Patient tritronculaire et score SYNTAX : angioplastie ou chirurgie ?

→ **M.C. MORICE**
ICPS, Institut Hospitalier Jacques Cartier, MASSY.

Bien que la stratégie de revascularisation préconisée dans la prise en charge thérapeutique des patients atteints de lésions coronaires tritronculaires reste la chirurgie de pontage, les substantiels progrès réalisés en cardiologie interventionnelle depuis l'avènement des stents nus et puis actifs ont permis l'élargissement des indications d'angioplastie aux lésions coronaires complexes pluritronculaires ou siégeant dans le tronc commun.

A l'ère des stents nus, de nombreux essais randomisés avaient déjà évalué les résultats comparés de la chirurgie et de l'angioplastie au sein de populations de patients pluritronculaires. Une première méta-analyse [1] de 4 de ces essais a fait ressortir des taux similaires de décès, d'AVC et d'IDM pour les deux techniques. Seul le taux de réintervention observé chez les patients traités par angioplastie explique l'incidence plus élevée d'événements à 5 ans associée à cette stratégie. Une autre méta-analyse récente [2] de 10 essais randomisés comparant la chirurgie de pontage et les stents nus a également montré l'absence significative de différence en ce qui concerne la mortalité et le taux d'IDM à 5 ans, sauf pour le sous-groupe des patients diabétiques traités par angioplastie, dont le taux de mortalité est plus élevé par rapport aux patients opérés.

En contrepoint à ces travaux, l'étude SYNTAX a été conduite dans 62 centres européens et 23 centres aux Etats-Unis, avec pour objectif de déterminer la technique de revascularisation la plus efficace chez les patients porteurs de lésions tritronculaires ou du tronc commun et d'identifier le type de patients ne relevant que d'une seule de ces deux stratégies de traitement, la chirurgie de pontage ou l'angioplastie avec implantation de stents actifs [3].

1 800 patients ont été assignés par randomisation à l'un ou l'autre groupe de traitement et les 1 275 patients pour lesquels une seule option thérapeutique était envisageable ont été inclus dans des registres intégrés à l'étude. La survenue d'événements cardiaques et cérébrovasculaires majeurs, incluant les revascularisations itératives au cours d'une période de 12 mois après la randomisation, constituait le critère primaire de l'étude sur lequel a été menée une analyse de non-infériorité.

La non-infériorité de la stratégie de revascularisation par angioplastie et implantation de stents actifs n'a pas été démontrée, le taux d'événements à 12 mois étant significativement plus élevé chez les patients traités par angioplastie (17,8 % contre 12,4 % chez les patients pontés). Il faut cependant noter que si le taux de réintervention observé chez les patients stentés est supérieur et explique la différence en termes de survenue d'événements, les taux de mortalité et d'IDM sont en revanche équivalents dans les deux groupes de traitement avec une incidence d'AVC significativement plus élevée chez les patients opérés.

A l'occasion de l'étude SYNTAX, un score, dit score SYNTAX, a été mis au point afin de mieux décrire la complexité et la sévérité des lésions coronaires et de permettre la corrélation du risque de survenue d'événements majeurs avec les caractéristiques anatomiques des lésions. En pratique, un taux d'événements accru a été observé chez les patients traités par angioplastie et dont le score SYNTAX était élevé (les deux terciles supérieurs) alors que les résultats rapportés chez les patients du même groupe avec un score SYNTAX inférieur à 22 étaient comparables à ceux des patients pontés (***fig. 1***).

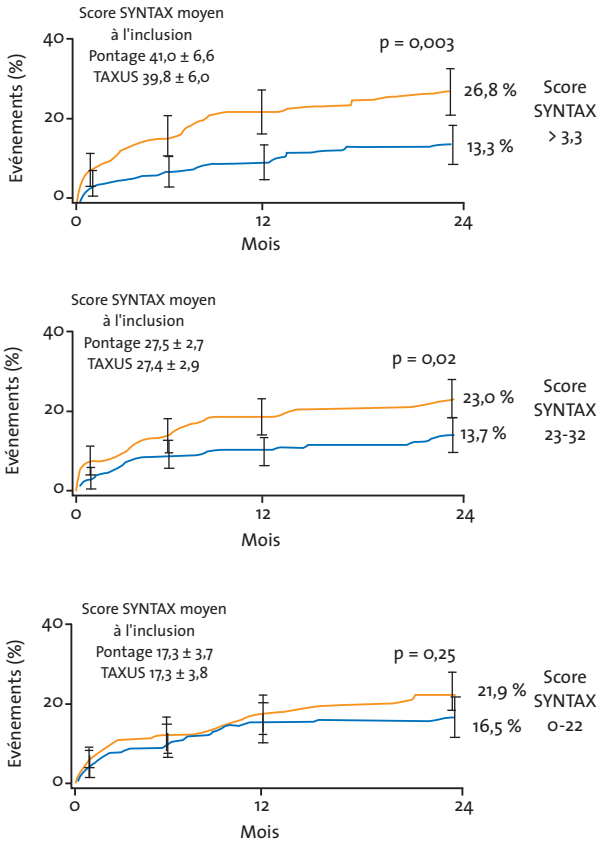

Fig. 1.

Au vu de l'étude SYNTAX, on peut donc conclure que si la chirurgie reste la stratégie de revascularisation la plus appropriée pour les patients les plus complexes (terciles supérieurs du score SYNTAX), l'angioplastie avec implantation de stents actifs demeure une option thérapeutique efficace pour les patients présentant des lésions moins complexes (score SYNTAX ≤ 22).

La valeur prédictive du score SYNTAX démontrée dans l'étude du même nom a été retrouvée dans d'autres études, ce qui semble suggérer qu'il pourrait avoir une place de choix dans l'arsenal des outils décisionnels facilitant la stratification des patients en pratique clinique courante.

Bibliographie

1. Daemen J, Boersma E, Flather M *et al.* Long-term safety and efficacy of percutaneous coronary intervention with stenting and coronary artery bypass surgery for multivessel coronary artery disease. A meta-analysis with 5-year patient-level data from the ARTS, ERACI-II, MASS-II and SoS Trials. *Circulation*, 2008 ; 118 : 1 146-54.
2. Hlatky M, Boothroyd D, Bravata *et al.* Coronary artery bypass surgery compared with percutaneous coronary interventions for multivessel disease : a collaborative analysis of individual patient data from ten randomised trials. *Lancet*, 2009 ; 373 : 1 190-7.
3. Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP *et al.* Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med*, 2009 : 360 : 961-72.