

SYNTHESE

Syndrome coronarien chronique : les points critiques du parcours

Validée par le Collège le 15 avril 2021

Diagnostiquer le syndrome coronarien chronique

- ➔ Questionner l'origine coronarienne de la douleur thoracique en s'appuyant sur l'interrogatoire et l'examen physique.
- ➔ Évoquer un syndrome coronarien aigu (SCA) avec appel téléphonique au Centre 15 au moindre doute.
- ➔ Évaluer l'état général du patient, sa qualité de vie, et l'existence d'éventuelles comorbidités, afin d'adapter les investigations diagnostiques et les traitements, en s'assurant de leur intérêt et leur acceptabilité.
- ➔ Effectuer un bilan de première intention :
 - examens biologiques pour préciser les facteurs de risque cardiovasculaires ;
 - ECG de repos 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 cardiopathie ischémique (par le MG ou en cas d'impossibilité par un cardiologue) ;
 - radiographie thoracique chez certains patients pour éliminer un autre diagnostic.
- ➔ Évaluer la probabilité pré-test de cardiopathie ischémique selon les caractéristiques de la douleur, l'âge et le sexe :
 - PPT faible (< 5 %) : il n'est généralement pas utile de réaliser des examens complémentaires pour le diagnostic d'un SCC. Rechercher une autre affection ;
 - PPT élevée (> 15 %) : groupe dans lequel les tests non invasifs sont les plus bénéfiques ;
 - PPT intermédiaire (entre 5 et 15 %) : groupe dans lequel des tests diagnostiques peuvent être envisagés après avoir évalué la probabilité clinique globale en fonction des modificateurs de la probabilité pré-test (facteurs de risque cardio-vasculaire, ECG d'effort, échocardiographie, score calcique).
- ➔ Réaliser une échocardiographie de repos.

- ➔ Choisir le ou les tests de confirmation diagnostique :
 - chez les patients chez qui la revascularisation n'est pas envisageable en raison de comorbidités et/ou de leur qualité de vie globale, le diagnostic de cardiopathie ischémique peut être posé cliniquement, et seul un traitement médical est nécessaire ;
 - chez les patients chez lesquels la cardiopathie ischémique ne peut être exclue par évaluation clinique seule, recourir à des tests diagnostiques non invasifs :
 - coroscanner en cas de probabilité faible ou intermédiaire de cardiopathie ischémique (PPT \leq 15 %),
 - tests fonctionnels (imagerie non invasive : échocardiographie, IRM ou scintigraphie de stress) en première intention ou test d'effort en seconde intention chez les patients avec une probabilité de cardiopathie ischémique élevée (> 15 %) pour guider une revascularisation myocardique ;
 - chez un patient avec une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique, la coronarographie n'est nécessaire à des fins diagnostiques qu'en cas de tests non invasifs non concluants.
- ➔ Évaluer le risque d'événement ischémique aigu (SCA, mortalité totale annuelle) à partir de l'évaluation clinique, de l'évaluation de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) par échocardiographie au repos et, dans la majorité des cas, d'une évaluation non invasive de l'ischémie ou de l'anatomie coronaire.

Traiter un patient atteint de syndrome coronarien chronique

- ➔ Le traitement médical doit être adapté aux caractéristiques et préférences de chaque patient.
- ➔ Chez tous les patients :
 - mesures non médicamenteuses (éducation thérapeutique du patient, réadaptation cardio-vasculaire, correction systématique et intensive des facteurs de risque avec activité physique régulière, alimentation équilibrée, arrêt du tabac), avec l'aide possible de thérapie cognitivo-comportementale, soutien psychologique si besoin ;
 - traitement médicamenteux antiangineux, antithrombotique, IEC et hypolipémiant (statine, etc.) :
 - le traitement antithrombotique est adapté à chaque patient coronarien en fonction du risque ischémique, du risque hémorragique, et du contexte clinique : angioplastie récente, nécessité d'un traitement anticoagulant au long cours (fibrillation atriale),
 - le traitement par statine est complété, si les objectifs ne sont pas atteints chez les patients avec antécédents de SCA, par ézétimibe et si besoin par inhibiteur des PCSK9.

- ➔ Vaccination antigrippale pour tous les patients atteints de SCC et vaccination antipneumococcique si une insuffisance cardiaque est associée au SCC.
- ➔ Chez les patients symptomatiques à risque faible : traitement médicamenteux anti-ischémique de première intention (dérivé nitré d'action rapide en cas de douleur et bêtabloquant ou inhibiteur calcique en première intention).
- ➔ 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.
- ➔ Revascularisation : la décision de revasculariser par angioplastie transluminale ou par pontage aorto-coronarien repose sur la présentation clinique (présence ou absence de symptômes), sur la documentation existante d'ischémie et sur son extension, sur l'existence d'une dysfonction ventriculaire gauche systolique, sur l'existence de comorbidité, et sur le choix du patient. En l'absence de documentation existante d'ischémie, la décision de revascularisation est guidée par l'évaluation invasive de la sévérité de la sténose (par FFR ou IFR).

Suivre un patient atteint de syndrome coronarien chronique

- ➔ Le suivi clinique est différent selon le délai de survenue de la revascularisation myocardique ou d'un SCA.
- ➔ Patients avec symptômes contrôlés après une revascularisation myocardique ou un SCA (< 12 mois) :
 - au moins 2 consultations la première année ;
 - réévaluation de la fonction ventriculaire gauche (VG) entre 8 et 12 semaines après l'événement chez les patients avec une dysfonction VG avant la revascularisation ou survenue après un SCA ;
 - recherche éventuelle d'une ischémie résiduelle sous traitement (qui servira de référence pour le suivi ultérieur, et pouvant être effectuée lors d'une réadaptation cardiaque).
- ➔ Patients au-delà de 1 an après une revascularisation myocardique ou un SCA.
 - Si patient asymptomatique ;
 - une consultation annuelle chez un cardiologue est recommandée pour réévaluer tout changement potentiel du niveau de risque des patients, comportant une évaluation clinique des règles hygiéno-diététiques, l'atteinte des objectifs dans la gestion des facteurs de risque cardio-vasculaire, et le développement de comorbidités
 - ECG à chaque visite ;
 - bilan biologique (bilan lipidique, glycémie, fonction rénale, hémogramme) tous les 2 ans, et plus fréquemment si besoin ;
 - échocardiographie (FEVG, dimensions cardiaques, statut valvulaire) : tous les 3 à 5 ans ;

- test d'ischémie non invasif sous traitement (privilégier l'imagerie de stress) : tous les 3 à 5 ans ;
- chez les patients chez qui une stratification non-invasive des risques indique un risque élevé, et pour qui la revascularisation est considérée pour l'amélioration du pronostic, une coronarographie est souhaitable.
- Si patient symptomatique :
 - stratification des risques chez les patients qui présentent de nouveaux symptômes ou dont les symptômes s'aggravent, en utilisant l'imagerie de stress ou alternativement, un ECG d'effort ;
 - coronarographie (avec FFR/iFR si nécessaire) pour une stratification des risques chez les patients ayant une cardiopathie ischémique sévère, en particulier si les symptômes sont réfractaires au traitement médical ou qui ont un profil clinique à haut risque ;
 - réévaluer la cardiopathie ischémique chez les patients ayant une majoration de la dysfonction systolique de ventricule gauche non liée à une cause réversible ;
 - orienter rapidement les patients dont les symptômes s'aggravent de manière importante pour évaluation cardiologique.
- ➔ Chez les patients en activité professionnelle, évaluer la pénibilité du poste et des conditions de travail, et si besoin les adapter.

Évaluation de la probabilité de maladie coronaire

La probabilité prétest de maladie coronarienne est évaluée au moyen du tableau suivant [en fonction de l'âge, du sexe, du type de douleur thoracique et de la présence d'une dyspnée (tableau ci-dessous)]. Cette évaluation est commune à l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours de soins.

Tableau. Estimation de la probabilité prétest (PPT) (%) chez des patients ayant des douleurs thoraciques chroniques (ESC 2019)

Âge	Typique		Atypique		Non angineux		Dyspnée	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
30-39	3 %	5 %	4 %	3 %	1 %	1 %	0 %	3 %
40-49	22 %	10 %	10 %	6 %	3 %	2 %	12 %	3 %
50-59	32 %	13 %	17 %	6 %	11 %	3 %	20 %	9 %
60-69	44 %	16 %	26 %	11 %	22 %	6 %	27 %	14 %
70 et plus	52 %	27 %	34 %	19 %	24 %	10 %	32 %	12 %

– **Cases grises : PPT faible (< 5 %)**

- ➔ Groupe de patients pour lequel il n'est pas utile de réaliser des examens complémentaires pour le diagnostic d'une cardiopathie ischémique.
- ➔ Rechercher une autre affection.

– **Cases vert foncé : PPT élevée (> 15 %)**

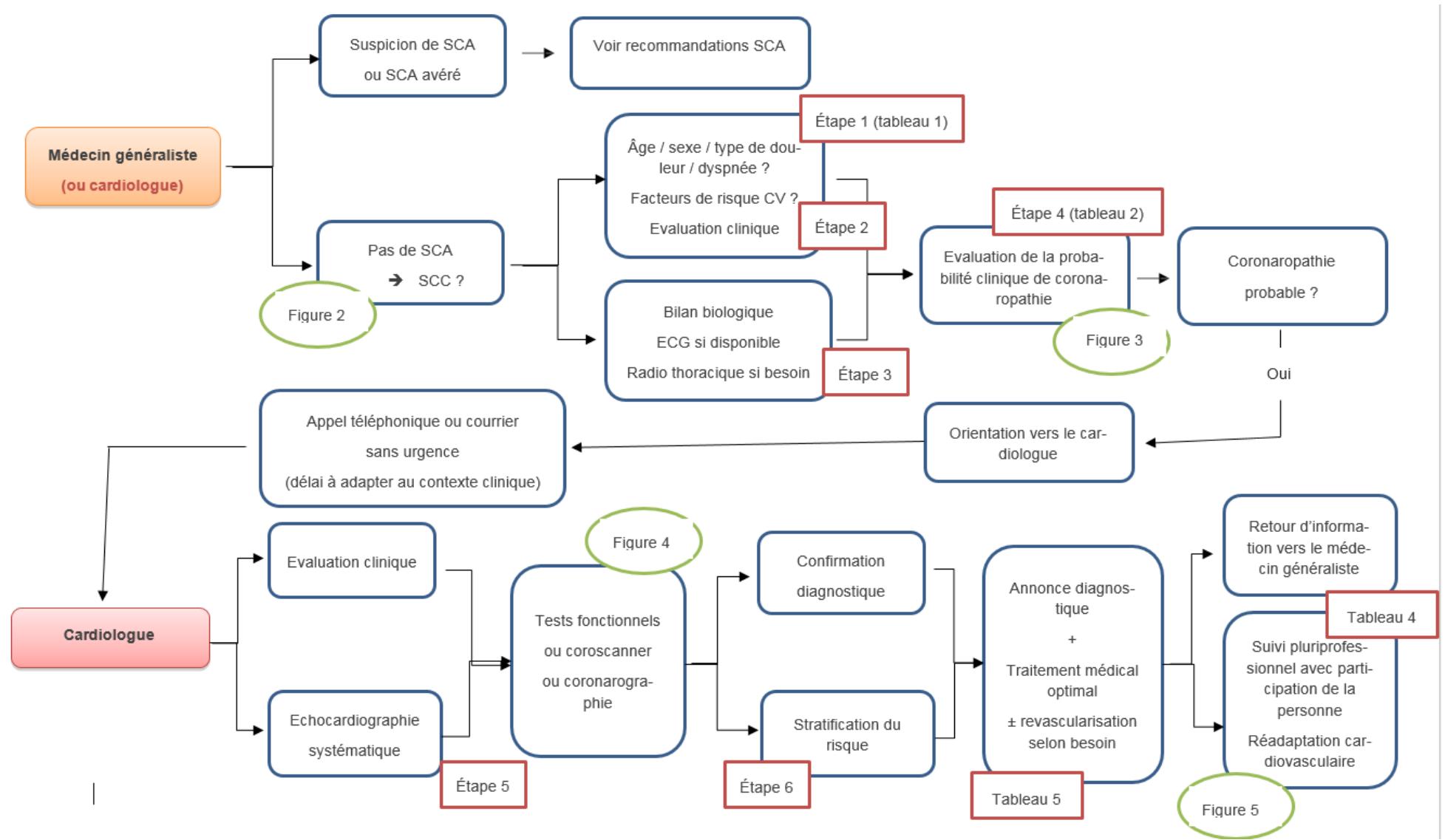
- ➔ Groupe pour lequel les tests non invasifs sont les plus bénéfiques.

– **Cases vert clair : PPT intermédiaire (entre 5 et 15 %)**

- ➔ Groupe dans lequel des tests diagnostiques peuvent être envisagés après avoir évalué la probabilité clinique globale de cardiopathie ischémique en fonction des modificateurs de la PPT.

Ces modificateurs concernent les autres éléments déterminant le risque de maladie coronaire obstructive : facteurs de risque cardiovasculaire, ECG de repos ou d'effort, échocardiographie et score calcique.

Vue d'ensemble du parcours de soins d'un patient atteint de SCC



Ce document présente les points essentiels de la publication : **Syndrome coronarien chronique : les points critiques du parcours,**
Méthode, avril 2021

Toutes nos publications :



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social