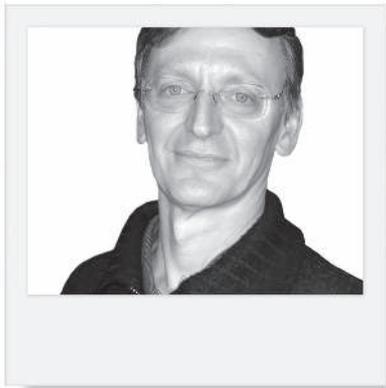


Une remise en question : l'étude STICH ne montre pas de bénéfice de la revascularisation coronaire dans l'insuffisance cardiaque, même en cas de viabilité



→ F. DIEVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Les essais cliniques ayant évalué la revascularisation myocardique par pontage comparativement au traitement médical ont été effectués dans la décennie 1970. Les résultats de ces études ont été analysés dans des méta-analyses ayant abouti à la conclusion que plus le pronostic d'un patient est mauvais, plus la chirurgie de revascularisation coronaire a de probabilités d'apporter un bénéfice clinique. C'est ainsi qu'elle est préconisée en cas de sténose du tronc commun coronaire, de lésions tritronculaires avec atteinte de l'IVA proximale et en cas de dysfonction ventriculaire gauche. Cette dernière avait été définie par une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) inférieure à 50 %, les patients

ayant des FEVG inférieures à 35 % n'ayant le plus souvent pas été inclus dans ces études.

Dans les suites de ces études, il a été admis qu'une revascularisation coronaire devait être proposée chez les patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche et une maladie coronaire.

En parallèle sont apparues les notions de viabilité et de myocarde hibernant et divers moyens d'évaluer la viabilité myocardique.

>>> Le concept d'hibernation myocardique est apparu après une publication de Rahimtoola en 1982 ayant montré une amélioration nette de la fonction cardiaque après chirurgie de pontage coronaire chez un patient qui avait préalablement une occlusion de l'IVA, une akinésie antéro-apicale. Depuis, plusieurs études ont indiqué que c'est essentiellement les patients chez qui existait une viabilité myocardique qui tiraient bénéfice de la revascularisation myocardique, et ce tant en termes d'amélioration symptomatique que pronostique.

>>> Le concept de myocarde hibernant repose sur la notion qu'en cas de diminution des apports énergétiques à une partie du myocarde par occlusion coronaire, les myocytes utilisent l'énergie disponible pour préserver leur intégrité plutôt que de l'utili-

ser pour la contraction cellulaire. Le retour à des apports énergétiques appropriés permettrait alors le retour de la fonction contractile.

L'analyse de registres et de quelques essais cliniques a par la suite renforcé l'importance de ce concept en indiquant que seuls les patients chez lesquels étaient mis en évidence des signes de viabilité tiraient une amélioration pronostique après revascularisation coronaire.

Ainsi, la pratique cardiologique s'est orientée vers la recherche d'une maladie coronaire et d'une viabilité myocardique afin de proposer une revascularisation ciblée aux patients ayant une viabilité pour en améliorer le pronostic (**tableau 1**). Cette attitude repose-t-elle sur des preuves suffisantes? C'est la question qu'a évalué l'étude STICH.

L'étude STICH

L'étude STICH (*Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure*) a eu comme objectif d'évaluer, comparativement au traitement médical seul, l'effet de la revascularisation coronaire par pontage chez des patients ayant une altération de la fonction cardiaque définie par une FEVG à 35 % et une maladie coronaire.

Les principaux critères d'exclusion étaient une sténose significative du

	Catégories anatomiques de maladie coronaire	Classe	Niveau
Pour l'amélioration du pronostic	Sténose du tronc commun coronaire > 50 %	I	A
	Toute atteinte de l'IVA proximale > 50 %	I	A
	Atteinte bi- ou tritronculaire avec une dysfonction ventriculaire gauche	I	B
	Une ischémie démontrée de plus de 10 % du myocarde	I	B
	Une seule artère coronaire perméable avec une lésion > 50 %	I	C
	Lésion monotronculaire sans atteinte de l'IVA proximale sans ischémie de plus de 10 % du myocarde	III	A
Pour l'amélioration des symptômes	Toute lésion > 50 % avec un angor limitant ou un équivalent d'angor, ne répondant pas au traitement médical optimal	I	A
	Dyspnée ou insuffisance cardiaque et au moins 10 % de territoire myocardique ischémié ou viable sous la dépendance d'une lésion > 50 %	IIa	B
	Pas de symptôme limitant sous traitement médical optimal	III	C

TABLEAU I : Indications, classes et niveaux de preuve pour la revascularisation coronaire dans l'angor stable et l'ischémie silencieuse selon les recommandations de la Société européenne de cardiologie de 2010.

tronc commun coronaire gauche et un angor limitant les activités de la vie quotidienne.

Cet essai thérapeutique contrôlé a inclus 1212 patients, âgés en moyenne de 60 ans, ayant une FEVG en moyenne à 28 %, ayant dans 91 % des cas des lésions tritronculaires et dans 68 % des cas une lésion de l'IVA proximale. Dans le groupe devant avoir une chirurgie coronaire, 91 % des patients l'ont eue, avec dans 91 % au moins un pontage artériel. Le suivi moyen a été de 56 mois.

Le résultat principal de cette étude a été de montrer qu'il n'y a pas de différence significative dans l'incidence de la mortalité totale (critère primaire de l'étude) entre le groupe traité chirurgicalement et le groupe traité médicalement avec une incidence de 36 % dans le groupe opéré et de 41 % dans le groupe traité médicalement (risque relatif: 0,86; IC 95 %: 0,72-1,04; p = 0,123).

Les analyses complémentaires et l'étude de la viabilité

Si l'incidence de la mortalité n'a pas été différente au terme du suivi moyen de 56 mois, il y a eu des différences nettes concernant ce critère en fonction du temps :

Dans le groupe opéré, par rapport au groupe traité médicalement,

- la mortalité totale a été plus élevée les 30 premiers jours dans le groupe opéré par rapport au groupe traité médicalement (risque relatif: 3,12; p = 0,009),
- la mortalité totale a été équivalente dans les deux groupes entre le 31^e jour et la fin de la deuxième année,
- la mortalité totale a été plus faible entre le 730^e jour et la fin de l'étude dans le groupe traité chirurgicalement que dans le groupe traité médicalement (risque relatif: 0,68; p = 0,004).

Il a été mis en évidence une diminution, définie par les auteurs comme

étant significative, de la somme de la mortalité totale et des hospitalisations chez les patients ayant eu une chirurgie de pontage.

Une étude de la viabilité myocardique avait été effectuée chez 601 patients par échocardiographie de stress à la dobutamine et/ou par tomographie par émission de positons. Parmi ces patients, une viabilité a été mise en évidence selon des critères prédéfinis chez 487 et chez les 114 autres, il n'y avait pas de signes de viabilité.

Cette analyse complémentaire, rapportée dans une communication distincte des résultats principaux de l'étude et ayant fait l'objet d'une publication indépendante dans le *New England Journal of Medicine* a apporté deux renseignements majeurs.

>>> Le premier est que les patients ayant des signes de viabilité myocardique ont eu un meilleur pronostic que ceux n'en ayant pas. La mortalité totale

à 56 mois a été de 37 % chez les premiers contre 51 % chez les seconds. Mais l'élément marquant a été que, chez les patients ayant des signes de viabilité, la FEVG était plus basse et le ventricule gauche plus dilaté. Or, après ajustement sur ces variables, la présence d'une viabilité n'était plus un marqueur de risque indépendant.

>>> Le second renseignement est que l'existence d'une viabilité n'a pas eu d'incidence sur le résultat de l'étude : la revascularisation n'a pas été supérieure au traitement médical, qu'un patient ait eu ou non des signes de viabilité.

En synthèse

Dans l'étude STICH, la première à évaluer comparativement la chirurgie de pontage coronaire comparativement au traitement médical chez des patients ayant une maladie coronaire et une diminution de la FEVG inférieure à 35 %, la revascularisation coronaire n'a pas diminué la mortalité totale à 5 ans (critère primaire), et ce qu'il existe ou non des signes de viabilité myocardique.

Il s'agit donc d'une remise en cause de certains des fondements de la pra-

tique cardiologique qui avaient soit un niveau de recommandation IB soit IIaB dans les recommandations les plus récentes.

Conflits d'intérêts de l'auteur : Honoraires pour conférence ou conseils pour les laboratoires Abbott, Astra-Zeneca, BMS, Boehringer-Ingelheim, Ipsen, Menarini, MSD, Novartis, Pfizer, Roche-Diagnostics, Sanofi-Aventis France, Servier, Takeda.