

FICHE

Syndrome coronarien chronique : 7 messages clés pour améliorer votre pratique

Validée par le Collège le 15 avril 2021

1. Diagnostic

- ➔ Prescrire des examens complémentaires diagnostiques en tenant compte de la clinique et du risque cardio-vasculaire du patient.

L'évaluation attentive des antécédents du patient, de l'histoire de la maladie, incluant les caractéristiques des symptômes angineux, l'évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire et des manifestations d'athérosclérose, et l'examen clinique permettent d'avoir un degré élevé de certitude sur le diagnostic de cardiopathie ischémique.

La probabilité de cardiopathie ischémique est influencée par la prévalence de la maladie dans la population étudiée, ainsi que par les caractéristiques cliniques individuelles du patient. L'évaluation de la probabilité pré-test et la prise en compte de facteurs déterminants dans l'estimation de la probabilité clinique de cardiopathie ischémique permettent de préciser la pertinence de réaliser ou non des examens complémentaires diagnostiques, et de guider le choix de ces derniers. Une échocardiographie transthoracique de repos doit être conduite avant toute exploration à visée diagnostique.

- ➔ Hors contexte aigu, ne pas procéder à une coronarographie en première intention dans un but diagnostique.

Un test fonctionnel (imagerie de stress ou épreuve d'effort) ou un coroscanner sont les examens diagnostiques recommandés en première intention.

Si les tests non invasifs se sont révélés non concluants, la coronarographie peut être nécessaire chez les patients avec une symptomatologie sévère.

- Évaluer systématiquement le risque d'événement cardio-vasculaire grave (SCA, décès) une fois le diagnostic de SCC posé.

La stratification du risque d'événement ischémique (évaluation pronostique) repose généralement sur les évaluations utilisées pour poser le diagnostic de cardiopathie ischémique. Elle s'appuie sur l'évaluation clinique, l'évaluation de la fonction systolique ventriculaire gauche par échocardiographie au repos et, dans la majorité des cas, une évaluation non invasive de l'ischémie.

2. Traitement

- Fonder le traitement du syndrome coronarien chronique sur une adaptation du mode de vie, la correction des facteurs de risque cardio-vasculaire et un traitement par statine et antithrombotique aux doses optimales.

L'adaptation du mode de vie repose sur le sevrage tabagique, un ajustement de l'alimentation, la pratique d'une activité physique adaptée, l'atteinte d'un poids de forme et une prise en charge psychosociale (accompagnement psychologique, aide pour le maintien à l'emploi).

Une information éducative simple concernant le traitement médical améliore l'observance et la responsabilisation des patients.

Un traitement antiangineux est instauré si le patient est symptomatique.

Dans la population du registre CLARIFY¹, malgré l'utilisation élevée des classes médicamenteuses recommandées en prévention secondaire, le contrôle des facteurs de risque reste perfectible : 20 % des sujets atteignent un objectif de LDL à 70 mg/dl ou moins, et moins d'un tiers des sujets remplissent l'objectif tensionnel de 130/80 mmHg. Une des hypothèses explicatives est une utilisation de doses trop faibles de médicaments. La gestion du traitement antithrombotique vise un équilibre favorable entre la prévention d'événements ischémiques et le risque accru de saignement.

- Hors contexte d'urgence, envisager une revascularisation coronarienne seulement s'il existe des symptômes invalidants ou une preuve d'ischémie, malgré le traitement médical antiangineux optimal.

Les symptômes invalidants sont : un angor, une dyspnée, une diminution des capacités à l'effort.

La revascularisation améliore les signes fonctionnels d'angor mais ne diminue pas le risque de décès/syndrome coronarien en l'absence de sténose du tronc commun ou de dysfonction VG (FEVG < 35 %). La décision d'une revascularisation adaptée doit si possible reposer sur une décision collégiale.

¹ Sorbets E, et al. Long-term outcomes of chronic coronary syndrome worldwide: insights from the international CLARIFY registry. Eur Heart J 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz660

3. Suivi

- ➔ Organiser un suivi prolongé et coordonné des patients atteints de SCC dans le but de promouvoir et d'adapter le mode de vie en s'appuyant sur l'éducation thérapeutique du patient, et sur un programme de réadaptation cardio-vasculaire.

Les compétences du patient, ses besoins, ses difficultés doivent être évalués régulièrement.

Le traitement médicamenteux doit être réévalué à chaque consultation (adhésion au traitement et atteinte des objectifs thérapeutiques). La réadaptation cardio-vasculaire et l'éducation thérapeutique permettent d'obtenir une meilleure adhésion du patient au projet thérapeutique. L'entourage ou l'aidant sont associés aux actions d'éducation, avec un temps dédié.

Dans l'étude française de suivi de cohorte CORONOR², la poursuite d'un tabagisme actif, un mauvais contrôle du LDL-cholestérol ou un diabète déséquilibré (HbA1c > 7 %) faisaient partie des éléments le plus fortement associés à la survenue d'un SCA chez le patient atteint de SCC stable, reflétant une progression de la maladie athéromateuse, et l'existence d'un risque ischémique résiduel chez certains patients en apparence stables mais dont les facteurs de risque étaient moins bien contrôlés.

- ➔ Pour les patients en activité professionnelle, évaluer la pénibilité du poste et des conditions de travail, et si besoin les adapter.

La pénibilité liée notamment aux horaires atypiques, au port de charges lourdes, au travail à la chaleur ou au froid, à la sédentarité, au stress au travail doit être recherchée en vue d'un éventuel aménagement de poste. Les échanges se font par l'intermédiaire du patient qui peut solliciter une visite de pré-reprise (article R 4624-29 et 30 du Code du travail) s'il est en arrêt de travail, ou une visite à sa demande s'il est en activité (article R 4624-34 du Code du travail). Si besoin, le patient peut être orienté vers un assistant de travail social et l'Assurance maladie en vue d'un maintien dans l'emploi.

L'évaluation en 2016 par l'ANSES des risques sanitaires pour les professionnels exposés à des horaires atypiques, en particulier au travail de nuit régulier ou non, a mis en évidence des risques avérés de troubles du sommeil, de troubles métaboliques, et des risques probables cardio-vasculaires, cancérogènes et de troubles psychiques chez les travailleurs concernés.

Développés en coproduction avec les professionnels et les usagers du système de santé, ces messages courts visent à inciter les professionnels de santé à engager un dialogue avec les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions les mieux indiqués et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires. Les professionnels et les usagers ont choisi les thématiques et les messages qui ont été élaborés à partir de recommandations existantes

² Bauters C, et al. Prognosis of Patients With Stable Coronary Artery Disease (from the CORONOR Study). Am J Cardiol. 2014; 113: 1142-1145.

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Syndrome coronarien chronique : 7 messages clés pour améliorer votre pratique, avril 2021**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr