

Cardiologie 2001: Une lumière au bout du tunnel?

D. Tüller, B. Meier

En 2001, ont été publiées de nombreuses études dans tous les domaines de la cardiologie. La palette des thèmes s'étend du décodage du gène responsable d'une forme familiale du syndrome de Wolff-Parkinson-White à l'implantation de stents coronariens enrobés de substances antiprolifératives, en passant par le traitement du syndrome coronarien aigu par le clopidogrel et le traitement de l'hypertension pulmonaire par les antagonistes endothéliaux. Alors que ces deux à trois dernières années les intérêts en cardiologie étaient surtout focalisés sur le traitement de l'insuffisance cardiaque et la rythmologie, en 2001 la cardiologie interventionnelle a occupé le devant de la scène. Un quart de siècle après la première angioplastie transluminale coronaire percutanée par ballonnet pratiquée à Zurich par Andreas Grüntzig, le succès de cette technique innovante ne s'est pas altéré. Grâce à l'introduction couronnée de succès des stents et de nouveaux inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, les patients qui peuvent profiter de ce traitement sont toujours plus nombreux. L'indication à une investigation invasive et, le cas échéant, à une revascularisation percutanée ou chirurgicale est indiquée pour des groupes toujours plus larges de patients, comme quelques travaux publiés cette année l'ont montré.

L'étude randomisée TACTIS-TIMI-18 [1] a comparé l'investigation invasive précoce suivie d'une revascularisation à un traitement médicamenteux primaire chez des patients présentant un syndrome coronarien aigu après prétraitement par un inhibiteur plaquettaire puissant du type antagoniste de la glycoprotéine IIb/IIIa, l'aspirine et l'héparine. 2220 patients furent inclus dans cette étude prospective multicentrique. La moitié de cet effectif a subi à une investigation précoce invasive par angiographie coronarienne immédiatement suivie de revascularisation, tandis que l'autre moitié des patients a bénéficié d'un traitement primaire conservateur. Dans ce dernier groupe, on ne pratiqua en effet d'investigation invasive qu'en cas d'ischémie réfractaire au traitement conservateur ou en cas de test d'effort positif. En résumé, les issues principales («endpoints») de l'étude fut le décès, l'infarctus du myocarde non fatal et la réhospitalisation dans les six mois en raison d'un syndrome coronarien aigu. 97% de tous les patients du groupe invasif ont

subi à une angiographie coronarienne en moyenne de 22 heures après la randomisation. 60% de tous les patients de ce groupe ont été revascularisés immédiatement après. Dans le groupe de traitement conservateur, on pratiqua une angiographie coronarienne au cours de l'hospitalisation chez 51% des patients et 37% furent revascularisés. Après six mois, l'issue principale de l'étude fut atteint chez 15,9% des patients du groupe invasif contre 19,4% des patients du groupe de traitement conservateur (odds ratio 0,78; intervalle de confiance 95% 0,62–0,97; $p = 0,025$). Les patients avec une troponine T augmentée ou des altérations électrocardiographiques ont plus profité d'une stratégie primaire invasive. Une investigation invasive précoce est donc préférable à un traitement médicamenteux chez les patients présentant un angor instable ou un infarctus non-Q-wave, en particulier pour les patients à haut risque. Cette étude a déjà grandement influencé l'attitude de routine dans le traitement du syndrome coronarien aigu et aura pour conséquence et à juste titre que de plus en plus de patients seront au bénéfice d'une investigation invasive précoce avec revascularisation immédiate.

Une autre étude pratiquée en Suisse a contribué à élargir le spectre des patients qui devraient être soumis à une investigation invasive. L'étude multicentrique TIME initiée à Bâle [2] porte sur 305 patients (âgés de plus de 75 ans et présentant un angor stable) assignés de manière randomisée à une investigation invasive avec revascularisation percutanée ou chirurgicale, ou à un traitement conservateur. L'issue principale était la qualité de vie six mois plus tard (appréciée au moyen d'un questionnaire standardisé), de même que la survenue d'événements cardiaques. L'âge des participants à l'étude était de 80 ans en moyenne. Dans les deux groupes de traitement, la symptomatologie angineuse et la qualité de vie furent améliorées pendant la durée de l'étude. Cependant, l'amélioration de la qualité de vie fut significativement supérieure dans le groupe de traitement invasif. De plus, les patients de ce groupe ont reçu moins de médicaments antiangineux et la fréquence d'événements cardiaques y fut moindre que dans le groupe de traitement conservateur. Cette importante étude montre que les patients âgés profitent

Kardiologie, Schweizer Herz- und Gefässzentrum Bern, Universitätsklinik, Bern
Dr. med. D. Tüller
Kardiologie
Schweizer Herz- und Gefässzentrum
Universitätsklinik
CH-3010 Bern

david.tueller@insel.ch

aussi de méthodes de traitements invasifs, surtout en termes de qualité de vie, qui représente souvent chez les personnes âgées un but de traitement plus important qu'une réduction absolue de la mortalité.

Le point faible de l'angioplastie percutanée transluminale coronaire par ballonnet est un taux relativement élevé de re-sténose (30–50%). Dans 20 à 30% des cas, le patient nécessite une ré-intervention au même endroit en raison d'une re-sténose. Au cours des années passées, le traitement de la re-sténose fit l'objet de recherches intensives et d'innombrables essais de traitement, la plupart du temps sans lendemain. Seule la brachythérapie intracoronarienne, d'ailleurs relativement peu utilisée, apporta un certain progrès. Pourtant, ces derniers mois, un nouveau principe de traitement prometteur est arrivé sur l'avant scène, à savoir le stent à enrobement médicamenteux. Il s'agit là probablement d'une percée décisive dans ce domaine, pour l'année 2001. Lors du congrès annuel de la Société européenne de cardiologie à Stockholm en septembre 2001, les premiers résultats de l'étude RAVEL ont été publiés. Cette étude prospective randomisée en

double-aveugle porte sur 238 patients. Un stent enrobé de rapamycine fut implanté chez 120 patients, tandis que les 118 autres reçurent un stent conventionnel. La rapamycine est un nouvel immunosuppresseur qui inhibe aussi la prolifération des cellules musculaires lisses. Après une période d'observation de six mois, on ne constata aucune re-sténose dans le groupe stent-rapamycine, tandis que la fréquence de re-sténose fut de 26% dans le groupe contrôle ($p < 0,0001$). Jusqu'ici, aucun succès aussi éclatant ne fut jamais atteint par aucune méthode de traitement. Si ce résultat devait être confirmé dans la suite de cette étude et par d'autres travaux, ce nouveau traitement ouvrirait certainement un nouveau chapitre de l'histoire de la cardiologie interventionnelle. En effet, la fréquence de ré-intervention chuterait nettement et les avantages de la revascularisation percutanée par rapport à la chirurgie de bypass ou au traitement médicamenteux prédomineraient encore plus que jusqu'ici. A Stockholm, la présentation de l'étude RAVEL fut commentée en ces termes: "There is a light at the end of the tunnel, but don't put on your sunglasses too soon."

Références

1 Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein

IIb/IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 2001;344(25):1879–87.

2 Investigators, TT. Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic

coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. *Lancet* 2001;358:951–7.