REVUES GÉNÉRALES
Recommandations ESC

La prise en charge du polyvasculaire : les recommandations de l'ESC 2011

RÉSUMÉ : Parmi les questions pratiques non résolues dans le domaine cardiovasculaire, la prise en charge du patient polyvasculaire représente un exemple typique. Près d'un tiers de nos patients athéromateux sont en effet des polyvasculaires qui sont à très haut risque cardiovasculaire ; leur prise en charge globale est encore aujourd'hui mal standardisée.

Les recommandations de l'ESC 2011 sur la prise en charge des artériopathies périphériques sont les premières à présenter un chapitre spécifique produit par une équipe multidisciplinaire et consacré au patient polyvasculaire. En voici les grandes lignes.

→ **V. ABOYANS**
Service de Cardiologie,
CHU, LIMOGES.

Dans ce document, le patient polyvasculaire est défini par la présence de deux localisations cliniques de l'athérosclérose, même si ce même document discute du dépistage des lésions asymptomatiques. Le ***tableau I*** présente la règle générale des niveaux de recommandations et de preuve, tels qu'habituellement présentés par l'ESC. Ces recommandations insistent d'emblée sur la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge de ces patients, où le cardiologue a un rôle essentiel, compte tenu du pronostic sévère de ces patients essentiellement dû à un risque coronaire accru. Elles insistent aussi sur la nécessité d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet, première étape de tout dépistage.

Les scénarios de présentation du patient polyvasculaire sont multiples. Les recommandations se sont limitées aux deux situations les plus fréquemment rencontrées par les cardiologues : la question du dépistage des atteintes périphériques chez le coronarien, et celle du dépistage et de la prise en charge de la maladie coronaire en cas d'atteinte vasculaire périphérique.

Le dépistage vasculaire chez le coronarien

Deux éléments sont à prendre en compte afin de mieux appréhender l'intérêt de ce dépistage. Chez le coronarien, au cours du suivi, près d'un quart des événements cardiovasculaires sont des accidents non coronaires, avec au premier chef les AVC. Par ailleurs, les coronariens ayant une atteinte vasculaire périphérique ont un pronostic coronaire plus sévère. Ainsi, le dépistage vasculaire chez un coronarien peut suivre deux objectifs : celui de détecter des lésions silencieuses mais menaçantes, telles qu'une sténose carotidienne serrée, et celui d'identifier un sous-groupe de coronariens à plus haut risque, nécessitant le cas échéant une prise en charge plus spécifique. A défaut de preuves tangibles, nous le verrons, les recommandations restent prudentes sur ce dernier point, à peu d'exceptions près. Soulignons que ce dépistage n'a véritablement de sens que chez le coronarien stable.

Chez le coronarien, la **mesure de l'IPS** doit être considérée (grade IIa, niveau C) car il s'agit du moyen le plus simple

Revues Générales
Recommandations ESC

Force des recommandations	
I	Preuves ou consensus sur l'intérêt ou l'efficacité de la procédure ou traitement.
II	Preuves contradictoires et/ou divergences d'opinion quant à l'intérêt ou l'efficacité de la procédure ou du traitement.
IIa	Le poids des preuves ou opinions est en faveur d'une utilité/efficacité.
IIb	L'utilité/efficacité est moins bien établie par les preuves et/ou opinions.
III	Preuve ou consensus sur l'inintérêt ou l'inefficacité, voire la nocivité de la procédure ou du traitement.
Niveau de preuve	
A	Données issues de plusieurs essais randomisés ou méta-analyses.
B	Données issues d'un essai randomisé ou de plusieurs études non randomisées.
C	Consensus d'experts, ou données issues de petites études ou de registres.

TABLEAU I : Classification des recommandations de l'ESC.

et le moins coûteux pour identifier un sous-groupe de patients à très haut risque, en l'absence d'antécédent ou de symptômes d'atteinte artérielle périphérique. De plus, les symptômes de l'artérite oblitérante des membres inférieurs (AOMI) dépendent du niveau d'effort, un coronarien peut paraître asymptomatique tout simplement à cause d'une limitation des efforts, soit à cause de symptômes cardiovasculaires (angor, dyspnée), soit du fait d'autres causes intercurrentes (telles que des atteintes rhumatologiques). Il est maintenant estimé que 30 à 40 % des artériopathes présentent un tableau de douleurs atypiques ne correspondant aux caractéristiques classiques de claudication. Ces patients ont souvent des douleurs d'origines multiples, mais ils restent néanmoins à risque. La prévalence d'IPS < 0,90 chez le coronarien est de l'ordre de 25-40 % dans les séries hospitalières, alors que moins de 10 % seraient détectés par l'examen clinique. En cas d'AOMI symptomatique chez un coronarien stable, le clopidogrel devrait être envisagé en tant qu'alternative à l'aspirine au long cours (grade IIa, niveau B).

Certains auteurs proposent, lors de la coronarographie, une vérification angiographique des artères rénales, compte tenu de **la fréquence non négligeable (10 à 15 %) des sténoses artérielles rénales (SAR) associées.** Le rapport bénéfice/risque d'une telle attitude n'est pas évident, si l'on tient compte de l'excès d'utilisation de produit de contraste et de l'irradiation. Chez le coronarien cliniquement suspect de SAR, l'écho-Doppler reste l'examen de premier choix (grade IIa, niveau C) et la vérification angiographique durant le cathétérisme cardiaque ne peut se justifier qu'en cas de résultat non concluant et seulement si une revascularisation rénale reste envisageable (grade IIa, niveau C). Il est à noter que l'intérêt de la revascularisation rénale chez le patient "symptomatique" (HTA ou insuffisance rénale) est remis en question au décours des essais ASTRAL et STAR. Ainsi, d'après ces recommandations, la revascularisation pourrait être réalisée, avec un niveau de force faible (grade IIb, niveau A). Cela renvoie à une prise en charge au cas par cas.

L'atteinte carotidienne sévère est relativement rare chez le coronarien, de l'ordre de 5 à 8 % dans les séries coronarographiques, c'est-à-dire les patients les plus sévères. Ainsi, le dépistage systématique n'est pas proposé chez le coronarien tout-venant. Un cas particulier est celui du coronarien candidat aux pontages : il s'agit le plus souvent d'un coronarien pluritronculaire où la probabilité d'une sténose carotidienne est plus importante. De plus, le risque d'AVC périopératoire est de l'ordre de 2 %. Ce taux augmente à 3 %, 5 % voire 7 % en présence respectivement d'une sténose carotidienne > 50 % unilatérale, bilatérale, voire d'une occlusion. A partir d'une étude ayant cherché à déterminer les critères d'une plus grande fréquence de sténoses carotidiennes chez ces patients, les recommandations considèrent **le dépistage carotidien préopératoire indiqué** (grade I, niveau B) **dans les situations suivantes :** antécédents cérébrovasculaires, souffle cervical, âge > 70 ans, coronarien pluritronculaire ou AOMI associée. Là encore, les sujets instables ayant recours à une chirurgie de pontages en urgence ne doivent pas "perdre du temps" avec un dépistage carotidien (grade III, niveau B), et cela d'autant que le risque d'AVC en cas de chirurgie carotidienne chez un coronarien instable est nettement augmenté.

Il faut souligner qu'une bonne partie des AVC périopératoires n'est pas directement liée à une sténose carotidienne. Près de 40 % des AVC périopératoires de pontages coronaires surviennent du côté controlatéral à la lésion et, dans près de 25 %, il existe des lésions multifocales bilatérales. La lésion carotidienne peut donc être la cause d'AVC, mais il s'agit surtout d'un marqueur d'une maladie diffuse augmentant la probabilité d'AVC. Notamment, un coronarien multitronculaire ayant aussi une sténose carotidienne a de fortes chances de présenter aussi des plaques athéromateuses aortiques pouvant être source d'accident thrombo-embolique, notamment lors du clampage aortique. Le ***tableau II*** présente les résultats récents de la chirurgie carotidienne associée à la

Etude	Année	n	Décès (%)	AVC (%)	IDM (%)	Décès ou AVC (%)
Char *et al.*	2002	154	3,9	3,9	–	7,8
Naylor *et al.*	2003	7863	4,5	4,5	3,9	8,4
Brown *et al.*	2003	226	6,6	12	–	17,7
Ricotta *et al.*	2005	744	4,4	5,1	–	8,1
Hill *et al.*	2005	669	4,9	8,5	–	13,0
Kolh *et al.*	2006	311	6,1	5,5	2,2	11,6
Cywinski *et al.*	2006	272	5,2	5,2	2,9	12,4
Byrne *et al.*	2006	702	–	–	–	4,4
Kougias *et al.*	2007	277	3,6	2,8	0,7	7,4
Dubinsky *et al.*	2007	7073	5,6	4,9	–	9,7
Timaran *et al.*	2008	26197	5,4	3,9		8,6

TABLEAU II : Résultats à 30 jours de la chirurgie carotidienne + coronaire dans les séries récentes.

chirurgie cardiaque. Par ailleurs, certaines séries d'angioplasties carotidienne dans ce contexte de chirurgie carotidienne présentent des résultats favorables (***tableau III***), mais il n'est pas encore clair si cette stratégie est supérieure à l'endartériectomie chez le coronarien. En l'absence d'essai thérapeutique, la décision d'une revascularisation carotidienne doit être discutée ici au cas par cas, lors d'une réunion multidisciplinaire incluant un neurologue (I-C). En cas de sténose symptomatique à 70-99 %, une revascularisation est indiquée (I-B).

Le dépistage coronaire chez le patient vasculaire

Un patient ayant une atteinte vasculaire périphérique est à risque de décès coronaire équivalent à celui d'un coronarien stable. Ainsi, le dépistage et la prise en charge d'une maladie coronaire permettraient d'améliorer le pronostic vital de ces patients. Là aussi, deux situations distinctes se proposent : celle du patient vasculaire stable suivi au long cours, et celle d'un patient nécessitant une revascularisation périphérique.

Chez les patients ayant une sténose carotidienne nécessitant une revascularisation, une atteinte coronaire mono-, bi-, tritronculaire ou une sténose du tronc coronaire a été retrouvée respectivement chez 17 %, 15 %, 22 % et 7 %. Dans un seul essai randomisant 426 patients devant bénéficier d'endartériectomie, ceux étant dans le bras "coronarographie systématique + revascularisation cas échéant" ont présenté un pronostic meilleur que le groupe "pas de coronarographie" ($p < 0,01$). Cependant, d'autres études contradictoires sont publiées, ne permettant pas de recommander une approche systématique.

Un tiers des patients ayant une AOMI présentent une maladie coronaire significative, et cette prévalence augmente avec la sévérité de l'artériopathie. En l'absence d'une chirurgie programmée, l'intérêt d'un dépistage coronaire systématique n'a pas été démontré. En effet, chez le coronarien stable tout-venant, l'étude COURAGE nous a montré l'absence de bénéfice d'une revascularisation au-delà du traitement médical optimal. Cependant l'essai COURAGE a exclu les patients sévères, tels que ceux ayant une sténose du tronc coronaire gauche ou une fraction d'éjection basse, situations pouvant être fréquentes en cas d'AOMI. Ainsi, on ne peut proposer une approche systématique chez tous les artériopathes, mais la question

Etude	n	Décès (%)	AVC (%)	IDM (%)	DC ou AVC (%)	MPE* (%)	Timing
Ziada KM *et al.*	56	5,4	1,8	3,3	7,1	14	En 2 temps
Kovacic JC *et al.*	20	0	5	5	5,0	38	En 2 temps
Randall MS *et al.*	52	13,5	5,8	–	19,2	69	En 2 temps
Mendiz O *et al.*	30	10	0	3,3	10,0	42	Simultané
Versaci F *et al.*	101	2,0	2,0	0	4,0	100	Simultané
Van der Heyden J *et al.*	356	3,7	3,1	2	4,8	40	En 2 temps
Timaran CH *et al.*	887	5,2	2,4	–	6,9	-	En 2 temps
* MPE = matériel de protection d'embolie.							

TABLEAU III : Séries d'angioplastie carotidienne chez les candidats aux pontages coronaires.

du dépistage coronaire doit se faire au cas par cas.

Quant à l'artériopathe devant bénéficier d'une revascularisation périphérique, la prise en charge est déjà codifiée dans les recommandations de l'ESC sur la gestion du risque périopératoire paru en 2009. Si la chirurgie vasculaire est une urgence mettant en jeu le pronostic du patient ou du membre, elle doit être réalisée sans délai. Si l'état cardiovasculaire du patient est instable, la chirurgie non urgente doit être repoussée et la prise en charge cardiaque devient prioritaire.

En l'absence de ces deux situations, l'intervention vasculaire étant considérée à haut risque, si le patient est limité par des activités de plus de 4 Mets et s'il a un risque périopératoire élevé, il doit être alors exploré à la recherche d'une cardiopathie ischémique. Le risque périopératoire est estimé par la présence des éléments suivants : antécédent de SCA, d'angor, d'AVC/AIT, de diabète, d'insuffisance rénale ou d'insuffisance cardiaque. En présence de plus de deux de ces facteurs de risque, le patient devrait bénéficier d'explorations non invasives, notamment une scintigraphie ou une échographie de stress. En présence d'une ischémie étendue (généralement > 5 segments), la coronarographie peut être indiquée et une revascularisation peut être envisagée, une fois encore, après décision multidisciplinaire. En cas d'ischémie moins importante, l'intervention vasculaire peut être réalisée sous bêtabloquants. Ainsi, les indications de coronarographie ou de revascularisation chez un coronarien stable bénéficiant d'une intervention vasculaire sont limitées.

Conclusion

On le voit, malgré l'effort de produire des recommandations, il est encore difficile de proposer une approche systématique de prise en charge dans plusieurs scénarios du patient polyvasculaire, soulignant la pauvreté des données, à défaut d'études spécifiques chez le polyvasculaire.

Les cardiologues doivent cependant être sensibilisés au tableau polyvasculaire et le rechercher plus souvent, car la découverte d'un tel tableau peut également influencer la prise en charge globale du patient.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.