

Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique: quo vadis?

Thierry Carrel

Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital, Bern



Chirurgie cardiaque: analyse de l'étude SYNTAX et interprétation

Le traitement percutané de lésions coronariennes complexes par stents enduits a très nettement progressé ces dernières années, même si la revascularisation chirurgicale avec pontages – du point de vue historique – a été le traitement de première intention. L'étude SYNTAX [1] compare la revascularisation percutanée (PCI) à une approche chirurgicale (CABG) chez des patients souffrant d'une cardiopathie coronarienne sévère (atteinte de toutes les artères coronaires) non traitée avec ou sans sténose du tronc commun. 1800 patients ont été randomisés (proportion 1:1). Tous ont été évalués à la fois par le chirurgien cardiaque et le cardiologue, qui ont confirmé une possibilité de revascularisation anatomique équivalente par ces deux techniques. Le paramètre principal a été défini comme la survenue d'un accident cardiaque ou vasculaire cérébral (décès, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou nouvelle revascularisation) dans les 12 mois après la randomisation. Les patients pour lesquels l'une de ces options thérapeutiques aurait été plus appropriée que l'autre ont été collectés dans un registre. Les incidences des graves accidents cardiaques ou vasculaires cérébraux après 12 mois ont été significativement plus élevées dans le groupe revascularisation percutanée (17,8% contre 12,4%, pour le pontage, $p = 0,002$), essentiellement en raison d'une incidence plus élevée de nouvelles revascularisations (13,5% contre 5,9% après pontage, $p < 0,001$). Le critère de non-infériorité n'a donc pas été rempli. Après 12 mois, les décès et incidences des infarctus du myocarde ont été identiques dans les 2 groupes: un accident vasculaire cérébral a été plus fréquemment observé après pontage qu'après PCI (2,2% contre 0,6%, $p = 0,003$). Les auteurs concluent que le pontage reste le traitement standard de la cardiopathie coronarienne en cas d'atteinte des 3 vaisseaux et de sténose du tronc commun.

La conclusion de l'étude SYNTAX correspond aux critères d'adéquation reconnus par de nombreuses sociétés de discipline (ACCF/SCAI/AATS/AHA/ASNC) [2]. Leurs recommandations sont en faveur de la revascularisation chirurgicale pour tous les scénarios cliniques, alors que l'intervention percutanée n'est catégoriquement indiquée que pour les patients ayant une atteinte coronarienne bitronculaire avec sténose de la RIVA proximale. Si les 3 coronaires sont touchées, la PCI est considérée comme peu sûre et pour les patients ayant une sténose du tronc commun avec ou sans atteinte des 3 coronaires c'est le pontage qui est indiqué pour améliorer la survie et l'état de santé.

Chirurgie vasculaire: traitement optimal de la sténose carotidienne: «stent» ou opération?

La controverse sur le traitement optimal des patients souffrant d'une sténose de la carotide interne symptomatique est un sujet itératif des articles publiés dans les revues de chirurgie vasculaire, d'angiologie et de neurologie. Les résultats de la «International Carotid Stenting Study» (ICSS) [3] devaient apporter des conclusions claires quant à cette controverse. Ceci ne fut malheureusement pas le cas. Cette étude et l'analyse d'un «Super Registre» de patients à haut risque (EXACT/CAPTURE) pour une intervention chirurgicale ont livré des conclusions très contradictoires sur les résultats à court terme (30 jours). Une analyse précise de ces études dévoile que le stenting de la carotide interne peut parfaitement être indiqué chez des patients symptomatiques sélectionnés de moins de 80 ans, mais à certaines conditions: le risque péri-interventionnel doit être acceptable et l'intervention rapide. Il n'y a donc toujours aucune évidence de niveau I [4] que le stenting carotidien de routine soit indiqué chez les patients symptomatiques à «risque standard». Mais nous attendons les résultats d'une méta-analyse des 4 grandes études (SPACE, EVA-3S, ICSS, CREST) pour permettre d'identifier les sous-groupes de patients susceptibles de profiter d'un traitement par stent. Le but étant que les équipes médicales devraient pouvoir garantir un risque de décès ou d'accident vasculaire cérébral $< 6\%$ à 30 jours et être capable de pratiquer cette intervention dans les 2 semaines. Un retard dans la planification de l'intervention pour abaisser le risque péri-interventionnel pourrait améliorer les résultats des interventionnistes/chirurgiens mais présente des inconvénients pour les patients symptomatiques étant donné que les patients sont particulièrement à risque de récurrence dans les 7 premiers jours. La sténose symptomatique doit donc être traitée d'urgence, c.-à-d. au cours des 5-7 premiers jours après le diagnostic.

Chirurgie thoracique: traitement du carcinome bronchique non à petites cellules au stade IIIB

Le carcinome bronchique non à petites cellules au stade IIIB est généralement jugé inopérable et se traite par chimio- et éventuellement radiothérapie. Mais certains patients peuvent cependant profiter d'une résection chirurgicale après chimio- et radiothérapie néoadjuvantes. Cette étude multicentrique de phase II [5] a eu pour but d'examiner l'efficacité et la toxicité d'une



Thierry Carrel

chimio- (3 cycles par cisplatine et docétaxel) suivie d'une radiothérapie (44 Gy en 22 fractions) avant résection d'une tumeur au stade IIIB techniquement opérable. Le paramètre principal a été la survie à 12 mois sans complications. Entre 2001 et 2006, 46 patients de plusieurs services suisses de chirurgie thoracique/oncologie ont pu être recrutés; 28% avaient un stade N3, 78% un stade T4. Tous ont été traités par chimiothérapie et 76% ont reçu une radiothérapie. La manifestation toxique la plus fréquente sous chimiothérapie fut la neutropénie, et une œsophagite a été relativement fréquente après radiothérapie. 35 patients ont pu être traités chirurgicalement après un tel prétraitement: 17 ont subi une pneumectomie et 27 une résection curative. La mortalité périopératoire a été de 5,2% et 7 patients ont dû subir une seconde intervention. La survie sans complications a été de 54% après 12 mois et la moyenne de 29 mois, avec des proportions de survie de 67%, 47% et 40% après respectivement 1, 3 et 5 ans.

Cette étude démontre qu'une stratégie de traitement avec chimio- et radiothérapie néoadjuvantes suivies d'une résection chirurgicale chez des patients ayant un carcinome bronchique non à petites cellules au stade IIIB est en principe réalisable. Mais la toxicité est consi-

dérable. La survie est comparable à celle de séries historiques avec traitement combiné de tumeurs à un stade moins avancé (IIIA).

Correspondance:

Prof. T. Carrel
 Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie
 Inselspital
 CH-3010 Bern
thierry.carrel@insel.ch

Références

- 1 Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP, Colombo A, Holmes DR, Mack MJ, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2009;360:961-72.
- 2 Patel MR, Dehmer GJ, Hirschfeld JW, Smith PK, Spertus JA. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 appropriateness criteria for coronary revascularization. *Circulation.* 2009;119:1330-52.
- 3 Naylor AR. ICSS and EXACT/CAPTURE: more questions than answers. *Eur J Vasc Endovasc surg.* 2009;38:397-410.
- 4 Paraskevas KI, Mikhailidis DP, Veith FJ. Carotid artery stenting may be losing the battle against carotid endarterectomy for the management of symptomatic carotid artery stenosis, but the jury is still out. *Vascular.* 2009;17:183-9.
- 5 Stupp R, Mayer M, Kann R, Weder W, Zouhair A, Betticher DC, et al. Neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy followed by surgery in selected patients with stage IIIB non-small-cell lung cancer: a multi-centre phase II trial. *Lancet Oncol.* 2009;10:785-93.