

Speaker's name: Thomas Cuisset, MD, PhD

X I have the following potential conflicts of interest to report:

x Consulting: Astra Zeneca, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Medicines Company

Employment in industry

Stockholder of a healthcare company

Owner of a healthcare company

x Others: Lecture Fee

Abbott Vascular, Astra Zeneca, Biotronik, Boston Scientific, Cordis, Daichi Sankyo, Edwards, Eli Lilly, Hexacath, Iroko Cardio, Medtronic, SJM, Terumo

I do not have any potential conflict of interest

2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)



Thomas CUISSET,
CHU Timone, Marseille
High Tech, Janvier 2016

Objectif:

Présenter les guidelines sans 'tableau multicolore'

Classes of recommendations	Definition	Suggested wording to use
Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	Is recommended/is indicated
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.	
<i>Class IIa</i>	<i>Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.</i>	Should be considered
<i>Class IIb</i>	<i>Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.</i>	May be considered
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.	Is not recommended

En préambule ...

Guidelines and recommendations should help health professionals to make decisions in their daily practice. However, the final decisions concerning an individual patient must be made by the responsible health professional(s)

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

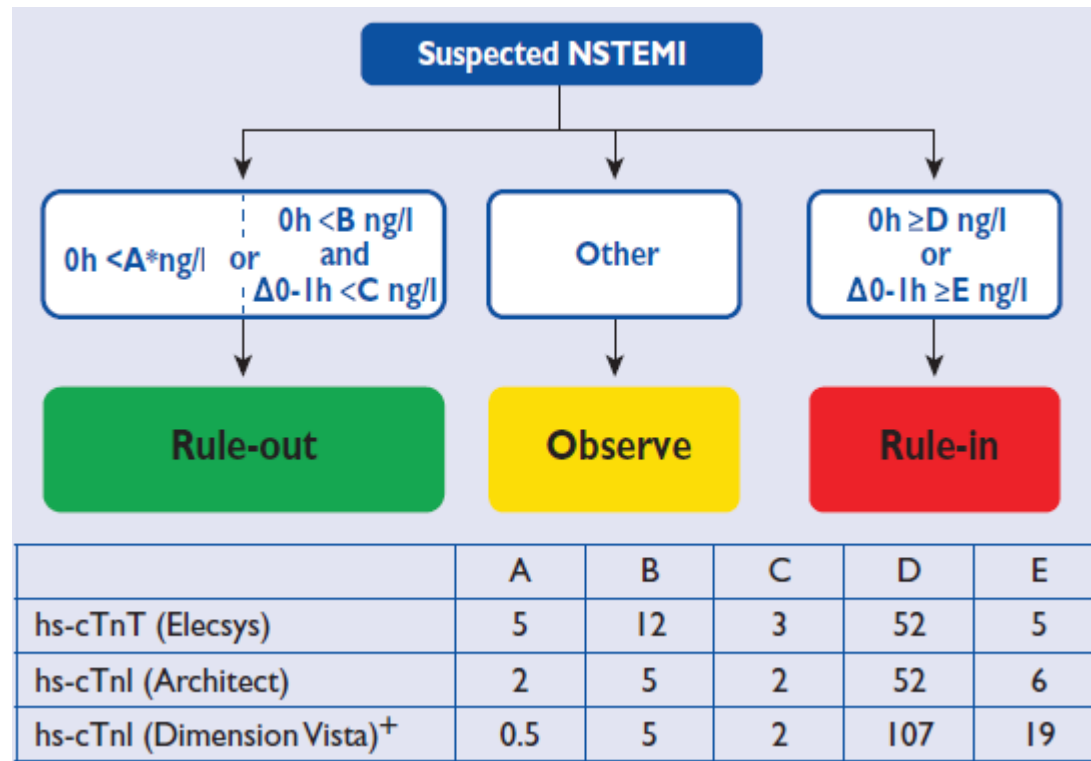
Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Nouveaux Algorithmes pour Tn



Avantages: Meilleure détection IDM type 1, séjour plus court aux urgences

Problèmes ?: Surdéttection NSTEMI ? Stratégie basée sur « marqueur » ?

La clinique !

Mr Edie T.
Homme 55 ans
Fumeur
Angor effort crescendo « typique »
ECG aux urgences normaux
Tn négatives
GRACE<140

→ Retour maison ?



NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

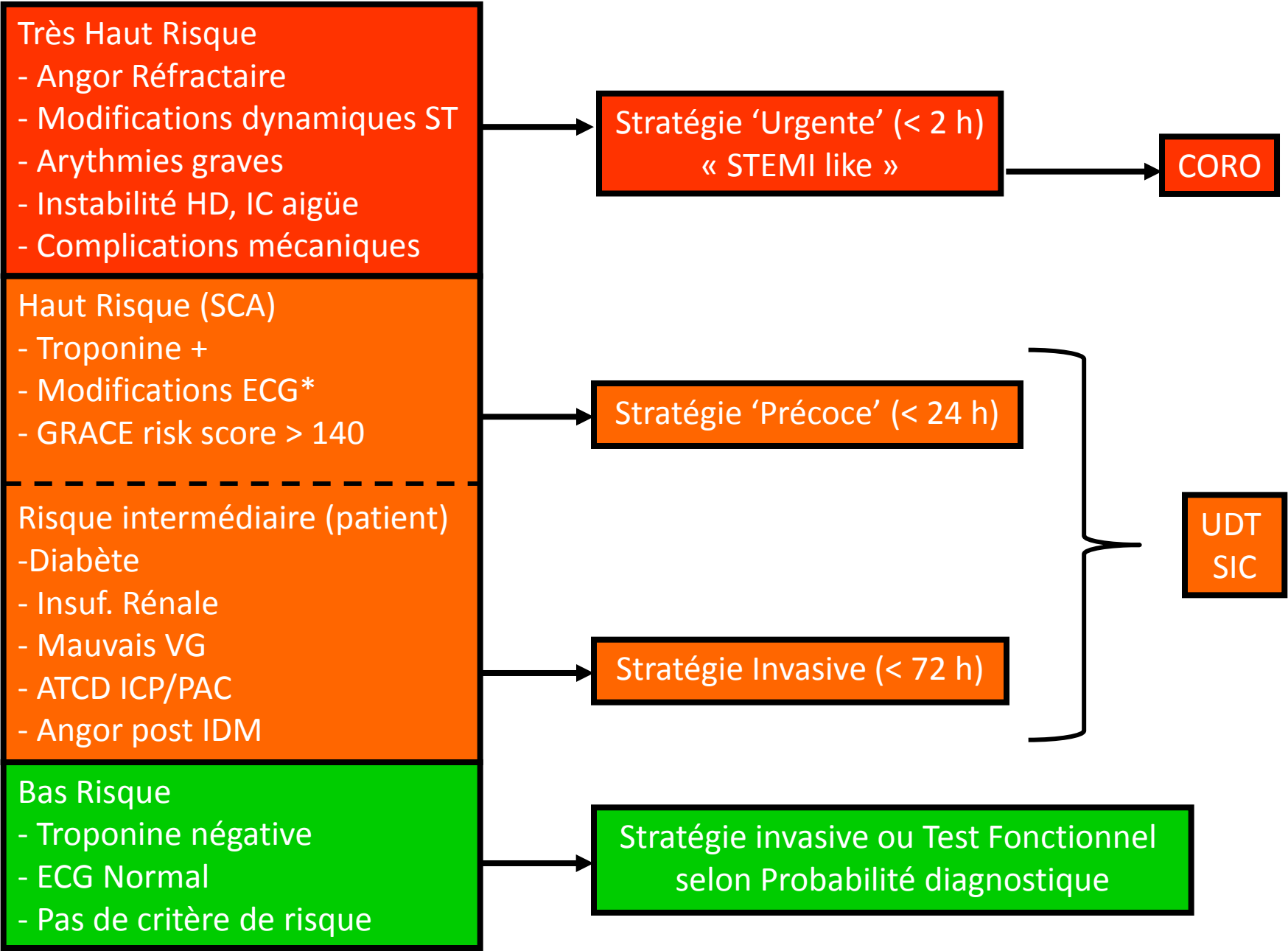
Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

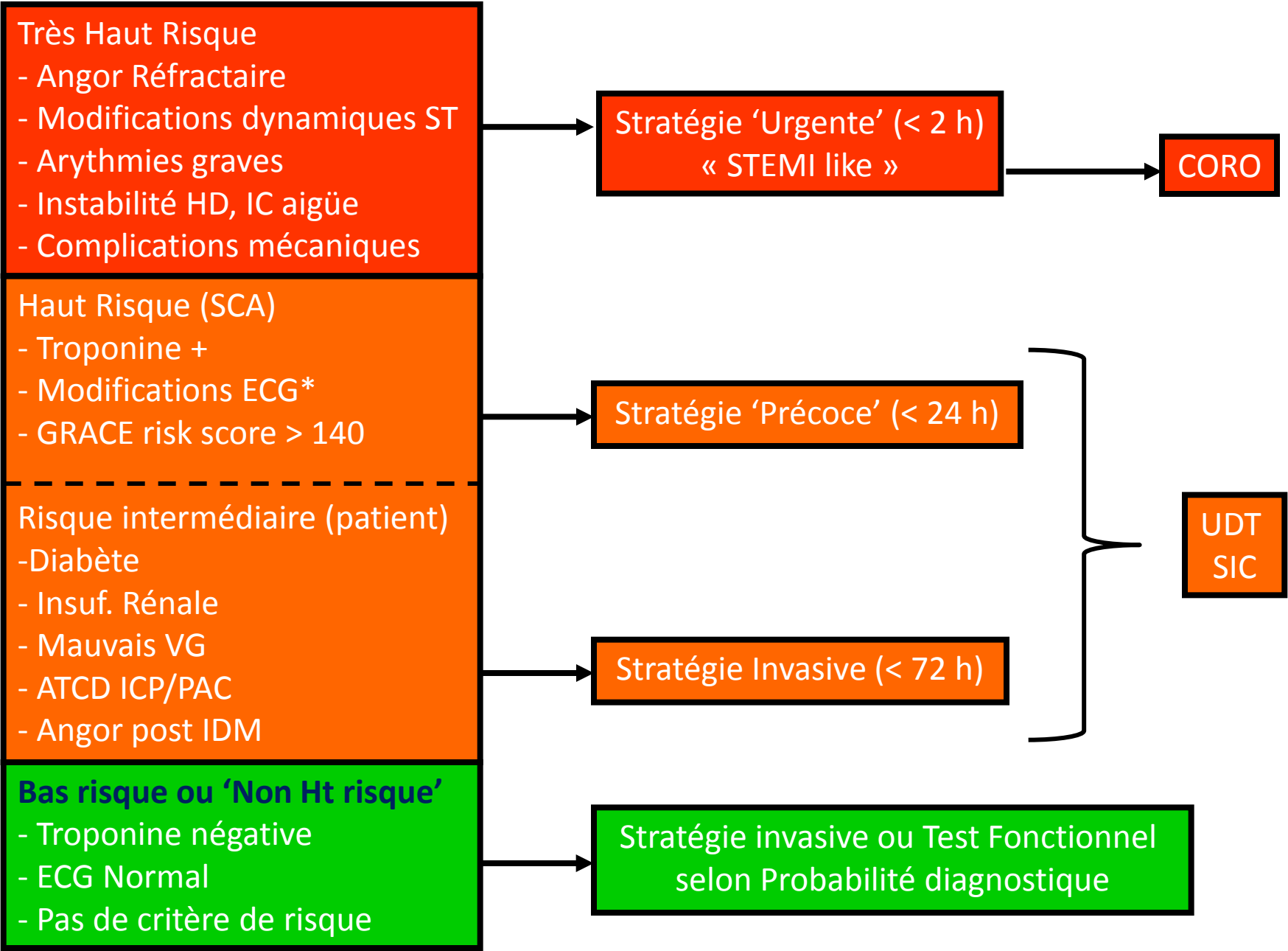
Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI





* Sous ST > 2 mm > Sous ST > 1 mm > T négatives > ECG normal



Très Haut Risque

- Angor Réfractaire
- Modifications dynamiques ST
- Arythmies graves
- Instabilité HD, IC aigüe
- Complications mécaniques

Stratégie 'Urgente' (< 2 h)
« STEMI like »

CORO

Haut Risque (SCA)

- Troponine +
- Modifications ECG*
- GRACE risk score > 140

Stratégie 'Précoce' (< 24 h)

Risque intermédiaire (patient)

- Diabète
- Insuf. Rénale
- Mauvais VG
- ATCD ICP/PAC
- Angor post IDM

Stratégie Invasive (< 72 h)

UDT
SIC

Bas risque ou 'Non Ht risque'

- Troponine négative
- ECG Normal
- Pas de critère de risque

Stratégie invasive ou Test Fonctionnel
selon Probabilité diagnostique

* Sous ST > 2 mm > Sous ST > 1 mm > T négatives > ECG normal

La clinique !

Mr Edie T.
Homme 55 ans
Fumeur
Angor effort crescendo « typique »
ECG aux urgences normaux
Tn négatives
GRACE<140

→ Bas Risque ?



Timing Stratégie Invasive: Commentaires

Fenêtre de 72h si risque intermédiaire ?

Intérêt centres périphériques ?

Intérêt WE ?

Tous les NSTEMI à faire dans les 24h ?

Quid Vendredi soir et WE ?

Quid des centres sans table Coro ?

Où Surveiller ces patients ?

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Faut-il scoper les SCA non ST ?

Hôpital / Transport / Post ICP

Présentation Clinique	Unité	Monitoring Rythme
Angor instable	Unité ou Sortie	Non
NSTEMI « bas risque rythmique »	UDT ou SIC	24h ou jusque Revasc.*
NSTEMI « haut risque rythmique »	SIC ou SI	>24h

Critères de Risque

Instabilité Hémodynamique

Arythmies ventriculaires

FEVG < 40%

Echec ou complication angioplastie

Lésions coronaires résiduelles critiques

* Sortie unité en post Coro si absence de complication

Circuit patient « NSTEMI ACS »: Centres « non PCI »

Très Haut Risque

- Angor Réfractaire
- Modifications dynamiques ST
- Arythmies graves
- Instabilité HD, IC aigüe
- Complications mécaniques

Transfert Immédiat

Haut Risque (SCA)

- Troponine +
- Modifications ECG*
- GRACE risk score > 140

Transfert < 24 h, scopé

Risque intermédiaire (patient)

- Diabète
- Insuf. Rénale
- Mauvais VG
- ATCD ICP/PAC
- Angor post IDM

Surv. 24h, transfert +/- scope

Bas risque

- Troponine négative
- ECG Normal
- Pas de critère de risque

Pas de transfert systématique

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Anticoagulation et aspirine pour tous les SCA non ST

Pré traitement P2Y12 avant Coronarographie

Prasugrel: Non ! (ACCOAST)

Ticagrelor et Clopidogrel: « no recommendation for or against »

Statines forte dose le plus tôt possible

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aiguë

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

La voie **Radiale** doit être privilégiée

Les **nouveaux DES** sont le traitement de choix chez **tous**
Patients âgés, Risque hémorragique, OAC, DAPT courte

Antiplaquettaires IV possible pendant l'ICP (IIbIIIa, cangrelor)

Discussion **CABG vs PCI** discutée si possible avant PCI 'culprit'

Stratégie **hybride** possible

FFR pour évaluation lésion non coupable

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Modalités TTT pharmacologique à la sortie

DAPT

Bithérapie par aspirine et nouveaux bloqueurs P2Y12

Durée DAPT

12 mois par défaut

Plus courte si risque hémorragique

Plus long chez patients sélectionnés (DAPT, PEGASUS)

Modalités TTT pharmacologique à la sortie

Patient sous Antiocoagulant

Stratégie Invasive

Plus d'arrêt des anticoagulant

Voie radiale, DES, anticoagulant IV en sus

A la Sortie

Clopidogrel comme bloqueurs P2Y12

Triple thérapie courte de 1-6 mois selon risque hémorragique

Bithérapie jusque 1 an puis anticoagulant seul

Ma pratique

J'arrête souvent les AOD pour la Coro / PCI
Quasiment jamais 6 mois de triple thérapie
Assez souvent 1 AAP après 1 an

Modalités TTT pharmacologique à la sortie

Stratégie « Hypolipémiante »

Statines fortes doses à la sortie

Objectif de LDL cholestérol à 0.7 g/L

Détecter les HChol Fam (ATCD Fam., LDL > 1.9...)

Intêt futur des anti PCSK9 ?

Modalités TTT pharmacologique à la sortie

Autres

Fin du dogme **BB et IEC** pour tous post SCA

IEC si IC, FE<40%, Diabète, HTA

BB si IC, FE<40%, HTA ou anti-ischémique

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aiguë

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Suivi des patients SCA non ST

Rééducation à « considérer » (compliance, hygiène de vie)

Suivi cardiologique (FDR, clinique, ischémie)

NSTEMI: *de l'admission au suivi*

Amélioration des capacités diagnostiques ?

Stratification du risque et timing de stratégie invasive

Où hospitaliser / Surveiller ces patients NSTEMI ?

Modalités TTT pharmacologique à la phase aigüe

Modalités de la stratégie invasive et revascularisation

Modalités TTT pharmacologiques à sortie

Suivi de ces patients post NSTEMI



Changement pour notre pratique ?

Pas de grandes nouveautés dans ces guidelines

Porte ouverte vers « nouvelles stratégies »

- Cycle troponine très court
- Pas de pré traitement
- DAPT prolongée

Précision importante sur circuit patient

- Transfert inter centres
- Indication monitoring

Confirmations sur versant « interventionnelle »

Radiale, stent actif



Merci ...