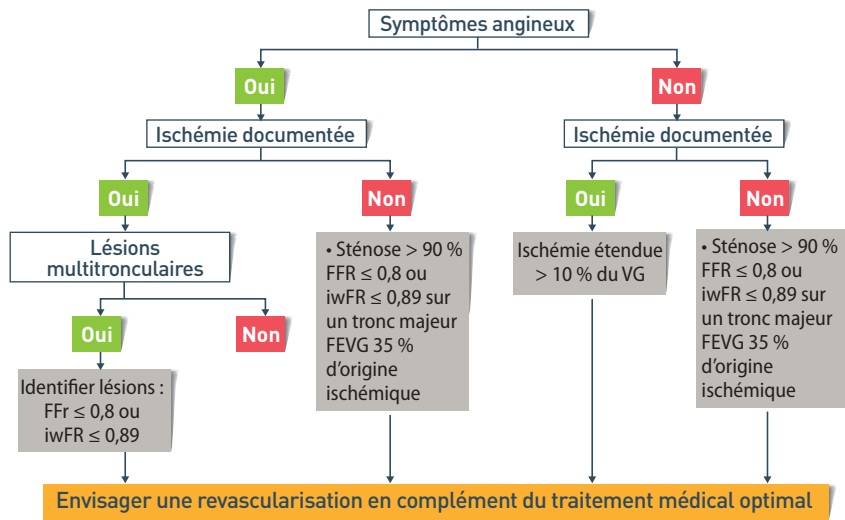
Figure 1. Illustration de l'histoire naturelle des patients coronariens chroniques.



D'après les dernières recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC)-septembre 2019.

ACE : Angiotensin Converting Enzyme - ACS : Acute Coronary Syndromes - CCS : Chronic Coronary Syndromes - MI : Myocardial Infarction.

Figure 2. Stratégie devant des symptômes évoquant une coronaropathie.



important, avec une stratégie individualisée concernant le choix et la durée des traitements.

Le raccourcissement de la BAAP (Bithérapie Anti-Agrégante Plaquettaire) avec poursuite d'une monothérapie par Ticagrelor à 3 mois est devenu possible sur la base des données des études **TICO** et **TWILIGHT**, car elle permet une réduction des hémorragies majeures sans augmenter le risque ischémique. La stratégie de Dé-escalade est également possible en choisissant une BAAP moins puissante (Aspirine-Clopidogrel après une phase initiale de BAAP avec Ticagrelor ou Prasugrel. L'utilisation des agonistes des GLP1 ou des inhibiteurs des SGLT2 doit être renforcée en France, en association avec la Metformine.

Le traitement par statines fortes doses pour baisser le LDL-C de plus de 50 % est recommandé, mais les statines à fortes doses étant souvent mal tolérées, l'association à l'ézétimibe est souvent nécessaire, car elle permet une baisse du LDL-C de 20 %, et offre la pos-

sibilité de diminuer la posologie d'une statine mal tolérée.

Si l'objectif n'est toujours pas atteint, un inhibiteur des PCSK9 peut être prescrit (avec DAP) pour obtenir un LDLc < 55 mg/dl. Ces recommandations reposent sur les études

### IMPROVE-IT, FOURIER et ODYSSEY Outcomes.

L'étude **ISCHEMIA** a été l'objet de nombreuses controverses, alors que 30 % du groupe médical a été finalement revascularisé au cours du suivi, souligne qu'il n'y a pas une stratégie thérapeutique unique mais une approche personnalisée tenant compte des caractéristiques cliniques du patient, notamment de l'âge, de ses comorbidités, de ses préférences après une information éclairée, de l'anatomie coronaire, et de l'évolution sous traitement médical optimal.

### CONCLUSION

La prise en charge optimale des patients coronariens suivi en cardiologie libérale repose sur le maintien au long cours d'un traitement médical visant au contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, à savoir le diabète, les dyslipidémies, l'HTA et surtout l'arrêt du tabac, facteur primordial de récurrences d'événements cardiovasculaires majeurs. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):407-77.
2. Juarez-Orozco LE, Saraste A, Capodanno D, Prescott E, Ballo H, Bax JJ, et al. Impact of a decreasing pre-test probability on the performance of diagnostic tests for coronary artery disease. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2019 Nov 1;20(11):1198-207.
3. Bauters C, Deneve M, Tricot O, Maurice T, Lamblin N, CORONOR Investigators. Prognosis of patients with stable coronary artery disease (from the CORONOR study). *Am J Cardiol*. 2014 Apr 1;113(7):1142-5.
4. Sorbets E, Fox KM, Elbez Y, Danchin N, Dorian P, Ferrari R, et al. Long-term outcomes of chronic coronary syndrome worldwide: insights from the international CLARIFY registry. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):347-56.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-88.
6. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2015 Jun 18;372(25):2387-97.
7. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, Honarpour N, Wiviott SD, Murphy SA, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2017 May 4;376(18):1713-22.
8. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, Bhatt DL, Bittner VA, Diaz R, et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med*. 2018 29;379(22):2097-107.
9. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020 Jan 7;41(2):255-323.
10. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007 Apr 12;356(15):1503-16.
11. ISCHEMIA Trial Research Group, Maron DJ, Hochman JS, O'Brien SM, Reynolds HR, Boden WE, et al. International Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches (ISCHEMIA) trial: Rationale and design. *Am Heart J*. 2018;201:124-35.

## A RETENIR LES POINTS-CLÉS

**ACTUALISATION EN 2019** par la Société Européenne de Cardiologie des recommandations de prise en charge des patients coronariens avec changement de terminologie de « patients coronariens stables » par « patients coronariens chroniques ».

**SENSIBILISER LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ** sur le risque résiduel élevé des patients coronariens chroniques, alors qu'il est souvent sous-estimé.

**IMPLÉMENTER CHEZ CES PATIENTS** les traitements validés, reposant sur la stratégie **BASIC** (B : Bêtabloquants, A : Antiagrégants Plaquettaires, S : Statines, I : IEC, C : Correction des facteurs de risque cardiovasculaire).

**NÉCESSITER DE CONTRÔLER EN LIBÉRAL** les facteurs de risque cardiovasculaires : sevrage tabagique, atteinte des objectifs tensionnels, lipidiques, glycémiques, activités physiques et régime adapté.