

SCA non ST : ne pas négliger les anomalies de la repolarisation en aVR !

<http://www.medscape.fr/voirarticle/2805143>

Dr Jean-Luc Breda

16 août 2007

Toronto, Canada — Les modifications de la repolarisation, qui sont parfois observées en aVR chez les patients hospitalisés pour syndrome coronarien aigu non ST (SCA ST-), méritent qu'on s'y attarde. Un travail canadien démontre en effet que si l'élévation de ST dans cette dérivation n'est pas un marqueur indépendant de mauvais pronostic — ce que suggéraient plusieurs essais de taille limitée publiés dernièrement — sa présence n'en atteste pas moins très souvent des lésions coronaires péjoratives et étendues. Il constitue donc un élément à prendre en compte dans le choix des traitements menés en urgence.

« Ce travail montre que le clinicien dispose, avec l'analyse de cette dérivation, d'un moyen très simple et jusqu'alors inexploité, de **dépister immédiatement des patients qui ont une forte probabilité de lésions coronariennes sévères et qui relèvent donc de stratégies actives,** » confirme le **Pr P Gabriel Steg** (Hôpital Bichat -Claude Bernard, Paris). « C'est incontestablement une information précieuse pour orienter la prise en charge de ces malades, information qui était à notre portée mais que, jusqu'à présent, nous ne savions pas utiliser ! »

L'équipe du **Dr AT Yan** (Toronto) dévoile dans l'*American Heart Journal* les résultats d'une étude électrocardiographique ancillaire du registre **GRACE** (*Global Registry of Acute Coronary Events*), évaluant la signification des modifications de repolarisation observées en aVR, indicateur que la plupart des praticiens a tendance à ignorer. ^[1]

Rappels sur le registre GRACE

GRACE est une étude prospective de registre menée dans 13 pays pour étudier une population représentative de sujets souffrant de SCA. Pour être retenus, les patients devaient présenter au moins un des critères suivants : ECG caractéristique d'un SCA, élévation des marqueurs biologiques d'infarctus ou coronaropathie documentée. Les données géographiques, les caractéristiques cliniques et biologiques, les traitements et l'évolution étaient consignées dans des dossiers médicaux individuels.

Ce travail a permis d'identifier des éléments pronostiques tels que l'âge, la fréquence cardiaque, la pression artérielle systolique, l'arrêt cardiaque récupéré, la classe Killip, la créatininémie, les modifications de ST, les perturbations des marqueurs cardiaques biologiques, la présence d'une nécrose myocardique ou d'une insuffisance cardiaque.

Ces critères ont été réunis dans un « modèle d'évaluation de risque GRACE » qui, appliqué à une cohorte indépendante, s'est montré très performant pour prévoir la mortalité hospitalière initiale (c statistique = 0,83) et à 1 an (c statistique = 0,79).

Entre mars 1999 et janvier 2004, 39 sites répartis dans 11 pays ont participé à cette expertise électrocardiographique. Les tracés ECG réalisés lors de l'arrivée aux urgences de 8202 sujets présentant un SCA ont été centralisés et analysés en aveugle, sans que les opérateurs ne connaissent les dossiers et le devenir des patients. Ont été exclus de ce travail les malades dont l'enregistrement était de mauvaise qualité (n = 174), ceux qui

avaient un rythme ventriculaire ou électro-stimulé (n = 128), un bloc de branche gauche ou un aspect d'infarctus ST+ (n = 2836).

Une indication rare mais précieuse

Les 5064 patients restant (donc présentant un SCA ST-) ont été stratifiés en trois groupes selon l'aspect de la repolarisation constaté en aVR :

- aucune modification de ST
- élévation modérée (entre 0,5 et 1mm)
- sus-décalage majeur (> 1 mm)

L'ensemble de cette population a été suivie pendant 6 mois. Au terme de cette période, les données ont été exploitables pour 88,2 % des survivants de la phase hospitalière initiale.

Les résultats confirment tout d'abord que les modifications de la repolarisation en aVR sont rares dans les SCA ST-. Seuls 292 patients (5,8 %) avaient un sus-décalage mineur et à peine 76 (1,5 %) une élévation considérée comme importante.

Un sus-décalage majeur de ST en aVR traduit, plus d'une fois sur deux, une atteinte tri-tronculaire

La mortalité semble à première vue très liée à la présence de ce critère ECG puisqu'elle s'élève respectivement à 4,2 %, 6,2 % et 7,9 % pour les trois groupes considérés en phase hospitalière, et à 7,6 %, 12,7 % et 18,3 %, après 6 mois de suivi.

Pour autant, après ajustement des autres prédicteurs de risque validés par le modèle GRACE, cet indice ECG ne semble pas avoir une valeur pronostique indépendante, ni pour la mortalité intra-hospitalière, ni à 6 mois après l'accident initial. Cette absence de signification statistique est vérifiée que les patients aient été revascularisés ou non.

La constatation de cette anomalie se révèle cependant être un marqueur autonome de sténoses coronariennes sévères : lésion du tronc coronaire gauche (TC) ou atteinte tri-tronculaire (3T). Sur les 2416 sujets qui ont subi une exploration angiographique lors de leur hospitalisation initiale, la prévalence de ces atteintes (TC ou 3T) était de 26,1 %. Elle passe à 36,2 et 55,9 % respectivement en cas de sus-décalage de ST en aVR mineur ou majeur.

Complications et données coronarographiques selon l'existence et l'importance du sus-décalage de ST en aVR

Evolution	Non ST+ en aVR	ST+ modéré	ST+ majeur
	(n = 4696)	(0,5 à 1mm)	(> 1 mm)
		(n = 292)	(n = 76)
Mortalité	4,2 %	6,2 %	7,9 %
Nécrose myocardique	9,0 %	10,7 %	13,2 %

Mortalité coronarienne	12,0 %	14,1 %	18,4 %
Défaillance cardiaque	11,5 %	18,3 %	30,3 %
Arrêt cardiaque/fibrillation V	3,2 %	5,8 %	9,3 %

Lésions (coronarographie)

Tronc coronaire G (TCG)	5,1 %	9,2 %	14,7 %
Tri-tronculaire (3T)	23,3 %	32,3 %	44,1 %
TCG + 3T	26,1 %	36,2 %	55,9 %

Une information qui était à notre portée mais que, jusqu'à présent, nous ne savions pas utiliser ! — **Pr P Gabriel Steg** (Hôpital Bichat, Paris)

Le Dr AT Yan avance une explication pour comprendre la signification péjorative de cet indicateur ECG : « **Le sus-décalage de ST en aVR n'apparaît sans doute que pour un haut degré d'ischémie transmurale du septum basal.** Ce sont la souffrance tissulaire majeure et les modifications électrophysiologiques qui en découlent qui ont pour effet de donner une orientation antérieure plus marquée du vecteur électrique de repolarisation ».

En guise de conclusion, les auteurs insistent sur les applications pratiques de l'analyse de la dérivation aVR en urgence. L'élévation de ST permet d'identifier, dès l'admission, des coronaropathies vraisemblablement sévères (tri-tronculaires ou ayant une lésion du tronc coronaire). Ces patients sont donc prioritairement candidats à un traitement par inhibiteurs plaquettaires anti-GB IIb/IIIa et à une revascularisation anticipée.