



29-31
JANVIER
2025

MARSEILLE
PALAIS DU PHARO

WWW.HIGHTECH-CARDIO.ORG



Guidelines Syndrome Coronaire Chronique

Guillaume CAYLA
CHU de Nîmes


Conflits d'intérêt

G Cayla has received research grants/consultant fees/lectures fees from Amgen, AstraZeneca, Abbott, Bayer, Biotronik, Bristol-Myers Squibb, Microport, Medtronic, Pfizer, Sanofi-Aventis

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

```
graph TD; A[2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization] --- B[2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes]; B --> C[2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes];
```

 **ESC**
European Society of Cardiology

European Heart Journal (2024) **00**, 1–123
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes

Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Démarche diagnostique

Stratégie thérapeutique

Démarche diagnostique : stratification du risque

Probabilité clinique
(pondérée FDR)

Test de première intention pour
suspicion de SCC

Very high
>85%



Invasive coronary angiography



High
>50-85%



Functional imaging



PET/SPECT CMR Stress ECHO

Moderate
>15-50%



CCTA



OR

Functional imaging



PET/SPECT CMR Stress ECHO

Low
>5-15%



Adjust the clinical likelihood



OR

CCTA



Very low
≤5%



Defer further testing

Symptômes (0-3) (douleur thoracique, dyspnée)

Facteurs de risque (1 à 5)

Démarche diagnostique : patients à haut risque?



Clinique

Probabilité élevée maladie coronaire (>85%)
angor crescendo ou réfractaire



Test d'effort

Duke Treadmill score < -10 (temps , ST, DT)



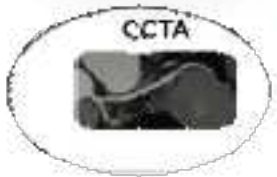
Scintigraphie/PET

Ischémie ≥ 10%



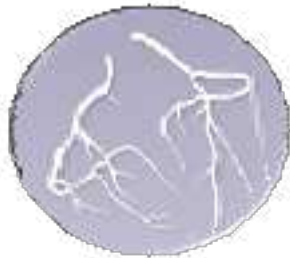
IRM stress
Echo de stress

≥ 3 segments hypokinétiques
ou sous perfusés



Scanner coronaire

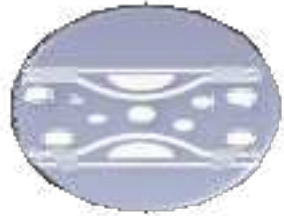
≥ 50% sténose pour TC
Maladie tritronculaire avec sténose ≥ 70%
Maladie mono ou bi-tronculaire impliquant l'IVA 1 avec sténose
≥ 70% (+/- FFR CT < 0.8)



Stratégie thérapeutique



mesures générales



traitement de prévention



traitement antiangineux



revascularisation

Stratégie thérapeutique : prévention évènements

Stratégies antithrombotiques post PCI

Stratégie par défaut : aspirine clopidogrel **6 mois**



Patient à haut risque hémorragique **1-3 mois**



Haut risque ischémique

Aspirine Tica/prasu **1 mois** et jusqu'à 3-6 mois



Aspirine + second agents au long cours



Après PCI ou IDM aspirine au long cours



Après PCI ou IDM **clopidogrel comme alternative**



Stratégie thérapeutique : prévention évènements

Hypolipémiant Cible LDL <0.55 g/L



IEC ou AR II si HTA (cible TA <130/80)/diabète/IC



SGLT2 Inhibiteurs et GLP 1 agoniste si Diabète
(indépendamment de l'HBA1C)



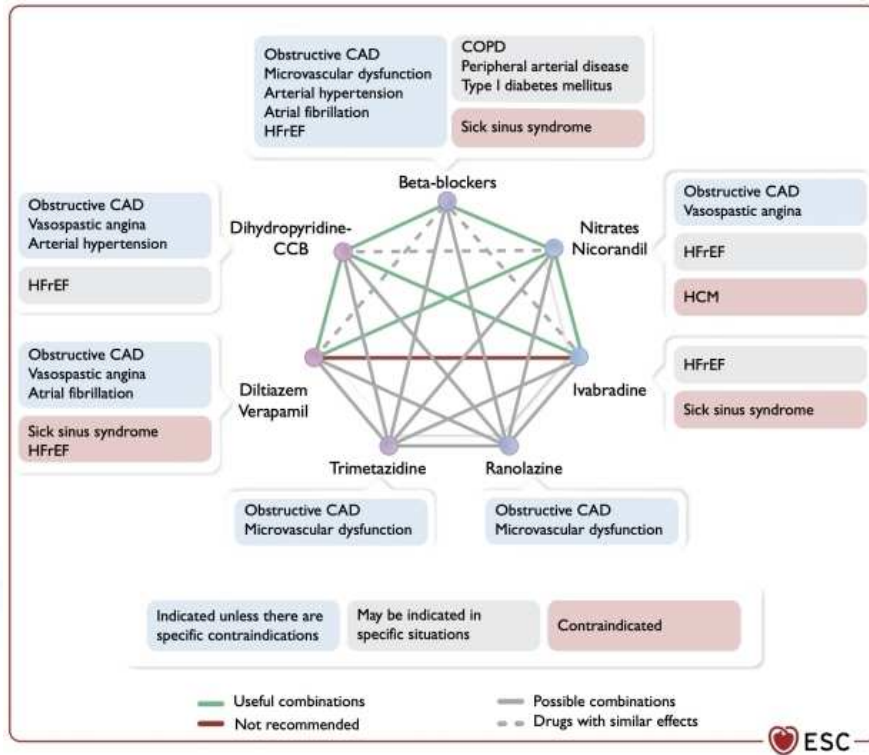
GLP1-agoniste (Sémaglutide) chez le coronarien
avec IMC > 27 sans diabète



Colchicine



Stratégie thérapeutique: antiangineux



Dérivés nitrés d'action rapide

I **B**

Bétabloquants

I **B**

Inhibiteurs Calciques

I **B**

Dérivés nitrés d'action longue

IIa **B**

Nicorandil/TMZ

IIb **B**

Ivabradine (FE<40%)

IIa **B**

Associations

IIa **B**

Angor réfractaire: réducteur sinus

IIb **B**

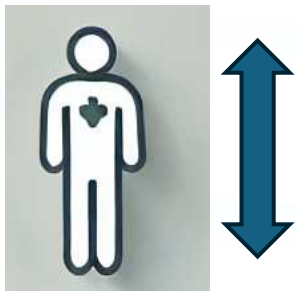
La revascularisation



Information du patient bénéfices/risques



Discussion en Heart Team pour les patients complexes



Adapter la meilleure stratégie de revascularisation en fonction du patient, anatomie, facteurs procéduraux, FEVG, préférence du patient

La revascularisation: quand faut-il revasculariser?

A visée symptomatique



Angor persistant sous traitement , revascularisation des lésions fonctionnellement significatives

Revascularization to improve symptoms

In CCS patients with persistent angina or anginal equivalent, despite guideline-directed medical treatment, myocardial revascularization of functionally significant obstructive CAD is recommended to improve symptoms.^{50,321,402,732,734,757}

I

A

La revascularisation: quand faut-il revasculariser?

A visée pronostique

FEVG > 35%

= Lésions sévères
fonctionnellement significatives

Tronc gauche



Maladie tritronculaire



IVA proximale



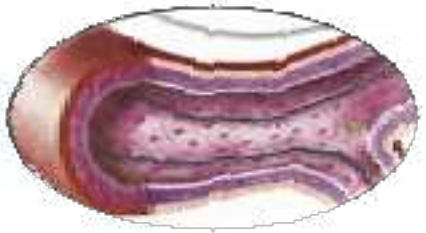
La revascularisation: PCI ou pontage?

Chirurgie > PCI (moins de revasc /IDM)



Tronc coronaire gauche

= lésion fonctionnellement significative



Faible complexité anatomique (syntax < 22)
PCI alternative (NI survie)



Complexité intermédiaire (syntax 23-32)
PCI peut être considérée



La revascularisation: PCI ou pontage?

Avec diabète



Chirurgie > TT médical ou PCI



Haut risque chirurgical : PCI



Sans diabète

Chirurgie > TT médical

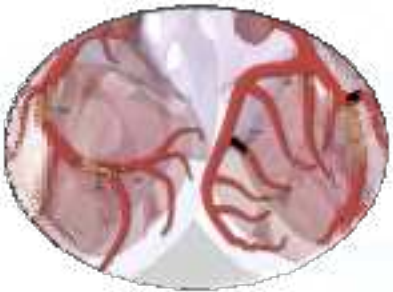


Faible/moyenne complexité anatomique: **PCI**



Atteinte pluritronculaire

= lésions fonctionnellement significatives



La revascularisation: PCI ou pontage?

Avec atteinte IVA proximale

Chirurgie ou PCI

Complexité anatomique: chirurgie



Sans atteinte IVA proximale

PCI pour symptômes

Mauvais candidat à PCI, CABG peut être considéré pour symptômes



Atteinte mono ou bitronculaire

= lésions fonctionnellement significatives

La revascularisation: l'angioplastie

Evaluation fonctionnelle

During ICA, selective assessment of functional severity of intermediate diameter stenoses is recommended to guide the decision to revascularize, using the following techniques:

• FFR/iFR (significant ≤ 0.8 or ≤ 0.89 , respectively);

I

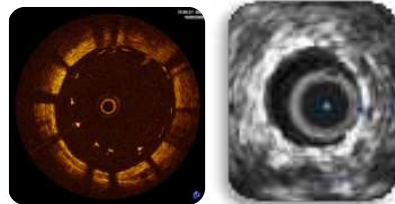
A

• QFR (significant ≤ 0.8).

I

B

Evaluation morphologique



Tronc coronaire , longue lésion , lésion de bifurcation

Assessment of procedural risks and post-procedural outcomes

Intracoronary imaging guidance by IVUS or OCT is recommended for performing PCI on anatomically complex lesions, in particular left main stem, true bifurcations and long lesions.

I

A

ANOCA et INOCA

Angina/ischaemia with non-obstructive coronary arteries

Angor sans lésion coronaire (femme > homme)

Angor microvasculaire



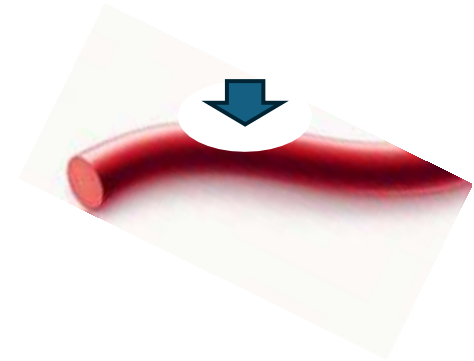
Patient symptomatique sous traitement avec ANOCA suspecté: Indication à un test invasif pour identifier les différents endotypes, ajuster le traitement et améliorer qualité de vie et pronostic

I

B

Analyse de la microcirculation:
Adénosine

Angor vasospastique épicardique:



Test de vasomotricité:
Ach ou Methergin

Suivi du patient coronarien

Faut-il réaliser des tests fonctionnels?

Après Park et al POST PCI (n=1706) NEJM 2022 et avant ARCACHON (ACTION)

Asymptomatic patients with established chronic coronary syndromes

Regardless of symptoms, periodic visits (e.g. annual) to a general practitioner or cardiovascular healthcare professional are recommended to evaluate cardiovascular risk factor control and to assess changes in risk status, disease status, and comorbidities that may require lifestyle, medical, or procedural interventions.



patient management. However, routine functional testing is not recommended for asymptomatic post-PCI patients, as it has not been shown to improve outcomes compared with standard care after 2 years.¹¹⁷³

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

**Asymptomatique :évaluation annuelle
MG ou Cardiologue**

Conclusion

Approche **plus centrée sur le patient**

Diagnostic : probabilité clinique / **scanner** et imagerie fonctionnelle

Prise en charge globale +++

Revascularisation symptomatique / pronostique

PCI: **fonctionnelle** et **guidée** par **imagerie** pour les patients complexes

Nouvelle place pour les **ANOCA**

Suivi: pas de test fonctionnel systématique

Quelques réflexions

Ce qui a déjà évolué

Colchine  

CLEAR OASIS 9 NEJM 2024 n=7062, absence d'efficacité Colchicine

QFR  

FAVOR III Europe Lancet 2024: l'étude n'a pas démontré la N-I de la QFR sur la FFR

Back Up: Asymptomatique

- It remains unclear if screening for subclinical obstructive CAD in the general population is useful.^{1106,1210} Further large-scale studies are needed to investigate the prognostic benefit of screening and treating asymptomatic CCS in the general population, preferably involving different geographical regions. Optimal screening options remain to be determined for specific groups at high risk (e.g. asymptomatic individuals with diagnosed diabetes for longer than 10 years).

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Opportunistic screening of healthy individuals for cardiovascular risk factors and to estimate the risk of future cardiovascular events using scoring systems, e.g. SCORE2 and SCORE-OP, is recommended to detect individuals at high risk and guide treatment decisions. ^{16,1101,1112}	I	C

CACS may be considered to improve risk classification around treatment decision thresholds.¹¹⁰⁴⁻¹¹⁰⁶

IIb

C