

Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

Société Française de Cardiologie

OFSETT

Observatoire Français des SyndromES de Tako Tsubo



ASSISES NATIONALES CNCH PARIS 24 NOVEMBRE 2011

Dr Jean-Jacques Dujardin

DECLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

•Contrat de recherche :

Sherring-Plough : investigateur principal étude IMPROVE-IT

•Contrat de consultant/conseil

NEANT

•Contrat d'actions de communication



NEANT

•Jetons de présence/avantage en nature

NEANT

•Contrat salarié/actionnariat/autres

NEANT

OFSETT

HISTORIQUE

- 1985 : 1^{er} Case report Massachusetts General Hospital : femme de 44 ans suite décès de son fils (N Engl J Med 1986;314:1247-7)
- 1990 : Dote et Sato 1^{ère} publication d'une dysfonction VG dénommée Syndrome de Tako Tsubo ; 5 cas (J Cardiol 1991;21:203-14)
- 2000 : Explosion de publications et de registres au Japon et dans le monde




OFSETT

DEFINITION

Survenue dans un contexte de stress mental ou physique,
d'un tableau clinique et ECG évocateur d'un IDM aigu
sans occlusion ni sténose significative
des artères coronaires et s'accompagnant
d'un trouble aigu et réversible
de la cinétique VG prenant, dans sa forme typique, un aspect
de ballonisation apicale

NOMENCLATURE

- Dysfonction VG en forme de takotsubo : Sato 1990
- Syndrome de ballonisation apicale transitoire
- Cardiomyopathie de stress
- Syndrome de takotsubo

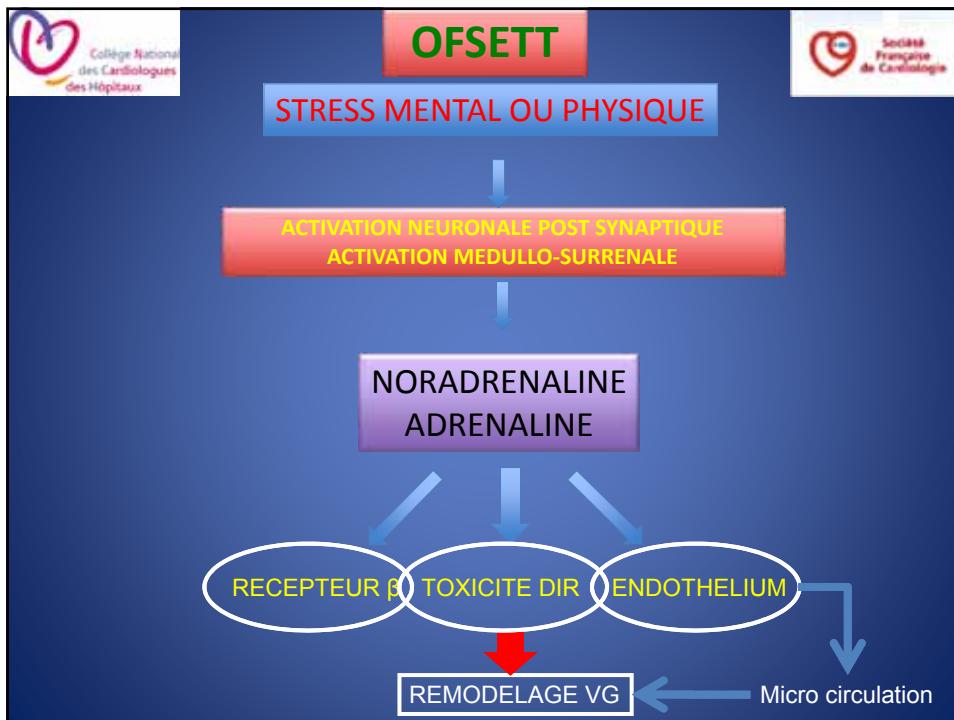
Collège National des Cardiologues des Hôpitaux


Société Française de Cardiologie

OFSETT

PHYSIOPATHOLOGIE

1. Spasmes coronariens multiples
2. Obstruction coronarienne transitoire
3. Myocardite aiguë segmentaire
4. Obstacle dynamique dans la chambre de chasse VG
5. Anomalie de la microcirculation myocardique
6. Rôle des catécholamines et du SNA






OFSETT



PHYSIOPATHOLOGIE

1. POURQUOI L'APEX DU VG ?

- Récepteurs β en nombre et sensibilité plus grande à l'apex
- Structure de l'apex plus fragile : locus minoris
- Gradient de perfusion de la base vers l'apex

2. POURQUOI DES FEMMES MENOPAUSEES?

- Rôle protecteur des œstrogènes

OFSETT

PREVALENCE



- **MONDE :**
 - ✓ 1 à 2% des SCA
 - ✓ 5 à 11% des SCA des femmes avec coronarographie
 - ✓ STT : 80% sont des femmes ménopausées > 55 ans (moy 67 ans)
 - HTA : 51%
 - Diabète : 11%
 - Tabagisme : 19%
 - Dyslipidémie : 30%
- **USA :** 1,4 à 2,2%
- **ASIE :** 2%
- **EUROPE :** 1,5%
- **FRANCE :** Serait de 1% au total et 3,8% des femmes avec SCA




OFSETT

CRITERES DIAGNOSTIQUES

- 2004 : Critères Mayo Clinic modifiés (Bybee) :
 1. Trouble de cinétique VG sans concordance vasc coronaire
 2. Présence (non obligatoire) d'un facteur de stress
 3. Absence d'occlusion coronaire ou de rupture de plaque
 4. Sus-décalage de ST et/ou onde T inversée
 5. Elévation modérée de Troponine
 6. Absence de signe de phéochromocytome ou de myocardite

OFSETT

ETUDES	PAYS	ANNEE	TYPE	Nb	TITRE
Schneider	Allemagne	2007	prospectif	119	Registre Allemand
Elesber	USA	2007	rétrospectif	100	suivi et pronostic à 4 ans
Tsuchihaschi	Japon	2001	rétrospectif	88	multicentrique
Previatli	Italie	2007	nr	55	épidémiologique
Haghi	Allemagne	2007	nr	47	IRM
Soga	Italie	2007	nr	41	suivi 5 à 10 ans
Parodi	Italie	2007	prospective	36	épidémiologie
Kurowski	Allemagne	2007	prospective	35	Scinti et PET Scan
Kurusu	Japon	2002	rétrospective	30	clinique
Eitel I	Allemagne	2011	prospective	256	IRM 93%




OFSETT

OBJECTIFS PRIMAIRES DE OFSETT

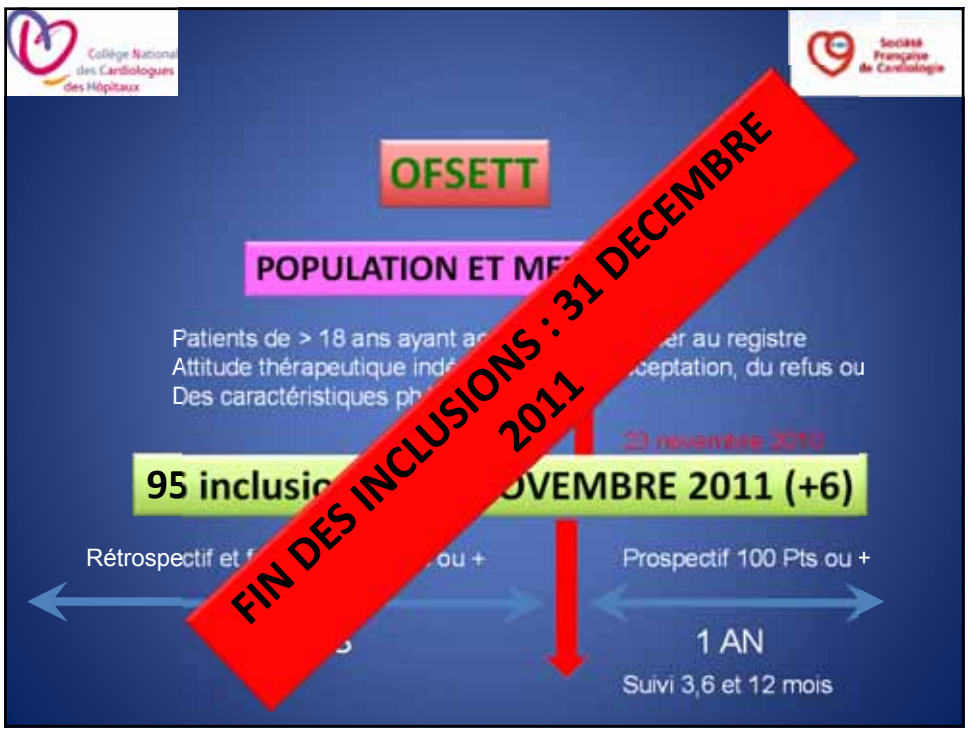
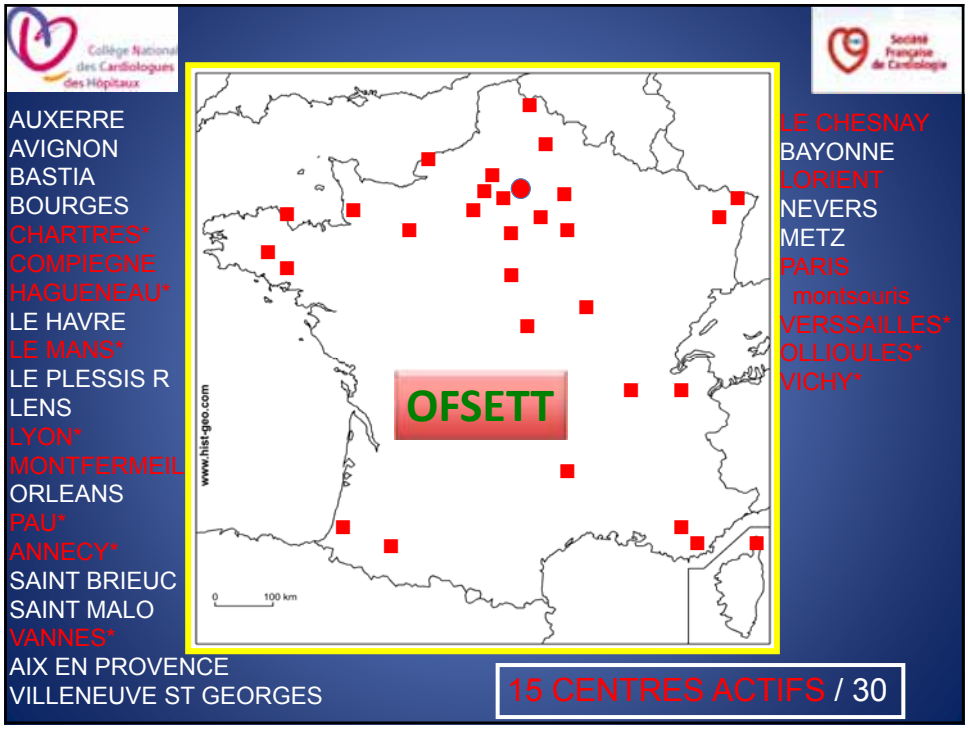
1. Analyse des données épidémiologiques Françaises
2. Analyse des éléments diagnostiques et circonstances de survenue
3. Analyse des modes de prise en charge thérapeutiques
4. Impact des nouvelles techniques d'imagerie
5. Analyse de l'évolution de prise en charge rétrospective (5 ans)/prospective
6. Evaluation pronostique à 1 an




OFSETT

OBJECTIFS SECONDAIRES DE OFSETT

1. Analyse fine des données ECG / SCA ST SUS antérieurs
2. Analyse biologique : rapport BNP/Troponine
3. Analyse des formes atypiques, récidivantes
4. Impact de la prise en charge pré-hospitalière en France
5. Essai de quantification du stress mental utilisation de l'échelle canadienne
6. Causes de décès
7. Essai de stratification du risque



Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

Société Française de Cardiologie

OFSETT

COMPARAISON LITTÉRATURE : Thèse de Audrey Marquet (Amiens)


- 56 références bibliographiques sélectionnées
- 7 thèses Françaises

Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

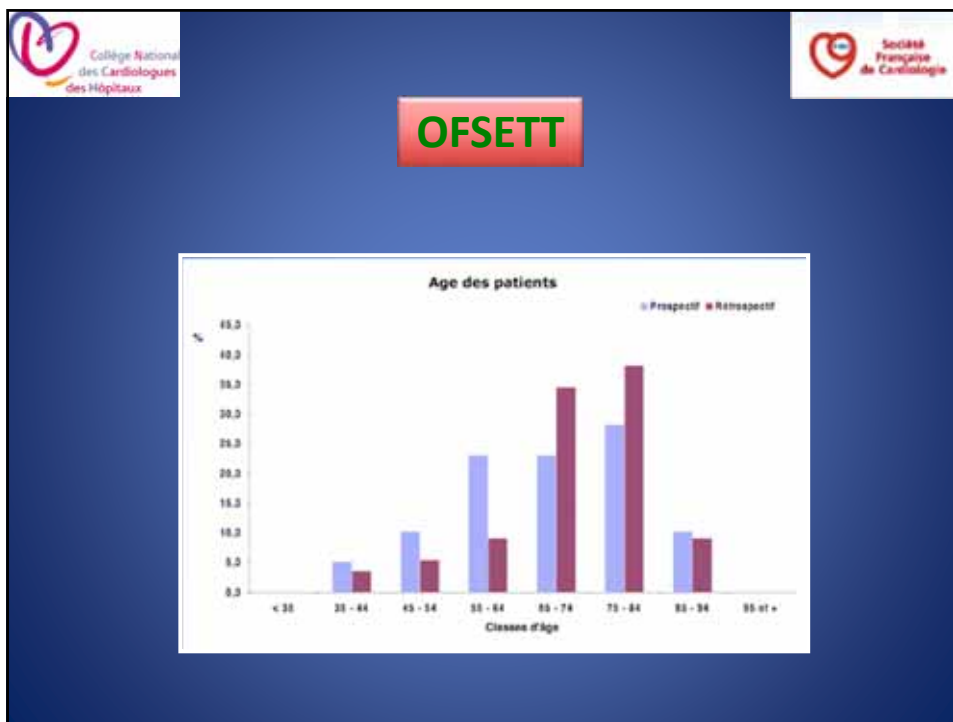
Société Française de Cardiologie

OFSETT

DEMOGRAPHIE





	RETROSPECTIF	PROSPECTIF	DIFF	OFSETT	LITTÉRATURE
FEMMES (%)	95	93	NS (p 0,69)	94	88
AGE MOYEN	72,5	68,7	NS	70,9	67
AGE EXTREMES	40-90	42-90	NS	40,8-90,7	



OFSETT

FDR/ANTECEDENTS/SIGNES



	OFSETT R+P	LITTERATURE	GRACE	
FACTEURS DE RISQUE	HTA (%)	52,2	53,7	65
	DIABETE (%)	7,7	13	25
	DYSLIPEMIE (%)	29,7	30	51
	TABAGISME P+A (%)	15,2 (13 + 2,2)	14	
	HEREDITE CARDIO VASC (%)	13,6		
ANTECE	AVC/AOMI/CORONARIENS (%)	17,7		
	ANT PSYCHIATRIQUES (%)	9,1		
	CO-MORBIDITES (IR/I RES/IH) (%)	8,8		
SIGNES	DOULEUR (%)	81,5	77	
	DYSPNEE (%)	26,6	27	
	SYNCOPE (%)	5,4		

OFSETT

BIOLOGIE

	MOYENNE	LITTERATURE
PIC DE TROPONINE / 55	3,83	9,4
2 PICS ELEVES : 25,6 et 24,3		

OFSETT

ECG

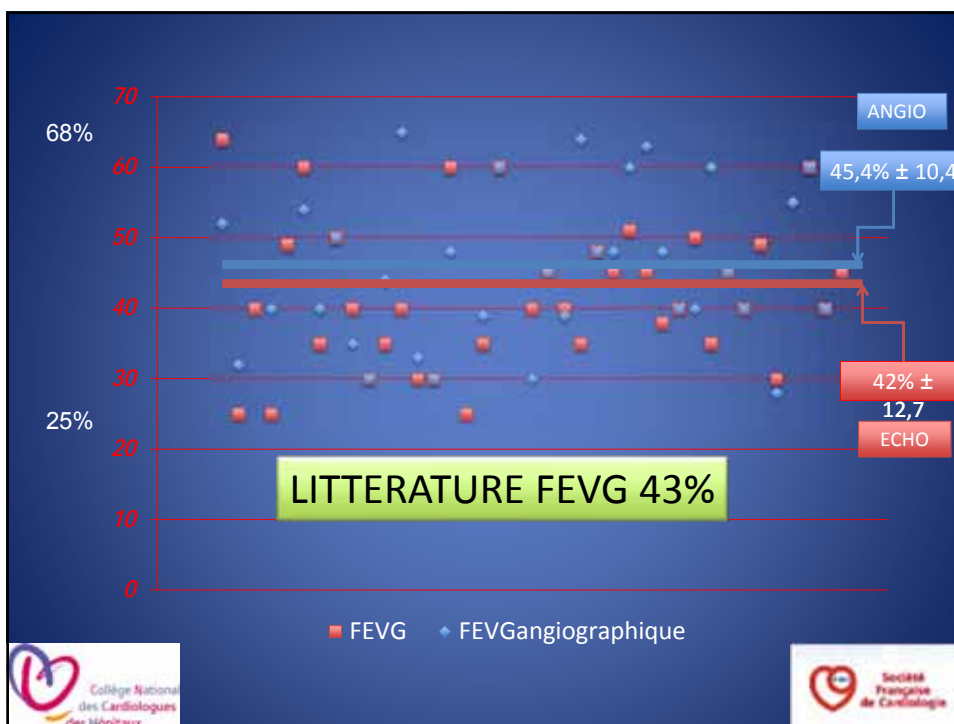
EVOLUE CLASSIQUEMENT EN 3 PHASES :

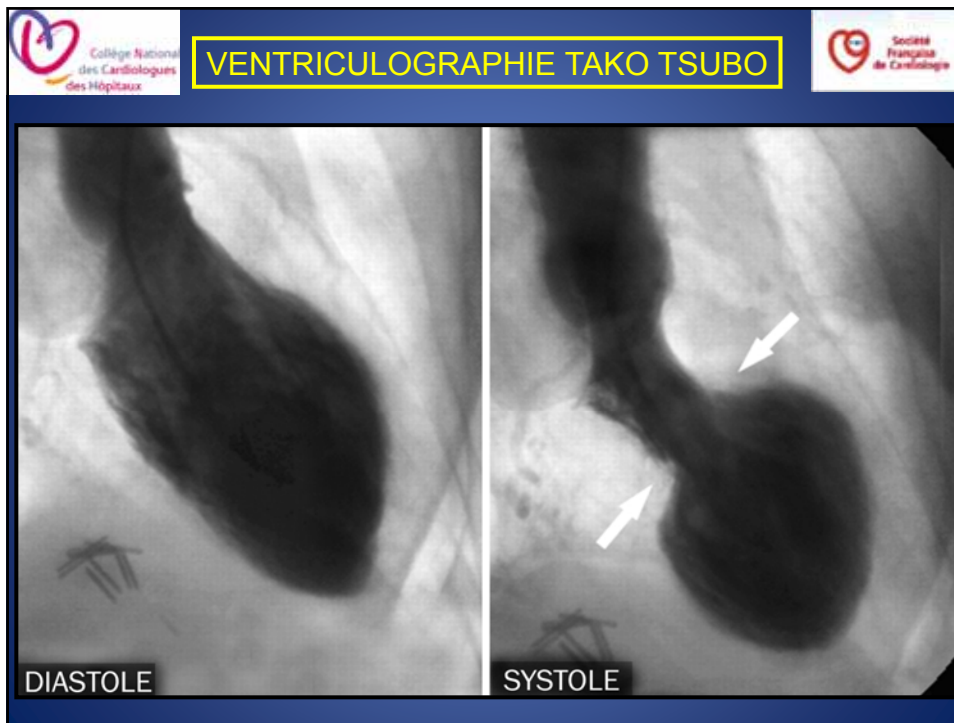
- 1.Phase aiguë : < 48 h Sus ST précordiales gauches, parfois T < 0 ou ondes q
- 2.Phase subaiguë : < 3 jours ST et q régressent , T < 0 diffus antérieur
- 3.Phase tardive : > 3 jours T < 0 durant plusieurs semaines ou mois

	ECG ADMISSION OFSETT	LITTERATURE
SUS ST (%)	41,6	64
SOUS ST (%)	16	
T < 0 (%)	70,5 (V2 V3 V4 V5)	63
ONDE q (%)	29,1 (V1 V2)	31

OFSETT

« CORO ANORMALE » 16 FOIS		DESCRIPTION
		STEN <50% CX
		ATHEROME (4)
		ECTASIE CD
		LESION NS IVA d , CD , CX d
		LESION NS IVA moy , IVP
BALLONNISATION APICALE (%)		75,7
INSUFFISANCE MITRALE (%)		34,6



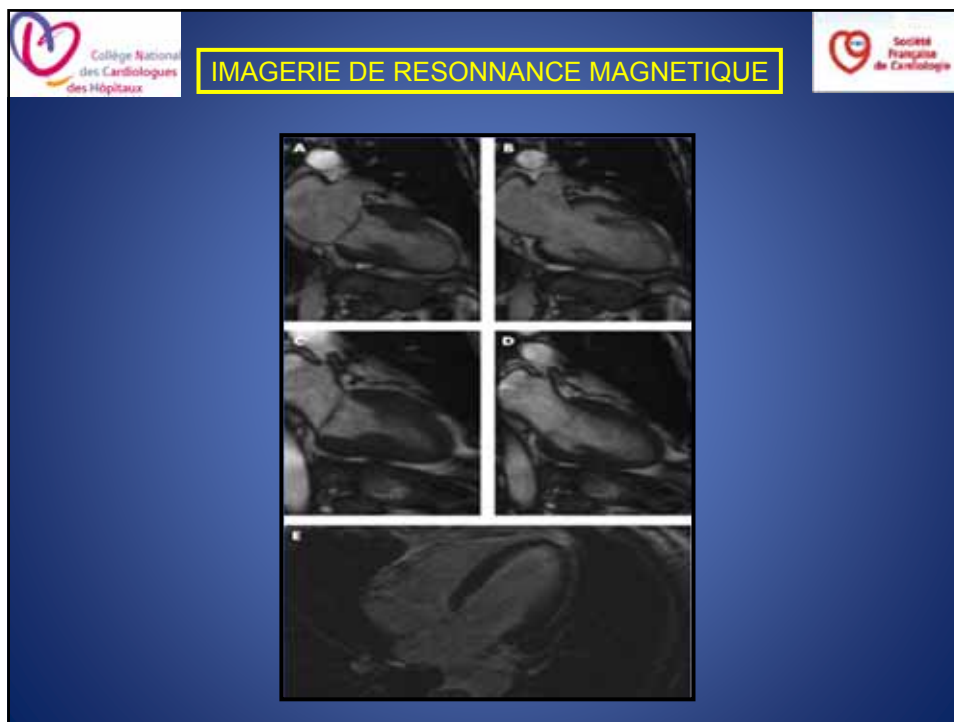


Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

OFSETT

Société Française de Cardiologie

COROSCANNER	IRM CARDIAQUE	SCINTIGRAPHIE
0	13 (10 en R)	5



Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

OFSETT

Société Française de Cardiologie

COMPLICATIONS PHASE AIGUE

COMPLICATIONS	OFSETT	LITTERATURE
IVG AIGUE (%)	17,4	21
CHOC CARDIOGENIQUE (%)	4,5	7,6
DECES (%)	0	2,2

OFSETT

EVENEMENTS DECLENCHANTS

EVENEMENT	%
IDENTIFIABLE	69,2
STRESS MENTAL	72,1
STRESS PHYSIQUE	23

OFSETT

TRAITEMENTS MEDICAUX

TRAITEMENTS	ADMISSION (%)	SORTIE (%)
THROMBOLYSE	1,1 (pré-hosp)	-
TNT	13,8	-
HNF	29,1	-
HBPM/FONDAP.	79,5	-
ASA	92,1	57,6
AAP	81,1	27,7
BETABLOQUANTS	77,5	71,4
STATINE	61,4	47
IEC/ARA II	75,3	76,8
TT NEUROTROPE	34,1	27,4
CONSULT PSY	-	13,9




OFSETT

CONCLUSION

- OFSETT est un registre coopératif des CH proposé par le CNCH avec le soutien logistique de la cellule des Registres SFC
- 30 centres sélectionnés ont accepté à ce jour de participer
- 15 centres actifs ont inclus 95 patients dont 55 R et 40 P, + 6
- Les profils patients correspondent bien à une population particulière caractéristique du syndrome de Takotsubo au regard des données démographiques, des FR, des événements déclenchant, de l'aspect ECG, EDC et évolutif
- La prise en charge thérapeutique est conforme aux connaissances de la maladie avec une adaptation du traitement de sortie logique et une prise en compte psychologique




OFSETT

CONCLUSION

- Les données et la qualité du recueil doivent permettre d'atteindre les objectifs primaires et secondaires d'OFSETT
- Un dernier effort reste à fournir jusqu'au 31 décembre 2011
- Le suivi a déjà commencé : 3 mois (7,4%), 6 mois (10,5%), 12 mois (6,3%)
- L'analyse définitive sera terminée au 31 décembre 2012
- Publications en 2013

Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

OFSETT

Société Française de Cardiologie



- Aux centres qui ont inclus les observations
- G MULAK
- B PACE et V BATAILLE
- E DROUET
- J DRUELLE
- L BELLE
- BUREAU CNCH
- COMITE SCIENTIFIQUE ET EXECUTIF OFSETT
- Anticipés aux nombreux centres qui vont être actifs !

Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

OFSETT

Société Française de Cardiologie

COMITE SCIENTIFIQUE

• C Barnay, M Hansen, L Belle, K Khalife JF Aupetit, A Dellinger, JJ Dujardin, P Jourdain, S Cattan, JP Monassier A Dibble	→	CNCH
• JP Bounhoure, JN Trochu, D Logeart, G Jondeau, N Mensencal	→	SFC
• J Ferrières, G Duru, G Mulak	→	ANALYSE

COMITE EXECUTIF

Cl. Barnay	P. Jourdain
J.P. Bounhoure	G. Mulak
J.J. Dujardin	M. Hanssen