

Diagnostic et prise en charge des échecs de thrombolyse
Dr Antoine Sarkis
Professeur associé de cardiologie, Hôtel Dieu de France, Beyrouth.

La survie après un infarctus du myocarde est étroitement liée à la restauration du flux sanguin dans l'artère coupable, avec une relation certaine entre la mortalité et le grade TIMI du flux coronaire à 90 minutes. La mortalité hospitalière est de 3,9% pour un TIMI 3, de 6,7% pour un TIMI 2, et de 9,9% pour un TIMI 0 ou 1. Puisque la thrombolyse achève un flux TIMI 3 dans moins de 60% des patients, l'angioplastie coronaire pratiquée précocement après le traitement thrombolytique peut améliorer la perméabilité coronaire et donc théoriquement améliorer la survie.

L'angioplastie de routine après thrombolyse a été évaluée dans les années 1980 ; cette attitude n'a pas amélioré les critères cliniques étudiés, avec même un saignement accru et une tendance vers une surmortalité. Une étude récente, ASSENT-4, comparant la reperfusion pharmaco-mécanique par Tenecteplase suivie d'angioplastie, à une attitude d'angioplastie primaire, a été arrêtée avant son terme en Avril 2005 en raison d'une surmortalité dans le groupe thrombolyse puis angioplastie (ESC, Stockholm, sept 2005).

L'angioplastie de sauvetage après échec de thrombolyse suppose une identification fiable de ces échecs. En général, la non disparition de la douleur, une absence de diminution de 50% ou plus du segment ST dans la dérivation où il était le plus sus-décalé, une absence de rythme idioventriculaire accéléré, sont pris en compte dans les études cliniques. Les marqueurs biochimiques sont plutôt utilisés pour une confirmation post hoc que comme aide au diagnostic immédiat.

L'étude Merlin (J Am Coll Cardiol, 2004 ; 44 :287-96) a randomisé 307 patients entre une attitude d'angiographie avec ou sans « rescue » et une approche conservatrice. L'attitude « rescue » n'a pas amélioré la survie à 30 jours, mais a réduit la fréquence des revascularisations ultérieures. Cette attitude était associée à une fréquence accrue d'accidents vasculaires cérébraux et de transfusions, et n'a pas entraîné une meilleure préservation de la fonction ventriculaire à 30 jours. Ces résultats peuvent être en partie expliqués par un échec de reperfusion au niveau microvasculaire malgré un flux normal épicaudique. Ces résultats peuvent être améliorés par l'utilisation des stents (étude STOPAMI-4)

Dans l'étude REACT (Gershlick et al, AHA 2004), comparant après échec de thrombolyse, une attitude conservatrice (Héparine IV), une re-thrombolyse par t-PA, ou une angiographie avec ou sans angioplastie (rescue), le critère combiné (décès, AVC, ré-infarctus, ou insuffisance cardiaque) était réduit de moitié dans le groupe « rescue ». Comparée à l'étude Merlin, l'étude REACT a comporté une utilisation dix fois supérieure d'inhibiteurs de la glycoprotéine IIb-IIIa ainsi que plus de stents.

L'angioplastie de sauvetage après échec de thrombolyse demeure un sujet de débat. Le fait que les échecs de thrombolyse sont probablement associés à des plaques athéroscléreuse plus complexes, et que la thrombolyse entraîne une activation plaquettaire, peut expliquer les résultats moins favorables de l'angioplastie après échec de thrombolyse. Dans un papier de Steffenino (Ital Heart J 2004; 5 :739-745), seulement 62% des « rescue » avaient un flux final TIMI grade 3. En plus, une angioplastie de sauvetage qui échoue comporte une mortalité particulièrement élevée. Cependant les données discordantes de la littérature sont en contraste avec une utilisation pratique courante. Des améliorations pharmacologiques et techniques sont probablement nécessaires.