



J.M. FOULT  
Hôpital Américain, NEUILLY.

## Editorial

**S'**agissant de sténoses coronaires, nous sommes tellement habitués à l'usage du mot "significatif" que le sens premier de ce terme tend à passer au second plan. On assimile volontiers une sténose "significative" à une sténose "serrée", autrement dit, on fait facilement l'amalgame entre l'anatomique et le fonctionnel. Est-ce justifié ?

L'usage d'un critère anatomique unique : "Une sténose significative est une sténose réduisant la lumière vasculaire de 50 % en diamètre" a pour lui le mérite de la simplicité, mais il n'a que celui-là. Dans la pratique, une sténose a toutes les chances d'être "stentée" dès lors qu'elle aura été qualifiée de "significative". Ce jugement est donc lourd de conséquences, cela d'autant que le bénéfice du stenting systématique dans l'angor stable, et a fortiori chez les sujets asymptomatiques, est remis en question depuis quelques années par une série de travaux dont les résultats sont homogènes et convergents.

L'évaluation anatomique des sténoses coronaires repose actuellement sur des techniques faisant appel aux rayons X (coronarographie et scanner). Ces méthodes ont leurs limites. La coronarographie est une technique en projection dont la résolution temporelle est bonne (20 à 50 msec) et dont la résolution spatiale est adéquate (environ 10 % d'erreur pour l'estimation de la sévérité d'une sténose dans un vaisseau de 3 mm de diamètre). Le scanner est une technique tomographique dont la résolution temporelle (plus de 170 msec) et spatiale (marge d'erreur 30 % dans les mêmes conditions) ne permet qu'une estimation semi-quantitative de la sévérité d'une sténose.

Surtout, la principale limite de ces méthodes dites "anatomiques" est qu'elles considèrent l'artère coronaire comme un tube inerte, une chose. Or c'est un organe vivant dont les propriétés vasomotrices sont aussi réelles que changeantes. La fonction endothéliale, notamment, est particulièrement sensible aux facteurs de risque, au régime alimentaire, à l'exercice physique, à l'environnement neuro-hormonal, à l'inflammation... Une plaque dont l'endothélium est altéré a un risque très augmenté de s'ulcérer, se rompre ou se thromboser. L'aspect radiologique d'une sténose ne permet pas, à l'évidence, de connaître l'état de sa fonction endothéliale, de sa vasomotricité, de sa biologie.

Le message que nous souhaitons faire passer dans ces quelques lignes est le suivant : plus les progrès techniques mettront à notre disposition une imagerie "anatomique" coronaire non invasive de bonne qualité, plus il faudra garder présent à l'esprit que l'évaluation fonctionnelle est nécessaire. L'évaluation fonctionnelle teste les capacités biologiques du vaisseau qui sont un indicateur de sa propension à générer certaines complications. Le risque évolutif d'une sténose ne s'inscrit pas uniquement dans sa géométrie, mais aussi, et peut-être surtout, dans sa biologie. Les tests fonctionnels intègrent ces deux éléments ; ils donnent un accès à la sténose "organe vivant", et permettent de savoir un peu mieux ce qu'elle "signifie". ■