

Angioplastie du tronc commun chez les sujets de plus de 75 ans : résultats intrahospitaliers et à 1 an à partir du registre France PCI

O. Labidi¹ ; A. Canville¹ ; M. Godin¹ ; Q. Landolff¹ ; R. Koning¹ ; J. Howeyer² ; G. Rangé³

¹ Unité de cardiologie interventionnelle, Clinique Saint Hilaire, Rouen

² France PCI Normandie

³ Service de cardiologie, centre hospitalier de Chartres



INTRODUCTION

L'angioplastie coronaire transluminale percutanée (APTL) du tronc commun non protégé (TCNP) est considérée comme une bonne alternative au pontage aorto-coronarien chez les patients à risque faible/intermédiaire selon les dernières recommandations (1). Ces recommandations se basent sur des essais cliniques randomisés où les sujets âgés de plus de 75 ans sont sous-représentés.

OBJECTIFS

L'objectif de l'étude est de décrire la prise en charge et les résultats de l'APTL du TCNP chez les sujets âgés > 75 ans.

PATIENTS ET METHODES

Le registre France-PCI (initialement dénommé CRAC : Club Régional des Angioplasticiens de la région Centre) est un registre prospectif, multicentrique, débuté en janvier 2014 et recueillant les données cliniques et des coronarographies ou angioplasties coronaires des patients admis dans des centres de cardiologie interventionnelle participants dans des régions françaises différentes.

La participation des centres était progressive et a débuté avec 6 centres en 2014 pour atteindre 41 centres en 2021.

Il s'agit d'une analyse des données des patients ayant bénéficié d'une APTL du TCNP et ayant un suivi à 1 an.

Pendant la période de l'étude, 16 centres étaient inclus dans ce registre.

Nous avons comparé les caractéristiques cliniques, la prise en charge et l'évolution intra-hospitalière et à 1 an des patients âgés >75 ans.

RESULTATS

Sur la période d'étude, 761 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 82,9 ± 4,8 et un sexe Ratio 2 :1. La moitié des angioplasties (50% ; n= 380) ont été réalisées chez des patients ayant un angor stable ou une ischémie silencieuse.

Tableau 1: Caractéristiques épidémiologiques de la population de l'étude

	Age ≥ 75 ans N= 761 ; n (%)
Age (moy± ET)	82,9 ± 4,8
Homme	503 (66,1)
Antécédent d'angioplastie	250 (32,9)
Antécédent d'IDM	104 (13,7)
Antécédent AVC/AIT	52 (6,9)
Atteinte vasculaire périphérique	142 (18,8)
Insuffisance rénale sévère	123 (16,3)
Diabète	250 (30,0)
Dyslipidémie	419 (55,9)
Tabagisme	
Non-fumeur	547 (72,5)
Ancien fumeur	181 (24,0)
Fumeur actuel	27 (3,6)
Hypertension artérielle	582 (76,9)
Hérédité coronaire	94 (12,7)
Présentation initiale	
Stable	380 (50,0)
Instable	380 (50,0)

Moy: Moyenne, ET: Écart-Type
IDM: infarctus du myocarde ; AVC: accident vasculaire cérébral
AIT : accident ischémique transitoire

La voie radiale était la voie d'abord artérielle de choix (81,4%) avec une prépondérance de la voie radiale gauche (50,7% vs 30,5% par voie radiale droite).

Sur le plan angiographique, 19,5% des patients avaient une atteinte isolée du tronc commun.

Tableau 2: caractéristiques liées à la procédure

Voie d'abord artériel	N (%)
Fémorale	141 (18,6)
Radiale	618 (81,4)
Statut tronculaire	
Tronc commun seul	148 (19,5)
bitronculaire	297 (39,1)
tritrunculaire	315 (41,4)
SYNTAX Score	22,5 (9,7)
≤ 22	396 (52,9)
23 - 32	231 (30,9)
≥ 33	121 (16,2)
Tronc commun seul	
1 stent	91 (62,3)
2 stents ou plus	55 (37,7)

Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 6,2 % (n= 47) et le taux de MACCE était de 6,7% (n=51).

Tableau 3: Récapitulatif des évènements intra-hospitaliers

	Age ≥ 75 ans N= 761 ; n (%)
Thrombose de stent	6 (0,8)
Revascularisation non programmée ou urgente (ATPL/PAC)	7 (0,9)
ATPL	7 (0,9)
PAC	0 (0,0)
IDM	10 (1,3)
Hémorragie	
Non ou BARC <3	752 (98,8)
BARC ≥ 3	9 (1,2)
AVC	5 (0,7)
MACCE hospitalier	51 (6,7)
Mortalité Hospitalière	47 (6,2)

ATPL: angioplastie coronaire transluminale percutanée ; PAC: pontage aorto-coronaire
IDM: infarctus du myocarde ; AVC: Accident vasculaire cérébral
MACCE: Major adverse cardiac and cerebrovascular events

Le suivi réalisé à 1 an après l'angioplastie a révélé un taux de MACCE à 24% (n=177) et le taux de mortalité totale était de 18,9 % (n= 144).

Tableau 4: Récapitulatif des évènements à 1 an

	Age ≥ 75 ans N= 761 ; n (%)
Thrombose de stent	9 (1,3)
Revascularisation non programmée ou urgente (APTL/PAC)	50 (7,1)
APTL	48 (6,8)
PAC	2 (0,3)
IDM	23 (3,3)
Hémorragie	
Non ou BARC <3	669 (96,3)
BARC ≥3	26 (3,7)
AVC	13 (1,9)
MACCE 1 an	177 (24,0)
Mortalité	144 (18,9)
Causes du décès	
Cardiovasculaire	79 (54,9)
Inconnue	20 (13,9)
Non cardiovasculaire	45 (31,3)

ATPL: angioplastie coronaire transluminale percutanée ; PAC: pontage aorto-coronaire
IDM: infarctus du myocarde ; AVC: Accident vasculaire cérébral
MACCE: Major adverse cardiac and cerebrovascular events

CONCLUSION

Les taux de mortalité et de MACCE sont plus importants que ceux décrits dans les essais cliniques randomisés (2). Les multiples comorbidités, la fragilité et le haut risque opératoire pourraient expliquer le choix et les résultats de cette stratégie de revascularisation.

References

1. Neumann F-J, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 7 janv 2019;40(2):87-165.
2. Garg A, Rout A, Raheja H, Hakeem H, Sharma S. Long-term follow-up of percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting in left main coronary artery disease: A systematic review and meta-analysis. Catheter Cardiovasc Interv. 26 oct 2020;ccd.29338.