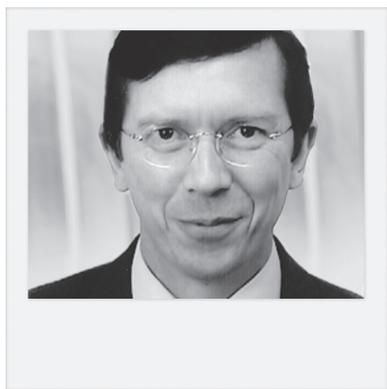


CONGRES

European Society of Cardiology

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la coronaropathie stable

Elles ont été présentées durant le congrès de l'ESC et sont publiées dans l'*European Heart Journal* (2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *Eur Heart J*, 2013; 34: 2949-3003).



→ F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
CHU, LYON.

Les principales nouveautés depuis les recommandations de 2006 sont les suivantes :

- algorithmes diagnostiques donnant plus d'importance à la probabilité prétest de maladie ;
- données pour l'évaluation de la probabilité prétest contemporaines, qui montrent une moindre prévalence des coronaropathies, notamment chez la femme ;
- place plus importante aux techniques d'imagerie moderne telles que l'IRM, le scanner coronaire et la coronarographie ;
- études plus en détail de la dysfonction microvasculaire et du vasospasme coronaire comme causes habituelles de douleurs thoraciques ;
- évaluations diagnostique et pronostique plus nettement séparées comme des étapes différentes ;
- mise à jour sur la prise en charge des facteurs de risque et la prévention des événements coronaires sévères ou sérieux ;
- approche moderne des traitements anti-ischémiques ;
- nouveaux moyens d'évaluation de l'ischémie et des lésions coronaires, nouveaux matériels et nouvelles techniques de revascularisation ;
- stratégies de revascularisation *versus* traitement médical ;
- choix du mode de revascularisation selon le profil du patient.

Principales caractéristiques de la coronaropathie stable

1. Pathogénie

Altération anatomique athérosclérotique et/ou fonctionnelle stable des vaisseaux épicaudiques et/ou de la microcirculation.

2. Histoire naturelle

Phases stables, symptomatiques ou asymptomatiques, qui peuvent être interrompues par un syndrome coronaire aigu.

3. Mécanismes de l'ischémie myocardique

- sténose fixe ou dynamique des artères coronaires épicaudiques ;
- dysfonction microvasculaire ;
- spasme coronaire épicaudique focal ou diffus ;
- les mécanismes ci-dessus peuvent coexister chez le même patient et changer au cours du temps.

4. Présentations cliniques

- **Angor d'effort causé :**
 - par des sténoses épicaudiques ;
 - par une dysfonction microvasculaire ;
 - par une vasoconstriction au niveau d'une sténose dynamique ;
 - par une combinaison de ce qui précède.

CONGRES European Society of Cardiology

● **Angor de repos causé :**

- par un vasospasme : épicardique focal, épicardique diffus, microvasculaire ;
- par une combinaison de ce qui précède.

● **Pas de symptômes :**

- du fait de l'absence d'ischémie et/ou de dysfonction VG ;
- malgré une ischémie et/ou une dysfonction VG.

● **Cardiopathie ischémique**

Symptômes et signes

1. Classification clinique traditionnelle des douleurs thoraciques

Angor typique (diagnostic certain)

Les trois caractéristiques suivantes sont présentes :

- inconfort thoracique rétrosternal de type et de durée caractéristiques ;
- provoqué par l'effort ou par l'émotion ;
- disparaissant grâce au repos et/ou aux dérivés nitrés en quelques minutes.

Angor atypique (diagnostic probable)

Deux des trois caractéristiques ci-dessus.

Douleur thoracique non angineuse

Zéro ou seulement une des caractéristiques ci-dessus.

2. Classification de la sévérité de l'angor de poitrine selon la Canadian Cardiovascular Society (CCS)

Classe I : Une activité ordinaire, telle que la marche ou la montée d'escaliers, n'entraîne pas de douleur. Il y a angine de poitrine en cas d'exercice vigoureux ou rapide ou prolongé.

Classe II : Limitation modérée de l'activité ordinaire. Angor à la marche ou la montée d'escaliers, rapide, ou après le repas ou au froid ou au vent ou lors d'un stress émotionnel, ou seulement durant les premières heures après le réveil. Marcher plus de deux pâtés de maisons à plat ou monter plus d'un étage d'escaliers dans des conditions normales et à une vitesse normale.

Classe III : Limitation marquée de l'activité physique ordinaire. Angor en marchant un à deux pâtés de maisons à plat ou en montant un étage d'escaliers dans des conditions normales et à une vitesse normale.

Classe IV : Impossibilité d'avoir une quelconque activité physique sans inconfort. L'angor peut être présent au repos.

Un pâté de maison : équivalent à 100-200 mètres.

Investigations cardiaques non invasives

L'utilisation des ressources n'est optimale que si la probabilité prétest, basée sur les données cliniques, est prise en considération avant de choisir les investigations non invasives.

>>> Une fois le diagnostic de coronaropathie stable fait, la décision du type de prise en charge dépend largement de la sévérité des symptômes, du risque d'événement cardiaque et des préférences du patient.

>>> Bilan sanguin : NFP, HbA_{1c}, glycémie à jeun (HGPO en cas de doute), créatinine, clairance de la créatinine, bilan lipidique, bilan thyroïdien si suspicion clinique, bilan hépatique après le début d'un traitement par statine, CPK s'il y a un traitement par statine et des symptômes suggérant une myopathie, BNP ou NT-proBNP en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque.

>>> Contrôle annuel du bilan lipidique, du métabolisme glucidique et de la créatininémie.

>>> Un ECG de repos est recommandé 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 la coronaropathie (I, C).

>>> Une échocardiographie transthoracique de repos est recommandée chez tous les patients :

- pour exclure des causes alternatives de douleur thoracique ;
- pour identifier des anomalies de contraction régionale suggérant une coronaropathie ;
- pour mesurer la FEVG, utile pour la stratification du risque ;
- pour évaluer la fonction diastolique.

>>> Une échographie-Doppler des artères carotides doit être envisagée afin de détecter une augmentation de l'épaisseur intima-media et/ou une plaque chez les patients avec suspicion de coronaropathie et sans maladie athérosclérotique connue (IIa, C).

>>> Un Holter rythmique est recommandé chez les patients avec coronaropathie et suspicion d'arythmie (I, C). Il doit être envisagé chez les patients avec suspicion d'angor vasospastique (IIa, C).

>>> Une radiographie thoracique est recommandée chez les patients avec tableau clinique atypique ou suspicion de maladie pulmonaire, et doit être envisagée chez les patients avec suspicion d'insuffisance cardiaque.

>>> Il y a trois étapes majeures dans la prise de décision chez les patients avec suspicion de coronaropathie stable :

- détermination de la probabilité prétest (**tableau I**) ;
- en cas de probabilité intermédiaire, réalisation d'examen non invasifs ;
- stratification du risque d'événements futurs, selon les résultats des tests non invasifs chez des patients à probabilité intermédiaire.

>>> Habituellement, une thérapeutique médicale optimale a été instituée entre la 2^e et 3^e étape.

>>> En cas de symptômes sévères avec une probabilité prétest intermédiaire-haute ou haute, une coronarographie,

Âge (ans)	Angor typique		Angor atypique		Douleurs non angineuses	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
≥ 80	93	76	78	47	65	32

TABLEAU I : Probabilité clinique prétest (%) chez des patients ayant un angor, typique ou atypique, ou des douleurs non angineuses.

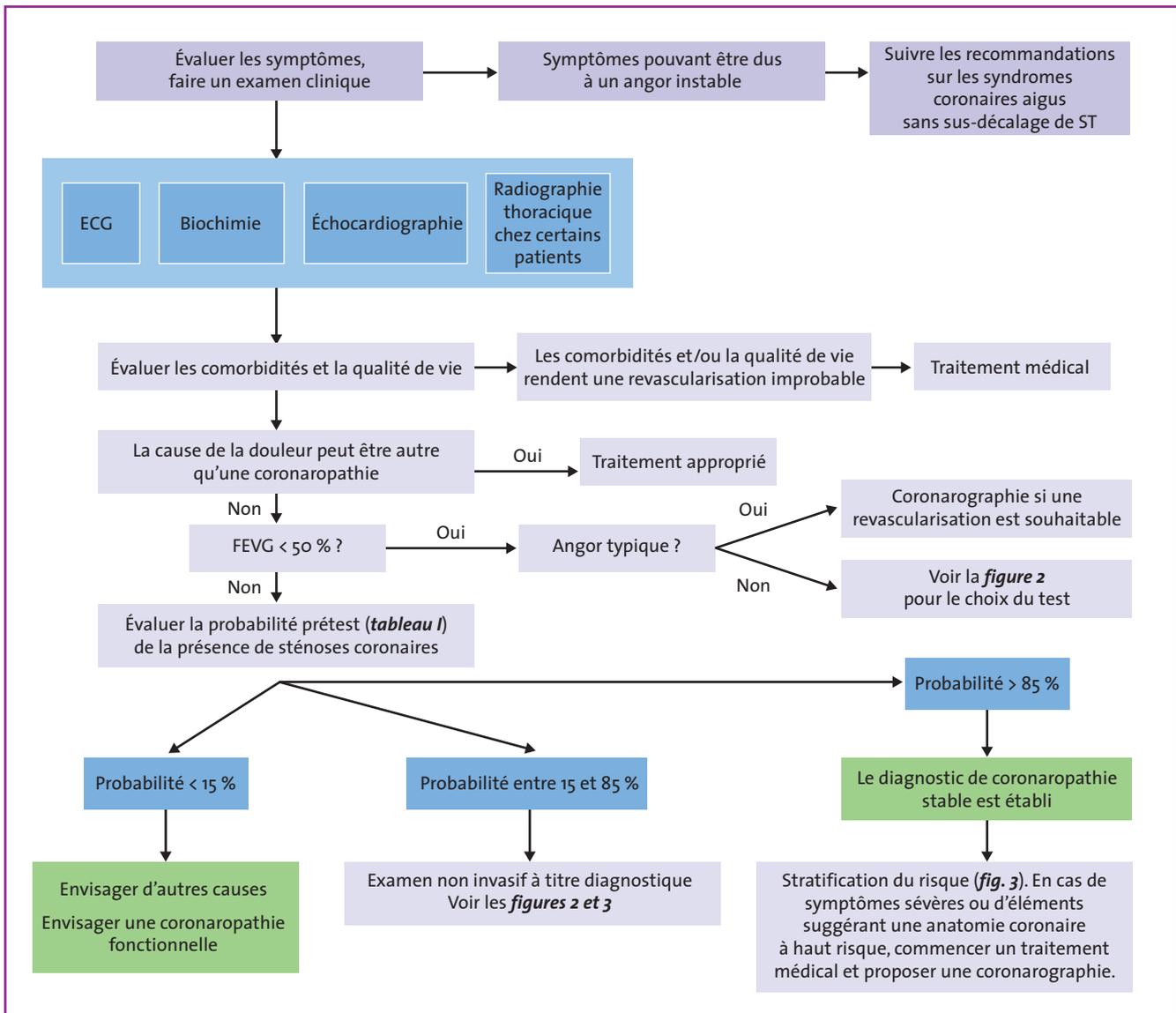


FIG. 1 : Démarche diagnostique initiale en cas de suspicion de coronaropathie stable.

CONGRES European Society of Cardiology

avec évaluation de la signification d'une sténose (habituellement par la mesure de la réserve coronaire) est appropriée, sans examen non invasif auparavant.

>>> En cas de probabilité prétest < 15 %, il n'y a pas lieu de réaliser des examens non invasifs.

>>> La démarche diagnostique initiale en cas de suspicion de coronaropathie stable est présentée dans la **figure 1**.

>>> Les examens non invasifs à faire chez les patients avec suspicion de coronaropathie stable et une probabilité prétest intermédiaire (entre 15 % et 85 %) sont présentés dans la **figure 2**.

>>> Un électrocardiogramme d'effort :
- est recommandé comme test initial pour faire le diagnostic de coronaropathie stable chez les patients avec

symptômes angineux et probabilité prétest de coronaropathie intermédiaire (15-65 %), sans traitement anti-ischémique, sauf si le patient ne peut pas faire un exercice ou si l'ECG de repos empêche l'évaluation électrocardiographique (I, B);

- doit être envisagé chez les patients prenant un traitement, afin d'évaluer le contrôle des symptômes et de l'ischémie (IIa, C);
- n'est pas recommandé à titre diagnostique en cas de sous-décalage de ST $\geq 0,1$ mV sur l'ECG de repos ou chez les patients prenant des digitaliques (III, C).

>>> Une imagerie de stress, par effort ou pharmacologique :

- est recommandée comme option initiale si l'expertise locale et la disponibilité le permettent (I, B);
- est recommandée pour diagnostiquer une coronaropathie stable si la proba-

bilité prétest est entre 66 et 85 % ou si la FEVG est < 50 % chez des patients sans angor typique (I, B);

- est recommandée chez les patients dont les anomalies sur l'ECG de repos empêchent une interprétation correcte des modifications électriques pendant le stress (I, B);
- doit être envisagée chez les patients symptomatiques ayant eu une revascularisation (angioplastie ou pontage) (IIa, B);
- doit être envisagée pour évaluer la sévérité fonctionnelle de lésions intermédiaires à la coronarographie (IIa, B).

Un stress par exercice est préférable à un stress pharmacologique (I, C).

>>> Un scanner coronaire :

- doit être envisagé comme une alternative à l'imagerie de stress pour éliminer une coronaropathie stable chez des

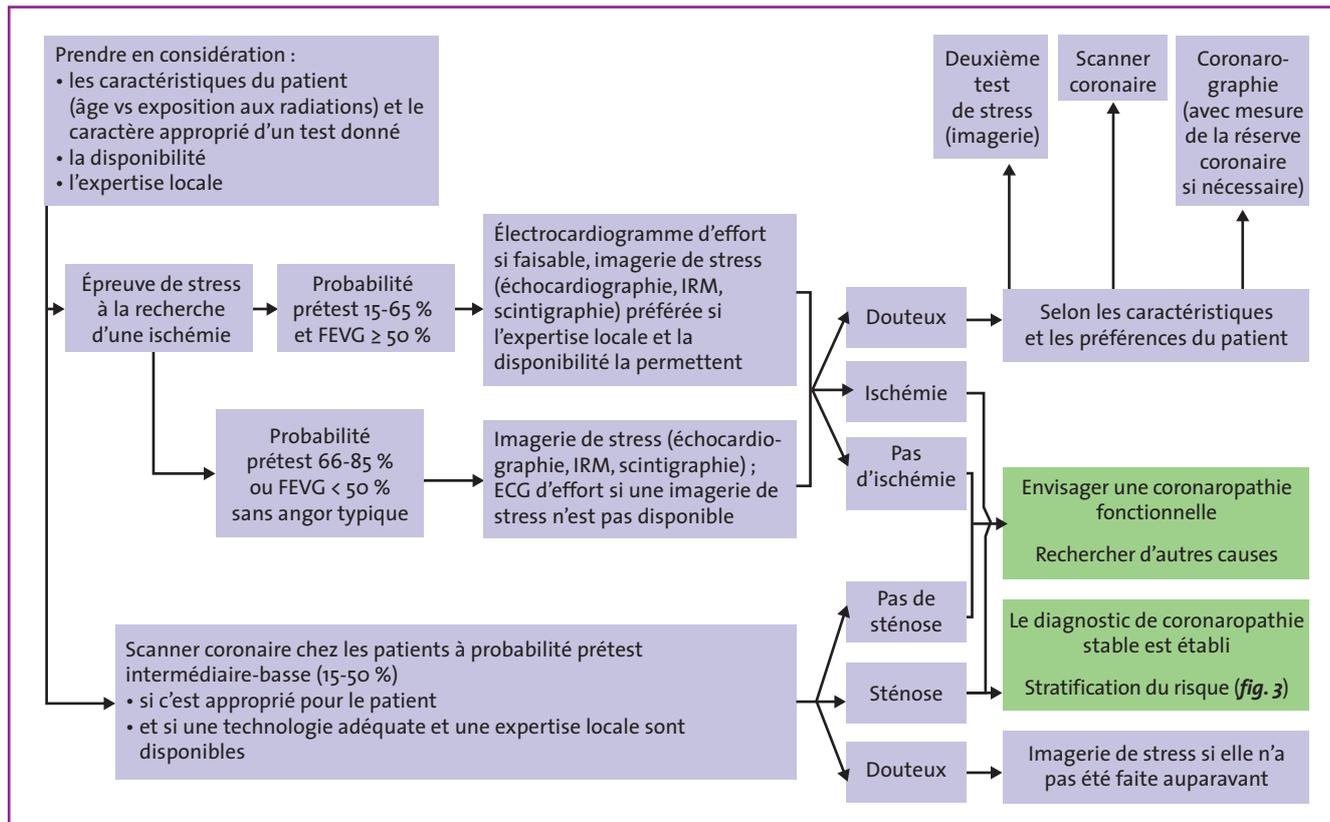


FIG. 2 : Examens non invasifs chez les patients avec suspicion de coronaropathie stable et probabilité prétest intermédiaire (entre 15 % et 85 %).

patients avec une probabilité prétest intermédiaire basse (IIa, C);

- doit être envisagé en cas de probabilité prétest intermédiaire basse, après qu'un ECG d'effort ou une imagerie de stress a été non concluant ou s'il y a une contre-indication au stress, afin d'éviter une coronarographie (IIa, C);
- n'est pas recommandé après revascularisation coronaire (III, C);
- n'est pas recommandé comme examen de dépistage chez les sujets asymptomatiques sans suspicion clinique de coronaropathie (III, C).

La détection de calcium coronaire par le scanner n'est pas recommandée pour identifier les sujets ayant une sténose coronaire (III, C).

Stratification du risque

Le haut risque est défini par une mortalité annuelle > 3 %, le bas risque par une mortalité annuelle < 1 %. Entre les deux valeurs, le risque est intermédiaire. Les définitions du risque selon le test employé sont données dans le **tableau II**.

>>> Une échocardiographie de repos est recommandée pour quantifier la

fonction VG chez tous les sujets avec suspicion de coronaropathie stable (I, C).

>>> Une stratification du risque basée sur l'évaluation clinique et sur le résultat de l'examen non invasif réalisé pour le diagnostic de coronaropathie stable est recommandée (I, B).

>>> Une imagerie de stress est recommandée pour la stratification du risque est recommandée si l'ECG d'effort n'est pas concluant (I, B).

>>> Une stratification du risque par l'ECG d'effort ou une imagerie de stress est recommandée chez les sujets avec coronaropathie stable en cas de changement significatif du niveau des symptômes (I, B).

>>> Un stress pharmacologique lors d'une échocardiographie ou d'une scintigraphie doit être envisagé en cas de BBG ou de stimulateur cardiaque (IIa, B).

>>> La prise en charge basée sur la détermination du risque chez les patients avec douleurs thoraciques et suspicion de coronaropathie stable est présentée dans la **figure 3**.

Évaluation du risque cardiovasculaire chez les patients asymptomatiques à risque de coronaropathie stable

>>> Chez les sujets hypertendus ou diabétiques, un ECG de repos doit être envisagé (IIa, C).

>>> Chez les sujets à risque intermédiaire selon SCORE (www.heartscore.org), la mesure de l'épaisseur intima-media carotide et la recherche de plaques athéroscléroseuses par l'échographie-Doppler carotide, l'index de pression systolique cheville-bras, ou la mesure du calcium coronaire par le scanner, doivent être envisagés (IIa, B).

>>> Chez les sujets diabétiques âgés de plus de 40 ans, la mesure du calcium coronaire par le scanner peut être envisagée (IIb, B).

>>> Chez les sujets non hypertendus et non diabétiques, un ECG de repos peut être envisagé (IIb, C).

>>> Chez les sujets à risque intermédiaire selon SCORE, y compris les adultes sédentaires envisageant de commencer un programme d'activité

ECG d'effort	Risque haut	Mortalité cardiovasculaire > 3 %/an.
	Risque intermédiaire	Mortalité cardiovasculaire entre 1 et 3 %/an.
	Risque bas	Mortalité cardiovasculaire < 1 %/an.
Imagerie	Risque haut	Ischémie > 10 % (scintigraphie: > 10 %; IRM: ≥ 2/16 segments avec des défauts de perfusion nouveaux ou ≥ 3 segments dysfonctionnant lors de l'épreuve à la dobutamine; échocardiographie de stress: ≥ 3 segments).
	Risque intermédiaire	Ischémie entre 1 et 10 % ou ischémie moindre que ci-dessus à l'IRM ou à l'échocardiographie de stress.
	Risque bas	Pas d'ischémie.
Scanner coronaire	Risque haut	Atteinte tritronculaire avec sténoses proximales, tronc gauche, IVA proximale.
	Risque intermédiaire	Lésions significatives dans les grosses artères, dans leur zone proximale, mais pas à haut risque.
	Risque bas	Artères coronaires normales ou seulement plaques.

TABLEAU II: Définitions du risque selon le test employé.

CONGRES European Society of Cardiology

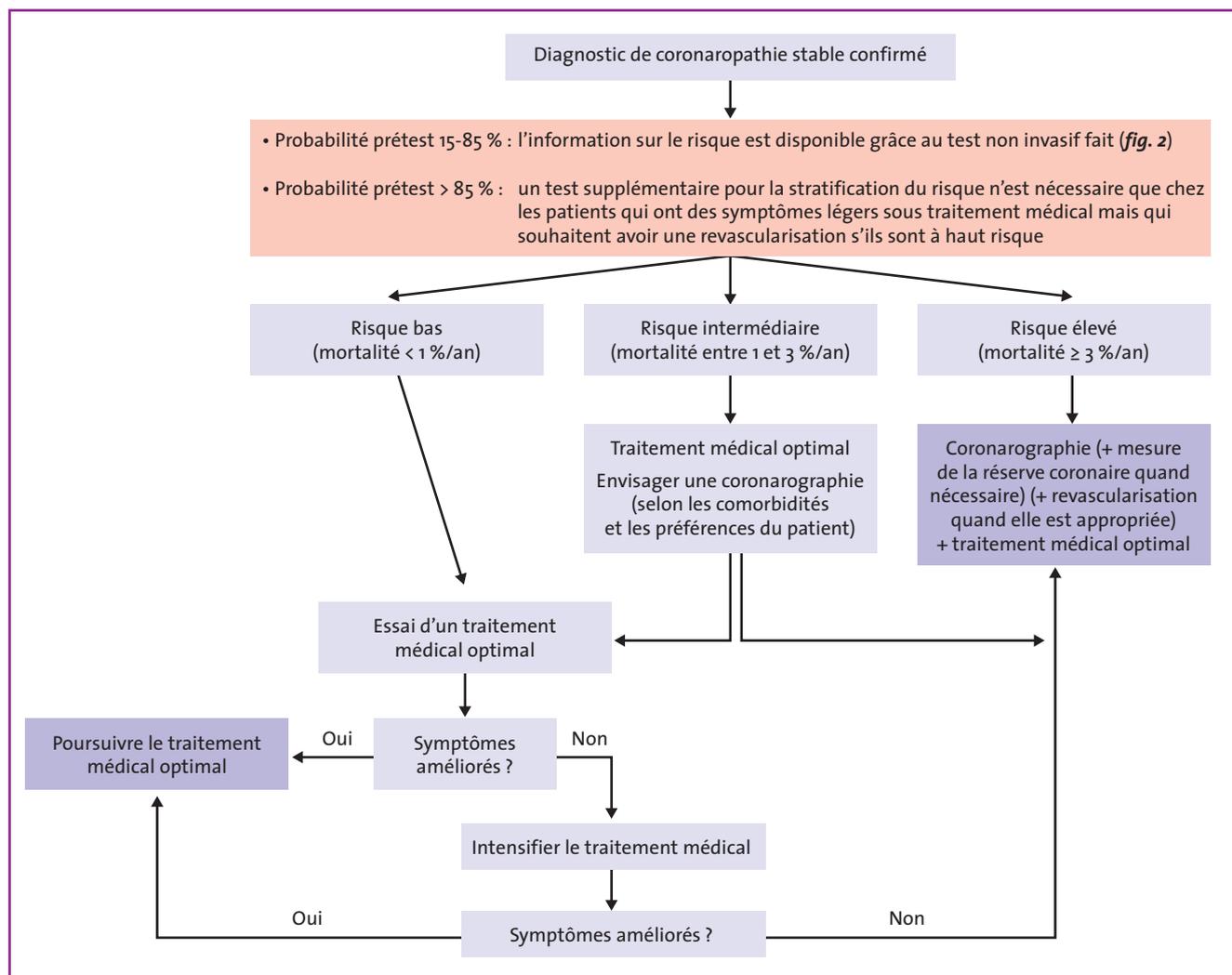


FIG. 3 : Prise en charge basée sur la détermination du risque chez les patients avec douleurs thoraciques et suspicion de coronaropathie stable.

hysique vigoureuse, un ECG d'effort peut être envisagé (IIb, B).

>>> Chez les sujets à risque bas ou intermédiaire selon SCORE, l'imagerie de stress n'est pas indiquée (III, C).

Réévaluations chez les patients avec coronaropathie stable

>>> Il est recommandé de voir les patients tous les 4 à 6 mois durant la première année après la mise en œuvre d'un traitement

pour coronaropathie stable, puis les consultations peuvent être annuelles. Les consultations doivent être faites par le médecin généraliste, qui peut adresser le patient au cardiologue en cas de doute (I, C).

>>> Un ECG de repos est recommandé chaque année, avec des ECG supplémentaires en cas de modification de l'état clinique (I, C).

>>> Un ECG d'effort ou une imagerie de stress est recommandé en cas de symptôme récurrent ou nouveau, après qu'une instabilité a été éliminée (I, C).

>>> La répétition d'un ECG d'effort ne peut être envisagée qu'après au moins 2 ans après le test précédent (sauf s'il y a eu des modifications cliniques) (IIb, C).

Angor avec artères coronaires "normales"

1. Investigations en cas de suspicion de coronaropathie microvasculaire

>>> Une échocardiographie d'effort ou sous dobutamine doit être envisagée afin d'établir si des anomalies régionales de

contraction surviennent en même temps que les douleurs thoraciques ou les modifications électriques (IIa, C).

>>> Une échocardiographie Doppler transthoracique de l'IVA avec mesure du flux coronaire diastolique après injection intraveineuse d'adénosine et au repos peut être envisagée pour l'évaluation non invasive de la réserve coronaire (IIb, C).

>>> L'injection intracoronaire d'acétylcholine et d'adénosine avec mesure Doppler peut être envisagée pendant la coronarographie, si les artères coronaires sont visuellement normales, afin d'évaluer la réserve coronaire dépendante de l'endothélium et non dépendante de l'endothélium, et de détecter un vasospasme microvasculaire/épicardique (IIb, C).

2. Investigations en cas de suspicion d'angor vasospastique

>>> Un ECG pendant la douleur est recommandé si c'est possible (I, C).

>>> Une coronarographie est recommandée chez les patients avec douleurs thoraciques de repos épisodiques caractéristiques et modifications du segment ST qui disparaissent avec les nitrés et/ou les antagonistes calciques, afin d'évaluer l'étendue de la coronaropathie sous-jacente (I, C).

>>> Une surveillance électrocardiographique du segment ST de longue durée doit être envisagée afin d'identifier une modification de ST en l'absence d'une augmentation de la fréquence cardiaque (IIa, C).

>>> Des tests intracoronaires de provocation doivent être envisagés afin d'identifier un spasme coronaire chez les sujets avec des artères coronaires normales ou des sténoses non obstructives à la coronarographie et un tableau clinique de spasme coronaire, afin de diagnostiquer le lieu et le mode de spasme (IIa, C).

Traitement

Les buts du traitement d'une coronaropathie stable sont de réduire les symptômes et d'améliorer le pronostic. La prise en charge thérapeutique inclut les modifications du mode de vie, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, le traitement médicamenteux et l'éducation du patient.

1. Modifications du mode de vie

Elles comportent l'arrêt du tabagisme, un régime alimentaire sain (*tableau III*), une activité physique régulière, le contrôle du poids, des lipides, de la tension artérielle et du métabolisme glucidique.

2. Traitement pharmacologique

Il est présenté dans la *figure 4*.

• Considérations générales

>>> Un traitement médical optimal veut dire au moins un médicament pour soulager l'angor/l'ischémie + des médicaments pour la prévention des événements (I, C).

>>> Il est recommandé d'éduquer les patients quant à leur maladie, aux facteurs de risque et à la stratégie thérapeutique (I, C).

>>> Il est indiqué de voir rapidement la réponse du patient après l'initiation du traitement (I, C).

- Acides gras saturés < 10 % du total calorique, par un remplacement par des acides gras polyinsaturés.
- Acides gras insaturés trans < 1 % du total calorique.
- < 5 g de sel par jour.
- 30-45 g de fibres par jour, en provenance de "produits complets", de fruits et de légumes.
- 200 g de fruits par jour.
- 200 g de légumes par jour.
- Poisson au moins deux fois par semaine, dont une fois un poisson gras.
- Alcool < 2 verres par jour (20 g d'alcool par jour) chez les hommes et < 1 verre par jour (10 g d'alcool par jour) chez les femmes.

TABLEAU III: Recommandations sur le plan alimentaire.

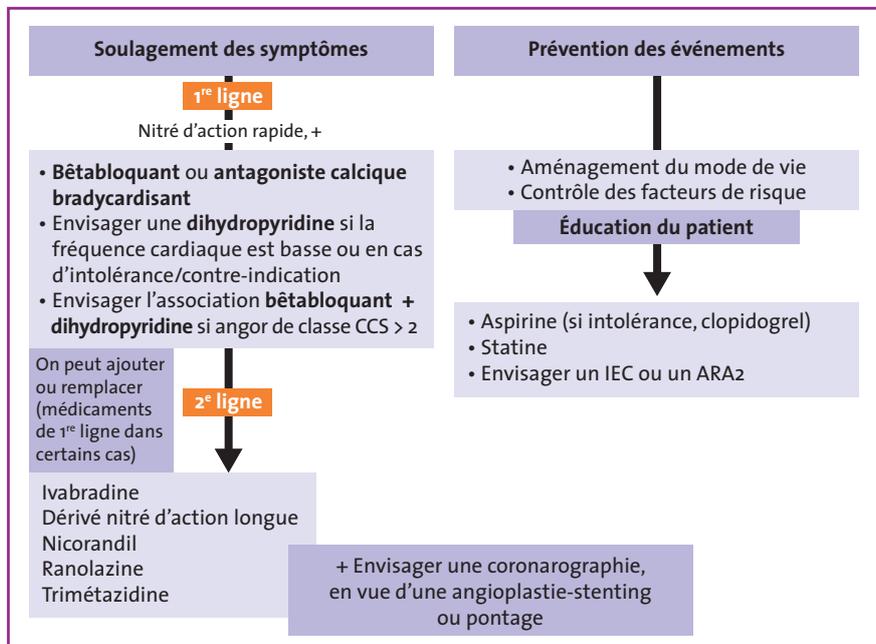


FIG. 4: Prise en charge médicale.

CONGRES European Society of Cardiology

● *Soulagement de l'angor/l'ischémie*

>>> Un nitré d'action rapide est recommandé (I, B).

>>> Un traitement de première ligne est indiqué avec un bêtabloquant et/ou un antagoniste calcique afin de contrôler la fréquence cardiaque et les symptômes (I, A).

>>> Pour le traitement de seconde intention, il est recommandé d'ajouter un nitré d'action longue ou de l'ivabradine ou du nicorandil ou de la ranolazine, selon la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la tolérance (IIa, B).

>>> Pour le traitement de deuxième intention, la trimétazidine peut être envisagée (IIb, B).

>>> Selon les comorbidités et la tolérance, il est indiqué d'utiliser les médicaments de deuxième intention en première intention chez certains patients (I, C).

>>> Chez les sujets asymptomatiques avec une ischémie étendue (> 10 %), un bêtabloquant doit être envisagé (IIa, C).

>>> Chez les patients ayant un angor vasospastique, les antagonistes calciques et les nitrés doivent être envisagés et les bêtabloquants évités (IIa, B).

● *Prévention des événements*

>>> De l'aspirine à faible dose est recommandée chez tous les patients (I, A).

>>> Le clopidogrel est indiqué comme une alternative en cas d'intolérance à l'aspirine (I, B).

>>> Une statine est recommandée chez tous les patients (I, A).

>>> Il est recommandé d'utiliser un IEC (ou un ARA2) en cas de présence concomitante d'une insuffisance cardiaque,

d'une hypertension artérielle ou d'un diabète (I, A).

● *Traitement des patients ayant un angor microvasculaire*

>>> Il est recommandé de prescrire des médicaments au titre de la prévention secondaire, dont l'aspirine et une statine (I, B).

>>> Les bêtabloquants sont recommandés en première intention (I, B).

>>> Les antagonistes calciques sont recommandés si les bêtabloquants ne sont pas suffisamment efficaces ou sont mal tolérés (I, B).

>>> Les IEC ou le nicorandil peuvent être envisagés chez les patients ayant des symptômes réfractaires (IIb, B).

>>> Les dérivés des xanthines et les traitements non pharmacologiques tels que les techniques de neurostimulation peuvent être envisagés chez les patients ayant des symptômes réfractaires malgré les médicaments ci-dessus (IIb, B).

3. Revascularisation

● *Stenting et thérapeutique antiagrégante plaquettaire*

>>> Un stent actif est recommandé s'il n'y a pas de contre-indication à une double antiagrégation plaquettaire prolongée (I, A).

>>> L'aspirine est recommandée en cas de stenting non urgent (I, B).

>>> Le clopidogrel est recommandé en cas de stenting non urgent (I, A).

>>> Le prasugrel ou le ticagrelor doivent être envisagés chez les patients avec thrombose de stent alors qu'ils recevaient du clopidogrel sans interruption thérapeutique (IIa, C).

>>> Les anti-GP IIb-IIIa ne doivent être envisagés qu'en cas de situation de sauvetage (IIa, C).

>>> Les tests de fonction plaquettaire ou les tests génétiques peuvent être envisagés lors de situations spécifiques ou à haut risque (par exemple, antécédent de thrombose de stent, mauvaise adhérence au traitement, suspicion de résistance, haut risque d'hémorragie) si les résultats peuvent changer la stratégie thérapeutique (IIb, C).

>>> Le prasugrel ou le ticagrelor peuvent être envisagés dans des situations à haut risque spécifiques de stenting non urgent (par exemple, stenting du tronc gauche, haut risque de thrombose de prothèse, diabète) (IIb, C).

>>> Un prétraitement par le clopidogrel (quand l'anatomie coronaire n'est pas connue) n'est pas recommandé (III, A).

>>> Les tests de fonction plaquettaire en routine (clopidogrel et aspirine) afin d'adapter le traitement antiagrégant plaquettaire avant ou après un stenting non urgent ne sont pas recommandés (III, A).

>>> Le prasugrel et le ticagrelor ne sont pas recommandés en cas de stenting non urgent à haut risque (III, C).

● *Évaluation de la réserve coronaire/ ultrasons intravasculaires/tomographie par cohérence optique*

>>> L'évaluation de la réserve coronaire est recommandée afin d'identifier les lésions coronaires hémodynamiquement significatives quand la preuve d'une ischémie n'est pas disponible (I, A).

>>> La revascularisation d'une sténose si la réserve coronaire est < 0,80 est recommandée chez les patients ayant des symptômes angineux ou une épreuve de stress positive (I, B).

>>> L'échographie endocoronaire ou la tomographie par cohérence optique peuvent être envisagées afin de caractériser les lésions (IIb, B).

>>> L'échographie endocoronaire ou la tomographie par cohérence optique peuvent être envisagées afin d'améliorer le déploiement du stent (IIb, B).

>>> La revascularisation d'une sténose angiographiquement intermédiaire sans ischémie ni réserve coronaire < 0,80 n'est pas recommandée (III, B).

La stratégie globale d'intervention chez les patients avec coronaropathie stable et ischémie démontrée est présentée dans la **figure 5**, les recommandations de revascularisation des patients ayant une coronaropathie stable et un traitement médical optimal dans le **tableau IV**, le choix entre angioplastie et pontage coronaire dans la **figure 6** s'il n'y a pas d'atteinte du tronc de la coronaire gauche et dans la **figure 7** s'il y a une atteinte du tronc de la coronaire gauche.

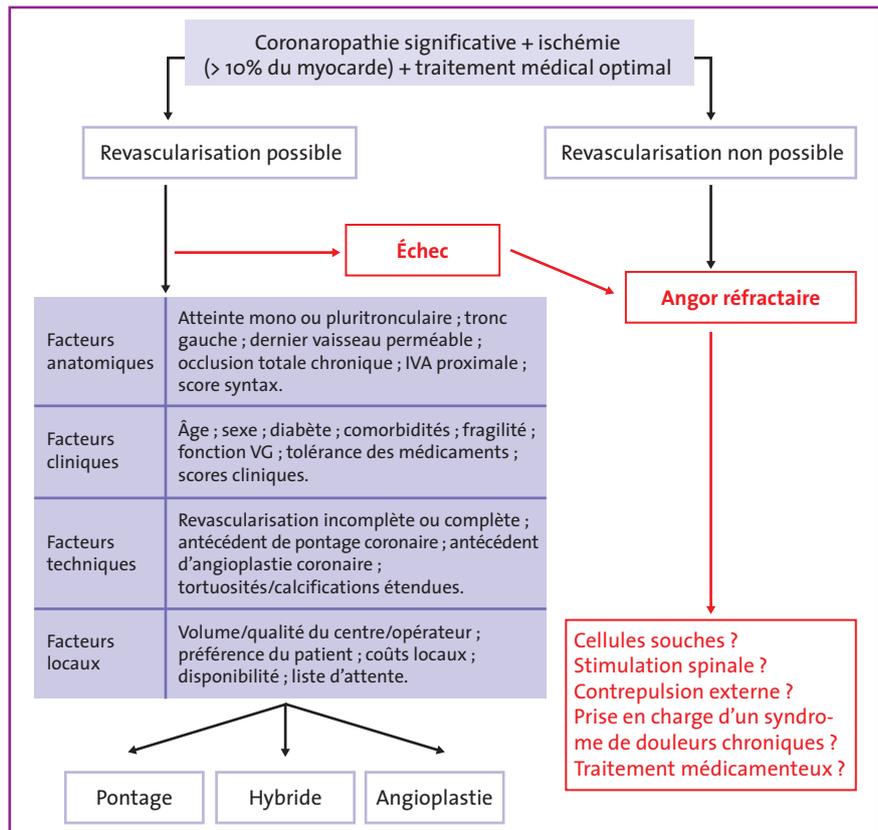


FIG. 5 : Stratégie globale d'intervention chez les patients avec coronaropathie stable et ischémie démontrée.

Suivi des patients ayant une coronaropathie stable revascularisée

1. Mesures générales

>>> Il est recommandé que tous les patients reçoivent une prévention secondaire et qu'une visite de suivi soit organisée (I, A).

>>> Il est recommandé d'informer les patients avant leur sortie sur le retour au travail et la reprise de toutes les activités. Les patients doivent être informés qu'ils doivent requérir un médecin si les symptômes (ré)apparaissent (I, C).

2. Traitement antiagrégant plaquettaire

>>> Une simple antiagrégation plaquettaire, habituellement par aspirine, est recommandée à vie (I, A).

Indications	Pour améliorer le pronostic	Pour améliorer les symptômes
Une approche médicochirurgicale (<i>Heart team</i>) pour la décision de revascularisation est recommandée chez les patients avec sténose du tronc gauche non protégée, atteinte bi ou tritronculaire, diabète ou comorbidité.	I, C	I, C
Sténose du tronc gauche > 50 %.	I, A	I, A
Sténose de l'IVA proximale > 50 %.	I, A	I, A
Atteinte bi ou tritronculaire avec altération de la fonction VG/insuffisance cardiaque.	I, B	IIa, B
Un seul vaisseau restant (sténose > 50 %).	I, C	I, A
Ischémie large (> 10% du VG).	I, B	I, B
Toute sténose significative avec symptômes limitants ou symptômes ne répondant pas ou intolérants au traitement médical optimal.		I, A
Dyspnée/insuffisance cardiaque avec ischémie/viabilité > 10 % dans un territoire alimenté par une sténose > 50 %.	IIb, B	IIa, B
Pas de symptôme limitant avec le traitement médical optimal, pas d'atteinte du tronc gauche ou de l'IVA proximale, pas un seul vaisseau restant, ischémie < 10 %, réserve coronaire ≥ 0,80.	III, A	III, C

TABLEAU IV : Revascularisation des patients ayant une coronaropathie stable et un traitement médical optimal.

CONGRES European Society of Cardiology

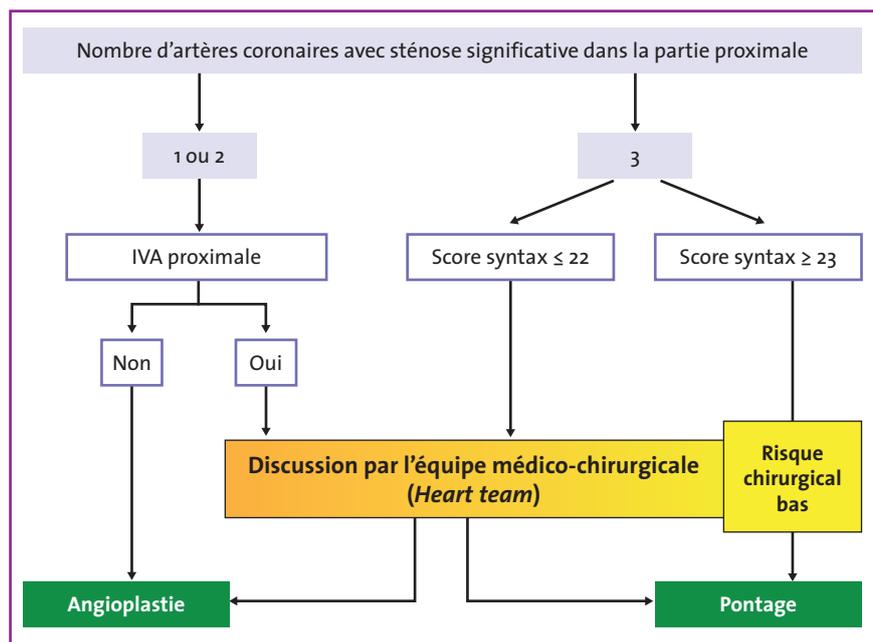


FIG. 6 : Angioplastie ou pontage coronaire dans la coronaropathie stable sans atteinte du tronc de la coronaire gauche.

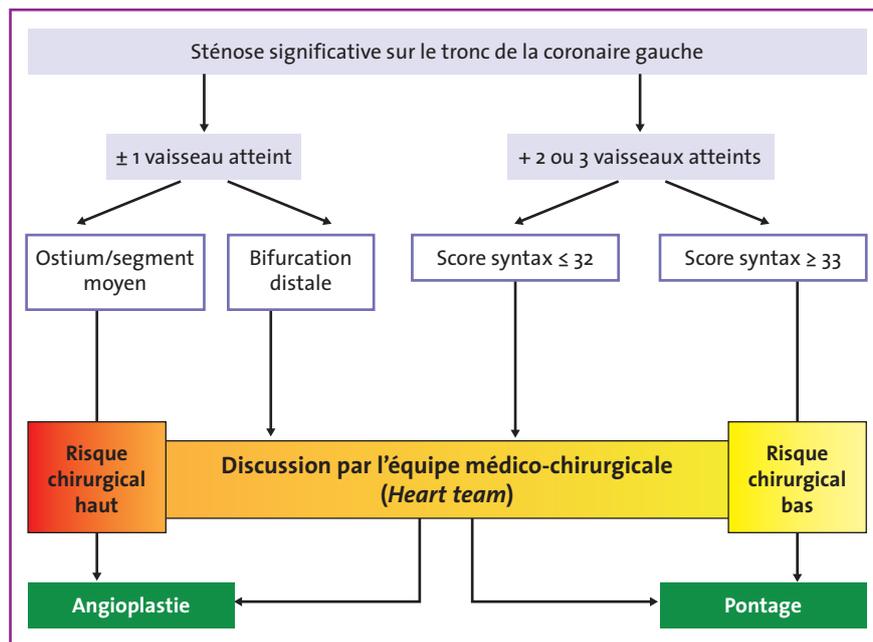


FIG. 7 : Angioplastie ou pontage coronaire dans la coronaropathie stable avec atteinte du tronc de la coronaire gauche.

>>> Une double antiagrégation plaquettaire peut être prescrite pendant plus d'un an chez les patients ayant un risque ischémique élevé (par exemple, thrombose de stent, récurrence de syndrome coronaire aigu alors qu'il y avait une double antiagrégation plaquettaire, coronaropathie post-infarctus/diffuse) et un risque hémorragique bas (IIb, B).

>>> Une double antiagrégation plaquettaire pendant 1 à 3 mois peut être prescrite chez les patients à risque hémorragique haut, ou si une intervention chirurgicale ne peut pas être différée, ou en cas de traitement anticoagulant concomitant (IIb, C).

3. Imagerie

>>> Chez les patients symptomatiques, une imagerie de stress (échocardiographie, IRM, scintigraphie) est indiquée plutôt qu'un ECG de stress (I, C).

>>> Chez les patients ayant un risque ischémique bas (< 5 %) à l'imagerie de stress, un traitement médical optimal est recommandé (I, C).

>>> Chez les patients avec un risque ischémique haut (> 10 %) à l'imagerie de stress, une coronarographie est recommandée (I, C).

>>> Une imagerie de stress 6 mois après une revascularisation peut être envisagée afin de détecter une resténose après stenting ou l'occlusion d'un pontage, quels que soient les symptômes (IIb, C).

>>> Après une angioplastie à haut risque (par exemple, atteinte du tronc gauche), une coronarographie de contrôle 3 à 12 mois plus tard peut être envisagée, quels que soient les symptômes (IIb, C).

>>> Une double antiagrégation plaquettaire est indiquée pendant au moins 1 mois en cas de stent nu (I, A).

>>> Une double antiagrégation plaquettaire est indiquée pendant 6 à 12 mois en cas de stent actif de deuxième génération (I, B).

>>> Une coronarographie systématique, tôt ou plus tard après une angioplastie, n'est pas recommandée (III, C).