

Prise de position concernant le rapport du SMB sur l'utilité de la CT angiographie

Faut-il à chaque fois réinventer la roue?

François Mach,
Stephan Windecker

Au nom du comité de
la Société Suisse de Cardiologie

Lire également le commen-
taire du Swiss Medical Board
à la page 611.

Le Swiss Medical Board (SMB) est une instance indépendante qui établit des analyses relatives à des procédures diagnostiques et à des traitements sélectionnés du point de vue médical, économique, éthique et juridique. Récemment, le Swiss Medical Board a publié un rapport sur l'utilité de la CT angiographie coronaire dans le diagnostic de la vasculopathie coronaire. Le comité de la Société Suisse de Cardiologie (SSC) tient à revenir sur certains points qui devraient être pris en considération lors de l'interprétation de ce rapport.

Remarques générales

Toute évaluation scientifique portant sur les procédures diagnostiques, les traitements médicaux et la prise en charge des patients est, en règle générale, réalisée par des organes des sociétés compétentes en la matière telles que la Société Suisse ou Européenne de Cardiologie, et est consignée dans le cadre de directives et de recommandations nationales et internationales. Ces sociétés ont une longue expérience

processus de consultation. Mais la version finale du document s'écarte sur plusieurs points importants de la position de cet expert ainsi que de celle de la Société Suisse de Cardiologie. Ces divergences de position ne sont toutefois pas mentionnées dans le rapport qui a été publié et il est ainsi suggéré, à tort, que la Société Suisse de Cardiologie approuve ce rapport.

Le document sur l'utilisation de la CT angiographie coronaire dans le diagnostic même de la coronaropathie n'est pas formulé de manière compréhensible pour un large lectorat. Plusieurs parties du rapport s'appuient sur des recommandations du National Institute of Clinical Excellence (NICE; Grande-Bretagne). Le comité de la SSC n'arrive pas à concevoir pourquoi le rapport s'appuie sur des critères applicables dans un système de soins de santé tout à fait différent, avec des systèmes de remboursements et de qualité divergents. Dans ce contexte, ce qui fait défaut c'est un examen critique permettant de déterminer si les critères NICE peuvent être appliqués à la situation prévalant en Suisse.

«Il est ainsi suggéré, à tort, que la Société Suisse de Cardiologie approuve ce rapport.»

en matière de directives de haute qualité pour la pratique dont le but est la mise en œuvre d'une médecine factuelle dans l'exercice quotidien.

Il est préoccupant qu'en dépit de la problématique spécifiquement cardiologique aucun spécialiste ne figure en tant qu'expert SMB dans la commission de spécialistes et sur la liste des auteurs. Il n'est pas non plus fait mention de la manière dont les experts SMB sont sélectionnés, à quelle fréquence ils se réunissent et si tous les membres du panel approuvent la recommandation finale. On ne dispose pas non plus d'informations relatives à des compensations financières, conflits d'intérêt et organe de contrôle éventuels. En outre, la nature et la motivation du choix des différents thèmes abordés semblent être arbitraires et sont dénuées de toute justification. Le manque de transparence de ces processus remet en question la crédibilité du document élaboré par le SMB et requiert une explication à l'intention du grand public.

Un membre de la Société Suisse de Cardiologie a été interviewé par des membres du SMB pendant le

Points spécifiques

La CT angiographie coronaire et l'angiographie coronaire invasive sont des méthodes diagnostiques qui permettent une représentation des coronaires. Conformément à la pratique qui prévaut, ainsi qu'aux recommandations de la Société Européenne de Cardiologie, les diagnostics non invasifs et invasifs ne sont pas des modalités concurrentes, mais plutôt des méthodes complémentaires et qui conviennent à des populations de patients différentes. C'est pourquoi la validation et l'analyse de la CT angiographie coronaire par rapport à d'autres méthodes diagnostiques non invasives, et surtout à l'échocardiographie de stress, à des examens de médecine nucléaire et à l'imagerie par résonance magnétique, auraient été indiquées. Etant donné que d'autres méthodes non invasives disposent de preuves au moins aussi fondées que la CT angiographie coronaire, les recommandations figurant dans le résumé sont floues et trompeuses.

Bien qu'il ait été tenu compte de la probabilité pré-test, un concept important, dans l'examen diag-

Correspondance:
Prof. Dr François Mach
Président de la Société Suisse
de Cardiologie
Schwarztorstrasse 18
CH-3007 Berne

nostique de la coronaropathie, le rapport tire des conclusions en contradiction avec les directives établies. Ainsi, il ne faudrait pas réaliser d'images cardiaques ou d'autres tests chez les patients présentant une faible probabilité pré-test (inférieure à 10–15%). De plus, il n'est pas correct de prétendre que seule la CT angiographie coronaire entre en ligne de compte comme méthode diagnostique chez les patients avec une probabilité pré-test moyenne. S'il existe un besoin d'examen dans cette catégorie à risque, il convient d'opter pour une démarche adaptée au patient. Il n'est par ailleurs pas fait mention du fait que chez les patients ayant une probabilité pré-test élevée (>80–85%) le diagnostic d'une coronaropathie peut être avéré et qu'il est possible d'intervenir sur le plan thérapeutique au cours du même examen, sans avoir à réaliser de CT angiographie coronaire supplémentaire.

mais plutôt la composante fonctionnelle des sténoses coronariennes, telles qu'une ischémie sous-jacente et son étendue. Un inconvénient essentiel de la CT angiographie coronaire est de ne pas pouvoir mesurer les conséquences fonctionnelles d'une sténose. C'est aisément réalisable dans le cadre d'une angiographie coronaire invasive au moyen de la fraction du flux de réserve coronarienne (FFR). C'est la raison pour laquelle la mise en évidence d'une sténose coronarienne par CT angiographie coronaire continuera à augmenter le nombre des angiographies coronaires invasives ultérieures. Il est préoccupant de constater que la preuve de l'ischémie fonctionnelle en tant qu'élément fondamental du diagnostic non invasif avant une éventuelle angiographie coronaire invasive ne soit pas abordée dans le rapport. Concernant les complications de l'angiographie coronaire invasive, les auteurs citent

«Le comité de la SSC n'arrive pas à concevoir pourquoi le rapport s'appuie sur des critères applicables dans un système de soins de santé tout à fait différent.»

Quand le prestataire de soins informe le patient des différentes possibilités pour établir un diagnostic (potentiel) de coronaropathie, cela ne suffit pas de ne mentionner que la CT angiographie coronaire et l'angiographie coronaire invasive. Les stratégies cliniques les plus diverses sont utilisées dans la pratique quotidienne: chez certains patients présentant des douleurs thoraciques, en raison du faible risque de maladie, l'anamnèse du patient suffit à l'établissement de l'évaluation finale et à la consultation. Chez d'autres patients, un simple test d'effort (ergométrie, tapis roulant) suffit à fournir suffisamment d'informations pour une prise de décision. Et quand une imagerie cardiaque s'avère nécessaire, il convient d'envisager différentes méthodes et d'en discuter dans le rapport (avec les avantages et les inconvénients correspondants): échocardiographie de stress, scintigraphie myocardique de perfusion, IRM cardiaque ou scanner cardiaque. On ignore pour quelles raisons le rapport du SMB réduit le diagnostic non invasif pour la mise en évidence d'une coronaropathie à la CT angiographie coronaire?

Bien souvent il n'y a pas que l'information sur le degré de sténose des coronaires qui soit déterminante pour la prise de décisions thérapeutiques,

des études de 1991 et de 1999, ainsi que des études de registres allemands et autrichiens des années 2003 et 2004. Une mise à jour avec des publications plus récentes serait plus précise et souhaitable.

Dans le cadre de la comparaison des coûts entre CT angiographie coronaire et angiographie coronaire invasive, les coûts de différentes méthodes de remboursement (prestations ambulatoires TARMED avec prestations SwissDRG pour le remboursement stationnaire) sont mélangés entre eux de manière arbitraire. De plus, la rentabilité dépend fortement de l'état clinique du patient. En conséquence, l'analyse de rentabilité décrite est trompeuse.

Compte tenu de la manière d'aborder la problématique initiale dénuée de transparence et discutable sur le plan de la qualité, ainsi que de la méthodologie peu claire et de l'absence de garantie d'une évaluation indépendante et de haute qualité scientifique, la SSC se demande si le SMB, en tant qu'instance nationale pour l'évaluation de l'efficacité, la pertinence et la rentabilité, fournit le processus qualité nécessaire. Le SMB devrait assurer ces garanties le plus rapidement possible s'il souhaite, à l'avenir, rester crédible.