

Quelles sont les nouveautés de la prise en charge diagnostique et thérapeutique invasive dans les SCA en 2020 ?

L'exploration invasive en cas de SCA sans sus-décalage du segment ST n'a jamais démontré de bénéfice sur la mortalité en comparaison à son utilisation sélective en fonction de la probabilité clinique et des résultats des tests d'ischémie non invasifs ou du coroscanner.

Quelle stratégie diagnostique et dans quels délais ? (figure 1)

Les nouvelles recommandations [1] distinguent 3 niveaux de risque:

- **Risque très élevé:** Indication à une coronarographie en urgence (dans les 2 h)
- **Risque élevé:** Indication à une coronarographie rapide (< 24 h)
- **Risque faible:** Une stratégie sélective

De nombreuses modifications ont été apportées par rapport aux recommandations de 2015.

- Disparition de la catégorie "risque intermédiaire"
- La présence d'un sous-décalage circonférentiel associé à un sus-décalage en aVr sont considérés des critères d'un risque très élevé indiquant une coronarographie en urgence.
- En l'absence de sus-décalage du segment ST, il n'est plus recommandé de faire une coronarographie en urgence aux patients présentant un arrêt cardiaque. Ces derniers doivent être explorés dans les 24 h.
- Les patients présentant un SCA avec sus-décalage transitoire sont considérés à risque élevé suite aux résultats de l'étude *TRANSIENT* [2] dans laquelle aucune différence de taille d'infarctus n'a été mise en évidence que la coronarographie soit faite immédiatement ou différée.

Y'a-t-il une place pour la FFR dans le SCA ?

- Peu de données sont disponibles pour préciser la place de la FFR dans le SCA.
- La FFR de la lésion coupable n'a que peu de valeur compte tenu du caractère thrombotique de la lésion et de son instabilité. En ce qui concerne les lésions non coupables, la FFR semble être valable en l'absence de thrombose.

Quelles lésions revasculariser dans le SCA ?

Pour les patients multitrunculaires et hémodynamiquement stables, il est recommandé d'effectuer une revascularisation complète (**Classe IIa, C**), celle-ci peut être réalisée en un seul temps procédural (**Classe IIb, B**) et peut être guidée par FFR (**Classe IIb, B**).

Cette stratégie n'est pas recommandée chez les patients avec choc cardiogénique suite aux résultats de l'étude *CULPRIT SHOCK* pour lesquels il faut traiter uniquement la lésion coupable en phase aiguë (**Classe III, B**) [3].



Amine BAHLOUL, MD

1. Collet J-P, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Hear J.* 2020;
2. Lemkes JS, Janssens GN, Van Der Hoeven NW, Van De Ven PM, Marques KM, Nap A, et al. Timing of revascularization in patients with transient ST-segment elevation myocardial infarction: a randomized clinical trial. *Eur heart J.* 2019;40(3):283-91.
3. Thiele H, Akin I, Sandri M, Fuernau G, de Waha S, Meyer-Saraei R, et al. PCI strategies in patients with acute myocardial infarction and cardiogenic shock. *NEJM.* 2017;377(25):2419-32.

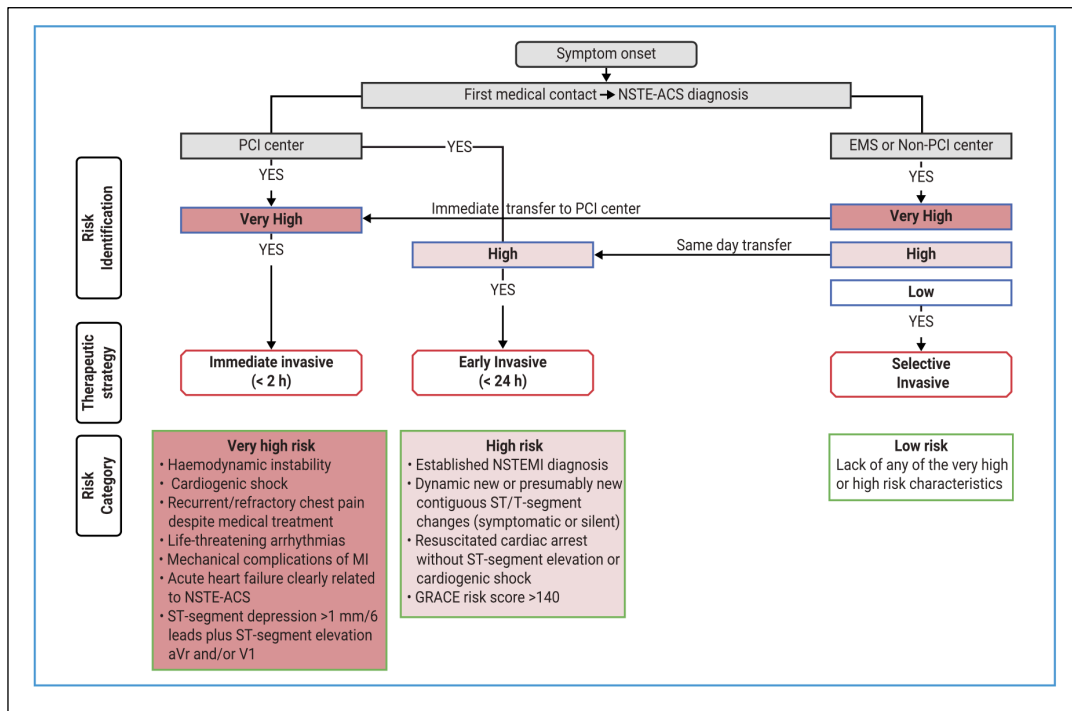


Figure 1 : Sélection du timing et de la stratégie thérapeutique du SCA en fonction de la catégorie de risque.