

# Synthèse du guide parcours de soins

## Maladie coronarienne stable

La maladie coronarienne stable recoupe les différentes phases évolutives de l'atteinte coronarienne, y compris le post infarctus, à l'exclusion des situations où l'obstruction coronarienne domine la présentation clinique (syndrome coronarien aigu)<sup>1</sup>.

### Étapes du parcours et points clés

#### Étape 1. Évoquer le diagnostic de maladie coronarienne

- **Interrogatoire** pour suspecter l'origine coronarienne de la douleur thoracique, préciser la probabilité de maladie coronarienne selon les caractéristiques de la douleur, l'âge et le sexe, et évoquer un syndrome coronarien aigu (SCA) avec appel téléphonique au centre 15 au moindre doute.

La probabilité de maladie coronarienne (dite probabilité pré-test) peut être :

- faible (< 15 %), chez les femmes de moins de 50 ans avec un angor atypique et les femmes de moins de 60 ans avec des douleurs non angineuses :
  - il n'est pas utile de réaliser des examens complémentaires pour le diagnostic d'une MCS ;
  - rechercher une autre affection.
- élevée (> 85 %) : chez les hommes de plus de 70 ans avec un angor typique :
  - il n'est pas utile de réaliser des examens complémentaires à visée diagnostique ;
  - évaluer le risque d'événement futur est la priorité.
- ou intermédiaire (entre 15 et 85 %) :
  - réaliser des examens complémentaires non invasifs à visée diagnostique (cf. étape 2).
- **ECG** chez tous les patients lors de la première consultation et pendant ou immédiatement après un épisode de douleur thoracique suggérant une possible instabilité clinique de la coronaropathie. L'ECG initial peut être fait par un cardiologue à la demande du médecin traitant.
- **Bilan biologique complémentaire** d'exploration des facteurs de risque cardiovasculaire.

#### Étape 2. Confirmer le diagnostic de maladie coronarienne

- **Echocardiographie de repos systématique avant tout examen de confirmation diagnostique**
- **En cas de probabilité clinique intermédiaire (entre 15 et 85 %) : réalisation d'examens complémentaires** (imagerie de stress, épreuve d'effort ou scanner coronaire) ;

Le choix des examens dépend de la fraction d'éjection ventriculaire gauche évaluée par l'échographie.

<sup>1</sup> Un syndrome coronarien aigu peut révéler une maladie coronarienne ou compliquer une maladie coronarienne stable connue. C'est pourquoi il est nécessaire de le reconnaître et de le prendre en charge en urgence.

- **FEVG  $\geq$  50 % :**
    - Envisager une épreuve d'effort si elle est faisable et préférer, en fonction de la disponibilité et du niveau d'expertise locaux, l'échocardiographie de stress ou la scintigraphie de stress (tomographie d'émission monophotonique et tomographie par émission de positons).
  - **FEVG  $<$  50 % :**
    - N'envisager l'épreuve d'effort qu'en cas d'impossibilité d'effectuer un examen d'imagerie de stress ;
    - Le coroscanner peut être envisagé chez les patients à probabilité prétest intermédiaire basse (15 à 50 %), si les conditions techniques sont réunies.
- Le diagnostic sera confirmé en cas de mise en évidence d'une ischémie ou d'une sténose coronarienne.

### Étape 3. Évaluer le risque d'événements futurs

- Chez les patients dont le diagnostic de MCS a été confirmé, le pronostic [risque d'événement futur (mortalité totale annuelle)] dépend du contexte clinique, de la FEVG, de la réponse aux tests d'effort et de l'anatomie coronarienne.
- L'objectif est d'identifier les patients qui relèvent d'une coronarographie et d'une éventuelle revascularisation coronarienne.

### Étape 4. Traiter un patient atteint de maladie coronarienne stable

- Chez tous les patients :
  - mesures non médicamenteuses (éducation thérapeutique du patient, réadaptation cardiovasculaire, correction systématique et intensive des facteurs de risque avec activité physique régulière, alimentation équilibrée, arrêt du tabac) ;
  - traitement des facteurs de risque cardiovasculaire ;
  - traitement médicamenteux optimal avec antiagrégant plaquettaire et statine.
- Chez les patients symptomatiques à risque faible : traitement médicamenteux anti-ischémique de première intention (dérivé nitré d'action rapide et bêtabloquant ou inhibiteur calcique) ;
- Chez les patients à risque élevé ou persistance de symptômes malgré un traitement médical optimal : indication de coronarographie en vue d'une revascularisation. Le mode de revascularisation est choisi par une équipe médico-chirurgicale selon l'anatomie coronaire et le risque chirurgical, en concertation avec le patient.

### Étape 5. Suivre un patient atteint de maladie coronarienne stable

- Consultation cardiologique tous les 4 à 6 mois durant la première année après la mise en œuvre d'un traitement pour coronaropathie stable, puis consultations annuelles.
- Suivi par le MG à adapter en fonction de l'état et de la personnalité du patient (symptômes, tolérance, motivation, observance, comorbidité). De manière générale et en l'absence de diabète, envisager une consultation tous les 3 mois et la réalisation une fois par an d'un bilan biologique et d'un ECG.
- Epreuve d'effort tous les 2 ans chez les patients coronariens stables asymptomatiques.
- Imagerie fonctionnelle ou Epreuve d'effort en cas de réapparition de douleurs thoraciques pour déterminer leur origine coronarienne, en ayant soin de ne pas méconnaître un SCA.

## Ce qu'il faut éviter

### (Avis du GT) :

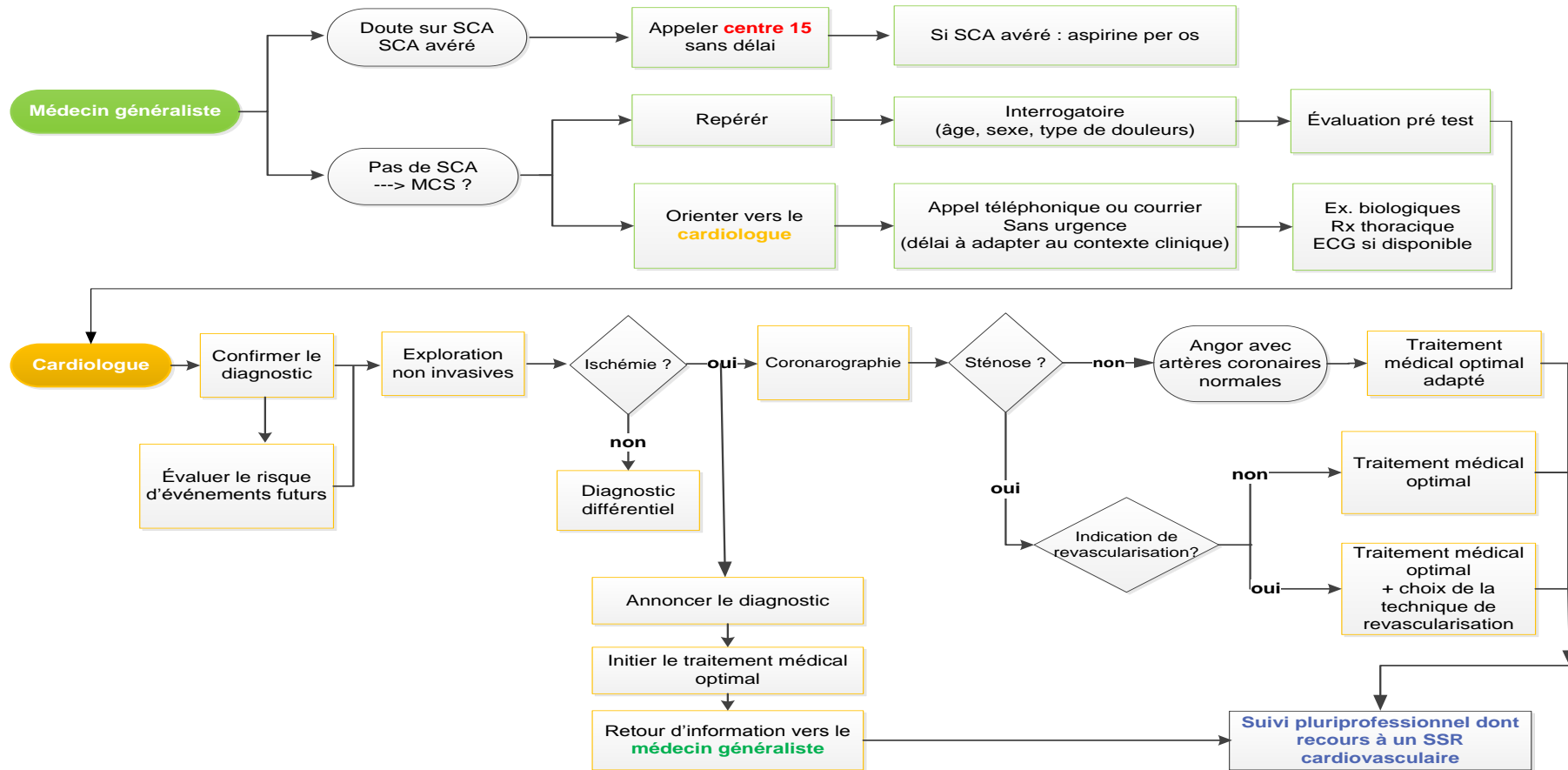
- Réaliser des examens complémentaires sans tenir compte de l'évaluation prétest ;
- Exclure un angor stable sur la normalité du tracé de l'ECG ;
- Doser la troponine en ambulatoire (sauf l'exception) ;
- Doser l'HbA1C pour diagnostiquer un diabète (non recommandé en France et non remboursé dans cette indication) ;
- Doubler les examens paracliniques (en particulier biologie et radiographie thoracique) entre médecin traitant et cardiologue ;
- Ignorer la FEVG avant tout examen diagnostique paraclinique ;
- Multiplier les examens irradiants ;
- Réaliser une coronarographie si les explorations non invasives ont montré un risque faible et :
  - en l'absence de symptômes invalidants,
  - ou en présence de symptômes contrôlés médicalement.
- Réaliser une coronarographie chez les patients angineux :
  - qui refusent des procédures invasives ;
  - ou qui préfèrent éviter une revascularisation ;
  - ou qui ne sont pas candidats pour l'angioplastie ou le pontage coronarien ;
  - ou chez qui on pense que la revascularisation n'améliorera pas l'état fonctionnel, la qualité de vie ou l'espérance de vie.
- Dépister systématiquement l'ischémie myocardique chez des patients asymptomatiques à faible risque cardiovasculaire ;
- Débuter un traitement sans confirmation diagnostique ;
- Exclure une personne d'un traitement en se fondant sur son âge seul ;
- Proposer des vitamines ou de l'huile de poisson dont l'efficacité thérapeutique sur l'angor n'est pas prouvée ;
- Prescrire des médicaments sans s'assurer de la bonne compréhension par le patient de sa maladie et des enjeux, sans évaluer l'observance ;
- Omettre de prescrire un dérivé nitre à libération immédiate en cas de crise angineuse ;
- Prescrire des associations médicamenteuses à risque ;
- Interrompre le traitement antiagrégant ;
- Négliger d'informer le patient sur les signes d'alerte et de recours adapté aux soins en cas de complications (appel au 15 en cas de SCA) ;
- Assurer le suivi du patient par un médecin généraliste ou un cardiologue seul ;
- Négliger la correction des FDR CV au long cours ;
- Omettre de réévaluer les traitements.

## Conditions à réunir

### (Avis du GT)

- Appropriation par les professionnels de santé de la démarche en trois étapes de repérage, de diagnostic et d'évaluation du risque de décès ;
- Appropriation par le patient des signes d'alerte et des mesures à prendre (test nitré, recours au 15) ;
- Accessibilité du tableau de calcul de la probabilité prétest en consultation, par exemple sous la forme d'un aide-mémoire informatique ;
- Explicitation auprès du patient de la nécessité d'une consultation cardiologique ;
- Collaboration entre médecins généralistes et cardiologues (courrier comportant le motif de demande d'avis – antécédents, histoire de la maladie, traitements et résultats des examens complémentaires (biologie – éventuelle radiographie thoracique) ;
- Accessibilité des examens non invasifs à visée diagnostique ou pronostique ;
- Personnaliser la prise en charge du patient en le prenant en compte dans sa globalité (dimension psychologique, professionnelle, environnementale, socio-économique, etc.) et en précisant son projet de vie ;
- Faciliter l'accès à l'éducation thérapeutique du patient (évaluation de la gestion des médicaments et des capacités du patient - compréhension de l'enjeu du traitement médical optimal – continuum de l'ETP aux différents stades de la prise en charge) ;
- Faciliter l'accès à la réadaptation cardiovasculaire ;
- Collaboration interprofessionnelle afin d'assurer la mise en œuvre et le maintien d'un plan de soins adapté aux besoins du patient (lien médecin généraliste/ pharmacien/ cardiologue) ;
- Établir un consensus entre tous les acteurs sur les messages à délivrer aux patients afin de les harmoniser, en particulier sur la nutrition et sur l'activité physique ;
- Obtention d'un contrôle des symptômes, de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et du LDL-C entre 6 mois et 1 an ;
- Connaissance des indications :
  - de recours au cardiologue, au-delà du suivi régulier,
  - de recours au SSR cardiologique
  - de recours à l'hospitalisation
  - d'un travail à plusieurs professionnels de proximité, en particulier chez le coronarien âgé avec, si nécessaire, élaboration d'un plan personnalisé de santé.

Figure 1 : vue d'ensemble du parcours de soins d'un patient atteint de MCS



Recours aux professionnels, selon besoins (avis du GT)	
<b>Cardiologue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ au-delà du suivi régulier, en particulier en cas de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exacerbation d'un angor stable ;</li> <li>○ Douleurs récurrentes chez un angineux ancien ;</li> <li>○ Effets indésirables médicamenteux ;</li> <li>○ Fibrillation auriculaire nouvelle diagnostiquée ;</li> <li>○ Échec d'une bithérapie anti-angineuse à dose maximale tolérée ;</li> <li>○ Insuffisance cardiaque et angor.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Médecin de SSR cardiovasculaire (cardiologue, médecin spécialiste en MPR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En particulier en présence :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'un déconditionnement à l'effort limitant ses capacités physiques et/ou une appréhension à la reprise des activités physiques ;</li> <li>○ D'un ou plusieurs facteurs de risque non contrôlés ;</li> <li>○ De troubles de l'humeur (stress, anxiété, dépression) pouvant limiter la reprise des activités ;</li> <li>○ D'un risque de désinsertion sociale et/ou professionnelle ;</li> <li>○ D'un événement intercurrent pouvant dégrader sa situation fonctionnelle au moins transitoirement, en particulier : suites de revascularisation coronaire chirurgicale, insuffisance cardiaque ;</li> <li>○ De l'existence de facteurs de mauvais pronostic : altération de la fraction d'éjection du VG, persistance d'une ischémie non revascularisable, comorbidités.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syndrome coronarien aigu ;</li> <li>○ Besoin d'explorations invasives ;</li> <li>○ Insuffisance cardiaque rapidement évolutive ;</li> <li>○ Apparition d'un trouble du rythme mal toléré ou de mauvais pronostic.</li> </ul>
<b>Autre spécialiste d'organe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide au diagnostic (bilan complémentaire) au traitement et au suivi</li> </ul>
<b>Professionnel qualifié en gériatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation gériatrique standardisée en cas de repérage positif de la fragilité</li> </ul>
<b>Diététicien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels</li> <li>■ Participation à l'ETP</li> </ul>
<b>Kinésithérapeute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle</li> </ul>
<b>Psychologue, psychiatre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anxiété, dépression, sentiment de détresse</li> </ul>
<b>Associations de patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accompagnement.</li> <li>■ Participation à l'ETP</li> </ul>
<b>Professionnels et équipes sociales, ou médicosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation des besoins de compensation, élaboration et réalisation des plans d'aide.</li> </ul>