

Les points forts des recommandations de l'ESC 2020

Prise en charge des syndromes coronariens sans sus décalage de ST

Résumé préparé par Dr Rania HAMMAMI

Les dernières recommandations sur la prise en charge des NSTEMI remonte à l'année 2015. Dans ce documents nous résumons les nouveautés des recommandations de l'ESC 2020.

Le diagnostic

Le diagnostic est basé sur quatre éléments : la présentation clinique, l'ECG, la valeur initiale de troponine (H0) et les variations des troponines.

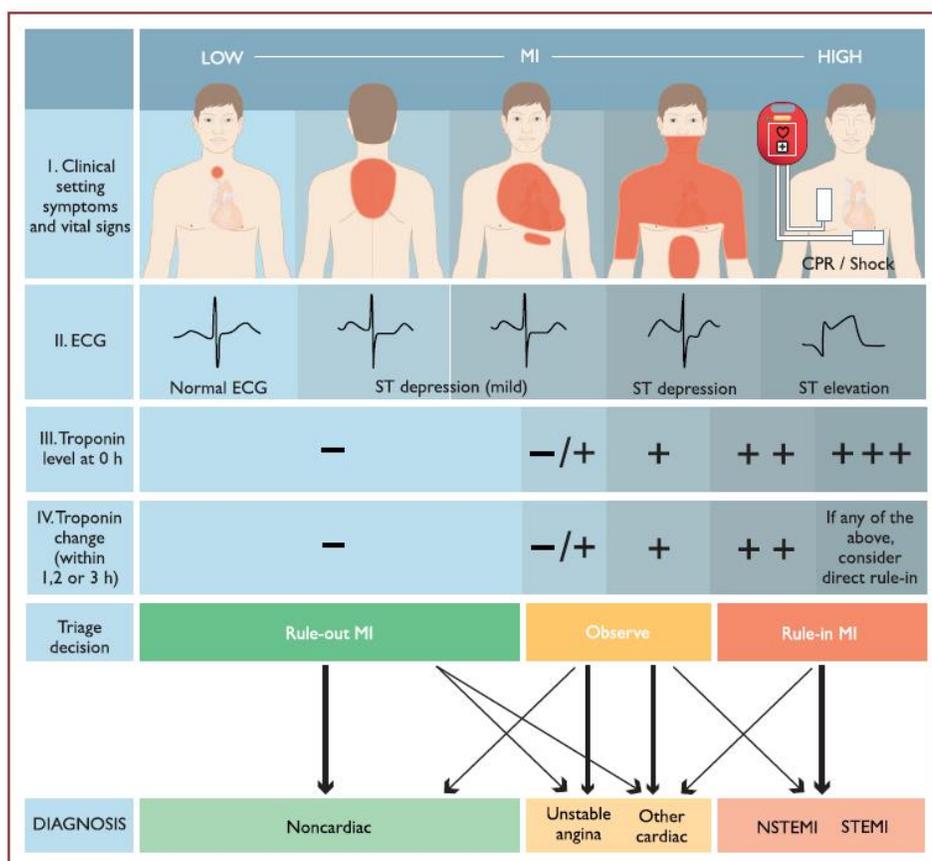


Figure 1 : Algorithme diagnostique d'un NSTEMI

L'algorithme ESC 0H/1 H est l'algorithme de référence (figure 2) pour porter le diagnostic de NSTEMI, chaque fois que le dosage nécessaire est disponible dans le centre, bien sur en effectuant des dosage a H0 et H1 des troponines US, un tableau des méthodes valides dans les études larges

a été présenté dans le nouveau papier (Tableau I). un dosage a H3 est recommandé si les deux valeurs H 0 et H1 sont non concluants et la présentation clinique est fortement évocatrice de SCA.

Comme alternative à l'algorithme ESC 0 H/1 H, il est recommandé d'utiliser l'algorithme ESC 0 H/2 H avec un prélèvement sanguin à H0 et H2, si un essai hs-cTn avec un algorithme 0 h/2 h validé est disponible (classe I) (figure 2).

Le niveau de recommandation de l'algorithme H0/H3 est de ce fait passé de classe I a classe II a.

L'élévation des troponines 5 fois la normale offre une VPP de 90% d'IDM, 3 fois → VPP (50-65%)

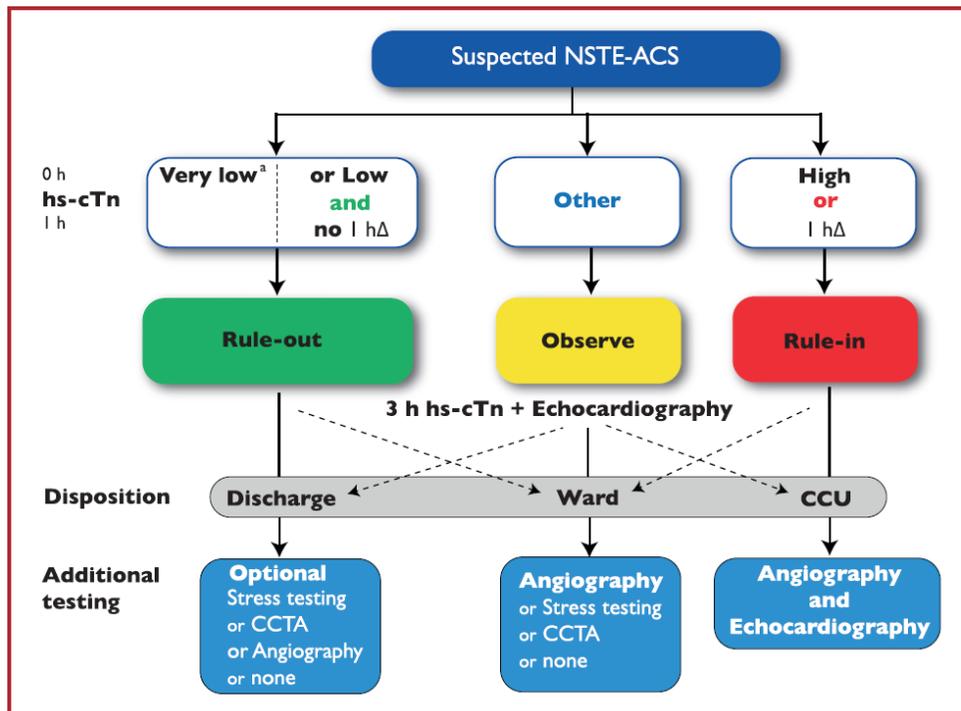


Figure 2 : Algorithme d'exclusion et d'inclusion de 0 H/1 H utilisant des tests de troponine cardiaque à haute sensibilité chez des patients hémodynamiquement stables présentant un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST au service des urgences. Cet algorithme est utilisé si le patient se présente au delà de H3.

0 h et 1 h se réfèrent au temps écoulé depuis la première prise de sang. Le NSTEMI peut être exclu lors de la présentation si la concentration en hs-cTn est très faible. Le NSTEMI peut également être exclu par la combinaison de faibles niveaux de base et de l'absence d'augmentation pertinente dans un délai d'une heure (pas de 1h delta). Les patients ont une forte probabilité de NSTEMI si la concentration de hs-cTn à la présentation est au moins modérément élevée ou montrent une nette augmentation dans la première heure (1h delta).

Les patients dans la zone jaune représentent 25% de la population et nécessitent un 2eme dosage des troponines. Dans 75% des cas un seul dosage est suffisant pour porter le diagnostic.

Dans ces recommandations, un tableau explicatif des différents cut off , valides dans des études randomisées a été présenté. Donc il va falloir vérifier quel type de méthode de mesure est utilisé dans votre centre pour conclure (tableau I).

Tableau I : Cut off des troponines US selon la technique de mesure, pour utiliser l’algorithme H0/H1 et H0/H2

0 h/1 h algorithm	Very low	Low	No 1hΔ	High	1hΔ
hs-cTn T (Elecsys; Roche)	<5	<12	<3	≥52	≥5
hs-cTn I (Architect; Abbott)	<4	<5	<2	≥64	≥6
hs-cTn I (Centaur; Siemens)	<3	<6	<3	≥120	≥12
hs-cTn I (Access; Beckman Coulter)	<4	<5	<4	≥50	≥15
hs-cTn I (Clarity; Singulex)	<1	<2	<1	≥30	≥6
hs-cTn I (Vitros; Clinical Diagnostics)	<1	<2	<1	≥40	≥4
hs-cTn I (Pathfast; LSI Medience)	<3	<4	<3	≥90	≥20
hs-cTn I (TriageTrue; Quidel)	<4	<5	<3	≥60	≥8
0 h/2 h algorithm	Very low	Low	No 2hΔ	High	2hΔ
hs-cTn T (Elecsys; Roche)	<5	<14	<4	≥52	≥10
hs-cTn I (Architect; Abbott)	<4	<6	<2	≥64	≥15
hs-cTn I (Centaur; Siemens)	<3	<8	<7	≥120	≥20
hs-cTn I (Access; Beckman Coulter)	<4	<5	<5	≥50	≥20
hs-cTn I (Clarity; Singulex)	<1	TBD	TBD	≥30	TBD
hs-cTn I (Vitros; Clinical Diagnostics)	<1	TBD	TBD	≥40	TBD
hs-cTn I (Pathfast; LSI Medience)	<3	TBD	TBD	≥90	TBD
hs-cTn I (TriageTrue; Quidel)	<4	TBD	TBD	≥60	TBD

© ESC 2020

Il n'est plus recommandé de mesurer systématiquement des biomarqueurs supplémentaires tels que la CK, la CK-MB, la h-FABP ou la copéptine, en plus de la hs-cTn, pour des fins diagnostics (Classe III).

Le coroscaner a été upgradé (d’une classe II a vers une classe I) en cas de probabilité faible ou intermédiaire avec ECG et troponines normaux ou non concluants.

La stratification du risque

-Les éléments pronostics :

→ Indicateurs ECG

- Sous décalage de ST+++ : marqueur qualitatif et quantitatif (nombre de dérivations et profondeur du sous décalage → étendue de l’ischémie)
- T négatives : valeur pronostic < sous décalage
- Autres : valeur inconnue

→Troponines cardiaque : plus élevé →plus est le risque de décès

La mesure des concentrations plasmatiques de BNP ou de NT-proBNP doit être envisagée dans le cadre de la stratification du risque (classe II a).

La valeur du score GRACE a été modifié de classe I B a une classe II a B.

Grace a été initialement développé pour prévoir le risque de mortalité intra hospitalière. En effet l'étude randomisée AGRIS cluster n'a pas montré de bénéfice de ce score.

Score ARC HBR : n'a pas été encore validé dans l'évaluation du risque hémorragique. Ces recommandations rapportent les mêmes critères majeurs et mineurs du consensus sur les HBR patients (un critère majeur ou deux critères mineurs sont nécessaires pour parler de risque hémorragique élevé).

L'utilisation des score spécifiques DAPT et Precise DAPT en routine reste discuté (classe II b).

La stratification des patients se fait en trois catégories (figure 3)

- ⇒ Très haut risque : stratégie invasive < 2 H
- ⇒ Haut risque : stratégie invasive < 24 H
- ⇒ Faible risque : stratégie elective

Le traitement anti-thrombotique

Etant donné la balance entre le risque ischémique d'une part et le risque hémorragique d'autre part, la décision du TTT anti thrombotique est souvent individualisée.

Chez les patients atteints de NSTEMI qui ne peuvent pas bénéficier d'une stratégie invasive précoce, un prétraitement par un inhibiteur du récepteur P2Y12 peut être envisagé en fonction du risque hémorragique (classe II a).

Il n'est pas recommandé d'administrer un prétraitement de routine par un inhibiteur du récepteur P2Y12 chez les patients dont **l'anatomie coronaire n'est pas connue** et pour lesquels une prise en charge invasive précoce est prévue (classe III A). →Ceci découle des résultats de ACCOAST, du registre SCAAR et de l'étude ISAR React 5 , ou le pretraitement n' pas montré de bénéfices. De plus nous disposons de anti P2Y12 avec une action rapide (30 min) et qui pourraient être administrés directement avant ATL.

La désescalade du traitement par inhibiteur P2Y12 (par exemple, le passage du Prasugrel ou du Ticagrelor au Clopidogrel) peut être considérée comme une stratégie DAPT alternative, en particulier chez les patients qui ne pourraient pas tolérer une puissante inhibition plaquettaire. La désescalade pourrait être effectuée en se basant sur le jugement clinique, ou les tests de la fonction plaquettaire, ou le génotypage du CYP2C19, selon le profil de risque du patient et la disponibilité des tests respectifs (classe II b).

Le **Prasugrel** doit être préféré au Ticagrelor chez les patients atteints de NSTEMI-ACS qui vont bénéficier **d'angioplastie** (classe II b).

Cette nouvelle recommandation découle de l'étude ISAR-REACT 5, où 4018 patients avec SCA, programmé pour ATL ont été inclus. 2365 patients avaient un Angor instable ou NSTEMI (ATL dans 84%). Le Prasugrel est démontré supérieur au Ticagrelor pour les événements ischémiques avec des complications hémorragiques similaires.

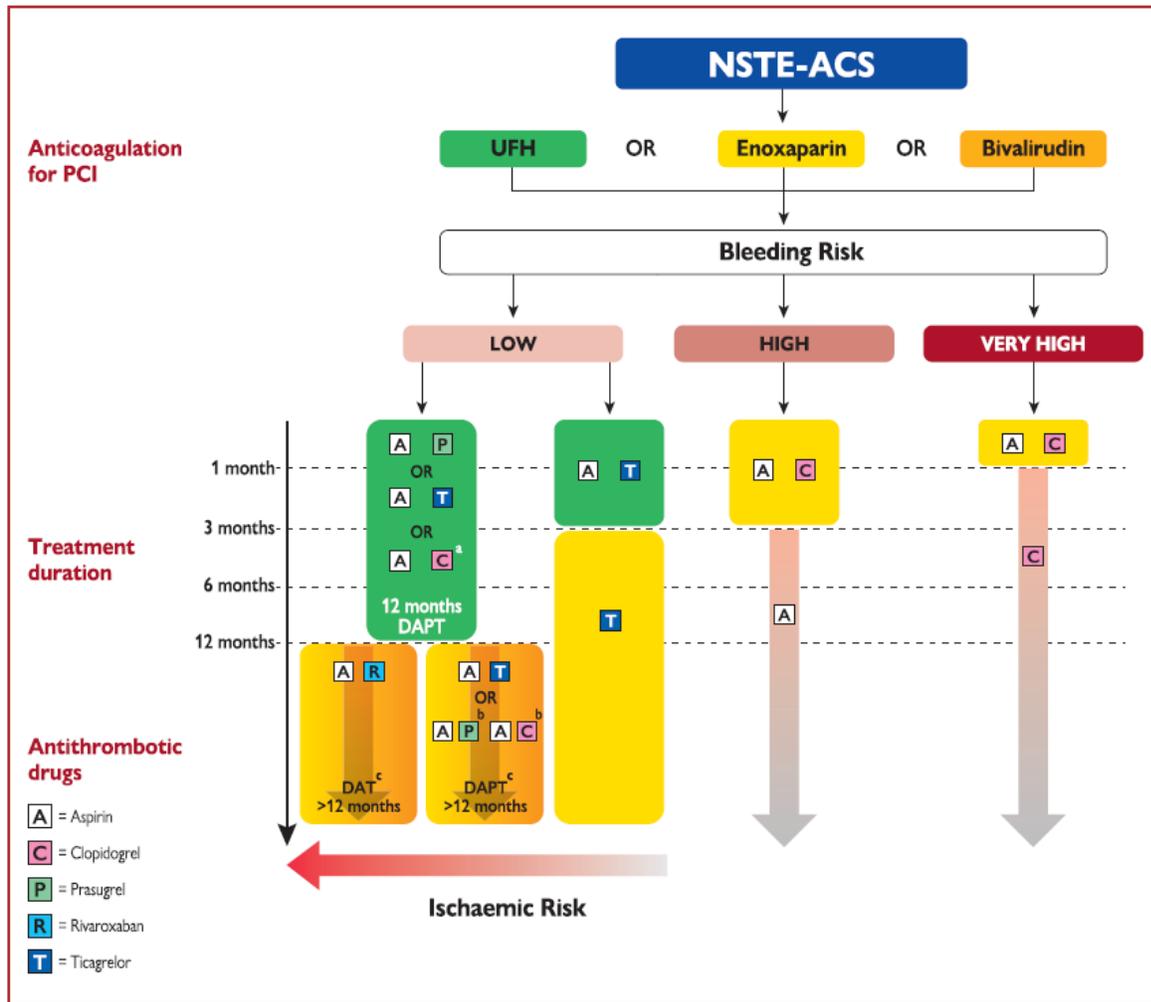
Chez les patients souffrant de FA (score CHA2DS2-VASc ≥ 1 chez les hommes et ≥ 2 chez les femmes), après une courte période de trithérapie (jusqu'à une semaine après l'événement aigu), il est recommandé d'utiliser par défaut une bithérapie en utilisant un **NACO** à la dose recommandée pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux et un seul antiplaquettaire oral (de préférence le Clopidogrel) (classe I).

L'arrêt du traitement antiplaquettaire chez les patients traités par un anticoagulant oral (ACO) est recommandé après 12 mois (classe I).

Une bithérapie associant un ACO avec soit le Ticagrelor soit le Prasugrel peut être considéré comme une alternative à une trithérapie avec un ACO, aspirine et Clopidogrel chez les patients présentant un risque modéré ou élevé de thrombose de stent, quel que soit le type de stent utilisé (classe II b).

Pour décider de la prolongation du DAPT au delà de 12 mois il va falloir évaluer le risque hémorragique

Plusieurs schémas sont possibles selon les différentes études, soit aspirine + rivaroxaban (étude Compass), soit Aspirine + Ticagrelor, soit aspirine+ clopidogrel ou prasugrel (tableau II).



©ESC 2020

Tableau II : Modalités de prolongation du DAPT au delà de 12 mois.

Drug	Dose	Indication	NNT (ischaemic outcomes)	NNH (bleeding outcomes)
<i>DAT regimens for extended treatment (including aspirin 75 – 100 mg o.d.)</i>				
Rivaroxaban (COMPASS trial)	2.5 mg b.i.d.	Patients with CAD or symptomatic PAD at high risk of ischaemic events	77	84
<i>DAPT regimens for extended treatment (including aspirin 75 – 100 mg o.d.)</i>				
Clopidogrel (DAPT trial)	75 mg/d	Post MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	63	105
Prasugrel (DAPT trial)	10 mg/d (5 mg/d if body weight <60 kg or age >75 years)	Post PCI for MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	63	105
Ticagrelor (PEGASUS-TIMI 54)	60/90 mg b.i.d.	Post MI in patients who have tolerated DAPT for 1 year	84	81

©ESC 2020

Le traitement invasif

Plusieurs études et meta-analyses publiées récemment ont montré qu'une stratégie invasive précoce comparée à une stratégie retardée, diminue le risque d'ischémie récurrente, raccourcit la durée

d'hospitalisation mais sans impact quant aux évènements cardiovasculaires. La stratégie dépend en fait du niveau de risque.

Il y a eu une nouvelle stratification du risque : faible, élevé et très élevé

→ Risque très élevé → stratégie invasive dans les 2 Heures (classe I)

- Instabilité hémodynamique ou choc cardiogénique
- Angor réfractaire malgré le TTT médical
- Trouble du rythme grave
- Complications mécaniques
- Insuffisance cardiaque liée au NSTEMI
- Sous décalage de ST > 1 mm dans au moins 6 dérivations associé à un sus décalage de ST en AVR et /ou V1

→ Une stratégie invasive précoce **dans les 24 heures** est recommandée chez les patients présentant l'un des critères de risque élevé suivants (classe I) :

- Diagnostic de NSTEMI suggéré selon l'algorithme de ces recommandations
- Modifications dynamiques ou vraisemblablement nouvelles et contiguës du segment ST/T suggérant une ischémie continue.
- Sus décalage du segment ST, transitoire.
- Score de risque GRACE >140.
- arrêt cardiaque ressuscité sans sus décalage de ST ou choc cardiogénique

→ Faible risque : aucun critère des risques élevé ou très élevé

→ Une **stratégie invasive sélective** après un test d'ischémie approprié ou la détection d'une **coronaropathie obstructive par Coroscanner** est recommandée chez les patients considérés à faible risque (classe I).

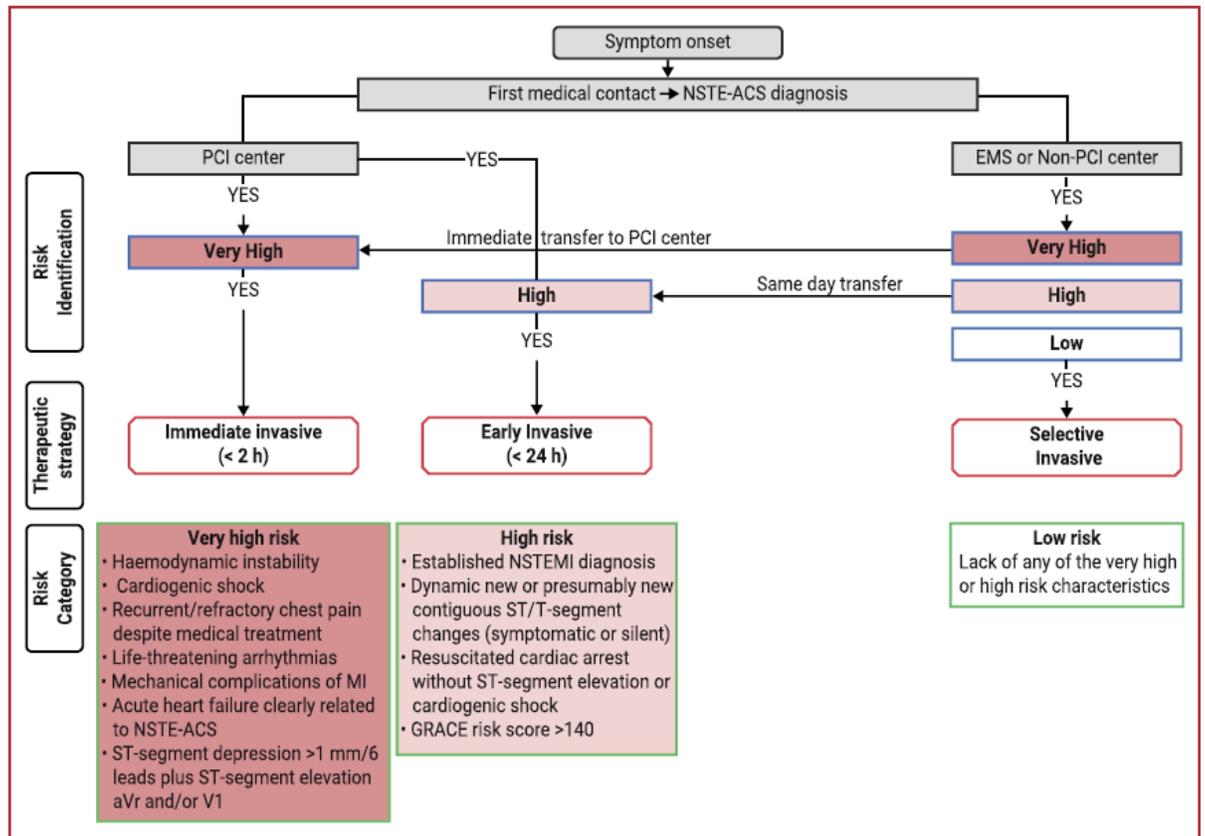


Figure 3 : Stratégie invasive selon le niveau de risque

Une coronarographie retardée, par opposition à une angiographie immédiate, doit être envisagée chez les patients hémodynamiquement stables sans sus-décalage du segment ST, réanimés avec succès après un arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital (classe II a).

La dissection coronaire spontanée

4% des NSTEMI sont due à une dissection spontanée, plus fréquent chez les femmes < 60ans (22-35%)

Les facteurs prédictifs : grossesse, dépression, histoire de dysplasie fibromusculaire.

Un nouveau algorithme a été introduit selon le type de la dissection : lésion obstructive ou non et l'état du flux coronaire (figure 4).

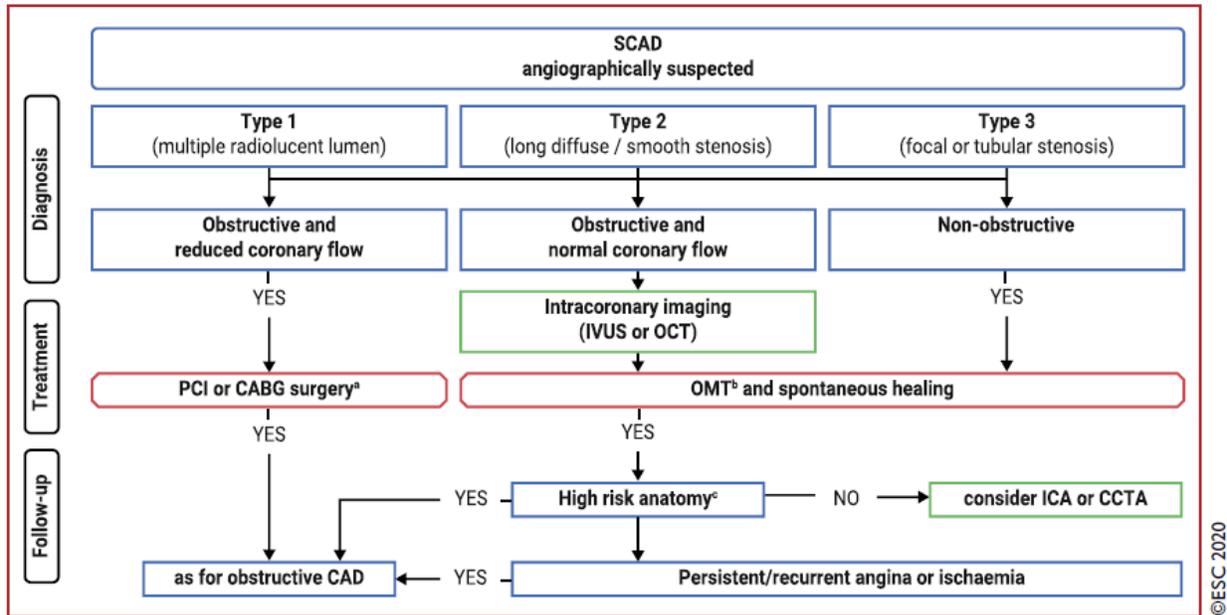


Figure 4 : Conduite à tenir devant une dissection spontanée des coronaires

Aspects techniques de la revascularisation

Une revascularisation complète doit être envisagée chez les patients atteints de NSTEMI-ACS sans choc cardiogénique et avec une atteinte coronaire multitronculaire (classe II a).

Une revascularisation complète pendant l'angioplastie de référence peut être envisagée chez les patients atteints d'une maladie multitronculaire et atteints d'un NSTEMI-ACS (classe II b).

La revascularisation guidée par FFR des lésions non coupables du NSTEMI peut être utilisée pendant l'angioplastie de référence (classe II b).

Les principales modifications des recommandations		
Classe I	Classe IIa	Classe IIb
2015	2020	
Le diagnostic		
Un protocole d'exclusion rapide à H0 et H3 est recommandé si des tests hs-cTn sont disponibles.	Un protocole rapide d'exclusion et d'inclusion par un prélèvement sanguin à H0 et à H3 devrait être considéré si un test Troponine US avec un algorithme 0 h/3 h est disponible.	
Le coroscanner devrait être considérée comme une alternative à la coronarographie pour	Le coroscanner est recommandée comme alternative à la coronarographie pour exclure	

exclure le SCA lorsqu'il y a une probabilité faible à intermédiaire de maladie coronarienne et lorsque les troponine et/ou l'ECG sont non concluants.	le SCA en cas de probabilité de coronaropathie faible ou intermédiaire et en cas de troponine et/ou l'ECG normaux ou non concluante.
La surveillance du rythme jusqu'à 24 h ou jusqu'à l'Angioplastie (selon l'ordre chronologique) devrait être considéré chez les patients NSTEMI, à faible risque d'arythmies cardiaques.	La surveillance du rythme jusqu'à 24 h ou jusqu'à l'Angioplastie (selon l'ordre chronologique) est recommandé chez les patients NSTEMI, à faible risque d'arythmies cardiaques.
La surveillance du rythme au-delà de 24 h devrait être considéré chez les patients atteints de NSTEMI à risque moyen à élevé d'arythmies cardiaques.	La surveillance du rythme au-delà de 24 h est recommandé chez les patients atteints de NSTEMI à risque moyen à élevé d'arythmies cardiaques.
La stratification du risque	
Il est recommandé d'utiliser les risques établis pour l'estimation du pronostic.	Les modèles de score de risque GRACE devraient être pris en compte pour l'estimation du pronostic.
Le traitement pharmacologique	
La bivalirudine (0,75 mg/kg i.v. bolus, suivie de 1,75 mg/kg/h pendant 4 h maximum après la procédure) est recommandée comme alternative à l'HNF plus GP IIb/IIIa inhibiteurs pendant l'angioplastie.	La bivalirudine peut être considérée comme un alternative à l'HNF.
Le traitement par inhibiteur du P2Y12 en complément à l'aspirine au-delà d'un an peut être considéré après une évaluation minutieuse des risques d'ischémie et de saignement du patient.	L'ajout d'un deuxième agent antithrombotique à l'aspirine à long terme dans le cadre de prévention secondaire devrait être envisagé chez les patients à haut risque d'événements ischémiques et sans risque accru d'accident hémorragique majeur ou mortels.