

Angioplastie immédiate ou dissociée de l'acte de coronarographie diagnostique dans la maladie coronaire stable

Mai 2016

Préambule

Dans la maladie coronaire stable la revascularisation coronaire par angioplastie peut être faite au décours immédiat d'une coronarographie diagnostique ou, dans un deuxième temps, au cours d'une deuxième procédure.

En France, selon les données du PMSI¹, l'angioplastie est réalisée au décours immédiat de l'acte de coronarographie diagnostique dans près de 70 % des cas, mais avec une forte disparité des pratiques selon les régions et selon le secteur d'activité (public ou privé).

En l'absence d'études de niveau de preuve élevé, en particulier d'études randomisées, ce sujet n'est pas abordé dans les recommandations existantes, en dehors de celles de la Société européenne de cardiologie (ESC, 2015) qui conseillent l'élaboration de protocoles locaux.

1. Finkel S. La disjonction de la coronarographie diagnostique et de l'angioplastie : une pratique hétérogène. Info Santé 2012;(20):18-22.



À noter

Les recommandations de cette fiche pertinence concernent les patients ayant une maladie coronarienne stable adressés pour une coronarographie. Elles ne portent ni sur le choix de la revascularisation, ni sur les critères de décision du mode de revascularisation, mais uniquement sur le choix de la chronologie des procédures.

Ces recommandations pourront évoluer au fil du temps en raison du développement :

- progressif en France des coronarographies ambulatoires ;
- de l'étude de l'ischémie en aval d'une lésion coronaire par la méthode du calcul de la fraction de réserve du flux coronaire (FFR des Anglo-Saxons) effectuée au cours de la coronarographie diagnostique.

La cardiologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique expose les patients et les professionnels au risque d'irradiation. L'application des mesures de radioprotection préconisées et le respect des normes doivent être garantis.

Objectifs

Les objectifs de cette fiche pertinence sont de :

- préciser les situations pour lesquelles la pratique d'une angioplastie coronaire peut être réalisée soit au cours de l'acte de coronarographie diagnostique, soit de façon différée ;
- servir de base à un protocole local élaboré dans les services de cardiologie interventionnelle.

Éléments de décision dans la chronologie du geste d'angioplastie

- **Anatomie des lésions** : l'anatomie plus ou moins complexe des lésions coronaires est à prendre en compte car elle conditionne le type de revascularisation (angioplastie ou pontage) et la faisabilité de l'angioplastie immédiate lorsque ce mode de revascularisation est choisi. En effet, les lésions complexes peuvent exposer à un risque accru de complications. Ces particularités anatomiques incluent notamment le type du vaisseau coronaire atteint, le nombre de vaisseaux concernés (lésions mono, bi ou tritronculaires), la localisation ostiale, proximale, moyenne ou distale de la lésion, la longueur et le diamètre de la lésion, la présence éventuelle d'une occlusion chronique ou non et le caractère calcifié ou non de la lésion.
- **Critères paracliniques de preuve d'ischémie myocardique en aval de la lésion coronaire** : les sociétés scientifiques recommandent de documenter la présence d'une ischémie myocardique dans le territoire desservi par la lésion coronaire avant de décider d'une revascularisation. Ceci est réalisée à l'aide de tests non invasifs : épreuve d'effort, scintigraphie myocardique d'effort ou de stress pharmacologique, échocardiographie d'effort ou sous dobutamine, IRM de stress pharmacologique. En cas de lésions pluritronculaires ou de lésions intermédiaires pour lesquelles les examens préalables n'ont pas été contributifs ou n'ont pu être réalisés, une mesure de la FFR au cours de la coronarographie diagnostique est recommandée.
- **Contexte et comorbidités** : certaines comorbidités sont à prendre en considération avant de décider du type de revascularisation approprié. Il en est de même pour toutes les situations dans lesquelles une évaluation approfondie médico-chirurgicale du dossier est nécessaire, conduisant à reporter la décision de traitement. Le risque d'exposition excessive aux rayons X et le risque néphrotoxique, lié à l'injection d'une quantité importante de produit de contraste iodé au cours d'une même séance, conditionnent la faisabilité de l'angioplastie couplée à la coronarographie. Les mesures de radioprotection (dose totale de radiation) et de néphroprotection recommandées doivent être appliquées et peuvent conduire à limiter le nombre d'injections dans le cas d'insuffisance rénale avancée ou d'un état d'hydratation du patient jugé insuffisant. Le diabète est caractérisé par des lésions anatomiques souvent diffuses dont la prise en charge doit être discutée lors d'une réunion médico-chirurgicale. Une fraction d'éjection ventriculaire gauche basse est associée à un risque élevé de complications immédiates.
- **Risques de complications, situations à risque** : la prise en compte globale du dossier du patient permet d'évaluer les risques de complications immédiates ou retardées de l'angioplastie coronaire. Tous les traitements, en particulier les médicaments anticoagulants, pris par le patient et pouvant exposer à un risque plus élevé de complications sont à prendre en compte. Le contexte social et les conditions de vie peuvent avoir une influence sur la compliance et la tolérance du traitement (en particulier la double antiagrégation plaquettaire). Il est recommandé de s'assurer que toutes les conditions matérielles et logistiques sont réunies pour la prise en charge immédiate et adaptée d'une complication.
- **Consentement du patient** : le patient doit avoir été préalablement informé de la possibilité d'une revascularisation par angioplastie dans le même temps opératoire que la coronarographie diagnostique. Cette information orale exposant les avantages et les risques potentiels de cette procédure immédiate doit être délivrée au patient de façon détaillée et en termes clairs et compréhensibles dans le cadre d'un processus formalisé de décision partagée. Elle complète les formulaires d'information de la Société française de cardiologie rédigés à l'intention des patients, tant pour la coronarographie diagnostique que pour l'angioplastie coronaire. La mention de l'information et du consentement du patient doit être reportée dans le dossier du patient.
- **Problèmes organisationnels** : des particularités organisationnelles peuvent avoir une influence sur le caractère immédiat ou différé de l'angioplastie, en particulier : l'expérience de l'opérateur, la disponibilité du matériel nécessaire à sa réalisation, ainsi que celle de la salle d'intervention, ou encore les contraintes d'activité imprévues de l'équipe soignante (charge de travail, urgences, etc.).

Tableau synthétique : situations de recours à l'angioplastie immédiate ou différée dans la maladie coronaire stable

	Recours à l'angioplastie immédiate possible	Recours à l'angioplastie différée préconisé
Anatomie des lésions	Lésions simples : - A, B1 de la classification AHA/ACC - lésion monotronculaire - lésions bitronculaires	Tronc commun gauche IVA ostiale ou paraostiale Lésions tritronculaires Lésions calcifiées
Critères paracliniques d'ischémie myocardique	Preuve d'ischémie myocardique d'après : - la mesure FFR de cette lésion $\leq 0,8$ - ou les résultats de l'épreuve d'effort chez le monotronculaire - ou les résultats des tests non invasifs dans le territoire concerné	Pas de preuve d'ischémie myocardique
Contexte et comorbidités		Diabète Insuffisance rénale chronique (néphrotoxicité des produits de contraste) FEVG < 45 % Toutes les situations dans lesquelles une évaluation approfondie médico-chirurgicale du dossier est nécessaire
Risques de complications		Impossibilité de prise en charge immédiate d'une complication Facteurs diminuant la compliance et la tolérance du traitement antiplaquettaire
Consentement du patient	Choix du patient	Choix du patient
Organisation	Expérience de l'opérateur Matériel disponible Programme et salle compatibles	Procédure diagnostique longue Contraintes d'activité de l'équipe médicale et paramédicale

→ Il est recommandé de mentionner dans le dossier du patient les raisons qui ont conduit à différer l'angioplastie.

