

Hémodialyse

INSUFFISANCE CORONARIENNE CHEZ LES PATIENTS HÉMODIALYSÉS : ANGIOPLASTIE OU CHIRURGIE ?

E. LANGLOIS / J.-P. DELARUE, *infirmiers*

A. GUERRAOU, *néphrologue*

Service de néphrologie-hémodialyse, Hôpital de la Croix-Rouge Française, Bois-Guillaume.

Les accidents cardiaques représentent la première cause de décès chez les patients urémiques. La mortalité d'origine cardiaque constitue entre 40 et 60 % de l'ensemble des causes de décès chez les patients en insuffisance rénale terminale (1, 2).

Le risque relatif de mortalité cardiaque est multiplié par 20 chez les patients hémodialysés par rapport à la population générale (1). Dans le groupe de patients hémodialysés jeunes, le risque relatif de l'infarctus du myocarde fatal peut atteindre 90 fois celui du sujet de la population générale apparié pour l'âge et le sexe (3).

Les causes de l'insuffisance coronarienne chez les hémodialysés sont multiples : dyslipidémie, augmentation de la lipoprotéine A, H.T.A., hypertrophie ventriculaire gauche, anémie, tabac, atteinte de la microcirculation et fibrose interstitielle myocardique. Chez l'urémique, ces facteurs sont souvent intriqués, contribuant à l'augmentation du risque de l'athérogénèse (5, 7).

Selon les travaux récents de FUSTER, il est apparu que le degré de sténose athéromateuse constatée à la coronarographie n'est pas étroitement corrélé de la survenue d'une thrombose coronarienne (4). Seuls 30 à 40 % des patients dialysés non-diabétiques ont un athérome coronarien selon des données autopsiques ou coronarographiques (5). Selon une étude de ROIG (6), 30 à 50 % des dialysés souffrant d'angine de poitrine n'avaient pas

de lésion coronarienne à l'angiographie. Ces études confirment l'importance de l'atteinte de la microvascularisation, c'est-à-dire, les branches distales du réseau coronarien, tels que les vaisseaux de l'épiscarde.

Le développement de l'angioplastie percutanée a changé le traitement de l'insuffisance coronarienne. Cette thérapeutique ayant une faible morbidité, et mortalité, a eu un grand succès durant les dernières années, devenant ainsi incontournable dans la décision thérapeutique de l'insuffisance coronarienne.

Chez les urémiques, le taux de réocclusion à un an après angioplastie coronarienne est de 70 % (2-5), excédant largement ce qui est observé chez les diabétiques. Actuellement, pour améliorer sur le long terme le taux de succès de l'angioplastie coronarienne, la pose de dispositifs intravasculaires (stent) devient courant. Il n'y a aucune étude qui permette d'évaluer leur efficacité à long terme chez les patients hémodialysés. L'objectif de cette étude rétrospective, non randomisée, est de comparer la récurrence de l'angor et la survie après une angioplastie avec pose de stent (APS) par rapport à un pontage coronarien par voie chirurgicale (PC).

MÉTHODES — MALADES

Nous avons repris tous les patients hémodialysés du centre de l'hôpital de la Croix-Rouge ayant eu une insuffisance corona-

rienne réfractaire au traitement médical et nécessitant soit une APS soit un PC.

Neuf patients hémodialysés chroniques nécessitant une APS ou un PC ont été inclus. Quatre ont eu une APS avec pose d'un ou plusieurs stents, et cinq ont eu un PC. Les récurrences de l'angor, de l'infarctus du myocarde et le décès de cause cardiaque ou d'autres causes ont été étudiés à trois mois, six mois, douze mois, vingt-quatre mois et quarante-huit mois.

La moyenne d'âge est identique dans les deux groupes (64 ans dans le groupe APS et 63 ans dans le groupe PC). La durée de dialyse au moment de la revascularisation coronarienne est plus élevée dans le groupe PC (78 mois versus 54 mois). Il y a une prédominance de sexe masculin dans le groupe PC (80 % versus 50 %), et de l'artérite des membres inférieurs (80 % versus 50 %). Il y a plus de patients diabétiques dans le groupe APS (50 % versus 20 %).

Dans le groupe PC, il y a eu deux complications post-opératoires, un arrêt cardiaque réanimé avec succès, et une embolie pulmonaire. Dans le groupe APS, il n'y a eu aucune complication per- ou post-opératoire.

RÉSULTATS

La récurrence de l'angor est de 100 % à six mois dans le groupe APS alors qu'elle est de 0 % dans le groupe PC. Après un recul de 24 mois, la récurrence de l'angor reste de 0 % dans le groupe PC (fig. 1).

La survenue de l'infarctus du myocarde dans le groupe APS est de 75 % dans les neuf premiers mois, dont deux infarctus du myocarde fatals, alors qu'elle est de 0 % dans le groupe PC.

La survie dans le groupe APS est de 75 % à six mois, et 25 % à douze mois alors que dans le groupe PC elle est de 100 % à douze mois (fig. 2). Les trois patients décédés dans le groupe APS l'ont été, de

suite à un infarctus du myocarde fatal (deux cas) et inefficacité circulatoire secondaire à une cardiomyopathie ischémique (un cas). Les causes de décès dans le groupe PC n'ont pas été liées à la pathologie coronarienne (trois cas suite à une artérite et un cas suite à un syndrome de glissement après une fracture du bassin).

DISCUSSION

Les patients hémodialysés avec insuffisance coronarienne ayant eu une APS ont une fréquence élevée de survenue d'une nouvelle crise d'angor, et une mortalité cardiovasculaire élevée par rapport à un PC.

Plusieurs études dans la littérature ont montré la faible récurrence de l'angor et la faible mortalité cardiaque après revascularisation coronarienne chirurgicale par rapport à l'angioplastie sans pose de stent (8). La mortalité per-opératoire après PC chez les patients hémodialysés reste élevée par rapport à la population générale. Néanmoins, la mortalité tardive à un an, trois ans et cinq ans est nettement inférieure dans le groupe des patients ayant un pontage chirurgical par rapport à une angioplastie coronarienne. L'étude RINEHART confirme cette meilleure survie à long terme et la faible récurrence d'angor chez les patients ayant eu un PC par rapport à l'angioplastie.

Selon notre expérience, l'angioplastie avec pose de stent, chez les patients hémodialysés, apporte un confort immédiat. Néanmoins, la survie à long terme et la récurrence de l'angor à long terme, restent nettement en-dessous de l'apport du bénéfice d'un pontage coronarien chirurgical.

A notre connaissance, c'est la première étude chez les patients hémodialysés comparant l'angioplastie coronarienne avec pose de stent et un pontage coronarien. Cette étude a ses limites puisqu'elle est rétrospective, non randomisée et surtout

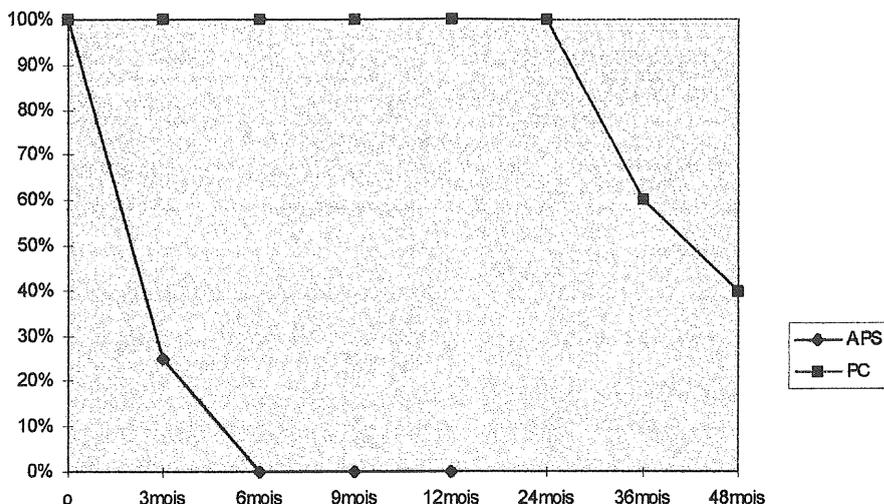


figure 1 : La proportion des patients hémodialysés sans récurrence d'angor après un PC ou APS

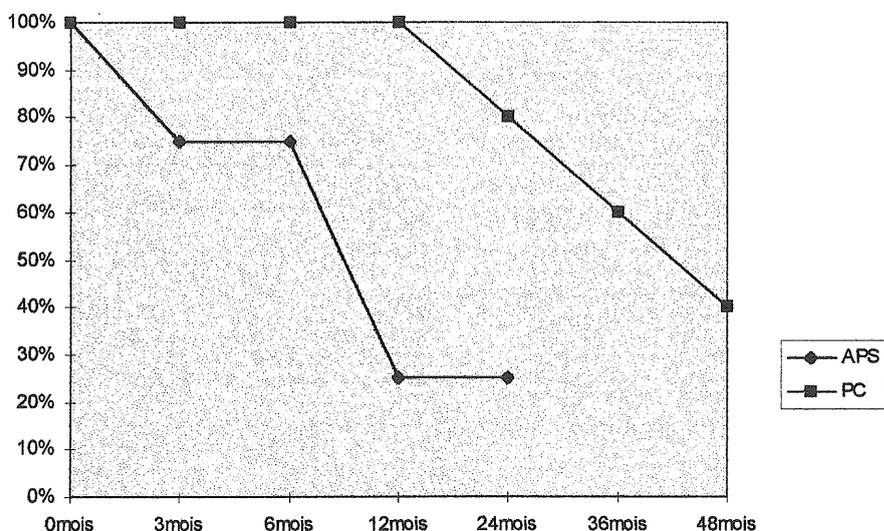


figure 2 : L'évolution de la survie des patients hémodialysés après un PC ou un APS

à cause d'un nombre faible de patients inclus dans les deux groupes. Ceci doit être confirmé par une étude multicentrique, prospective, randomisée.

RÉFÉRENCES

- (1) Raine A.E.G., Margreiter R. *and coll.*, Report on management of renal failure in Europe, Nephrol Dial Transplant 1992, 7 (suppl. 2), 7-35.
- (2) Parfrey P.D. et Marnett J.D., Morbidité et mortalité d'origine cardiaque dans

le suivi à long terme des patients dialysés, Actualités néphrologiques, Necker 1993, p. 241-262.

- (3) Raine A.E.G., McMahon *and coll.*, Mortality from myocardial infarction in patients on renal replacement therapy in the U.K., Nephrol Dial Transplant 1991, 6, 902.

- (4) Fuster V., Badimon J. *and coll.*, Regression or stabilization of atherosclerosis means regression or stabilization of what we don't see in the arteriogram, European Heart J 1995, 16, 6-12.

Hémodialyse

(5) Amann K., Schwarz U. *and coll.*, *Anomalies cardiaques au cours de l'urémie chronique*, Actualités néphrologiques Necker 1997, p. 1-15.

(6) Roig E., Bertin A. *and coll.*, *Disabling angina pectoris with normal coronary*

arteries in patients undergoing hemodialysis, Am J Med 1981, 71, 437-444.

(7) Raine A.E.G., *Les complications cardiovasculaires du dialysé peuvent-elles être prévenues ?* Actualités néphrologiques Necker 1995, p. 281-305.

(8) Rinehard Annl, Charles M.P.H. *and coll.*, *A comparaison of coronary angioplasty and coronary artery by pass grafting outcomes in chronic dialysis patients*, Am J Kidney disease 1995, 25, 281-290.



(Illustration tirée de la revue FNAIR,
avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)