

Cardiologie Hôpital Général

WWW.CNCHG.ORG

16° ASSISES DU COLLEGE (25-26 Novembre 2010)

- Les 25 ans du Collège
- Traitements anti-arythmiques : nouvelles approches
- FA : Nouvelles recommandations européennes
- Prasugrel et NSTEMI, que faire en pratique?
- Coronarographie ambulatoire
- FMC, EPP, DPC : de la formation médicale au développement professionnel continu
- TABLE RONDE : La loi HPST, ses conséquences pour nos hôpitaux

Compte rendu du Congrès de l'ESC (STOCKHOLM, Septembre 2010)



Organe d'expression du
Collège National
des Cardiologues
des Hôpitaux Généraux

n°15

Mars 2011

PUB

5

ÉDITORIAL

- Vive le CNCH !. M. HANSEN, G. HANANIA

11

LES 16^{èmes} ASSISES DU COLLEGE (25-26 NOVEMBRE 2010) 1^{ère} PARTIE

- Les Allocutions des Président(e)s : J. BEAUNE (FFC), G. DERUMEUX (SFC), M. HANSEN (CNCH)
- Assemblée générale extraordinaire du Collège.
- Les 25 ans du Collège, hommage à JL MEDVEDOVSKY et P.MULLON. (G.HANANIA)

17

Déjeuner-débat SANOFI-AVENTIS

- Au cœur de la fibrillation atriale : apport en pratique des nouvelles approches anti-arythmiques. W. AMARA (Montfermeil)
- Fibrillation atriale : les nouvelles recommandations européennes. J. TAÏEB (Aix-en-Provence)

23

Symposium DAIICHI SANKYO/Lilly

- Prasugrel et NSTEMI, que faire en pratique ? L. BELLE, L. MANGIN, E. DESJOYAUX (Annecy)

25

La Vie de nos services

- FMC, EPP, DPC, de la formation médicale continue au développement professionnel continu. A. DELLINGER (Chalon-sur-Saône)
- Coronarographie ambulatoire, l'expérience de l'Hôpital du Val-de-Grace. J. MONSEGU (Paris)
- Table Ronde : quel avenir à l'aune de la loi HPST pour la cardiologie de nos hôpitaux ? F. FELLINGER, G. VINCENT, J-Y GRALL, J-P ESTERNI, G. MOUBARAK (Résumé G. HANANIA)

31

COMPTE-RENDU DE CONGRES

- Congrès de l'European Society of Cardiology STOCKHOLM (Septembre 2010) A. MARQUAND (Fréjus)

Bureau du CNCHG

Président

Michel HANSEN (Haguenau)

Vice présidents

Alain DIBIE (Paris, IMM)

Représentant les Hôpitaux PSPH

Khalifé KHALIFE (Metz)

Jacques MONSEGU (Paris, Val de Grace)

Représentant les Hôpitaux Militaires

Past Président

Claude BARNAY (Aix en Provence)

Présidents Honoraires

J.-L. MEDVEDOVSKY (Aix en Provence)

G.HANANIA (Nogent sur Marne)

J.-J. DUJARDIN (Douai)

(Groupe Insuffisance Cardiaque)

J.-P. MONASSIER (Mulhouse)

Trésorier-Recherche-Annuaire

Loïc BELLE (Annecy)

Membres du Bureau

Franck ALBERT (Chartres)

-Cardiologie Interventionnelle

Walid AMARA (Montfermeil)

-Groupe Rythmologie

Jacques BALLOUT (Nevers)

Marie-Paule BIENVENU (Saintes)

Simon CATTAN (Montfermeil)

-Relations partenaires et Assises

Arnaud DELLINGER (Chalon sur Saône)

-Responsable FMC-EPP

Jean-Lou HIRSCH (Avignon)

- Groupe Cardio. Interventionnelle

Patrick JOURDAIN (Pontoise)

- Groupe Insuffisance Cardiaque

Pierre LEDDET (Haguenau)

-Responsable Internet

Bernard LIVAREK (Versailles)

-Relations partenaires et Assises

Xavier MARCAGGI (Vichy)

-Groupe Urgences USIC

Michel PANSIERI (Avignon)

- Représentant au GACI

Invité permanent

Francis FELLINGER (Haguenau)

Président de la Conférence des

présidents des CME des Hôpitaux

Généraux



À l'attention des auteurs. À l'attention des auteurs. La revue du CNCHG accepte de publier les articles qui lui sont adressés, sous réserve qu'ils aient été agréés par la rédaction et que leur publication se révèle compatible avec les exigences du planning rédactionnel. Les textes devront satisfaire à des conditions de volume et de présentation type dont les modalités sont à demander auprès de notre directeur de rédaction Dr Guy HANANIA : ghanania@free.fr.



Directeur de la publication
Michel HANSEN

Directeur de la rédaction
Guy HANANIA

Rédacteur adjoint
Pierre LEDDET

Comité de Rédaction
Christophe CAUSSIN
Alain DIBIE
Jean Louis GEORGES
Bernard JOUVE
Jean Pierre MONASSIER
Jacques MONSEGU



Édité par :
L'Européenne d'éditions®

Régie publicitaire :
RÉGIMEDIA S.A.



REGIMEDIA

326, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex
Tél. 01 49 10 09 10
cnchg@affinitesante.com

Conception et réalisation
Éloïse FAGES
Responsable de fabrication
Laurence DAYAN
Relation presse & publicité
André LAMY
alamy1@regimedia.com
Tél. 01 72 33 91 15

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement les articles contenus dans la présente revue sans l'autorisation de la direction. Les informations publiées ne peuvent faire l'objet d'aucune exploitation commerciale ou publicitaire. Les opinions émises de cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

POUR UN NOUVEL ELAN



Dr Michel HANSEN
Président du CNCH



Guy HANANIA
Directeur de la rédaction

Ce numéro 15 de notre revue est en grande partie consacré au compte-rendu des 16^e Assises de notre Collège qui se sont tenues en Novembre dernier à Paris et ont connu, comme les précédentes, un beau succès d'affluence et d'assiduité.

Le Collège évolue, son audience s'accroît. Des modifications de ses statuts étaient nécessaires : la plus importante et symbolique à la fois, est le changement de nom de notre Collège qui n'a plus de raisons de garder l'appellation CNCHG, la référence aux Hôpitaux Généraux ayant disparu des textes officiels, remplacée par Hôpitaux Publics. Notre Collège accueillant en outre, les Hôpitaux Privés Participant au Service Public (PSPH) et les Hôpitaux Militaires, l'appellation CNCH (Collège National des Cardiologues des Hôpitaux) a paru la plus adaptée au Bureau, modification votée à l'unanimité par l'Assemblée Générale.

Logiquement ce changement d'appellation du Collège conduit à un changement d'appellation de notre revue qui deviendra avec son prochain numéro 16, **CARDIO H. Revue d'expression du Collège National des Cardiologues des Hôpitaux.**

Cette Assemblée Générale a aussi voté, sur proposition du bureau, le changement de siège de notre Collège qui est maintenant domicilié à la Maison du Cœur à Paris. En l'accueillant, dans ces murs dont ils sont copropriétaires, la SFC et la FFC, confirment la place majeure prise par le CNCH et les liens qui l'unissent aux deux grandes structures nationales représentative de la Communauté cardiologique française dont nous constituons un maillon essentiel.

Voici 25 ans que notre Collège a été créé par une équipe motivée et solidaire. Ces assises ont été aussi l'occasion de fêter ce quart de siècle lors d'une réception conviviale au cours de laquelle nous avons honoré deux des « pères fondateurs » du Collège, Jean-Louis MEDVEDOWSKY et Pierre MULLON, respectivement Président et Vice-président du premier bureau. Par ce geste, l'équipe actuelle tournée vers l'avenir, a voulu témoigner sa reconnaissance à nos anciens qui par leur action, ont jeté les bases de notre Collège et lui ont permis de devenir ce qu'il est aujourd'hui.

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

8-9 et 10 juin 2011
BIARRITZ
Palais des Congrès
du Casino municipal



ENTRETIENS PLURIDISCIPLINAIRES EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE



APPAC

ACTUALISATIONS ET PERSPECTIVES
EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

www.appac.fr



MERCREDI 8 JUIN

08h00 Accueil des participants

08h30 **Ouverture du congrès**

08h45



Collège National
des Cardiologues
des Hôpitaux Généraux

Session organisée avec le CNCHG

REVUE DE CAS CLINIQUES

10h15

Pause

10h45

NEUROVASCULAIRE

- Prise en charge des AVC : thrombolyse, approche mécanique
- Prise en charge des FOP

12h15



Medtronic

REPAS-DEBAT / DEJEUNER

TAVI ET ANGIOPLASTIE CORONAIRE : Savoir refuser

14h00



Session parrainée par amg

OPTIMISER L'ANGIOPLASTIE

- Différentes familles de stents
- Un ballon plus opérationnel ?
- La télécardiologie au service de l'angioplastie

15h30

SCA

- Prise en charge pré-hospitalière
- Post-conditionnement
- Études récentes sur le SCA

17h00

Pause

17h30/18h30

Session Paramédicale

ATELIERS

20h00

Soirée APPAC

JEUDI 9 JUIN

08h00/09h00

ATELIERS

09h15

Session organisée avec le CNCF



RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Indications des ablations en 2011 :

- FA
- Arythmies supra ventriculaires (Hors FA)
- Arythmies ventriculaires

10h30

Pause

11h00

Lecture parrainée par BIOSENSORS INTERNATIONAL



LE STENT BIODEGRADABLE : Etat de l'art

11h30

Session parrainée par DAIICHI-SANKYO-LILLY



OPTIMISATION DES APP EN 2011

- Prasugrel en pratique: partage d'expérience autour de cas cliniques
- Education thérapeutique du patient: un challenge pour les cardiologues

12h45

REPAS-DEBAT / DEJEUNER



SCA A HAUT RISQUE : Peut-on faire mieux ?

14h30

Session parrainée par CORDIS



LE CARDIOLOGUE ECO OU CLINICO RESPONSABLE ?

- Discussions autour des dernières recommandations
- Le point de vue de l'économiste
- Les grands débats chez le pluritronculaire

16h00

Pause

16h30

Session organisée avec le GACI



VALVES AORTIQUES PERCUTANÉES EN 2011

- Sélection des patients
- Complications vasculaires
- Résultats des études (PARTNER et FRANCE)
- Le futur

18h15/19h15

ATELIERS

20h00

Soirée APPAC



VENDREDI 10 JUIN

08h30/09h30

ATELIERS

09h45

Session organisée avec la CFRC



Conseil Français
de Réanimation
Cardio-pulmonaire

ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

- Nouvelles recommandations 2010

10h45

Pause

11h15

LA PREVENTION A "BAS PRIX"

- Vin
- Chocolat
- Sieste ...

12h30

TOSHIBA
Leading Innovation >>>

REPAS-DEBAT / DEJEUNER

KT - IRM - SCANNER

14h00

LE SYSTÈME DE SANTÉ : où allons nous?

Session Paramédicale

16h00

Clôture du congrès


APPAC
2011

FRAIS D'INSCRIPTION

Avant le 30-04-2011 Après le 30-04-2011

Médecin	790 € ^{HT}	850 € ^{HT}
Interne	640 € ^{HT}	690 € ^{HT}
Paramed (Places limitées)	640 € ^{HT}	690 € ^{HT}
Sponsor	640 € ^{HT}	690 € ^{HT}

L'inscription comprend :

- ▶ L'accès aux sessions, aux ateliers, aux déjeuners-débats
- ▶ Les pauses café
- ▶ Les déjeuners : mercredi, jeudi et vendredi
- ▶ Les dîners : mercredi et jeudi

www.appac.fr



16^e ASSISES du CNCHG (25 et 26 Novembre 2010)

Résumé par Guy HANANIA

Pour leur 16^e édition, les Assises du Collège National des Cardiologues des Hôpitaux Généraux ont connu, une fois encore, un succès remarquable. Les ingrédients de ce succès sont liés à un cocktail éprouvé qui unit des thèmes organisationnels au cours des sessions « la vie de nos services » ou une table ronde dédiée à une réflexion riche sur « l'avenir de la cardiologie dans les hôpitaux généraux à l'aune de la loi HPST » et des sessions scientifiques d'excellent niveau concernant tous les aspects de notre spécialité. Celles-ci, qu'elles se soient déroulées dans le cadre des groupes de réflexion du Collège ou d'un symposium organisé par nos partenaires de l'industrie pharmaceutique, ont attiré de nombreux congressistes qui remplissaient salles ou amphithéâtre. Comme tous les ans, la Société et la Fédération Françaises de Cardiologie, sont venues nous témoigner de leur soutien par la présence et les discours de leur Président respectif. Enfin, ces Assises 2010 ont été l'occasion de fêter les 25 ans du Collège et de témoigner notre reconnaissance à deux de ses « pères fondateurs », Jean-Louis MEDVEDOWSKY et Pierre MULLON, respectivement, Président et Vice-président du premier bureau en 1985. La richesse des échanges au cours de ces Assises oblige à en répartir le compte-rendu sur deux numéros de notre revue



Allocution du Professeur Jacques BEAUNE, Président de la Fédération Française de Cardiologie

Cette année encore, le Professeur Jacques BEAUNE est venu apporter son amical soutien à nos Assises en rappelant les convergences de nos préoccupations respectives, en particulier en matière de prévention. Outre cette activité majeure, la Fédération Française de Cardiologie inclut dans ses missions l'aide au financement de la recherche à travers actuellement la promotion d'un « PLAN CŒUR ».

Ses actions de prévention se déploient dans plusieurs directions, tout d'abord, l'éducation du public pour la prise en charge des arrêts cardiaques par la population générale. A peine, 3 à 4% de celle-ci est formée aux procédures de massage cardiaque externe et de défibrillation alors qu'il en faudrait 50% pour espérer améliorer la survie parmi les 40.000 morts subites survenant sur la voie publique en France tous les ans. Notre taux de réussite n'est que de 2 à 3%, nous plaçant très loin derrière les pays les plus avancés dans ce domaine de l'éducation. La Fédération se mobilise pour informer, initier, former le public et équiper les communes. Elle profite de ses manifestations traditionnelles que sont les Parcours du Cœur et la semaine du Cœur pour diffuser le message « Appeler-Masser-Défibriller ». Le Professeur BEAUNE a souligné combien le rôle des praticiens hospitaliers était majeur pour le succès de ces manifestations et la diffusion de ses messages.

Il a déploré le manque de soutien des pouvoirs publics dans la lutte contre le tabagisme. Ceux-ci, plus enclins à écouter les industriels du tabac que les responsables de la Fédération, ont fait preuve d'une grande « timidité » dans l'augmentation récente de 6% seulement du prix des cigarettes. Ce taux a plus un effet favorable sur les finances de l'état et des industriels qu'un effet incitatif à l'arrêt du tabagisme. Celui-ci est responsable en France de plus de 66.000 décès annuels. Notre pays compte 14 millions de fumeurs dont 15% parmi les moins de 15 ans malgré les campagnes de la Fédération auprès des collèges.

Favoriser l'exercice physique et améliorer l'hygiène de vie de la population est un autre axe vers lequel se déploie l'activité de la Fédération, aussi bien en prévention primaire que secondaire. C'est une action primordiale que justifient, entre autres, les chiffres inquiétants de l'obésité infantile passée de 8% à 14% de 1997 à 2010. La prise en charge des actions de prévention commence à être reconnue par les assurances privées qui ont accordé aux médecins

16^e ASSISES du CNCHG (25 et 26 Novembre 2010)

16^e Assises du collège - 1^{ère} partie

libéraux le remboursement de consultations de prévention, sans l'étendre pour l'instant au secteur hospitalier. Pourtant les praticiens hospitaliers sont des acteurs majeurs dans ce domaine et le professeur BEAUNE a terminé son exposé en faisant appel à notre collaboration régulière dans les actions de la Fédération en direction du public.



Allocution de Madame la Professeure Geneviève Derumeaux, Présidente de la Société Française de Cardiologie

Comme tous les ans depuis nos premières Assises en 1991 au cours desquelles Madame la Professeure Mireille BROCHIER était venue nous apporter le soutien de notre société savante, cette année, nous avons eu le plaisir de recevoir Geneviève DERUMEAUX, Présidente de la Société Française de Cardiologie qui en quelques mots chaleureux nous a rappelé les liens qui unissent la Société et notre Collège. Dans la lignée de ses prédécesseurs, elle souhaite faire aux Hôpitaux Généraux la place qu'ils méritent au sein de la Société et se félicite de la participation active de notre Président Michel HANSEN aux travaux du bureau de la SFC.

Elle a souligné l'importance des Hôpitaux Généraux dans la prise en charge des patients atteints de pathologie cardiovasculaire et leur rôle dans l'enseignement qui n'est pas du domaine exclusif des CHU. Elle a par ailleurs insisté sur la nécessité de l'union de toutes ses composantes pour que la cardiologie soit reconnue et écoutée.

Elle nous a évoqué les dossiers d'actualité que la Société a entrepris de faire avancer :

Tout d'abord, la réflexion initiée à propos d'un PLAN CŒUR pour lequel une réunion d'information s'est déroulée tout récemment à l'Assemblée Nationale à l'attention des députés. Ce plan qui est destiné à promouvoir les préventions primaire et secondaire auprès du public s'adresse aussi aux personnels de santé.

La Société accorde une importance majeure à l'évolution de la démographie médicale des cardiologues et souhaite élargir la place donnée aux plus jeunes d'entre eux. Sa présidente a créé un groupe de cardiologues de moins de 35 ans en coordination avec le groupe européen des jeunes cardiologues. Elle souligne la

place importante que doivent avoir les jeunes cardiologues des Hôpitaux Généraux dans le groupe des cardiologues en Formation de la SFC mais également dans le groupe européen « Cardiologists of Tomorrow ».

Enfin la Société entreprend une action pour améliorer la prise en charge des cardiopathies de la femme traditionnellement négligée par rapport aux cardiopathies masculines en raison de la prévalence moindre des premières par rapport aux secondes.

Pour finir Madame DERUMEAUX est revenue sur son désir de renforcer encore la collaboration entre la Société et le Collège, en particulier, à travers la mise en place de réseaux pour constituer des cohortes de patients issus aussi bien des CHU que des CHG et des établissements privés. Le but en est de constituer des bases de données exploitables par tous, le premier thème à mettre en place pourrait avoir trait à l'insuffisance cardiaque. Elle a encouragé les PH des CHG à adhérer à la Société pour ceux qui ne le seraient pas encore et à participer massivement au Congrès de l'ESC qui doit se tenir prochainement à Paris.



Discours de Michel Hansen (Président du CNCHG)

Madame la Présidente,
Chers Collègues,
Chère Geneviève,

Merci de ta présence qui est un signe d'amitié pour notre Collège et permet de rappeler qu'en 1990 Mireille BROCHIER honorait les premières assises en tant que Présidente de la SFC.

En 1975, la qualification de nos hôpitaux était « Hôpitaux de deuxième catégorie » ont beaucoup évolué en Centre Hospitalier Général, puis en Centre Hospitalier... et dans le cadre de la loi HPST en Etablissement de Santé !. Il est vrai, reprenant les mots d'un de nos anciens présidents que « dans l'ombre parfois envahissante de leur grand frère universitaire, les Hôpitaux Généraux ont pu avoir quelques difficultés à affirmer leur présence et qu'il a été « difficile » de faire partie intégrante de la plate-forme Cardiologie publique – Cardiologie privée ».

Mais, et déjà sous l'égide des Présidents précédents de la SFC, les choses ont beaucoup évolué.

Quelques exemples :

CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

- Intégration du Président du Collège dans le Bureau et le Conseil d'Administration de la SFC.
- Représentants du Collège dans quasiment toutes les commissions de la SFC.
- Majoration significative du nombre de membres titulaires avec des conséquences possibles à terme en représentativité.

Et tout ceci, tu as accepté non seulement de le pérenniser, mais plus encore de le renforcer en acceptant notamment la Maison du Cœur comme siège de notre Collège.

La SFC est notre maison mère éthique et scientifique. Comme tu l'évoquais dans un récent bureau : « notre partenariat doit être intelligent, solide et pérenne ». Quoiqu'il en soit, à un titre ou à un autre, nous sommes tous dans le même bateau et sans vouloir faire œuvre de pessimisme, la mer risque de ne pas être très calme dans les temps à venir.

Notre Collège associe maintenant les Centres Hospitaliers, les Etablissements PSPH, les Services de Cardiologie des Hôpitaux des Armées, ce qui représente plus de 350 services avec une grande diversité, mais qui en fait aussi sa richesse. Il comporte plus de 1200 praticiens à temps plein et une fraction importante des actes techniques de tous types. Surtout, il prend en charge près de 60% des patients hospitalisés de notre discipline. C'est une vraie force mais qui, d'une manière générale, est encore sous-estimée.

On pourrait, à ce titre, évoquer les multiples sollicitations dont nous faisons l'objet pour les registres, études, etc... mais la place qui nous est accordée en regard dans les comités de pilotage, dans l'exploitation des données, dans la présentation des résultats est souvent bien mince. Il serait souhaitable que cet état de fait évolue.

Lors de l'ESC 2010, les Français ont clairement été à l'honneur avec le Professeur KOMADJA comme nouveau Président, un hommage au Professeur CABROL, la lecture J. PUEL par le Professeur CRIBIER. Mais aussi un ou deux jeunes cardiologues en formation et je crois avoir compris que la promotion des jeunes était un des axes forts de ta présidence. Nos services ont, encore, de nombreux jeunes confrères en formation et nous sommes donc tout à fait enthousiastes à l'idée de soutenir ton action.

Au titre de notre Collège, quel est le bilan de CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

cette dernière année. Le Président n'a pas à s'auto-congratuler et parmi mes nombreux défauts, j'ai celui d'être un éternel insatisfait. En dehors de la mise à jour des statuts que nous avons évoqué hier en Assemblée Générale, je souhaite évoquer :

- La création d'un Bureau élargi,
- Le démarrage du livre blanc, (qui était devenu une arlésienne) grâce à l'action de S. CATTAN,
- La pérennité de notre revue grâce à la ténacité de G. HANANIA,
- Le nouveau souffle de nos groupes de réflexion grâce à l'action de leurs responsables en connexion avec les groupes de travail de la SFC,
- La première réunion des Présidents de Collège de spécialité de Centres Hospitaliers grâce à F. FELLINGER et S. CATTAN.
- La poursuite du développement de nos structures de recherche sous la coordination de L. BELLE.

Je ne peux être exhaustif, sinon l'on finirait par croire que l'homme de dossier que je suis est devenu un aficionado du micro.

Permettez-moi de vous souhaiter une bonne fin de réunion et des fêtes de fin d'année heureuse et paisible.

Assemblée générale extraordinaire du CNCHG du 25 novembre 2010 (modification des statuts)

Comme tous les ans, à l'occasion des Assises, s'est déroulée l'Assemblée Générale Ordinaire du Collège, suivie, cette année, d'une Assemblée Générale Extraordinaire pour l'examen des modifications de nos statuts proposées par le bureau.

Après que Loïc BELLE, Trésorier ait fait le point sur les finances du Collège, Michel HANSEN a fait son rapport annuel et a soumis au vote de l'Assemblée Générale la modification des statuts. Le point majeur est le changement de dénomination du Collège, Collège National des Cardiologues des Hôpitaux Généraux (CNCHG) qui devient Collège National des Cardiologues Hospitaliers (CNCH). Cette nouvelle appellation est justifiée par deux éléments nouveaux : d'une part la disparition dans la nomenclature hospitalière de la notion d'Hôpital Général au profit d'Hôpital Public et d'autre part, le rattachement à notre Collège des Hôpitaux Militaires depuis l'an dernier, venus se joindre à nous. Ils avaient été déjà précédés depuis la création du Collège, il y a 25 ans par

les Hôpitaux Privés à But non lucratif ou Participant au Service Public hospitalier (PSPH). Cette entrée est matérialisée par la désignation d'un nouveau vice-président issu des Hôpitaux Militaires (Jacques MONSEGU, Val de Grace, Paris) aux côtés de Khalifé KHALIFE, Metz (Hôpital Public) et d'Alain DIBIE (IMM, PSPH, Paris). L'autre modification notable dans les statuts concerne le Président, élu depuis la création du Collège pour trois ans, renouvelables. Son mandat de trois ans est désormais non renouvelable. Enfin le siège social du Collège qui avait été maintenu depuis 1985, date de la création du Collège, à l'Hôpital d'Aix en Provence(où y exerçait Jean-Louis MEDVEDOWSKY, notre premier président), est transféré avec l'aimable autorisation conjointe de la Société et de la Fédération Françaises de Cardiologie à la Maison du Cœur, rue des Colonnes du Trône à Paris 12^e où se déroulent d'ailleurs depuis l'ouverture de cette Maison, les réunions du bureau de notre Collège qui y dispose d'un local propre.

Allocution de G. HANANIA pour les 25 ans du CNCHG (1985-2010) Hommage à Pierre MULLON et Jean-Louis MEDVEDOWSKY

Chers amis, chers collègues,
Mesdames, Messieurs,

Il méchoit aujourd'hui le redoutable privilège de fêter avec vous l'anniversaire des 25 ans de notre Collège et d'honorer deux de nos pères fondateurs les plus prestigieux, Jean-Louis MEDVEDOWSKY et Pierre MULLON, qui ont, puissamment, par leur action, contribué à la naissance de celui-ci.

L'acte de naissance officiel du CNCHG est daté du 11 Mai 1985, marqué par une réunion dans les locaux de la Faculté de Médecine de Paris Pitié Salpêtrière d'une trentaine d'entre nous représentant la quasi-totalité des 22 régions françaises.

Les statuts que nous venons d'actualiser étaient adoptés, le premier bureau était constitué avec Jean-Louis MEDVEDOWSKY à la Présidence, Pierre MULLON et René LAINEE à la Vice-présidence, moi-même au secrétariat, aidé d'André GRAND et Jean-Pierre MONASSIER à la trésorerie.

Cette réunion plénière était l'aboutissement d'un long processus de maturation qui résultait de la création de services de cardiologie de plus en plus nombreux dans nos hôpitaux et de la volonté déterminée de plusieurs d'entre

nous pour créer ce Collège.
Permettez-moi, de vous retracer les principales étapes qui ont précédé cette création.

Comme vous le savez, la réforme DEBRE de 1958 qui a jeté les bases de l'organisation hospitalière moderne a introduit dans nos hôpitaux le plein temps hospitalier dont la montée en charge a été progressive surtout dans la décennie 70.

Mais bien avant quelques hôpitaux avaient recruté des cardiologues qui petit à petit organisaient des services de spécialité. Ces initiatives locales de plus en plus nombreuses ont fait boule de neige et ont conduit les pouvoirs publics à en prendre acte et à en tirer les conséquences.

Dès 1973, quatre cardiologues non universitaires étaient désignés pour faire partie de la Commission des Maladies Cardiaques au Ministère, composée à l'époque, exclusivement de collègues hospitalo-universitaires. Nos amis MEDVEDOWSKY et MULLON que nous fêtons aujourd'hui, y étaient nommés avec Marcel TOUCHE de Charleville-Mézières et AUPERIN de Nevers. Par leur action ils ont contribué de façon décisive à faire adopter un texte fondateur, publié sous la forme d'une circulaire le 15 Mai 1975. Celle-ci rattachait de façon impérative à nos services de Cardiologie les Unités de Soins Intensifs Cardiologiques que les services de Réanimation Polyvalentes étaient prêts à annexer.

Parallèlement, à cette même période, notre ami Michel HILTEGEN, qui venait de créer à ARGENTEUIL un service de cardiologie et avait été élu Président de CMC, relayé au Ministère par la directrice de son hôpital, lançait l'idée de la création d'une Conférence des Présidents de CMC des Hôpitaux Généraux. Cette proposition était relancée deux ans plus tard par le GERNHU, nouvelle structure de réflexion créée en 1972 par un groupe de praticiens hospitaliers dynamiques de nos hôpitaux, structure où la cardiologie était représentée par MULLON et TOUCHE.

Et c'est ainsi que cette Conférence qui allait devenir l'interlocuteur incontournable du Ministère et qui est actuellement présidée par notre collègue Francis FELLINGER, se réunissait pour la première fois en 1979 avec deux cardiologues dans ses rangs, MULLON et MEDVEDOWSKY.

1979, c'est aussi l'année de la création du CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

premier Collège régional de Cardiologie, celui d'Ile de France que j'ai eu l'honneur de présider pendant 20 ans et qui montrait le chemin vers la création d'un Collège National.

Il fallait pour concrétiser cette idée que nos représentants au niveau national nous aident à faire le pas et assurent la liaison. C'est le mérite d'Yves ROULLEAU, chirurgien à La Rochesur-Yon et Président de la Conférence des Présidents d'avoir en 1983 poussé à la création de Collèges Nationaux de Spécialité, conscient qu'il était que la Conférence ne pouvait gérer dans le détail les particularités propres à chaque spécialité et qu'il fallait néanmoins fédérer les énergies au niveau national. Il désignait MULLON, membre de la Conférence pour entraîner les cardiologues. Celui-ci contactait Robert HAÏAT dont le rôle a été déterminant pour réunir autour de lui une petite équipe résolue à aller de l'avant pour créer le Collège National, avec Jean-Louis MEDVEDOWSKY, André GRAND et moi-même.

Les choses sont allées très vite car tous les cardiologues des hôpitaux généraux étaient déjà prêts pour cette démarche : j'en veux pour preuve que dès 1983, deux ans avant la naissance officielle de notre Collège, quand nous avons lancé le premier recensement de nos structures cardiologiques les collègues ont massivement répondu présents : 151 services, issus de toutes les régions dont déjà quelques PSPH, ont renvoyé le questionnaire permettant pour la première fois de se compter et de réaliser l'importance majeure de nos structures dans la distribution des soins cardiologiques en France.

Quelques réunions interrégionales préalables nous ont permis d'organiser celle fondatrice de Mai 1985, dix ans après la circulaire sur les USIC dont la rédaction doit tant à Jean-Louis et Pierre.

Je vous prie d'excuser la longueur de mon propos, mais il permet de bien réaliser toute l'importance du travail effectué en amont de la création du Collège par Pierre et Jean-Louis dont je voudrais maintenant vous parler.

Pierre, tu as été un précurseur : c'est dès 1959 que tu as posé tes valises à Périgueux après un clinicat bordelais auprès du Professeur BROUSTET, père. Tu aurais pu opter pour une carrière hospitalo-universitaire qu'il t'avait proposée. Tu as préféré l'aventure périgourdine au plus près des patients, en somme la vraie vie médi-

cale de l'époque. Tu décris remarquablement dans ton livre intitulé « Altéré de l'oubli dans ce monde ignoré », tes premiers pas de cardiologie à Périgueux. Tes premières années ont été celles d'un temps partiel se partageant entre un hôpital encore figé avec une administration peu dynamique voire méfiante, une clientèle en majorité rurale, disséminée sur un vaste territoire et des confrères inégalement confraternels. Mais tu y croyais à l'hôpital public et tu as bâti ton service avant les autres à qui tu as montré le chemin. Dès 1965, tu agrandissais ton service qui était dès cette époque un vrai service de cardiologie capable de prendre en charge les pathologies cardiovasculaires aiguës. A la fin des années 60 et au tournant des années 70, tu constitues une équipe médicale solide avec ton ami COLLIN, tu accueilles des internes, tu dotes ta structure des moyens techniques disponibles et ton service traite plus d'une centaine d'infarctus aigus par an, une performance il y a 40 ans où, surtout en milieu rural, la tradition était de traiter ceux-ci à domicile !

1971, nouvel agrandissement et modernisation du service, 1975, tu optes pour le plein temps hospitalier, 1976, tu es élu Président de la CMC, fonction à laquelle tu seras réélu quatre fois de suite et que tu occuperas jusqu'à ta retraite en 1991.

Pendant toute ta carrière, outre ton activité de praticien au sein de l'hôpital, tu seras un avocat infatigable des hôpitaux généraux et de la cardiologie en particulier à travers les différentes structures auxquelles tu consacres ton temps et ton énergie : le GERHNU, la Conférence des Présidents de CMC (puis de CME !), les commissions ministérielles, toutes instances dont j'ai parlé précédemment, et où ton action déterminante aboutira pour nous à la création de notre Collège dont tu seras notre premier vice-président aux côtés de Jean-Louis.

Jean-Louis, Jean-Louis MEDVEDOWSKY, tu as guidé les premiers pas de notre Collège en acceptant d'en être le premier Président. Nous t'avions sollicité pour assumer cette charge car par ton aura et ton engagement en faveur des Hôpitaux Généraux tu étais le plus à même de faire entendre la voix de notre Collège naissant, ce que tu as fait avec brio.

Puis-je sans heurter ta modestie énumérer les points forts de ta brillante carrière hospitalière ?

Chef de clinique à Marseille chez le Professeur

JOUVE dans les années soixante, tu étais inscrit sur la liste d'aptitude aux fonctions de Maître de Conférence agrégé de Cardiologie mais tu as préféré comme Pierre, aller créer à Aix en Provence un service de médecine à orientation cardiologique dès 1967, devenu de Cardiologie exclusive en 1975, étiquette encore fort rare à cette époque dans nos hôpitaux. Ton investissement dans la défense de nos hôpitaux a été très vite un des axes de ton action. Dans ton hôpital tu as créé un des meilleurs services de cardiologie des hôpitaux généraux, avec une expertise en rythmologie reconnue au plan national, tu t'es entouré d'une équipe dynamique avec Claude BARNAY, ton élève qui poursuit ton action, tu as présidé la Commission Médicale pendant 8 ans et à ce titre tu as fait partie de la première Conférence des Présidents de CME. Tu as brillamment défendu l'exercice de notre spécialité au Ministère de la Santé dans les multiples commissions où tu as siégé, en particulier celle où MULLON et toi avez fait reconnaître la spécificité des USIC dès 1975. Ton activité ne s'est pas limitée à celle de soignant et de défenseur des hôpitaux publics. La reconnaissance de tes compétences scientifiques et tes nombreuses publications, en particulier en rythmologie t'ont amené à être nommé Professeur Associé de Cardiologie de la Faculté de Marseille, Fellow de l'American College of Cardiology et Président du Groupe de Rythmologie de la Société Française de Cardiologie. Enfin tu as été le seul d'entre nous à qui notre Société scientifique a confié l'organisation des Journées Provinciales, traditionnellement organisée dans un CHU, sauf en 1991, chez toi, à Aix en Provence. Encore jusque cette

année tu as montré ton attachement à ton hôpital en y assurant les fonctions délicates et bénévoles de médiateur.

Autant vous dire, chers amis, qu'une personnalité comme Jean-Louis était le meilleur des porte-drapeaux pour notre Collège naissant. Il nous l'a prouvé en s'engageant dans l'organisation et la promotion de notre collège. Je me souviens t'avoir accompagné chez Jean DE KERVASDOUE, à l'époque Directeur des Hôpitaux au Ministère, à qui tu as fait découvrir ce qu'était la cardiologie en Hôpital Général. Tu as présidé nos premières assises en 1990 et je suis fier de t'avoir secondé pendant cette période puis de t'avoir succéder avant de passer le flambeau à Jean-Jacques DUJARDIN, puis à Jean-Pierre MONASSIER, Claude BARNAY et maintenant Michel HANSSEN qui tous, les uns après les autres ont fait du Collège ce qu'il est actuellement : une instance reconnue, incontournable et largement représentative des cardiologues de nos hôpitaux publics, (civils, militaires) et PSPH, et de leurs services qui assurent l'essentiel de la couverture sanitaire cardiologique du pays.

Je n'en dirai pas plus sur ce qu'est devenu maintenant le Collège après 25 ans d'existence. Ce soir, je voulais avant tout, en votre nom, en vous décrivant comment Jean-Louis et Pierre ont puissamment contribué à sa naissance, leur rendre l'hommage reconnaissant et affectueux de toute notre communauté.



Hommage à Pierre MULLON et Jean-Louis MEDVEDOWSKY, entourés de Michel HANSSEN et Guy HANANIA



P. MULLON et J.L. MEDVEDOWSKY entourés des présidents successifs du Collège, de Gauche à droite : M.HANSSEN, R. HAÏAT, J.P. MONASSIER, J.J. DUJARDIN, G. HANANIA et C.I. BARNAY



Symposium SANOFI-AVENTIS Au cœur de la fibrillation atriale : Apport en pratique des nouvelles approches anti-arythmiques

Walid AMARA, *Le Raincy-Montfermeil*

Un symposium des dernières Assises du CNCHG a été consacré aux nouvelles approches anti-arythmiques dans la fibrillation atriale. Ce symposium réalisé en collaboration avec les laboratoires Sanofi s'est focalisé sur les nouveautés anti-arythmiques de la fibrillation atriale.

La première partie, traitée par **Bruno Cauchemez** (Neuilly sur Seine) s'est intéressé aux bases physiopathologiques de la fibrillation atriale et aux résultats de l'ablation de la fibrillation atriale en plein boom actuellement.

Le Docteur Cauchemez a rappelé que l'origine de la fibrillation atriale est constituée d'extrasystoles atriales issues des veines pulmonaires. La procédure d'ablation de base consiste en l'isolation des veines pulmonaires. Elle est ensuite complétée par des lignes d'ablation au niveau de l'oreillette gauche.

L'ablation des potentiels fragmentés (dits CFAE) a été également abordée. Ces potentiels fragmentés pourraient être des zones pivots dans la perpétuation de la FA. Le docteur Cauchemez a traité des difficultés d'identification de ces potentiels, notamment concernant leur différenciation des potentiels passifs.

Les nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie ont été traitées par **Jérôme Taïeb** (Aix-en-Provence), exposé détaillé par l'orateur (voir article page 19).

Walid AMARA (Le Raincy-Montfermeil) a traité des nouveautés anti-arythmiques dans la FA.

Une nouveauté dans les recommandations en attendant sa commercialisation : le **Vernakalant**. Cette substance est un « ARDA » (Atrial Repolarization Delaying Agent). Il a eu récemment un agrément de l'Agence Européenne du Médicament, pour une future mise sur le marché dans la cardioversion de la FA par voie intraveineuse.

Le grande nouveauté est la commercialisation et la place de la Dronédarone dans les nouvelles recommandations.

Son efficacité versus placebo a été évaluée dans les études EURIDIS et ADONIS avec une réduction du risque de récurrence de FA sous Dronédarone en comparaison au placebo. L'étude ERATO a montré une diminution de la fréquence ventriculaire en cas de fibrillation atriale permanente.

L'étude ATHENA a inclus des patients avec une fibrillation atriale et au moins un facteur de risque de mortalité (âge > 75 ans, HTA, diabète, AVC, AIT, antécédent thromboembolique, FEVG < 40 %, diamètre oreillette gauche > 50 mm).

Le critère primaire comprenait la mortalité totale et les hospitalisations pour motif cardiovasculaire. L'étude a montré une diminution significative du critère primaire de jugement dans le groupe Dronédarone de 24% (tableau 4).

Tableau 4 : résultats de l'étude ATHENA

Critère de jugement	HR	p
Critère primaire	0,76(0,69-0,84)	< 0,001
hospitalisation pour évènement CV	0,74 (0,67-0,82)	< 0,001
Mortalité totale	0,84 (0,66-1,08)	0,18

L'intérêt de la Dronédarone est sa faible toxicité d'organes, notamment en comparaison à l'Amiodarone. Sa place a été précisée dans les recommandations européennes. Schématiquement, il s'agit d'un traitement de première intention dont la principale contre-indication est l'insuffisance cardiaque stade III, IV ou II instable.

En conclusion, ce symposium a été l'occasion de présenter les nouveautés en termes de prise en charge de la fibrillation atriale, avec notamment les nouvelles recommandations (voir article Jérôme Taïeb) et l'arrivée attendue de la Dronédarone.



L'essentiel des nouvelles recommandations de l'ESC sur la fibrillation atriale.

Jérôme TAIEB, *Centre hospitalier d'Aix en Provence*

Résumé : Cette nouvelle version, actualise les recommandations de 2006. Les classifications ont été revues avec la notion nouvelle de FA persistante prolongée, l'apparition d'une classification clinique : l'EHRA. Le score pronostic thromboembolique a été également affiné en CHA2DS2 VASC. La place des nouvelles thérapies anti-arythmiques a été précisée avec une ablation possible en première intention dans les FA paroxystiques, une place dans tous les types de cardiopathie non décompensées pour la Dronédarone et la notion nouvelle de contrôle lâche de la fréquence cardiaque. En revanche les nouveaux traitements anticoagulants oraux ne font pas l'objet de recommandations.

Introduction : Les recommandations précédentes datent de 2006. La fibrillation atriale (FA) a bénéficié ces dernières années d'avancées thérapeutiques mais aussi de progrès dans la connaissance de sa physiopathologie et de son histoire naturelle. Sur les 210 recommandations de ce document, 40 % sont de classe I et 7 % sont de classe III. Elles devraient donner des éléments de réponse claire aux praticiens. Cet article souligne les principales nouveautés qui auront un impact sur notre pratique.

1 Nouvelles définitions et classifications

1.1 La classification du type de FA (tableau 1) prend toujours en compte son histoire naturelle en intégrant la nécessité d'une éventuelle cardioversion. La nouveauté est la notion de FA persistante prolongée (long persistant AF) qui correspond au sous-groupe de patients issus des FA considérées habituellement comme permanentes ou acceptées et pour lesquelles une ablation est envisagée.

1.2 La classification de l'European Heart Rythm Association (EHRA, tableau 2) est une classification clinique qui permet d'évaluer le retentissement de la FA sur la vie du patient. Elle est comparable à la classification NYHA de l'insuffisance cardiaque avec une vie

non perturbée en classe 1 et très invalidée en classe 4. Les classes 2 et 3 correspondent à une altération modérée ou sévère de la vie quotidienne. Nous devons désormais communiquer avec cette classification et la consigner dans nos dossiers.

FA paroxystique : FA d'arrêt spontané, en général en moins de 48 heures.
--

FA persistante : FA durant plus de 7 jours, ou arrêtée par cardioversion.

FA persistante prolongée : FA de plus d'un an pour laquelle une stratégie de contrôle du rythme est envisagée.
--

FA permanente : ou FA acceptée.

Tableau 1 :

Nouvelle classification du type de FA. Apparition de la notion de FA persistante prolongée pour les FA de plus de 1 an non acceptées.

EHRA I : pas de symptômes.

EHRA II : symptômes modérés n'affectant pas la vie quotidienne.

EHRA III : symptômes sévères affectant la vie quotidienne.
--

EHRA IV : symptômes invalidants nécessitant une interruption de la vie quotidienne.

Tableau 2 :

Classification clinique en 4 stades

1.3 Le score de risque thromboembolique CHADS 2 a été remplacé par le score CHA2DS2-VASc (tableau3). Le maximum passe de 6 à 9 pour tenir compte du sexe et de l'atteinte vasculaire. En outre l'âge prend plus d'importance puisque 1 point est comptabilisé à partir de 65 ans et 2 points à

partir de 75 ans. Les anti-vitamines K (AVK) restent indiqués pour un score > ou = à 2. En conséquence, une femme de plus de 65 ans ou un homme de plus de 75 ans sont d'emblée éligibles pour un traitement AVK. En cas de score = 1 le praticien a le choix entre anti-coagulation orale ou aspirine mais avec une préférence pour les anticoagulants oraux. Pour un score nul, on peut choisir aspirine ou abstention avec une préférence pour l'absence de traitement anti-thrombotique. Ainsi les patients de moins de 65 ans, ayant une FA isolée sans aucun facteur de risque n'ont pas d'indication à recevoir un traitement anti-thrombotique

1.4 Le Score HASBLED (traduction littérale de l'anglais « a saigné ») évalue le risque hémorragique. Le risque est considéré significatif au delà d'un score de 3. Les implications pratiques sont moins directives et une plus grande latitude d'interprétation est laissée au praticien. Par exemple une hémorragie active peut à elle seule, contre-indiquer, temporairement au moins, les AVK alors qu'elle ne représente que 1 point.

2 Stratégie anticoagulante

2.1 Elle découle des classifications citées précédemment.

2.2 Cas particulier de la substitution des AVK en relais péri-opératoire : En l'absence de valve mécanique, une interruption sans substitution est recommandée tandis qu'une substitution par héparine non fractionnée (HNF) ou par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est préconisée en cas de valve mécanique. On notera la recommandation de traitement par HBPM dans la prévention thromboembolique chez les porteurs de valve mécanique alors même qu'il n'existe toujours pas d'AMM en France dans cette indication.

2.3 On peut remarquer également que les nouveaux anticoagulants sont cités mais ne font pas l'objet de recommandations dans cette version.

2.4 Après la mise en place de stent, une trithérapie est recommandée mais après un délai qui varie de 1 mois à 1 an en fonction du type d'indication (stent programmé ou en urgence) et du type de stent (nu ou actif), les experts préconisent un traitement au long cours par AVK seul. Les antiagrégants

devraient alors être interrompus selon les experts.

2.5 Après un AVC non hémorragique le délai requis avant instauration du traitement AVK est de 15 jours.

3 Stratégies de la fréquence ou de contrôle du rythme

3.1 Contrôle de la fréquence : Les recommandations tiennent compte en premier lieu des symptômes.

3.1.1 Chez les patients asymptomatiques, un contrôle non strict de la fréquence (< 110 bpm au repos) est recommandé : indication de classe II a, niveau de preuve B.

3.1.2 Chez les patients symptomatiques, il est recommandé un contrôle strict de la fréquence, avec une fréquence au repos < 80 bpm et < 110 bpm lors d'un exercice modéré : indication de classe II a, niveau de preuve B.

3.2 Contrôle du rythme

Le premier point à préciser est la présence ou l'absence de cardiopathie (fig. 1)

3.2.1 Les anti-arythmiques de classe 1 restent contre indiqués en cas de cardiopathie ischémique et de cardiomyopathie hypertrophique (CMH) et ne sont préconisés qu'en l'absence de cardiopathie

3.2.2 Le sotalolol reste autorisé dans les cardiopathies ischémiques mais pas dans les CMH.

3.2.3 La Dronédarone, nouvelle venue, est recommandée dans tous les types de cardiopathie mais à la condition qu'elle ne soit pas décompensée. Sont reconnues comme telles les dyspnées stade I ou II sans décompensation depuis plus de 1 mois. Rappelons que la Dronédarone fait actuellement l'objet d'une surveillance hépatique étroite en raison de cas rapportés d'hépatites sévères chez des patients traités. Le lien de cause à effet n'est toutefois pas démontré à ce jour de façon formelle.

3.2.4 L'amiodarone reste l'anti-arythmique polyvalent recommandé dans tous les types de situations et de cardiopathies mais uniquement en seconde intention ou en cas de contre-indication aux autres dro-

gues. Elle reste indétrônable dans les insuffisances cardiaques sévères.

3.2.5 Cas particulier de l'athlète. La stratégie de traitement minute est possible mais à condition d'interrompre le sport jusqu'à élimination des drogues et retour en sinus.

3.2.6 L'ablation par radiofréquence

La encore, il faut considérer la présence ou non d'une cardiopathie.

En cas de cardiopathie, les anti-arythmiques sont recommandés en première intention et l'ablation ne peut même être proposée qu'après échec ou intolérance du traitement médical. Le niveau de recommandation n'est que II b ce qui correspond à l'absence d'étude randomisée ayant évalué le rapport bénéfice-risque de cette stratégie.

En revanche la FA paroxystique sur cœur sain est passée en niveau de recommandation II a et peut être même proposée en première intention. Ceci est la conséquence de deux études randomisées ayant montré la supériorité de cette stratégie sur les anti-arythmiques

4. Traitement d'amont et des comorbidités.

4.1 En cas d'altération de la fraction d'éjection avec cardiopathie hypertrophique, les IEC et sartans sont recommandés avec un niveau II a en prévention primaire de la FA et avec un niveau II b en prévention secondaire.

4.2 Le traitement des comorbidités (surpoids, HTA, syndrome d'apnée du sommeil, alcool...) est bien entendu rappelé mais ne fait pas l'objet de nouveautés dans les recommandations.

Conclusion :

Ces nouvelles recommandations ont mis à jour les scores de risque thromboembolique et hémorragique et apporté une classification clinique qu'il faudra adopter dans nos dossiers tout comme la classification NYHA.

La notion de FA persistante prolongée valide en filigrane les progrès des techniques ablatives dans la FA persistante.

La Dronédarone a été intégrée dans la stratégie anti-arythmique à une place de choix en première intention en excluant formellement les décompensations cardiaques.

L'ablation de la FA paroxystique est devenue possible en première intention mais il ne faut pas oublier l'évaluation du rapport bénéfice-risque et informer scrupuleusement les patients.

L'alternative au traitement anti-arythmique reste le contrôle de fréquence mais avec la notion nouvelle de contrôle non strict ou « paresseux » en cas de bonne tolérance clinique.

Enfin, on retiendra une place qui sera peut être confortée dans le futur des thérapies d'amont (upstream therapy).

Ce travail colossal de bibliographie et de réflexion d'expert devrait nous apporter une aide précieuse au quotidien. Les prochaines recommandations intégreront sûrement les nouveaux anticoagulants et les progrès de l'ablation.

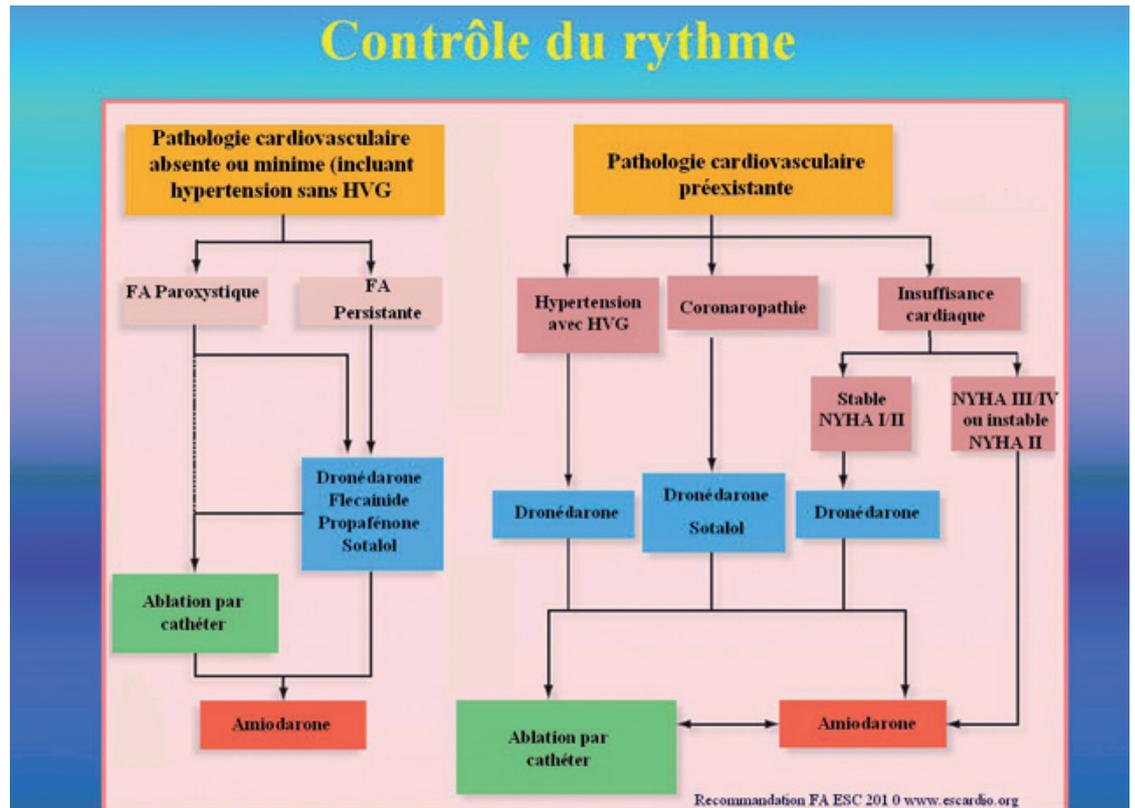


Figure 1 :

Le traitement anti-arythmique dépend de la présence d'une cardiopathie et de son type. En outre en cas de décompensation, seule l'amiodarone est utilisable. Les pointillées signifient qu'il est possible désormais de proposer l'ablation en première intention en cas de FA paroxystique sur cœur sain

Élément	Score
Insuffisance cardiaque / dysfonction VG	1
Hypertension	1
Age > 75 ans	2
Diabète	1
AVC / AIT ou embolie périphérique	2
Pathologie vasculaire (IDM, vasc. périph. ou plaque de l'aorte)	1
Âge 65-74 ans	1
Sexe féminin	1
Score maximum	9

Tableau 3 :
Score CHA2DS2 VASC pour évaluer le risque thromboembolique

Caractéristiques	Points
Hypertension	1
Anomalie de la fonction rénale ou hépatique	1 pour chacun
AVC	1
Hémorragie	1
INR instables	1
Âge > 65 ans	1
Drogues ou alcool	1 ou 2
Score maximum	9

Tableau 4 :
Score HASBLED pour évaluer le risque hémorragique

Reference : The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2010; DOI:10.1093/eurheartj/ehq278.



L. BELLE

Prasugrel et NSTEMI, que faire en pratique ?

L. BELLE, L. MANGIN, E. DESJOYAUX, *Cardiologie, Annecy*

L'essai TRITON TIMI 38 a montré le bénéfice du Prasugrel sur le Clopidogrel, chez les patients victimes de syndromes coronariens aigus et subissant une angioplastie coronaire, sur un bénéfice clinique net associant les événements « ischémiques » (décès totaux, infarctus du myocarde et AVC) et les hémorragies graves avec un suivi moyen de 15 mois (12.2 vs 13.9%, $p=0.004$)(1). Dans cette étude, les patients étaient randomisés à la suite de la coronarographie. L'AMM du Prasugrel a été donc obtenue pour les patients présentant un syndrome coronarien aigu et devant bénéficier d'une angioplastie coronaire. Analysé à posteriori, ce bénéfice n'était pas retrouvé chez les patients de plus de 75 ans et les patients de moins de 60 kgs, aboutissant à une « précaution d'emploi » du Prasugrel chez ces patients. Le bénéfice était au contraire maximal pour les patients de plus de 60 kgs et de moins de 75 ans, sans excès significatif d'hémorragies graves. Les patients avec des antécédents d'AIT ou d'AVC sont contre-indiqués à ce médicament, compte tenu d'un excès significatif d'hémorragie observé dans cette étude.

Il est donc tentant d'utiliser ce traitement dans nos USIC. Cependant, il est difficile d'attendre le résultat de la coronarographie, souvent réalisée de façon plus ou moins différée, pour prescrire une Thiénoxyridine pour un patient victime d'un SCA sans sus-décalage du segment ST. L'essai CURE avait effectivement montré le bénéfice précoce, dans les 24 premières heures et dans l'intervalle de temps qui précède la coronarographie, de la prescription de Clopidogrel par rapport au placebo chez ces patients (2,3). Attendre le résultat de la coronarographie pour prescrire une thiénoxyridine ne semble donc pas licite et débuter le Prasugrel avant la coronarographie exposerait le patient à un risque hémorragique plus important que le Clopidogrel, premièrement en cas de pontage rapide (13.4% avec le Prasugrel vs 3.2% avec le Clopidogrel, $p<0.001$, dans TRITON) et deuxièmement en cas de diagnostic différentiel chez des patients qui ne subiront pas d'an-

gioplastie coronaire (31% des patients de l'essai CURRENT qui avait randomisé les SCA avant la salle de cathétérisme) (4).

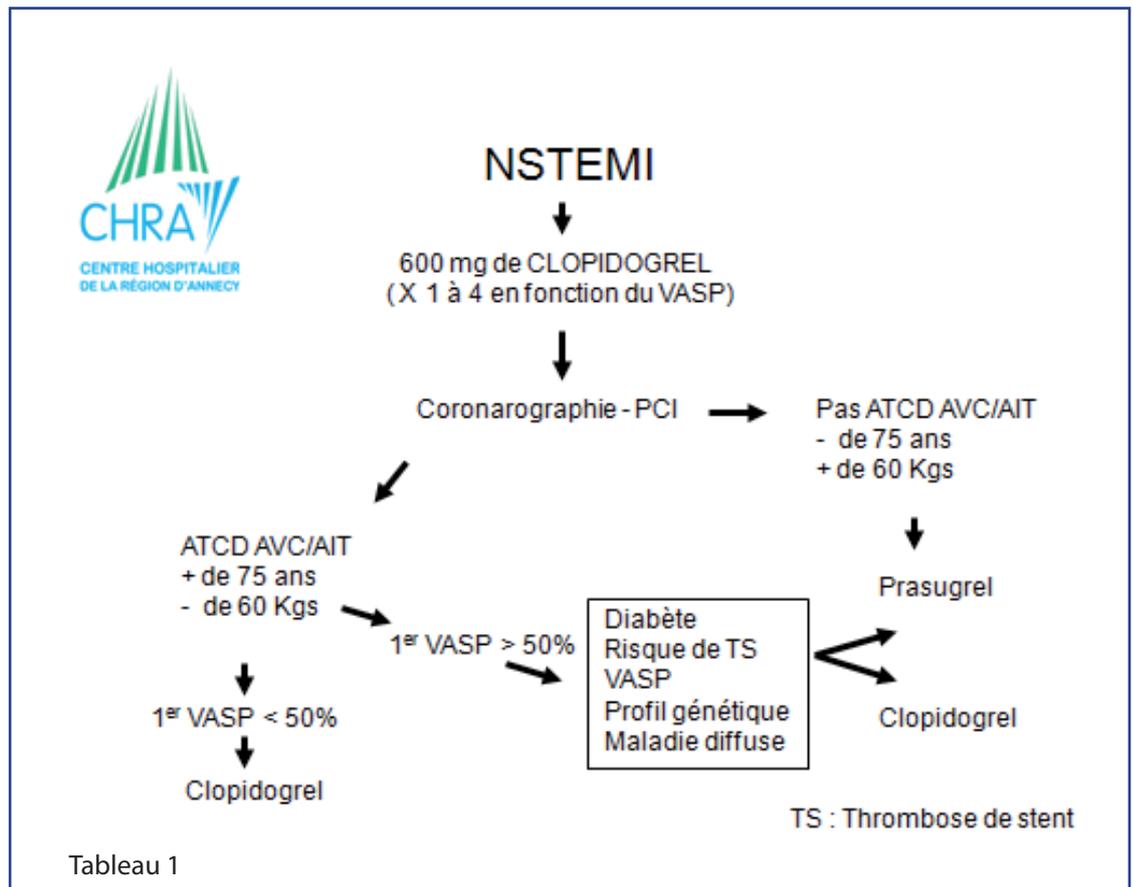
En pratique nous avons opté dans notre centre, pour la prescription précoce d'une dose de charge de 600 mg de Clopidogrel, le plus vite possible, pour tous les SCA sans sus-décalage du segment ST suivi d'une dose d'entretien de 150 mg par jour jusqu'à la coronarographie (5). Un VASP est réalisé tous les jours ouvrables, plus de 6 heures après toute dose de charge de Clopidogrel, dans le but de renouveler cette dose de charge jusqu'à 4 doses de charge successives tant que le VASP reste supérieur à 50% (6). Une fois le patient coronarographié, s'il est dilaté dans la foulée, le Clopidogrel est poursuivi à la dose quotidienne de 150 mg (au moins 1 mois à cette dose compte tenu du risque élevé de thrombose de stent pendant cette période) s'il a plus de 75 ans ou pèse moins de 60 kgs (7) ou il est mis au Prasugrel s'il a moins de 75 ans et pèse plus de 60 kgs (une dose de charge de 60 mg de Prasugrel est donnée juste après la dilatation si le dernier VASP est supérieur à 50%, sinon la dose d'entretien est prescrite d'emblée). Si le diagnostic initial de SCA est confirmé, mais le patient n'est pas dilaté, le Clopidogrel est poursuivi à la dose de 75 mg (3,4).

Les seuls critères de l'âge et du poids peuvent paraître réducteurs et une synthèse plus précise doit être réalisée par le cardiologue qui a la responsabilité de donner des consignes vis-à-vis du traitement par thiénoxyridines, en sortant de la salle de cardiologie interventionnelle. Si le VASP est supérieur à 50%, la présence d'un diabète (8), un risque considéré élevé de thrombose de stent compte tenu de la procédure de dilatation réalisée (stent long et de diamètre réduit), une maladie athéromateuse diffuse ou la présence de l'allèle *2 sur le gène codant pour le CYT P450 2C19 (protocole GIANT) peuvent nous inciter à proposer le Prasugrel à des patients âgés ou de faible poids (tableau 1).

Au total, nous proposons une dose de charge de 600 mg de Clopidogrel à tous les patients hospitalisés pour un SCA sans sus-décalage du segment ST et nous prenons le relais par le Prasugrel après l'angioplastie coronaire en ne considérant pas que l'âge et le poids comme critère décisionnel mais aussi la présence d'un diabète, le risque de thrombose de stent (stent long, de petit diamètre), la diffusion générale de la maladie athéromateuse et la présence d'une résistance phénotypique ou génotypique au Clopidogrel.

- 1 Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with acute Coronary Syndromes. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH et al N Engl J Med 2007;357: 2001-15.
- 2 Effect of pretreatment with Clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the PCI-CURE study. Mehta SR, Yusuf S, Peters RJG et al Lancet 2001;358:527-3.
- 3 Effects of Clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation, the Clopidogrel in unstable angina recurrent events trial investigators N Engl J Med 2001;345:494-502.

- 4 Dose Comparison of Clopidogrel and aspirin in acute Coronary Syndromes. The CURRENT-OASIS 7 Investigators N Engl J Med 2010;262:940-42.
- 5 Guideline on myocardial revascularization 2010, www.escardio.org.
- 6 Tailored Clopidogrel Loading Dose According to Platelet Reactivity Monitoring to Prevent Acute and Subacute Stent Thrombosis. Bonello L, Camoin-Jau L, Armero S et al Am J Cardiol 2009;103: 5-10.
- 7 Double-dose versus standard-dose Clopidogrel and high-dose versus low-dose aspirin in individuals undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes (CURRENT-OASIS 7): a randomised factorial trial. Mehta SR, Tanguay JF, Eikelboom JW Lancet 2010; 376 1233-1244.
- 8 Greater Clinical Benefit of More Intensive Oral Antiplatelet Therapy With Prasugrel in Patients With Diabetes Mellitus in the Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition With Prasugrel Thrombolysis in Myocardial Infarction 38. Wiviott SD, Braunwald E, Angiolillo DJ et al. Circulation 2008;118: 1626-1636.





FMC, EPP, DPC, ... : de la formation médicale continue au développement professionnel continu

Arnaud DELLINGER, CENTRE HOSPITALIER W. MOREY CHALON SUR SAONE

La loi HPST a fait évoluer le cadre législatif de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette présentation se propose de faire le point avec le plan suivant :

HISTORIQUE

La Formation Médicale Continue (FMC) est apparue dans les années 1970. Il s'agissait alors, sur un mode souvent militant, de formations essentiellement dans le milieu des médecins généralistes par le biais d'associations médicales.

En 1989, apparaît pour la première fois l'obligation hospitalière de réserver 0,75 % de la masse salariale des praticiens hospitaliers pour la FMC de ces derniers. En 1996, la formation médicale continue devient pour la première fois une obligation légale pour les médecins. Les modalités pratiques en sont révisées en 2002 puis en 2004 et l'arrêté du 13 juillet 2006 conduit chaque médecin à acquérir en cinq ans cent cinquante points de FMC selon différentes modalités incluant des actions d'évaluation des pratiques professionnelles. Le pilotage institutionnel du dispositif est relativement compliqué et assez rapidement contesté.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) apparaît avec la loi du 13 août 2004 qui instaure simultanément l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles, la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins dans le cadre spécifique des gestes invasifs (chirurgie, cardiologie interventionnelle). Dans le cadre de la certification V2, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit le nombre nécessaire d'actions d'EPP que doit engager l'établissement. A l'issue de ces actions collectives centrées sur l'activité médicale, une reconnaissance de la participation individuelle des médecins par la Commission Médicale d'Établissement et un médecin agréé de la Haute Autorité de Santé est assurée. En 2008, un rapport de l'Inspection Générale de Affaires Sociales IGAS (Rapport Bras) fait une analyse assez critique du dispositif notamment dans son versant FMC. Il constate que la revue de la littérature évoque une efficacité plus grande des formations interactives par rapport aux formations classiques. Il affirme l'unité de la FMC et de l'EPP et propose que l'EPP soit plus un outil formatif qu'un outil sanctionnant. Il propose enfin de regrouper EPP et FMC

dans le **développement professionnel continu (DPC)** : « La FMC et l'EPP apparaissent ainsi comme des moyens pour les médecins de mettre en œuvre une obligation de développement professionnel continu, démarche qui ne trouve son sens que dans sa finalité : l'amélioration de la qualité du service médical rendu aux patients. »

LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Il est instauré par la loi HPST (n°2009-879 Art.59) : « Le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé public et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. » Les décrets précisant cet article de loi sont en attente de publication et sont l'objet de négociations entre les différents acteurs concernés. Un élément fondamental de la loi est le caractère interprofessionnel du DPC puisque qu'il devient obligatoire pour les médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.

La structuration politique et financière est encore imprécise en l'attente de la publication des décrets. On peut retenir qu'il y aura un Conseil National du DPC (CNDPC), un Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) sous forme de groupement d'intérêt professionnel sélectionnant les organismes proposant le DPC et gérant les fonds. Le financement individuel des médecins se ferait par un « chèque DPC ». Une Commission Scientifique Indépendante (CSI) par profession s'appuierait sur la fédération des spécialités médicales et les conseils nationaux professionnels pour reconnaître les organismes. Les Organismes de DPC (ODPC) seront les effecteurs des actions. Les ordres professionnels seraient les organes de contrôle des obligations et la Haute Autorité de Santé aurait un rôle d'expertise dans le dispositif. Le début effectif de l'obligation annuelle de DPC est prévu pour janvier 2012. Les actions de DPC à valider par an seraient au nombre de une à deux.

Il faut souligner néanmoins l'influence importante de l'Etat et de l'assurance maladie : la loi précise dans le développement professionnel continu la prise en compte des priorités de santé pu-

La vie de nos services

blique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;
deux tiers des membres de l'OGDPC seront de l'Etat ou de l'assurance maladie ;
les reconnaissances de thème de DPC se feront en fonction de priorités nationales définies par le Ministère et régionales définies par l'ARS.

EN PRATIQUE POUR LES SERVICES DE CARDIOLOGIE

Les démarches collectives

Dans le cadre de la certification V 2010, les établissements de santé doivent poursuivre un certain nombre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles respectant les invariants suivants : choix précis du thème et des objectifs à atteindre, méthodes précisées et recommandations utilisées explicitées, confidentialité garantie, recueil des pratiques avec élaboration d'actions et mise en œuvre et suivi par un nouveau recueil de pratique, équilibre acceptabilité/faisabilité et enfin équilibre validité/efficacité.

Ces actions peuvent se construire à partir de l'activité ordinaire observée par les indicateurs IPAQSS. Ces indicateurs sont l'objet d'un recueil obligatoire annuel. Ce recueil se fait par échantillonnage. L'exploitation structurée des résultats et les propositions d'amélioration peuvent transformer ce recueil simple en une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles par un processus de type Audit Clinique. Ceci peut concerner le traitement de sortie de l'infarctus du myocarde et la tenue du dossier patient.

L'activité ordinaire peut également être suivie dans le cadre d'un domaine sélectionné par une méthode d'Audit Clinique comme cela a pu se faire au CH de Versailles sur la réduction de l'irradiation en salle ou au SSR de Taverny sur la prise en charge des patients sous Anti-Vitamines K. Enfin, dans le cadre de l'activité ordinaire des services, des staffs EPP formalisés peuvent être établis. Il s'agit de réunions régulières tous les deux à trois mois environ, permettant aux professionnels après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique d'identifier un ou des enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients. Ces staffs EPP formalisés sont à distinguer des comités de retour d'expérience qui visent à analyser à chaud les événements indésirables en structurant une démarche collective d'identification des risques a posteriori et a priori pour les évaluer, les hiérarchiser afin de les traiter et de les suivre.

L'activité ordinaire peut également être analysée dans son aspect morbi-mortalité dans le cadre de revues de morbi-mortalité (RMM) (Exposé du Docteur CHEGGOUR du CH d'Avignon).

Un essai de mise en ordre de l'activité ordinaire peut être fait sous forme de chemin clinique. Celui-ci a

pour but de décrire pour une pathologie donnée tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient.

Toutes ces démarches collectives peuvent inclure maintenant l'ensemble des professionnels de santé qui vont progressivement être soumis aux mêmes obligations que les médecins. Elle demande une formalisation qui documente la démarche.

Les démarches individuelles

Elles concernent essentiellement l'accréditation (Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006, Article D art..T.4135-2) : seuls les médecins exerçant une activité chirurgicale ou interventionnelle peuvent demander à être accrédités. Il s'agit d'un dispositif volontaire de gestion des risques associant déclaration des événements et mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les médecins d'une même spécialité constituant une équipe médicale peuvent conjointement présenter une demande d'accréditation mais l'accréditation est délivrée à chacun des médecins individuellement.

La participation à un registre peut constituer un élément de cette accréditation (Exposé du Docteur LIVAREK du CH de Versailles).

Les relations entre collectifs et individuels

La reconnaissance de la participation individuelle d'un médecin est sous le contrôle de la CME. La politique de la CME en terme d'animation et de validation est contrôlée lors de la certification. Il faut noter que dans la certification V 2010 l'établissement est libre du nombre d'actions EPP mais doit démontrer la cohérence du nombre et des modalités d'action qui doivent toucher l'ensemble des activités.

CONCLUSION

Dans le cadre des activités invasives de cardiologie interventionnelle, des actions pérennes sont nécessaires pour l'accréditation individuelle des opérateurs. De façon plus globale par des actions ciblées ou par des actions pérennes, l'ensemble des cardiologues devra participer à une évaluation des pratiques professionnelles, peut-être interprofessionnelles. Elle aboutira à la reconnaissance des obligations de développement professionnel continu pour un individu et à la certification pour un établissement. Ce processus est fondé sur la révision conjointe de l'état des connaissances et l'état des pratiques. Le changement de logique et le travail à fournir sont importants. Les décrets à venir devront être étudiés soigneusement. Il est possible que des tensions apparaissent entre les contraintes étatiques et l'éthique professionnelle. Le caractère interprofessionnel des démarches peut constituer un creuset pour les protocoles de coopération interprofessionnelle.



La coronarographie ambulatoire : L'expérience de l'Hôpital du Val-de-Grâce

Jacques Monségu, *Chef du service de Cardiologie de l'Hôpital du Val-de-Grâce, Paris*

La coronarographie, examen invasif par excellence, nécessitait d'être réalisée jusqu'à encore, il y a quelques années au cours d'une hospitalisation conventionnelle. Les progrès de la technique, notamment la diminution du calibre des sondes, mais aussi les avancées en terme de choix de la voie d'abord artérielle, ont permis de développer le concept de sa réalisation en ambulatoire. Ajouté à la réduction du nombre de lit dans les services, et aussi à une volonté de réduire les coûts des hospitalisations, la pratique de la coronarographie ambulatoire s'est rapidement imposée comme une alternative séduisante à l'hospitalisation conventionnelle pour la réalisation de cet examen chez des patients stables.

Nous avons rapporté lors des Assises 2010 du Collège des Cardiologues des Centres Hospitaliers, l'expérience de notre institution dans ce domaine. Dans le cadre d'une structure hospitalière dimensionnée autour de 350 lits, le service de cardiologie de l'établissement dispose de 29 lits dont 6 d'USIC. Très rapidement, il est apparu nécessaire de développer une prise en charge ambulatoire de certains patients afin de maintenir une capacité suffisamment opérationnelle au profit de patients nécessitant une hospitalisation de courte et moyenne durée. Nous avons donc mis sur pied un programme d'explorations complémentaires à réaliser en ambulatoire, dont la coronarographie. Pour cela, il nous semblait que cette pratique devait répondre à plusieurs pré-requis incontournables afin de garantir la sécurité du patient lors de cet acte :

- une unité dédiée à l'ambulatoire avec une équipe paramédicale aguerrie à la pratique de la cardiologie
- une sélection des patients
- un dossier médical « verrouillé »
- un créneau horaire à respecter
- une voie d'abord adaptée
- un cardiologue disponible pour assurer une surveillance médicale si besoin.

Notre structure ambulatoire ou hôpital médical de jour (HMJ) a vu le jour en 1997 avec 24 places dont 14 lits, 9 étant dédiés aux spécialités médicales (cardiologie, gastroentérologie, néphrologie et neurologie), les 5 autres réservés pour l'oncologie. Rapidement, il a été décidé qu'un maximum de 4 patients par jour pourrait bénéficier d'une procédure de coronarographie dans cette structure qui présente le gros avantage de se situer au même étage que le service de cardiologie.

Trois étapes organisationnelles nous sont apparues indispensables pour une telle activité.

Tout d'abord en amont de l'examen, la sélection du patient doit être rigoureuse, excluant les malades instables, les diabétiques mal équilibrés, les insuffisants rénaux pour qui une hydratation préalable à l'examen est indispensable, les sujets ayant un psychisme « défaillant » ou vivant seul. Par contre l'âge du patient ne nous a pas semblé devoir être un critère d'exclusion, y compris les patients sous anticoagulants oraux. Une étape importante avant l'examen est représentée par la prise de contact que le cadre de santé ou l'infirmière référente de l'HMJ va effectuer auprès du patient, soit directement soit par téléphone. Ainsi, les papiers administratifs sont vérifiés afin d'effectuer la pré-admission du patient permettant de gagner du temps le jour de l'examen ; de même certains éléments susceptibles de modifier la prise en charge sont recueillis (notion d'allergie, régime particulier, traitements...).

Une explication de la coronarographie, du déroulement de l'hospitalisation est effectuée, de même que l'explication du rasage est donnée, une note d'information étant remise au malade sur laquelle figurent les explications du déroulement de l'examen et de ses modalités pratiques.

Le jour de l'examen, le patient arrive à jeun pour 7h15, signe le consentement de la coro-

La vie de nos services

narographie, puis après vérification du rasage une douche « bétadinée » est effectuée. Ensuite, le patient est « bilanté » a minima (ionogramme, fonction rénale, NFS plaquettes, INR si AVK) puis perfusé. Un ECG et la prise des constantes hémodynamiques précèdent la prémédication (50 mg d'Atarax®) et la mise en place d'un patch d'Emla® en regard du point de ponction radial. Le dossier est alors vérifié et une fiche de liaison établie, permettant de lister les différentes étapes de la préparation du malade.

Le premier patient sera coronarographié vers 9h, la procédure effectuée en 5 Fr de préférence par voie radiale avec un système de compression TR Band®, facile à surveiller car laissant toujours le point de ponction visible et dont la décompression peut se faire progressivement. Si l'approche radiale s'avère impossible, on a recours au 4 Fr par voie fémorale. Dès la fin de la procédure, le patient regagne sa chambre.

Après l'examen, une surveillance clinique et un ECG sont réalisés selon les mêmes modalités que dans le service de cardiologie. Il est demandé au patient de s'hydrater régulièrement pour une sortie entre 16 et 18h. Celle-ci est prononcée par le cardiologue qui a effectué la procédure. Il est demandé au patient de passer la nuit assisté d'une tierce personne.

L'analyse de cette activité ambulatoire sur les années 1998 et 2008, fait ressortir que 20% de notre activité de coronarographie est effectué à l'HMJ. Nous n'avons pas observé de complications ayant nécessité un transfert dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle, probablement en relation avec un large recours à la voie radiale (75% en 1998 et 96% en 2008) et à une sélection précise des patients. Un questionnaire de satisfaction réalisé en 1998 avait fait ressortir que 96% des patients étaient satisfaits de cette prise en charge ambulatoire avec une reprise normale des activités le lendemain de la procédure dans 75% des cas si la voie fémorale avait été utilisée versus 81% avec la voie radiale.

En conclusion, la mise en route d'un programme de coronarographie ambulatoire est simple et parfaitement sûre. Il nécessite une organisation spécifique et surtout un screening rigoureux des patients, en privilégiant l'approche radiale. Ainsi, une telle prise en charge permet de maintenir une disponibilité optimale des lits d'hospitalisation conventionnelle, de réduire le coût de ces procédures, tout en allégeant la charge du travail de équipes et en répondant aux attentes « modernes » des patients.

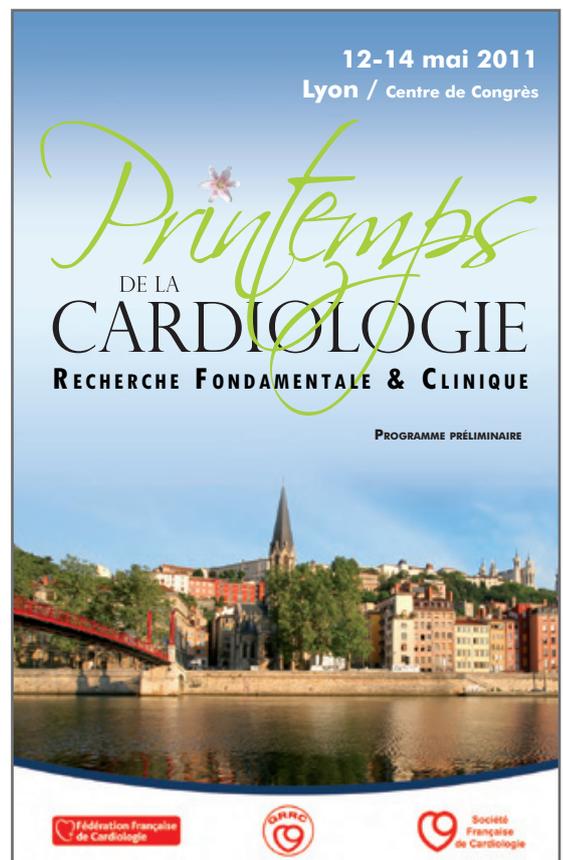


Table Ronde : Quel avenir à l'aune de la loi HPST pour la cardiologie de nos hôpitaux



MODERATEURS : M.HANSEN, (*Haguenau*) et K. KHALIFE, (*METZ*),

Une table ronde riche en échanges de qualité a réuni autour de Michel HANSEN et Khalifé KHALIFE, notre collègue **Francis FELLINGER**, Président de la Conférence des Présidents de CME des Hôpitaux Généraux, **Gérard VINCENT**, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France, **Jean-Yves GRALL**, cardiologue et directeur de l'Agence Régionale de Santé de la région Lorraine, **J-P ESTERNI**, secrétaire du Syndicat National des Médecins des Hôpitaux Publics (SNAM-HP) et **G. MOUBARAK**, Président du Groupe des Cardiologues en formation. Michel HANSEN a ouvert les débats en demandant aux participants s'ils craignaient comme lui que la loi HPST, par le pouvoir exclusif qu'elle donne aux directeurs, n'entraîne une déstructuration de nos hôpitaux et une fuite des médecins. Khalifé KHALIFE leur a demandé quelle était, à leur avis la place des Hôpitaux généraux dans la Communauté Hospitalière de Territoire et comment les jeunes cardiologues seraient attirés par nos hôpitaux.

Gérard VINCENT a voulu rassurer ses interlocuteurs en affirmant que malgré les pouvoirs accordés aux directeurs ceux-ci ne pourront diriger un hôpital comme une entreprise. A son avis, la loi hospitalière ne marque qu'une évolution du système qui organise un encadrement renforcé des hôpitaux mais n'entraînera pas de déstructuration de ceux-ci. Le rôle des hôpitaux généraux devrait être renforcé. Il reconnaît que les jeunes cardiologues sont attirés actuellement par l'activité libérale où ils trouvent une meilleure rémunération pour leurs actes tech-

niques. Mais il pense que cet « âge d'or » est sur sa fin et que les futurs cardiologues devraient retrouver, à l'avenir, le chemin de l'hôpital public.

Jean-Yves GRALL est lui aussi optimiste sur la future gouvernance hospitalière qui fera participer les médecins à la codécision. Il ne craint pas la déstructuration mais voit dans la nouvelle organisation une stratégie de groupe qui doit conduire les hôpitaux publics à rassembler leurs forces pour une bonne utilisation des ressources de plus en plus rares. Cette stratégie permettra d'offrir à la population une gradation des soins et une approche de qualité demandée par celle-ci.

G. MOUBARAK confirme l'attraction actuelle vers le secteur libéral pour les cardiologues en formation dont le choix s'effectue selon plusieurs critères : la qualité de vie, la rémunération et la liberté d'exercice. Il insiste néanmoins sur l'avantage dont bénéficient au départ les hôpitaux publics qui sont les seuls établissements qu'ont fréquentés ces futurs cardiologues pendant leurs études. Seuls 10% d'entre eux ont un à priori d'emblée favorable au privé avant même d'exercer leur choix professionnel ultérieur. L'hôpital doit trouver les moyens de retenir les 90% d'indécis pour lesquels le choix du libéral n'est pas le choix irrévocable.

Pour J-P. ESTERNI, les jeunes choisissent l'hôpital public pour son plateau technique, son équipe et ses conditions de travail. D'après lui, les pouvoirs du directeur, pour importants qu'ils

soient dans son établissement sont néanmoins limités par l'externalisation de nombreuses décisions, ce qui limite grandement sa marge de manœuvre. Il est artificiel de dissocier gouvernance et territoire et la priorité doit être donnée aux projets médicaux de territoire filière par filière en concertation avec les ARS. Au sein des établissements eux-mêmes, la disparition des contre-pouvoirs risque de favoriser les dérives qu'il faut savoir détecter.

Francis FELLINGER est raisonnablement optimiste pour l'hôpital public dont il dit d'emblée qu'il a de l'avenir. Mais dans cette période de rupture économique, l'hôpital ne peut échapper aux arbitrages auxquels il doit participer plutôt que les subir. La cardiologie est actuellement l'objet d'une sur-spécialisation dont la gestion est aggravée par la baisse de la démographie médicale. Il faut donc accepter la concentration des équipes qui devient un atout pour attirer les plus jeunes vers l'hôpital public. De grandes équipes permettront à nos cadets d'y trouver les moyens d'y exercer leur sur-spécialité, de partager leurs compétences avec leurs collègues et de concilier vie professionnelle et familiale. Il admet le côté « inutile » du volet gouvernance de la loi HPST, élaboré par des conseillers ministériels ne connaissant ni le métier ni le terrain. La Conférence a fait de son mieux pour « sauver les meubles » et il répète qu'il est inutile de se lamenter mais nécessaire d'agir.

Une longue et riche discussion s'instaure ensuite avec la salle à laquelle participent Bernard LIVAREK, Jean-Pierre MONASSIER et Simon CATTAN. Sont envisagés les problèmes liés aux individus eux-mêmes qu'ils soient directeurs ou médecins et les difficultés à se séparer de ceux qui freinent la bonne marche de leur établissement. D'après Gérard VINCENT la mutation d'un directeur reste possible en cas de grosses difficultés et d'après JP ESTERNI les PH en difficulté peuvent

être aidés et réorientés. Pour lui, le statut de la fonction publique va évoluer et doit être renouvelé. J-Y GRALL revient sur la concentration des compétences inéluctable mais qui pose le problème du maintien de compétences en proximité. A une question de Jean-Pierre MONASSIER qui demande si la France peut conserver la dualité public-privé qui est une particularité nationale par rapport aux autres pays européens, Gérard VINCENT répond qu'il croit aux vertus de la concurrence et de la complémentarité. Il en donne pour preuve les listes d'attente qui existent dans les pays où l'hôpital public est en situation de monopole. Rebondissant sur cette complémentarité, Simon CATTAN s'interroge sur l'évolution respective des deux secteurs, les possibilités de rapprochement et l'évolution des statuts des médecins. Il rappelle que s'il est possible de faire travailler un cardiologue libéral à l'hôpital public, il est quasi impossible de faire travailler un PH en clinique libérale. JP ESTERNI souligne que l'évolution des statuts est une tendance lourde avec l'instauration du salariat dans quelques cliniques et les propositions de répartition des revenus des PH entre part fixe et part variable, solution à laquelle le SNAM n'est pas opposé, de même que J-Y GRALL, Directeur d'ARS.

En conclusion de ce riche débat, les membres de la table ronde émettent tous un message d'espoir malgré les difficultés qui attendent l'hôpital public en insistant sur l'investissement du corps médical dans sa gestion et sur son renforcement à travers la concentration de ses ressources.

Résumé par Guy HANANIA



CONGRES DE L'ESC (STOCKHOLM) AOUT 2010

André MARQUAND, Fréjus

Le dernier Congrès de l'EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC) qui s'est tenu à Stockholm a connu un grand succès d'affluence avec 28.000 inscrits. Le prochain se déroulera à Paris (Centre des Expositions de Villepinte)

Parmi les nombreuses communications présentées, sont réunies ici une sélection forcément limitée

SHIFT

Michel Komajda (Paris) a présenté les résultats de l'étude SHIFT (Systolic Heart Failure Treatment with the If inhibitor ivabradine Trial), évaluant l'apport de l'ivabradine dans le traitement de l'insuffisant cardiaque (IC) systolique en rythme sinusal gardant une fréquence excessive malgré un traitement optimal.

Le contexte, de SHIFT est relativement connu depuis que l'ivabradine a été testée avec succès chez les coronariens (essai BEAUTIFUL) :

- une FC de repos élevée est un marqueur de risque CV dans un bon nombre de pathologies CV, en particulier l'IC
- la FC reste élevée dans une proportion élevée de patients IC malgré le traitement bêtabloquant
- l'ivabradine réduit la FC en inhibant sélectivement le courant If au niveau du nœud sinusal sans autre effet, en particulier hémodynamique [et ne dégrade pas la conduction AV ou intra-ventriculaire]
- les auteurs ont fait l'hypothèse que la FC est un facteur de risque per se pour la survenue d'événements CV et testé l'effet d'une réduction isolée de la FC avec l'ivabradine sur le pronostic dans une population d'insuffisants cardiaques
- l'essai SHIFT a permis d'explorer plus avant l'importance pronostique de physiopathologique de la FC dans l'insuffisance cardiaque

Objectifs primaires de SHIFT : évaluer si l'inhibiteur If ivabradine améliore le devenir CV de patients :

- avec une IC modérée à sévère

- une FEVG de 35% ou moins
- une FC de 70/mn ou plus
- un traitement correspondant aux recommandations

L'étude SHIFT a été multicentrique (677 centres), internationale (37 pays), ayant mis à contribution tous les continents avec l'exception notable des USA et de l'Afrique. De manière regrettable, le président du comité de surveillance, Phillip Poole-Wilson est décédé en Mars 2009 et a été remplacé par Stuart Pocock. Citons encore dans ce comité Jean-Yves Le Heuzey (Paris).

L'étude SHIFT a porté sur des patients de plus de 18 ans, en insuffisance cardiaque de classe NYHA II à IV, avec une FEVG \leq 35 %, en rythme sinusal et gardant une fréquence \geq 70 /mn sous un traitement optimal, quelle que soit l'étiologie (ischémique ou non ischémique) et ayant été hospitalisés pour aggravation de l'IC au cours des 12 mois écoulés.

Les investigateurs de SHIFT ont « screené » 7411 patients, et 6558 ont été randomisés ; 53 patients ont été exclus post-randomisation et 6505 patients (avec 3 perdus de vue) ont été analysés. L'ivabradine (Procoralan®) a été débütée à 5 mg x 2 /j puis éventuellement adaptée à 2.5 ou 7.5 mg x 2/j en fonction de la fréquence cardiaque atteinte et de la tolérance clinique.

La médiane de suivi est de 22.9 mois pour un suivi maximal théorique de 3.5 ans et un suivi maximal de 41.7 mois. Le critère primaire d'évaluation (CEP) est la somme des décès cardio-vasculaires et des hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque. De nombreux autres critères et analyses sont prévus pour éclaircir tous les aspects du devenir spontané et sous traitement actif des patients et obtenir le maximum d'informations sur les critères pronostiques et la meilleure approche thérapeutique. En particulier (cf infra), les analyses prévues ont concerné la dose effective de bêtabloquant, comparativement aux recommandations.

Les patients sont âgés en moyenne de 60.4

ans, 76% d'hommes, 68% d'ischémiques, 49% en stade NYHA II (les autres : III ou IV), 56% ont eu un IDM, 30% sont diabétiques et 67% hypertendus. Leur FC moyenne de base est 80/mn, la FEVG 29%, la PA 122/76 mmHg, le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) à 75 ml/mn. Au plan thérapeutique, 90% sont bêta-bloqués, 91% sous bloqueur du SRA (IEC ou ARA2), 84% sous diurétique, 60% sous anti-alдостерone, 22% sous digitaliques, 3.5% ont un DAI et/ou une CRT.

Le bêta-blocage étant l'un des critères les plus fondamentaux de l'étude, il a été bien recherché : 56% des patients avaient au moins 50% de la dose conseillée et 26% étaient au maximum. En cela, SHIFT est très proche de la « vraie vie » à la fois des cardiologues et des patients.

La fréquence cardiaque moyenne à l'inclusion est de 80/mn. La dose moyenne d'Ivabradine durant l'étude est de 6.5 mg x 2 /j. La FC baisse dans les deux groupes entre l'inclusion et le 1er mois : de 80, elle passe à 75/mn sous placebo et à 64/mn sous ivabradine. A 32 mois, respectivement 75/mn et 67/mn. Les résultats montrent :

SHIFT : les résultats	RR	RRR	p
CEP	0.82	18%	< 0.0001
Hospitalisation pour IC	0.74	26%	< 0.0001
Décès par IC	0.74	26%	0.014
Admissions toutes causes	0.89	11%	0.003
Admissions CV	0.85	15%	0.0002
Décès CV/admiss. IC/IDM non mortel	0.82	18%	<0.0001
Décès cardio-vasculaires	0.91	9%	0.128
Mortalité globale	0.90		0.092

L'analyse en sous-groupes montre des résultats homogènes dans tous les sous-groupes testés, sauf pour les patients ayant une fréquence cardiaque < 77 bpm à l'inclusion qui ne tirent pas de bénéfice significatif du traitement par l'Ivabradine ($p = 0.029$ pour l'hétérogénéité) et

il existe un petit doute pour les 65 ans et plus (qui sera sans doute éclairci ultérieurement). Chez les patients recevant au moins 50% de la dose de bêtabloquants prévue, le CEP n'est pas significativement amélioré par l'Ivabradine (-10%, NS), seules les hospitalisations pour poussée d'insuffisance cardiaque restent significativement réduites de 19% ($p = 0.021$).

L'évolution NYHA est à l'avantage de l'Ivabradine, avec plus d'améliorations et moins d'aggravations ($p = 0.0003$)

La tolérance est bonne, avec 5% de bradycardies symptomatiques contre 1% sous placebo, et une augmentation des phosphènes.

Conclusions des auteurs :

- l'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique et FC élevée est associée à un mauvais pronostic (la survenue du critère combiné principal dans le groupe placebo est de 18% par an)
- l'Ivabradine a réduit la mortalité CV ou les hospitalisations pour IC de 18% ($p < 0.0001$). La réduction du risque absolu (RRA) a été de 4.2 points de pourcentage
- l'effet bénéfique a été principalement lié à un effet favorable sur les décès/admissions hospitalières (RRR = 26%)
- dans l'ensemble, le traitement par Ivabradine a été dénué d'inconvénients et bien toléré

Implications cliniques

- l'addition d'Ivabradine au traitement recommandé permet de réduire significativement les décès et les hospitalisations liés à l'IC chez les patients ayant une FC de 70/mn ou plus
- le nombre à traiter pendant un an pour prévenir :
 - la survenue d'un critère primaire : 26
 - une admission hospitalière pour insuffisance cardiaque : 27

Ainsi, SHIFT fait indiscutablement avancer l'approche de l'insuffisance cardiaque et incite les cliniciens à réduire nettement la FC de leurs patients en rythme sinusal. Le meilleur pronostic a été observé chez les patients ayant obtenu la FC la plus basse sous traitement. L'essai est proche de la « vraie vie » en ce que le bêta-blocage est rarement parfait, les raisons en étant multiples essentiellement pour des raisons de tolérance. Dans ces conditions, l'arsenal thérapeutique est maintenant complété par l'ivabradine. Quelques critères nous auraient intéressés :

- taux de conversions à la FA : rapport avec la FC obtenue sous ivabradine ?

- réduction éventuelle des diurétiques : en effet, les patients bien équilibrés peuvent grandement bénéficier d'une réduction des diurétiques de l'anse, qui leur gâchent la vie : mictions fréquentes, impérieuses dans les heures suivant la prise ; une amélioration des conditions hémodynamiques, de la dyspnée devrait permettre de réduire les doses et ainsi améliorer encore plus la qualité de vie des patients
- effet sur les marqueurs biologiques : BNP

NB : l'étude est publiée on line (www.lancet.com) et sur papier.

Le « discutant » a été Inder Anand (Veterans' Administration Medical Center, Minneapolis, University of Minnesota, USA).

Il a observé que les données sur l'effet pronostique de la FC avaient été très bien documentées dès l'étude BEAUTIFUL :

- la FC est fortement corrélée à la mortalité dans la population générale et chez les coronariens tout comme les insuffisants cardiaques
- dans BEAUTIFUL, dans le groupe placebo, les patients ayant une FC de 70/mn et plus ont eu une surmortalité CV de 34% ($p = 0.0041$) comparativement au groupe à FC < 70
- de même, le taux d'hospitalisations pour IC a été augmenté de 53% ($p < 0.0001$) (Fox et al. Lancet 2008 ; 372 : 817-21)

De ce fait, la réduction de la FC en cas d'IC était une hypothèse à tester et SHIFT a été à la hauteur des hypothèses soulevées par BEAUTIFUL, quoique dans une population légèrement différente. Il faut souligner qu'indépendamment de la dose de bêtabloquant, le bénéfice a été supérieur chez les patients ayant une FC > 77/mn. La question qui vient à l'esprit est : « les patients étaient-ils convenablement bêta-bloqués ? ». Si l'on se compare à « la vie réelle », oui ! Ainsi, 26% étaient aux objectifs recommandés et 55% avaient au moins 50% de la dose recommandée. Ces niveaux sont certes inférieurs aux essais avec les bêtabloquants dans l'IC, comme CIBIS, MERIT-HF et COPERNICUS, mais il s'agissait précisément d'essais sur les bêtabloquants. En pratique, peu de patients atteignent les doses conseillées : par exemple 23% dans Impact Reco (France 2009) et 17% dans IMPROVE HF (USA 2010) !

D'autant que dans les méta-régressions, sur 23 essais concernant près de 20000 insuffisants cardiaques sous bêtabloquants, le bénéfice sur la mortalité a été rapporté au niveau de réduction de la FC et non à la dose de médicament ; ainsi, une réduction moyenne de 12 bpm permet une baisse de mortalité de 24% (McAlister et al. Ann Intern Med 2009 ; 150 : 784-94).

Mais alors, de plus hautes doses de bêtabloquants auraient-elles permis de modifier l'issue pour les patients ? Il faut remarquer que la réduction moyenne de 9 bpm sous ivabradine a les effets bénéfiques prévus par la méta-analyse avec les bêtabloquants. D'autre part, dans les essais, des doses plus élevées de bêtabloquants n'ont pas permis de réduire davantage la FC et c'est ce qu'on observe aussi dans SHIFT. Dans le « monde réel », les cliniciens ont du mal à augmenter les bêtabloquants en raison d'effets indésirables réels, ou perçus ou encore redoutés ! Tous les autres essais avec des appareillages ou des traitements médicamenteux ont été faits dans les mêmes circonstances que SHIFT et aucune titration forcée du bêta-bloquant n'a été exigée ou réalisée [avant d'initier le traitement de l'essai]. Il est donc bien évident que SHIFT s'est inscrit de manière pragmatique sur un traitement de fond correspondant à la réalité.

Quels sont les patients les plus à même de profiter de l'ivabradine ?

- on exclut d'emblée les patients en FA, soit environ 25% des IC
 - il reste les patients ayant une FC > 70/mn, soit 50% et surtout les 40% ayant une FC > 77/mn, ceux ayant recueilli les plus grands bénéfices sous ivabradine
 - l'utilisation d'appareillages (DAI et CRT) a été bas dans SHIFT ; ces patients ne sont pas à exclure s'ils ont les critères d'inclusion ; mais l'amélioration permise par l'ivabradine pourrait réduire le bénéfice de la CRT (c'est à creuser !) ; pas celui du DAI, puisque l'ivabradine ne réduit pas les morts subites
- ** ainsi, 40% des patients en IC pourraient bénéficier d'un traitement par ivabradine

Conclusions de Inder Anand :

*SHIFT confirme l'importance de la FC dans la physiopathologie de l'IC et renforce l'hypothèse que sa réduction contribue significativement à améliorer le pronostic dans l'IC. La FC n'est pas seulement un facteur de risque, elle pourrait être un médiateur de la progression de l'IC

* chez les patients avec dysfonction systolique, rythme sinusal > 70/mn sous traitement usuel et ne pouvant tolérer des doses plus élevées

de bêtabloquant, l'addition du réducteur pur de la fréquence sinusale ivabradine améliore nettement le pronostic de l'IC

ART (Arterial Revascularisation Trial)

David P. Taggart (Oxford, UK) a rapporté les premiers résultats de l'étude ART, qui compare l'emploi d'une seule mammaire (SIMA pour Single Internal Mammary Artery) contre les deux mammaires (BIMA : Bilateral IMA) pour les pontages coronariens. Cette étude est sponsorisée par les organismes publics anglais, sans intervention de l'industrie, ce qui se comprend. Le critère principal d'évaluation est la survie à 10 ans, qui devrait être disponible en 2015. Ici l'auteur rapporte le suivi à 1 an, le but étant de démontrer que cette procédure est sûre et de lever les inhibitions à l'emploi des deux mammaires. L'emploi des deux mammaires reste en effet encore rare, moins de 10% des pontages en Europe, les critiques étant que cela est plus difficile techniquement, allonge la durée de l'intervention, augmente la mortalité précoce, augmente la morbidité précoce, et augmente les complications sternales. L'étude porte sur 3000 patients randomisés entre les deux bras, on note 40 % de procédures sans CEC, 50 % de patients reçoivent 3 greffons. La durée de procédure pour deux mammaires n'est allongée que de 23 minutes, et le séjour postopératoire est allongé d'une demi-journée seulement. Les résultats montrent :

	1 mammaire	2 mammaires
J 30		
Décès %	1.2	1.2
AVC %	1.2	1.0
IDM %	1.5	1.4
Revasc. %	0.4	0.7
Reprise sternale %	0.6	1.9
1 an		
Décès %	2.3	2.5
AVC %	1.8	1.5
IDM %	2.0	2.0
Revasc. %	1.3	1.8

L'emploi des deux mammaires à la fois est donc faisable, sûr, la seule différence est un peu plus de complications sternales nécessitant une reprise. Reste à voir si cet inconvénient initial est contrebalancé par un bénéfice clinique à long terme, ce qui devrait logiquement être le cas mais reste à

démontrer dans une étude randomisée. On notera toutefois que dans ce travail, 16.4% des patients du groupe 2 mammaires n'en ont reçu qu'une en définitive, ce qui montre que la technique reste délicate même dans des mains très expérimentées, et pose le problème d'un taux de cross over non négligeable qui risque de peser sur la puissance statistique lors de l'analyse finale.

LESSON – 1 (Long-term Comparison of Everolimus eluting and Sirolimus eluting Stents for Coronary Revascularization)

Le but de l'étude LESSON I présentée par **Stephan Windecker** (Berne, Suisse) est de comparer le stent Xience® au Cypher® sur un suivi à long terme. Plusieurs études ont déjà démontré la supériorité du Xience® sur le Taxus®. Les inclusions concernent tous les patients traités à l'hôpital de Berne avec un de ces deux stents. Le critère principal d'évaluation est la somme des décès, infarctus et revascularisations à 3 ans. L'étude porte sur 3133 patients. Les patients ne sont bien sûr, pas bien appariés faute de randomisation, un test de « propensité » est donc effectué à l'issue duquel on obtient 2 groupes de 1342 patients chacun bien appariés pour comparaison avec une médiane de suivi de 1.3 ans. Tous les patients reçoivent de l'Aspirine, du Clopidogrel 300 à 600 mg en dose de charge, de l'HNF à raison de 70 à 100 UI/Kg, et des anti Gp 2B3A à la discrétion des opérateurs, et ensuite au long cours 100 mg d'Aspirine par jour indéfiniment et 75 mg/j de Clopidogrel pendant au moins 1 an. Le score de « propensité » porte sur les caractéristiques cliniques des patients, et donc même après application de ce test, les patients du groupe Xience restent un peu plus complexes sur le plan des lésions et des techniques employées. Les résultats montrent :

	Cypher®	Xience®	RR	p
Décès, IDM et revasc. 3 ans %	18.0	14.9	0.83	0.056
Décès %	6.5	6.0	0.92	0.59
IDM %	5.0	3.3	0.62	0.017
Revascularisations %	9.6	7.0	0.75	0.039
Thrombose stent prouvée %	1.6	0.5	0.30	0.01

Pour ce qui est des thromboses de stent, ce sont surtout les thromboses très tardives, au
CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

delà de 1 an, qui sont notablement réduites avec le Xience® puisque aucun cas n'est observé avec ce stent. La réduction des infarctus est ainsi en grande partie liée à ce moindre taux de thromboses de stents. Si on corrige le déséquilibre des deux populations au niveau des caractéristiques techniques, on obtient cette fois un CEP qui est positif avec un HR à 0.78 et un p à 0.029.

La seule critique que l'on puisse faire à ce travail est que la série des patients ayant reçu un Cypher® est plus vieille que la série des Xience®, les techniques de mise en place ayant pu évoluer entre les deux séries. Les arguments en faveur du Xience® sont toutefois très convaincants, et il semble qu'après le Taxus®, l'heure soit venue de détrôner le dernier stent actif de première génération.

“COPPS (Colchicine for the Prevention of the Post-Pericardiotomy Syndrome) ” a été présenté par Massimo Imazio (CH Maria Vittoria, Torino, Italie)

Le syndrome post-péricardotomie (PPS) est fréquent: 10 à 40% des péricardotomies (Finkestein Y. et al. Herz 2002 ; 27 : 791 – 4). Aucune solution thérapeutique n'a été définitivement démontrée et adoptée (corticoïdes, AINS, colchicine). Dans COPPS, 260 patients ont été randomisés pour recevoir de la Colchicine : 2 mg le 1er jour puis 1 mg/j pendant 1 mois pour les 70kg et plus, la moitié pour les autres.

Le diagnostic de PPS a été réputé établi en cas de fièvre au-delà de la 1ère semaine postopératoire, sans infection patente, de douleur thoracique évocatrice de syndrome pleural, de frottement, d'épanchement pleural, d'épanchement péricardique récent ou aggravé, en exigeant au moins 2 critères. L'analyse a pu porter sur les 360 patients randomisés (âge moyen 66 ans, 34% de femmes). A 12 mois, le critère PPS est survenu dans 21.1% des cas sous placebo contre 8.9% sous colchicine (p = 0.002). Il se décompose en

- douleur thoracique évocatrice de syndrome pleural: 12.8% contre 3.9% (p = 0.004)
- frottement : 8.3% contre 2.7% (p = 0.036)
- épanchement pleural : 25.6% contre 12.2% (p = 0.002)
- épanchement péricardique récent ou aggravé : 22.8% contre 12.8% (p = 0.019)

Les critères secondaires (en critère combiné) sont réduits de 5.0% à 0.6% (p = 0.024) (il s'agit de la récurrence, de la tamponnade, de la péricar-

dite constrictive, d'admission pour PPS, mais aucun ne ressort individuellement). Ainsi, le nombre à traiter pour éviter un événement est de 8, ce qui est très intéressant comparative-ment aux autres traitements en cardiologie ! La courbe de Kaplan-Meier de la « survie sans événement » est différenciée dès 10 jours et tend ensuite à continuer à s'écarter (p Log Rank = 0.001). il n'a pas été noté d'effet indésirable significatif, pas d'excès d'arrêt de traitement sous colchicine.

Les auteurs sont conscients que leurs critères d'inclusion sont marginalement contestables en raison de l'absence de standardisation du PPS, la possibilité d'avoir inclus des formes très bénignes, mais c'est un travail qui a tenté de faire appel à des critères objectifs qui soulignent le vaste éventail symptomatique du PPS. En effet, le PPS va de l'épanchement asymptomatique et qui va le rester, péricardique et/ou pleural, à l'épanchement abondant, voire la tamponnade.

Conclusion des auteurs de l'essai COPPS :

- la colchicine est dénuée d'inconvénients [aux doses utilisées dans cet essai] et efficace dans la prévention primaire du PPS et de ses complications
- dans COPPS, la colchicine réduit de plus de moitié le risque de PPS comparativement au placebo (9% contre 21%, p = 0.002, NNT = 8) après chirurgie cardiaque

DANPACE (Danish Multicenter Randomised Trial on AAIR versus DDDR pacing in sick sinus syndrome)

Jens Cosedis Nielsen (CHU d'Aarhus, Danemark) a présenté les résultats de DANPACE, une étude randomisée comparant la stimulation AAIR à la DDDR chez les patients ayant une dysfonction sinusale. Le critère principal d'évaluation est la mortalité globale, les critères secondaires comprennent, entre autre, la survenue d'ACFA et d'AVC ainsi que les décompensations cardiaques. Les inclusions portent sur des patients avec bradycardie symptomatique et des pauses documentées de plus de 2 secondes ou une bradycardie < 40/mn durant la période de veille, avec un PR < 0.22 s avant 70 ans ou < 0.26 s au-delà, et un QRS < 120 msec. Dans le groupe AAIR, 83 % des patients à la fin du suivi n'ont reçu aucune sonde ventriculaire, conformément à la randomisation, et dans le groupe DDDR 90 % des patients sont toujours en DDDR à la fin de ce suivi. Le suivi moyen est de 5.4 ans. Dans le groupe DDDR,

le taux de stimulation ventriculaire est de 65 %. Les résultats montrent des courbes de survie identiques avec un p à 0.53. La survenue d'ACFA est plus fréquente dans le groupe AAIR, étonnamment avec un risque relatif de 1.24 et un p à 0.024. Les taux d'AVC sont comparables avec un p à 0.56. Les ré-opérations sont plus fréquentes dans le groupe AAIR avec un risque relatif à 2.0 et un p inférieur à 0.001. En matière d'insuffisance cardiaque, aucune différence significative n'est notée que ce soit sur la classe NYHA durant le suivi, le recours aux diurétiques ou les hospitalisations pour décompensation cardiaque.

L'auteur conclut donc que le mode de stimulation AAIR doit être abandonné. Toutefois, ce travail va à l'encontre des données des études antérieures, ainsi que des recommandations en cours concernant la stimulation cardiaque, et il est donc un peu prématuré, sur une seule étude, de prétendre modifier ces recommandations. Affaire à suivre, donc.

AVERROES (Apixaban Versus ASA To Reduce the Risk Of Stroke) : Stuart J. Connolly (Hamilton, Ontario, Canada)

L'étude AVERROES présentée par **Stuart J. Connolly (Canada)** a évalué l'Apixaban, un nouvel anti-Xa développé par BMS et Pfizer, chez les patients en ACFA ne pouvant être traités par AVK.

L'Apixaban est un inhibiteur oral du facteur X activé, sélectif et direct, avec une demi-vie de 12 heures, ne nécessitant pas de suivi biologique ; les voies d'excrétion sont multiples (25% par le rein). Les études ADVANCE 1 à 3 ont montré son efficacité et sa sécurité dans la prévention des TVP en chirurgie orthopédique.

Le but initial d'AVERROES était d'inclure 5600 patients en ACFA (36 pays, 522 centres) avec au moins un facteur de risque d'AVC associé, et considérés comme ne pouvant recevoir un AVK (INR impossible à stabiliser ou arrêt pour complications) ; on sait que ces patients représentent 50% des FA et qu'une solution doit être trouvée pour eux. Les patients ont été randomisés pour recevoir Apixaban 5 mg x 2/j per os (2,5 mg X 2 chez certains) ou Aspirine 81 à 324 mg/j.

Le critère d'évaluation principal combiné (CEP) a été la somme des AVC et embolies systémiques (SEE pour systemic embolic event). L'étude AVERROES a été prématurément interrompue sur avis du comité de surveillance

en raison d'un bénéfice net du bras Apixaban, après une médiane de suivi de 1 an.

Dans les faits, 94% des patients d'AVERROES ont reçu l'Apixaban comme prévu et 91% des patients du bras Aspirine ont reçu une dose \leq 162 mg/j. Les patients avaient un âge moyen de 70 ans (\pm 10), un score CHADS2 en moyenne à 2.1 (\pm 1,1), un antécédent d'AIT ou d'AVC dans 14% des cas, une insuffisance cardiaque pour 40%, et ont du arrêter les AVK dans 40% des cas, les autres 60 % étant considérés comme ne pouvant être soumis au traitement par AVK au long cours. Les résultats montrent :

	Apixaban	Aspirine	RR	p
Nb patients	2809	2791		
CEP % par an	1.6	3.6	0.46	< 0.001
AVC % par an	1.5	3.3	0.48	<0.001
AVC ischémiques % par an	1.1	2.9	0.38	< 0.001
AVC hémorragiques % par an	0.2	0.2	1.01	0.99
Embolies % par an	< 0.1	0.4	0.15	0.01
AVC sans handicap % par an*	0.6	1.1	0.56	0.04
AVC avec handicap % par an*	0.9	2.1	0.45	< 0.001
AVC mortels % par an	0.5	0.8	0.67	0.18
IDM % par an	0.7	0.8	0.85	0.57
Décès vasculaires % par an	2.5	2.9	0.86	0.33
Hospitalisations CV % par an	11.8	14.9	0.79	< 0.001
Décès % par an	3.4	4.4	0.79	0.07
Saignements majeurs % par an	1.4	1.2	1.14	0.56
Saignements intracrâniens %	0.4	0.3	1.09	0.83
EIG** \geq 1 %	21,7	26,6	< 0,001	
El neurologiques** %	3,0	6,3	< 0,001	

*score de Rankin 0 à 2 ou 3 à 6. **El : Evénements indésirables (EIG = El graves)

Ainsi, pour 1000 patients traités par an, comparativement à l'aspirine

*on prévient 18 AVC, surtout des gros AVC, 10 décès (NS) et 31 hospitalisations CV

*au coût de 2 hémorragies majeures (NS)

CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

La tolérance est excellente, le taux d'arrêt sous Apixaban étant inférieur à celui sous Aspirine, et les effets secondaires sérieux sont plus fréquents sous Aspirine. La surveillance de la tolérance hépatique ne montre aucune différence avec l'Aspirine et donc aucun signal inquiétant. À signaler que les courbes du CEP se séparent pratiquement dès la randomisation, l'Apixaban étant donc efficace sans aucune latence.

Conclusions de la présentation

- * **chez les patients ne pouvant être placés sous AVK, l'apixaban réduit les AVC de plus de 50% comparativement à l'aspirine utilisée aux doses usuelles sans augmentation significative des hémorragies graves**
- * **l'Apixaban est bien toléré comparativement à l'aspirine sans preuve d'hépatotoxicité**
- * **chez les patients en FA non compatibles avec le traitement AVK, l'Apixaban a un profi bénéfique – risque favorable**

Cette étude qui rend hommage au célèbre médecin arabe AVERROES (1126 (Cordoue) – 1198 (Maroc) est donc très intéressante. De plus, elle concerne une population très substantielle, soit 4,5 millions de patients en FA en Europe, nombre appelé à doubler en 2020. La FA engendre 5% de patients non traités par anti-thrombotique chaque année, et représente 20% de tous les AVC. Les méta-analyses montrent que les AVC sont réduits de 65% sous AVK et de 22% sous aspirine.

L'Apixaban permet une réduction de plus de 50 % des complications par rapport à l'Aspirine chez ce type de patients rencontrés quotidiennement, et sans risque hémorragique excessif. Les seules petites critiques sont que le métabolisme du produit passe par le cytochrome CYP-C3A4 et qu'il faudra donc voir la possibilité de modifications en fonction d'interactions éventuelles, et qu'il nécessite 2 prises quotidiennes avec le problème de la compliance pour un suivi au long cours. Cela en fait en tout cas un concurrent sérieux, dans l'attente des résultats de l'étude ARISTOTLE qui le comparera cette fois au traitement par Warfarine, et dont les résultats devraient en principe être disponibles courant 2011. Il faut remarquer que le monde de l'anti-coagulation bouge beaucoup et que d'autres challengers des AVK en sont déjà au stade clinique. Cette effervescence thérapeutique ne peut que profiter aux patients.

EINSTEIN - DVT (Deep Vein Thrombosis)

Harry Büller (Amsterdam, Hollande) a rapporté les résultats d'EINSTEIN DVT, une étude comparant le Rivaroxaban (Xarelto®) au traitement conventionnel par HBPM puis relais AVK dans le traitement des TVP.

Le Rivaroxaban est un anti Xa spécifique actif par voie orale avec une forte biodisponibilité, direct et spécifique, d'action rapide, avec une demi-vie de 7 à 11 heures. L'élimination est double : 1/3 est éliminé inchangé dans les urines, 2/3 est métabolisé dans le foie, dont la moitié finit dans les urines, l'autre partie dans les fécès.

L'étude a été de type PROBE (Prospective, Randomised, Open, Blinded End-points) et a inclus 3449 patients avec phlébite profonde confirmée sans EP, randomisés sous Rivaroxaban 15 mg x 2/j pendant les 3 premières semaines puis 20 mg/j ensuite en une fois, contre Enoxaparine (1 mg/kg X 2/j) puis relais AVK classique (en visant un INR entre 2 et 3).

La durée de traitement était de 3, 6 ou 12 mois selon décision du praticien traitant. Le CEP (en intention de traiter et en per-protocole) est double, basé sur l'efficacité d'après la récurrence de maladie veineuse thromboembolique symptomatique, et sur la sécurité d'après la somme des saignements majeurs ou non majeurs mais cliniquement significatifs. Dans la population incluse, on note 39% de TVP secondaires et 7% de patients avec néoplasie évolutive. La durée de traitement la plus fréquemment retenue est de 6 mois ; 3449 patients ont été randomisés. Les résultats montrent :

	Rivaroxaban	Classique	RR	p
Nb patients	1731	1718		
CEP efficacité %	2.1	3.0		
Récidive phlébite %	0.8	1.6		
EP non mortelle %	1.2	1.0		
Décès EP ou suspecte %	0.2	0.3		
CEP sécurité %	8.1	8.1	0.97	0.77
Saignements majeurs %	0.8	1.2		
Bénéfice clinique net %	2.9	4.2	0.67	<0,05
Mortalité %	2.2	2.9	0.67	NS
Evènements CV %	0.7	0.8	0.79	
Élévation transaminases %	0.1	0.2		

Conclusion de la présentation : chez les patients ayant une TVP proximale sans EP symptomatique, le rivaroxaban :

*** n'a pas été inférieur à l'approche HBPM –**

AVK pour l'efficacité (RR 0,68), $p < 0,0001$ pour la non infériorité

*** a eu des résultats de sécurité similaires : RR 0,97, $p = 0,77$**

*** son efficacité n'a pas dépendu de l'âge, du poids, du sexe, de la fonction rénale et de l'existence d'une néoplasie**

*** n'a pas montré d'hépto-toxicité**

Ainsi, l'approche de l'étude permet d'offrir aux cliniciens une méthode simple de traiter la TVP qui peut améliorer le profil risque – bénéfique de l'anti-coagulation

Ainsi, le p est inférieur à 0.0001 pour la non-infériorité, et 0.076 pour la supériorité, donc une bonne marge de certitude quant à la sécurité de cette approche qui est donc passée très près d'être nettement supérieure. L'analyse en sous-groupes montre des résultats homogènes dans tous les sous-groupes testés. Dans le groupe sous AVK, la proportion de temps moyen passé avec un INR en zone efficace est de 57.7%, pourtant avec un traitement bien conduit selon les standards actuels chez des cliniciens motivés (essai...). EINSTEIN - DVT démontre à nouveau que l'ère des AVK, avec toutes les complications et la lourdeur liée à leur gestion, est en passe de se terminer. C'est une bonne nouvelle pour les patients, tout comme pour les cardiologues et médecins généralistes confrontés à la gestion des AVK au quotidien.

« CARE-HF (Cardiac Resynchronisation in Heart Failure) : long term follow-up » a été présenté par John JF Cleland (Kingston upon Hull, UK)

Cette étude à laquelle ont participé Jean-Claude Daubert et Daniel Gras avait largement démontré l'intérêt de la CRT sur le traitement médical seul, même optimisé (réduction du critère primaire de 37%, $p < 0,001$, de la mortalité de 36%, $p 0,002...$). Une extension de 6 mois du suivi (avant la publication des résultats) avait même permis d'observer une réduction de la mortalité de 40% ($p < 0,0001$) sur une suivi moyen de 36 mois. Cela avait permis de calculer un allongement de la vie de 3,8 ans lié à la CRT et 1,8 ans de plus en cas de CRT-D (CRT + DAI). À l'issue de la publication, en 2006, les investigateurs ont été sollicités pour surveiller la mortalité des patients au long cours.

Avec un suivi moyen au moins doublé à plus de 6,5 ans, la CRT réduit encore la mortalité de 23% ($p = 0,007$), alors que les investigateurs

ont tenu compte des résultats et en général appareillé les patients du groupe contrôle. Le bénéfice des années initiales de CRT s'est donc concrétisé à plus long terme.

Conclusion des auteurs :

*** le bénéfice de la CRT se maintient au long cours**

*** l'utilisation très large de la CRT et de la CRT-D dans le groupe de comparaison dès les résultats de CARE-HF en 2006 peut avoir atténué l'amplitude de la différence entre les groupes**

*** le bénéfice lié à la CRT n'a pas été atténué au travers des classes d'âge**

*** la survie médiane des moins de 66 ans en classe NYHA III (voire IV) et un VG dilaté et une FEVG $\leq 35\%$ recevant un CRT (et non CRT-D) est supérieure à 7 ans**

Discussant : Ole A. Breithardt (CHU d'Erlangen, Allemagne), qui a remarqué que si les résultats des différents essais sur la CRT (MIRACLE – CRT: 6 mois en 2002), COMPANION: 16 mois en 2004, CARE-HF: 29 mois en 2005 et 37 mois en 2006 ; MADIT-CRT en 2009: 28 mois) est univoque, leur durée de suivi a été plutôt modeste, reflétant d'ailleurs les durées de survie prévisibles des insuffisants cardiaques graves des époques respectives. Dans ce contexte, CARE-HF LTFU (pour long-term follow-up) constitue, malgré ses limites (c'est plus un registre, finalement et $> 90\%$ des patients du groupe contrôle ont reçu un CRT voire un CRT-D après la fin de l'étude initiale), une perle avec ses $\geq 6,5$ ans! Mais cela est riche d'enseignements, car l'appareillage tardif ne modifie pas en profondeur le bénéfice initial de la CRT (-D) ! D'un autre côté, les survivants du groupe contrôle étaient moins à risque, peut-on se dire. Le bénéfice de la CRT (-D) est donc précoce et se maintient par la suite. Il reste à développer des algorithmes/marqueurs pour identifier les patients les plus à même de tirer bénéfice de la CRT (-D) et ces patients doivent la recevoir rapidement, car l'implantation plus tardive ne permet pas de rattraper la perte de chances de survie.

Le registre RealiseAF, a été présenté par Philippe Gabriel Steg (CHU Bichat et INSERM U 698, Paris) Evaluation internationale destinée à évaluer la prise en charge de la FA et le profil de risque des patients en FA, ce registre concerne plus de 10000 patients et 26 pays en 2010 (donc une idée de modernité de la prise en charge). Les praticiens ont été choisis au hasard et les patients inclus sur une période courte (< 6 semaines). Ainsi, plus de 11000 pa-

CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°15

tients ont été présélectionnés par les 831 sites et 10523 inclus. Les FRCV les plus communs ont été l'âge (> 50 pour les hommes et > 65 pour les femmes): 77,8% et l'HTA (72,2%).

Il est apparu que dans 41% des cas, la FA n'est pas "contrôlée", contre 59% de contrôlés, ce qui se définit par une FC \leq 80 ou rythme sinusal, ce qui se divise en 26,5% en RS et 32,5% de FA avec FC \leq 80/mn.

Conclusions de la présentation:

- * la FA est fréquemment non contrôlée et symptomatique
- * la FA est fréquemment associée à des comorbidités et des FRCV multiples
- * les patients en FA sont à risque élevé d'événements et d'hospitalisations CV
- * les recommandations pour l'usage des AAR et des anti-thrombotiques n'étaient pas appliquées de manière optimale
- * l'approche "contrôle de la FC" a été la plus utilisée (quoique la moins efficace)

- * RealiseAF souligne le besoin de nouvelles stratégies (AAR et anti-thrombotiques) pour la prise en charge de la FA, dans le but d'améliorer l'issue CV et le besoin d'une formation optimisée pour obtenir une meilleure adhérence aux recommandations

Josep Brugada Terradellas (CHU de Barcelone, Catalogne, Espagne) a discuté la présentation. Il a mis en parallèle RealiseAF et l'EuroHeart Survey (EHS) (plus de 5000 patients, observations sur 2003 – 2004). Les deux cohortes sont très similaires. Mais l'EHS a montré des patients plus souvent asymptomatiques dans le bras « contrôle de la FC » que dans le bras « contrôle du rythme » à l'inverse de RealiseAF. Mais les 2 registres soulignent la nécessité de trouver de nouvelles approches thérapeutiques anti-arythmiques et anti-thrombotiques.

NDLR : la survenue forte opportune de la dronedarone mais aussi des nouveaux anti-thrombotiques comme l'apixaban, le dabigatran, le rivaroxaban, l'edoxaban... va sans doute révolutionner la prise en charge de la FA

André Marquand, Septembre 2010

