



Collège National
des Cardiologues
des Hôpitaux



American
Heart
Association®

N° 64
NOVEMBRE 2023

Focus AHA 2023 (American Heart Association)

REGARDEZ LES LIVES :



• **40 ans d'AHA**
Pr Nicolas DANCHIN



• **En direct de l'AHA 2023 : FAST-MI**
Pr Nicolas DANCHIN



• **Actualités de l'hypertension artérielle à l'AHA 2023**
Dr Romain BOULESTREAU



• **SCA dans FRENCHIE - Quels patients ne font pas de complication ?**
Pr Gilles LEMESLE



• **Late breaking trials et maladie coronaire en direct de l'AHA**
Pr Gilles LEMESLE



• **Analogues GLP1 : étude SELECT**
Pr Ahmed BENNIS



• **Etude ReVERA - FA à domicile : autotraitement par etripamil**
Dr Walid AMARA



• **Etude MANIFEST-17K Electroporation : vie réelle chez 17.000 patients** - Dr Walid AMARA



• **Les coups de cœur en rythmologie**
Dr Jérôme TAIEB



• **Mutations en cardiologie et pronostic, une étude française**
Dr Charles MORGAT

LES PUBLICATIONS AHA NEJM :

- **Un essai contrôlé par placebo d'intervention coronarienne percutanée pour l'angor stable (ORBITA-2)** - Dr Alexandru MISCHIE, Dr Pierre LEDDET
- **Apixaban pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux dans la fibrillation auriculaire subclinique (ARTESIA)** - Dr Jérôme TAIEB, Dr Alexandru MISCHIE
- **Stratégie transfusionnelle restrictive ou libérale en cas d'infarctus du myocarde et d'anémie (MINT)** - Dr Simon CATTAN, Dr Alexandru MISCHIE
- **Sémaglutide et résultats cardiovasculaires dans l'obésité sans diabète (SELECT)**
Dr Alexandru MISCHIE, Dr Pierre LEDDET

Les News :

News APPAC (partie 1) (voir p5)

News HTA (voir p5)

News Rythmologie (voir p5)

Les différentes rubriques :

Quels impacts aura la mise en place des options post DES dans l'offre de soins en cardiologie ? - Dr Simon CATTAN

Nouveautés de prise en charge des dyslipidémies - Pr Gabriel STEG

Supplémentation martiale et insuffisance cardiaque : Quoi de neuf après l'ESC ? Pr Alain COHEN SOLAL

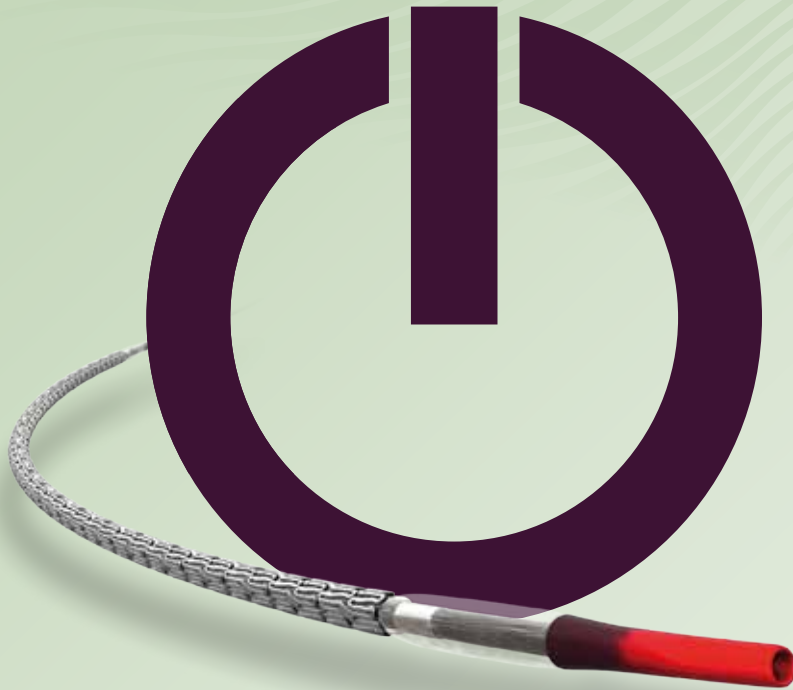
Du nouveau pour la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque
Dr Grégory PERRARD

Le CNCH autour des territoires
Dr Géraldine GIBault-GENTY

Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels
Dr Michel HANSEN

Actualités juridiques

HA
O
D
R
A
C



Ultimaster Nagomi[™]

Stent coronaire à libération de sirolimus

READY FOR ACTION.*

RELEVEZ LES DÉFIS DE TOUS TYPES DE PROCÉDURES ET OBTENEZ DES RÉSULTATS OPTIMAUX POUR CHACUN DE VOS PATIENTS.

Abordez n'importe quelle procédure avec facilité, en vous adaptant aux longueurs et diamètres des vaisseaux. Même dans les anatomies les plus complexes, sa trackabilité et la fiabilité de sa surexpansion vous assurent une excellente maniabilité. Ultimaster Nagomi[™] offre toute la polyvalence et la flexibilité dont vous avez besoin pour obtenir les meilleurs résultats possibles.¹⁻³

Cette nouvelle solution de la famille Ultimaster[™] – qui compte désormais le plus grand nombre de tailles – repose sur son héritage clinique et son expertise tout en ajoutant une touche d'innovation à votre pratique quotidienne.¹⁻³

Laissez-vous guider par Ultimaster Nagomi[™].

* PRÊT À L'ACTION.

1. Données internes: PS-0084, PS-1084, IFU Ultimaster Nagomi, LMF-0000041-1202, LMF-0000041-1184, LMF-0000041-1159, LMF-0000041-1070
2. Wijns W et al. EuroIntervention 2018;14:e343-55
3. Cimici M et al. Heart 2022;doi: 10.1136/heartjnl-2021-320116

Le système de stent coronaire à libération de sirolimus Ultimaster Nagomi[™] est un système de stent coronaire à libération de sirolimus à échange rapide, composé d'un stent en chrome-cobalt (CoCr) L605 intrac coronaire à ballonnet expansible avec un revêtement abluminal à libération de médicament, constitué d'un mélange de sirolimus et de poly(D,L-lactide-co-caprolactone), prémonté sur un cathéter de dilatation semi-compliant à haute pression. Dispositif médical de classe III (CE 0482) fabriqué par Terumo Europe NV, Belgique. Ultimaster Nagomi[™] est exclusivement réservé aux professionnels de santé. Fait l'objet d'une prise en charge au titre III de la liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale sous les codes: Ultimaster Nagomi[™] Ø 2,25mm, code LPP: 3136154, Ultimaster Nagomi[™] Ø 2,50mm, code LPP: 3124599, Ultimaster Nagomi[™] Ø 2,75mm, code LPP: 3180250, Ultimaster Nagomi[™] Ø 3,00mm, code LPP: 3191160, Ultimaster Nagomi[™] Ø 3,50mm, code LPP: 3109230, Ultimaster Nagomi[™] Ø 4,00mm, code LPP: 3145578, Ultimaster Nagomi[™] Ø 4,50mm, code LPP: 3175208

La prise en charge est assurée dans le cadre de: Situation générale: insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion(s) de novo d'une artère coronaire native > 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA). Situations particulières: après discussion médico-chirurgicale (au minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation: Lésions plurifonctionnelles de novo d'artères coronaires natives > 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible: score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées); Sténose du tronc commun non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée notamment si score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (en fonction des co-morbidités associées); Occlusion coronaire totale de plus de 72 heures; Resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau du site lésionnel.

Ultimaster Nagomi[™] n'est pas commercialisé dans tous les pays. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez contacter votre représentant commercial Terumo local. Lire attentivement la notice avant toute utilisation. Date de révision: Août 2023

TERUMO
INTERVENTIONAL
SYSTEMS

ÉDITORIAL



**Collège National
des Cardiologues
des Hôpitaux**

Comité de rédaction :

Redacteur en chef

Dr Alexandru Mischie



Past rédacteur en Chef : **Dr Jean-Lou Hirsch**

Imagerie

Coordonnateur section : **Dr Pierre Leddet**

Coordonnateur Échocardiographie :

Dr Benjamin Essayagh

Cardiologie

Interventionnelle

Coordonnateur section : **Dr Julien Adjedj**

Coordonnateur Coronaires :

Dr Pryscille Kamtchueng

Coordonnateur Structurel : **Dr Mathieu Valla**

Coordonnateur Périphérique : **Dr Radwan Hakim**

Rythme

Coordonnateur section : **Dr Walid Amara**

USIC

Coordonnateur section : **Dr Sabrina Uhry**

Tele-médecine

Coordonnateur section : **Dr Alexandru Mischie**

Insuffisance cardiaque

Coordonnateur section : **Dr Charlotte Dagrenat**

Cardio-Metabolisme

Coordonnateur section : **Dr Jean Louis Georges**

Expertise médicale

Coordonnateur section : **Dr Bernard Livarek**

Expertise Chirurgie cardiaque

Coordonnateur section : **Dr Nicolas d'Austrevy**

Hypertension

Coordonnateur section : **Dr Romain Boulestreau**

Paramédicaux

Coordonnateur section : **Diane Prost**

Autres pathologies cardiaques

Coordonnateur Maladies rares et système

Pr Gilles Baron-Rochette

Coordonnateur Cardio-Oncologie

Dr Annabelle JAGU

Prévention

Coordonnateur section : **Dr Florian Zores**

Autres membres d'équipe éditoriale

Rythme, Insuffisance Cardiaque, Metabolisme

Dr Mazou Temgoua

Contactez le comité de rédaction :

cardioh@cnch.fr

Pour toutes idées ou propositions d'articles,
veuillez nous contacter.

Imagerie IRM Édité par :

L'Européenne d'éditions®



Régie publicitaire :

RÉGIMÉDIA S.A.

17, Rue de Seine

92100 Boulogne Billancourt

Tél. : 01 49 10 09 10

cnchg@affinitésante.com



Réalisation : **Valérie NERAUDEAU**

Responsable de fabrication : **Lydie CAUDRON**

Relation presse & publicité :

André LAMY - Tél. : 01 72 33 91 15

alamy1@regimedia.com

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.

Chers amis et collègues,

Si vous êtes (et je l'espère vivement !) au congrès du CNCH, c'est que vous avez déjà ce numéro entre les mains et si vous n'y étiez (malheureusement !) pas, alors, c'est que vous l'avez reçu au bureau !

Le congrès du CNCH est le rendez-vous incontournable de la cardiologie.

Nous attendons cette année un millier de congressistes venant des différentes régions de France, mais aussi hors de France et nous seront heureux dès les accueillir tous à Paris !

Le congrès sera l'occasion de fédérer les cardiologues qu'ils soient hospitaliers, universitaires ou non, et libéraux autour des questions d'actualité, nouveautés et innovations thérapeutiques, études récentes, recommandations ou exercice professionnel. Les maîtres mots science et convivialité. Nous sommes enchantés de nous retrouver.

Le programme et les formats seront riches incluant un contenu digital permettant de communiquer au-delà du congrès.

Nous comptons vivement sur votre soutien et participation à ce rendez-vous incontournable, et en exclusivité nous vous annonçons nos dates 2024 du 20 au 22 novembre.













Que dire, sinon que le CNCH est une grande famille et que nous espérons que vous adhérez à notre effort multisupport incluant le congrès, nos réunions en régions, les activités digitales et bien sûr la revue que vous avez entre les mains ou que vous feuillotez peut être au format flip sur votre support numérique préféré.

Amicalement, bon congrès et longue vie à la belle famille du CNCH !



Dr Walid AMARA
(Président du CNCH)

Past Présidents :

Past Présidents :			Past Rédacteurs en chef de la revue CARDIO H :
	2020 - 2022 : Franck Albert (Chartres)		2013 - 2015 : Simon Cattani (Le Raincy Montfermeil)
	2002 - 2005 : Jean-Pierre Monassier (Mulhouse)		Guy Hanania (Aulnay-Sous-Bois)
	2017 - 2019 : Loic Belle (Annecy)		2010 - 2012 : Michel Hanssen (Haguenu)
	1998 - 2001 : Jean-Jacques Dujardin (Douai)		Claude Barnay (Aix-En-Provence)
	2016 : Patrick Jourdain (Pontoise)		2006 - 2009 : Claude Barnay (Aix-En-Provence)
	1991 - 1997 : Guy Hanania (Aulnay-Sous-Bois)		Jean-Lou Hirsch (Avignon)
1985 - 1991 : Jean-Louis Medvedowsky (Aix-En-Provence)			


Praluent[®]
alirocumab

IL A SURVÉCU À UN SCA⁽¹⁾, AIDEZ-LE À RÉDUIRE AU PLUS VITE SON RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Ce patient a eu un SCA⁽¹⁾ et n'est pas à l'objectif cible de LDL-C⁽²⁾ malgré un traitement hypolipémiant optimisé.

(1) SCA= Syndrome Coronarien Aigu
(2) LDL-C : Low Density Lipoprotein-
Cholesterol (cholestérol à lipoprotéines
de faible densité)

MALADIE CARDIOVASCULAIRE ATHÉROSCLÉREUSE ÉTABLIE

PRALUENT[®] est indiqué chez les adultes avec une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie pour réduire le risque cardiovasculaire en diminuant les taux de LDL-C, en complément de la correction des autres facteurs de risque :

- en association avec une statine à la dose maximale tolérée avec ou sans autres thérapies hypolipémiantes ou,
- seul ou en association avec d'autres thérapies hypolipémiantes chez les patients intolérants aux statines, ou chez qui les statines sont contre-indiquées.

Pour les résultats des études concernant les effets sur le LDL-C, les événements cardiovasculaires et les populations étudiées, voir rubrique propriétés pharmacodynamiques des mentions légales.

PLACE DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE :

PRALUENT[®] (alirocumab), en complément des mesures hygiéno-diététiques doit être utilisé uniquement chez les patients adultes présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie par un antécédent de SCA récent* (prévention secondaire) et qui ne sont pas contrôlés (LDL-c \geq 0,7 g/L) malgré un traitement hypolipémiant optimisé :**

- en association à un traitement hypolipémiant optimisé** ; en l'absence de comparaison à l'ézétimibe, PRALUENT[®] doit être utilisé uniquement en 3^{ème} intention ;
- ou en monothérapie en cas de contre-indication ou d'intolérance avérée à la fois aux statines et à l'ézétimibe.

La place de PRALUENT[®] ne peut pas être établie chez les patients de plus de 75 ans. Dans les autres situations, PRALUENT[®] n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique.

La Commission alerte sur le risque de mésusage chez les populations non éligibles à la prise en charge, incluant notamment :

- les patients qui ne sont pas à très haut risque cardiovasculaire,
- les patients ne recevant pas un traitement optimisé lorsqu'il est possible.

* Défini comme \leq 1 an d'après les critères d'inclusion et non-inclusion de l'étude de morbi-mortalité ODYSSE OUTCOMES. Concernant le sous-groupe de patients ayant une contre-indication ou une intolérance avérée aux statines et/ou à l'ézétimibe, l'antécédent de SCA ne doit pas nécessairement être récent compte-tenu du temps nécessaire à déclarer une myopathie due aux statines.

** Un traitement hypolipémiant optimisé est défini comme :

- statine à dose maximale tolérée en association à l'ézétimibe si pas de contre-indication ou d'intolérance avérée aux statines et à l'ézétimibe ;
- statine à dose maximale tolérée seule, en cas de CI ou d'intolérance à l'ézétimibe ; ézétimibe en cas de CI ou d'intolérance avérée aux statines.

Médicament d'exception. Prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique et l'arrêté du 03/10/2022 relatif à la demande d'accord préalable.

Pour l'initiation ou le renouvellement du traitement, prise en charge soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie.

Liste I. Rem. Séc. Soc. : 65 %.

Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en cardiologie, en endocrinologie, diabétologie-nutrition, neurologie, médecine vasculaire ou en médecine interne.

Renouvellement non restreint.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ; ou directement sur le site internet :

<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>



**SEUL INHIBITEUR
DE PCSK9
DISPONIBLE
EN 1 SEULE INJECTION
PAR MOIS**













**POUR LES PATIENTS
QUI NÉCESSITENT
UNE DIMINUTION DE
PLUS DE 60 % DU LDL-C**

Editorial du Président.....	p3
Editorial du Rédacteur en Chef.....	p5
Quels impacts aura la mise en place des options post DES dans l'offre de soins en cardiologie ? - Dr Simon CATTAN.....	p6

FOCUS AHA



REGARDEZ LES LIVES, FLASHEZ LES QR CODES

-  - 40 ans d'AHA- Pr Nicolas DANCHIN
-  - En direct de l'AHA 2023 : FAST-MI - Pr Nicolas DANCHIN
-  - Actualités de l'hypertension artérielle à l'AHA 2023
Dr Romain BOULESTREAU
-  - SCA dans FRENCHIE - Quels patients ne font pas de complication ? - Pr Gilles LEMESLE
-  - Late breaking trials et maladie coronaire en direct de l'AHA
Pr Gilles LEMESLE
-  - Analogues GLP1 : étude SELECT - Pr Ahmed BENNIS
-  - Etude ReVERA - FA à domicile : autotraitement par etripamil
Dr Walid AMARA
-  - Etude MANIFEST-17K - Electroporation : vie réelle chez 17.000 patients - Dr Walid AMARA
-  - Les coups de cœur en rythmologie - Dr Jérôme TAIEB
-  - Mutations en cardiologie et pronostic, une étude française
Dr Charles MORGAT



LES PUBLICATIONS AHA NEJM

- Un essai contrôlé par placebo d'intervention coronarienne percutanée pour l'angor stable (ORBITA-2)
Dr Alexandru MISCHIE, Dr Pierre LEDDET p8
- Apixaban pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux dans la fibrillation auriculaire subclinique (ARTESIA)
Dr Jérôme TAIEB, Dr Alexandru MISCHIE..... p10
- Stratégie transfusionnelle restrictive ou libérale en cas d'infarctus du myocarde et d'anémie (MINT)
Dr Simon CATTAN, Dr Alexandru MISCHIE..... p11
- Sémaglutide et résultats cardiovasculaires dans l'obésité sans diabète (SELECT)
Dr Alexandru MISCHIE, Dr Pierre LEDDET p13

LES NEWS HTA

-  Comment monter un centre d'excellence européen en hypertension artérielle ? - Pr Jean-Jacques MOURAD p15
-  Ce que tout cardiologue doit savoir de la prise en charge de l'HTA. Points clés des recommandations 2023
Pr Jean-Jacques MOURAD..... p17
- Quoi de neuf en HTA ? - Dr Julien DOUBLET..... p19





LES NEWS APPAC (PARTIE 1)

-  La cardiologie : une spécialité à risque de plainte ?
Dr Cédric GAULTIER - Dr Alexandru MISCHIE p21
- Les couteaux suisses du cath-lab dans la prise en charge des STEMI
Dr Pierre LEDDET, Dr Fabien DE POLI, Dr Sabrina UHRY,
Dr Hajo HEYER, Dr Philippe COUPPIÉ, Dr Michel HANSEN..... p23
-  La gestion des antithrombotiques en cas de chirurgie programmée ou de chirurgie urgente- Dr Radwan HAKIM..... p25

LES NEWS RYTHMOLOGIE

- Est-ce que cette tachycardie ventriculaire était bénigne ?
Dr Jérôme TAIEB..... p26
- Prise en charge des tachycardies ventriculaire en urgence
Pr Frédéric ADNET..... p27
- Une tachycardie ventriculaire granulomateuse
Floriane Gilles - Aloïs Castro - Sonia Marrakchi - Jean-Louis
Georges - Géraldine Gibault-Genty p29
- Ablation de Tachycardie ventriculaire :
Tout ce que le cardiologue doit savoir - Dr Clément BARS p31

AUTRES RUBRIQUES

-  Nouveautés de prise en charge des dyslipidémies
Pr Gabriel STEG..... p34
-  Supplémentation martiale et insuffisance cardiaque :
Quoi de neuf après l'ESC ? - Pr Alain COHEN SOLAL p36
-  Du nouveau pour la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque
Dr Grégory PERRARD..... p38
-  Le CNCH autour des territoires - Dr Géraldine GIBAUT-GENTY .p40
- Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels - Dr Michel HANSEN..... p42
- Actualités juridiques..... p44

ÉDITORIAL DU RÉDACTEUR EN CHEF



Dr Alexandru MISCHIE

(Chef de service cardiologie, CH Châteauroux)

Chers collègues,

Vous trouverez dans ce numéro :

- Les dernières actualités du Congrès American Heart Association (AHA) qui s'est tenu à Philadelphie les 11-12 et 13 novembre 2023.

- Un premier focus du Congrès APPAC qui s'est tenu à Biarritz en juin 2023 avec des interviews pertinentes et d'actualité pour notre pratique médicale. Le second focus suivra dans le numéro prochain.

- Également d'autres articles passionnants ciblés sur l'insuffisance cardiaque, la carence martiale et l'hypertension, présentés par des experts français.

Nous espérons que vous trouverez ce numéro utile et enrichissant.

En vous souhaitant une bonne lecture,

Alexandru Mischie, Rédacteur en chef.



QUELS IMPACTS AURA LA MISE EN PLACE DES OPTIONS POST DES DANS L'OFFRE DE SOINS EN CARDIOLOGIE ?

Dr Simon CATTAN¹

1. Conseiller du Président du C.N.C.H.

La réforme du troisième cycle a été mise en place par décret du 25/11/2016. Chaque DES doit être le diplôme nécessaire et suffisant pour l'exercice de la spécialité. Pour la cardiologie, le DES de cardiologie se décompose selon la maquette en trois phases : phase socle (deux semestres), phase d'approfondissement (six semestres), phase de consolidation ou Dr junior (durée variable selon les options). Cette maquette aboutit à la formation d'un cardiologue avec des compétences spécifiques, au profil de cardiologue clinicien pouvant exercer des explorations cardiaques non invasives limitées principalement, à l'ETT, à l'E.T.O. aux tests d'effort et à la lecture des holter ECG.

En sus de cette formation de « cardiologue généraliste », il est proposé des options qui donneront droit, selon l'article R632-21 modifié par décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 - art. 1, à un exercice complémentaire de cette surspécialité au sein de la spécialité, selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les options en cardiologie adulte sont au nombre de trois : cardiologie interventionnelle et structurale, rythmologie interventionnelle et imagerie d'expertise. Le nombre de postes ouverts aux options est déterminé chaque année.

interventionnelle et d'imagerie pour les médecins avec diplôme étranger qui participent largement à l'offre de soins et au fonctionnement des CH comme des CHU est supprimée.

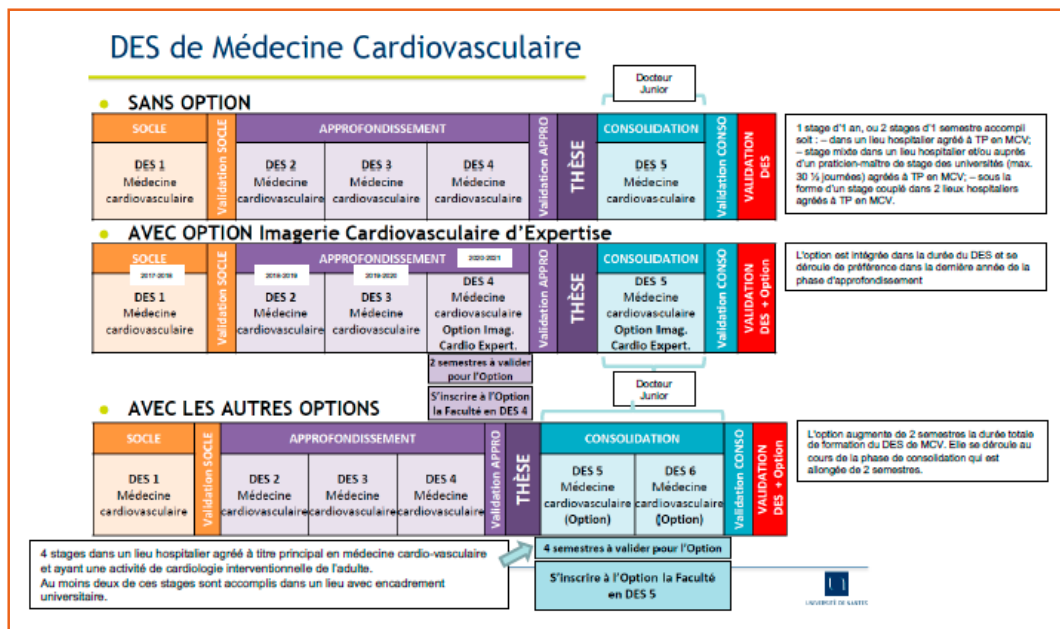
2/ Le choix des options se fait par un numerus clausus régional, à la fin de la phase d'approfondissement. Il existe une inadéquation, selon les années, entre les régions et les vœux des internes à postuler à ces options. Le nombre de postes proposés dans chaque région pour les options n'est pas toujours en adéquation avec les vœux des internes. Les postes non pourvus une année sont perdus et ne sont pas reportés au choix l'année suivante ni sur une autre région.

3/ Une autre voie d'accès aux options est proposée, par le décret du 25 avril 2022, aux cardiologues ayant exercé pendant au moins un an à temps plein. Ils peuvent s'inscrire à une option par dépôt d'un dossier de candidature, au plus tard le 30 avril de chaque année, auprès de l'unité de formation et de recherche de médecine dans laquelle ils souhaitent accomplir la formation de troisième cycle des études de médecine. L'instruction des dossiers de candidature est assurée par la commission régionale de coordination de la spécialité, qui établit la liste des candidats admis par spécialité, option ou formation spécialisée transversale, dans la limite du nombre de médecins susceptibles d'accéder au troisième cycle des études de médecine fixé, chaque année, par arrêté.

4/ Ces options n'ont pas d'équivalence dans l'Union Européenne. Il n'y a pas de reconnaissance automatique des formations effectuées à l'étranger. Par exemple, un cardiologue à diplôme UE qui a exercé une surspécialité dans son pays (Italie, Belgique, Roumanie, etc...) ne sera pas automatiquement reconnu en France pour cette surspécialité. Il devra valider cette surspécialité par une Validation Acquise par l'Expérience (VAE). Un cardiologue français qui aura effectué une ou plusieurs années de formation au Québec ou dans un autre pays ne pourra pas exercer de plein droit sa surspécialité. Il devra également faire reconnaître sa surspécialité par la VAE.

IMPACT DES OPTIONS SUR LA FORMATION ET SUR L'OFFRE DE SOINS

1/ Seuls les cardiologues ayant validé l'option pourront exercer les actes spécifiques à cette option. Si les DIU auparavant n'étaient pas qualifiants, ils permettaient d'accéder à une formation spécifique. Actuellement, les DIU de rythmologie et d'imagerie ont été supprimés. Le DIU de cardiologie interventionnelle est maintenu pour une période indéterminée. Il n'y a plus de formation initiale en rythmologie interventionnelle et en imagerie cardiaque d'expertise en dehors des options. La filière de formation des DIU de rythmologie



5/ La suppression des DIU et les options, en ne permettant pas l'accès aux praticiens à diplômes hors UE (PADHUE), va aggraver le déficit en ressources humaines et l'inadéquation entre les besoins de la population cardiovasculaire et l'offre de soins. Il y a un risque de fermeture de centres de cardiologie interventionnelle avec un retard à la prise en charge pour les STEMI.

6/ Le métier de cardiologue clinicien non titulaire d'une option risque d'être dévalorisé intellectuellement, ce d'autant qu'une partie de l'activité de « cardiologue généraliste » pourrait être effectuée par des infirmières de pratique avancée ou par délégation de tâches.

7/ Ces postes d'options sont créés en sus des postes médicaux existants. Les services de CHU étant relativement souvent bien dotés en temps médical, les postes de Dr Junior vont renforcer les CHU en RH médicales. Il faudra aussi s'interroger sur l'attractivité future des postes de chefs de clinique ou d'assistants spécialistes. Est-ce qu'un DES ayant eu une formation de deux ans de docteur junior sera intéressé pour postuler à un poste contractuel de chef de clinique ou d'assistant ?

IMPACT SUR LES OPTIONS

A. OPTIONS CARDIOLOGIE STRUCTURELLE ET INTERVENTIONNELLE

La France compte à l'heure actuelle 212 centres d'angioplastie (207 en métropole) et 1093 cardiologues interventionnels dont 38 % ont plus de 55 ans et 25 % (273) plus de 60 ans. La population de cardiologues interventionnels actuellement en exercice est âgée et les départs dans les prochaines années seront nombreux, avec presque 40 % de la population de plus de 55 ans. Les dernières promotions de cardiologues sont moins attirées par une formation en cardiologie interventionnelle, en raison des conséquences sur la vie personnelle des astreintes et du stress des procédures. Ces difficultés expliquent les postes vacants au choix de la spécialisation en cardiologie interventionnelle comme « docteur junior » : en 2021, sur les 46 postes mis au choix en France, il n'y avait que 29 inscrits. Actuellement tous les postes proposés à l'option de cardiologie interventionnelle ne sont pas pourvus. Il existe un manque d'attractivité de cette surspécialité, compte tenu de la pénibilité des urgences de cardiologie interventionnelle et de leur non-reconnaissance sur le plan financier. De plus, la féminisation de la profession avec les contraintes liées aux rayons X et leurs impacts sur les grossesses (arrêts de travail plus prolongés) et la pénibilité liée aux urgences de cardiologie interventionnelle font que cette surspécialité est de moins en moins attractive pour les jeunes générations.

Sans mesure complémentaire, il y a une menace majeure sur le maillage territorial des 212 centres de cardiologie interventionnelles et l'accès à la revascularisation en urgence de l'infarctus du myocarde.

B. OPTION RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Il n'existe pas actuellement une bonne connaissance de la démographie des rythmologues. De plus, le niveau d'expertise des rythmologues est très variable ; de la pose et au suivi de stimulateurs cardiaques conventionnels aux rythmologues qui pratiquent régulièrement la pose de stimulateurs de resynchronisation ou de défibrillateurs ou encore ceux qui pratiquent des ablations complexes. On pourra s'interroger s'il y aura encore des rythmologues intéressés à pratiquer uniquement la pose de stimulateurs conventionnels et des explorations dans des services de cardiologie de proximité. Si la démographie des rythmologues est mal connue (une étude de la démographie des rythmologues sera présentée au congrès du CNCH 2023 par le Pr Didier KLUG), les besoins de rythmologie sont en constante augmentation du fait de la prévalence des cardiopathies ischémiques, de l'insuffisance cardiaque et du vieillissement de la population. La suppression du DIU de rythmologie interventionnelle, en ne permettant pas l'accès à la formation aux cardiologues PADHUE, va aggraver la pénurie en ressources humaines et restreindre l'accès aux soins en rythmologie interventionnelle.

C/ IMAGERIE D'EXPERTISE

Le périmètre de l'imagerie cardiologie d'expertise est mal défini. Quels seront les actes qui pourront être réalisés uniquement par les imageurs d'expertise ? Il semblerait que seuls les cardiologues ayant validé l'option imagerie cardiologie d'expertise pourront ultérieurement réaliser des examens d'imagerie en coupe, scanner et IRM cardiaque.

Si les actes d'IRM cardiaque correspondent à un acte CCAM précis, le scanner coronaire est coté le plus souvent comme angioscanner thoracique et non comme scanner coronaire, dans l'attente de la nouvelle nomenclature. Le nombre de postes ouverts option d'imagerie d'expertise n'est que de 40 à 50 par an environ, loin derrière les 260 nouveaux radiologues par an qui pourront eux avoir la possibilité de réaliser ces examens. Là également, la suppression de DU d'imagerie cardiaque en coupe ne va plus permettre aux médecins PADHUE ou encore aux cardiologues « généralistes » de se former à l'imagerie en coupe alors que les besoins sont majeurs dans ce domaine.

EN CONCLUSION

La mise en place de ces trois options, si elles sont un gage dans la qualité de la formation, va entraîner, sans mesure rectificative, une pénurie supplémentaire dans l'accès aux soins en surspécialités cardiologiques. Il est nécessaire d'introduire plus de souplesse aux textes actuels et mettre en place des mesures complémentaires : maintien des DIU, mesures fortes d'attractivité sur la rémunération de la permanence des soins. Le CNCH sera vigilant à ce sujet et sera une force de proposition auprès de la spécialité.

UN ESSAI CONTRÔLÉ PAR PLACEBO D'INTERVENTION CORONARIENNE PERCUTANÉE POUR L'ANGOR STABLE (ORBITA-2)

Alexandru MISCHIE¹, Pierre LEDDET²

1. CH Châteauroux. 2. CH Haguenau.

INTRODUCTION

Une intervention coronarienne percutanée (ICP) est fréquemment réalisée pour réduire les symptômes de l'angor stable. On ne sait pas encore si l'ICP soulage l'angine de poitrine mieux que le placebo chez les patients qui ne reçoivent pas de médicaments anti-angineux.

MÉTHODES

Les chercheurs ont mené un essai en double aveugle, randomisé et contrôlé par placebo chez des patients souffrant d'angor stable. Les patients ont arrêté tous les médicaments anti-angineux et ont subi une phase d'évaluation des symptômes de 2 semaines avant la randomisation. Les patients ont ensuite été répartis au hasard selon un rapport de 1:1 pour subir une ICP ou une procédure placebo et ont été suivis pendant 12 semaines. Le critère d'évaluation principal était le score des symptômes de l'angine de poitrine, calculé quotidiennement sur la base du nombre d'épisodes d'angor survenus un jour donné, du nombre de médicaments anti-angineux administrés ce jour-là et des événements cliniques, y compris une angine de poitrine inacceptable ou un syndrome coronarien aigu ou un décès. Les scores vont de 0 à 79, les scores les plus élevés indiquant une angine de poitrine sévère.

RÉSULTATS

Au total, 301 patients ont été randomisés : 151 dans le groupe ICP et 150 dans le groupe placebo. L'âge moyen était de 64 ± 9 ans et 79 % étaient des hommes. L'ischémie était documentée dans un territoire cardiaque chez 242 patients (80 %), dans deux territoires chez 52 patients (17 %) et dans trois territoires chez 7 patients (2 %). Dans les vaisseaux cibles, la FFR (fraction flow reserve) médiane était de 0,63 (intervalle interquartile, 0,49 à 0,75). Au suivi de 12 semaines, le score moyen des symptômes d'angor était de 2,9 dans le groupe ICP et de 5,6 dans le groupe placebo (rapport de risque : 2,21 ; intervalle de confiance à 95 %, 1,41 à 3,47 ; $P < 0,001$). Un patient du groupe placebo souffrait d'angine de poitrine sévère conduisant à la levée de l'aveugle. Des syndromes coronariens aigus sont survenus chez 4 patients du groupe ICP et chez 6 patients du groupe placebo.

CONCLUSIONS

Parmi les patients souffrant d'angor stable qui recevaient peu ou pas de médicaments anti-angineux et présentaient des preuves objectives d'ischémie, l'ICP a entraîné un score de symptômes d'angor inférieur à placebo.

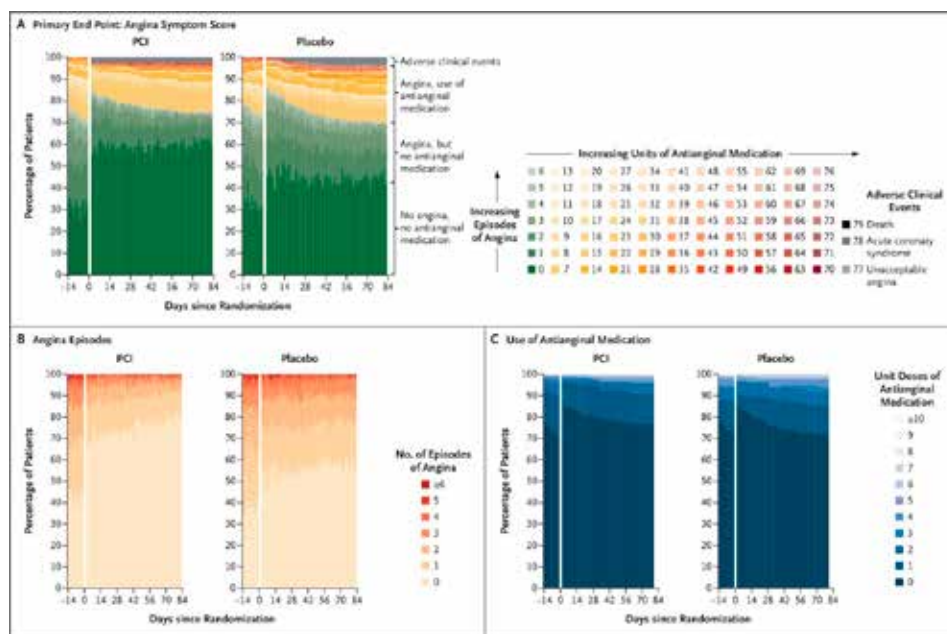


Figure 1 : Score des symptômes de l'angine et ses composants.

Le panneau A montre la composition des données individuelles des patients sur le critère d'évaluation principal, le score des symptômes d'angine de poitrine, selon le groupe d'essai. La méthode de calcul du score est représentée à droite des données individuelles du patient, et les scores globaux calculés sont affichés à côté des cases colorées.

Le panneau B montre les données individuelles des patients pour les épisodes quotidiens d'angine de poitrine, quel que soit le traitement anti-angineux administré.

Le panneau C montre le nombre de prises de médicaments anti-angineux prescrits à chaque patient chaque jour de l'essai (PCI - intervention coronarienne percutanée).

Lecture critique.

Dr. Alexandru Mischie, CH Châteauroux

Dr. Pierre Leddet, CH Haguenau

Les résultats de l'essai ORBITA (Objective Randomized Blinded Investigation with Optimal Medical Therapy of Angioplasty in Stable Angina), un essai sur l'ICP contrôlé par placebo dans lequel l'utilisation de médicaments anti-angineux était obligatoire, n'ont montré aucun effet significatif de l'ICP sur la durée d'exercice sur tapis roulant, vs. les médicaments anti-angineux. Un traitement médical anti-angineux intensif peut être difficile à mettre en oeuvre dans la pratique clinique, en partie à cause des effets secondaires et du non-respect du traitement prescrit, et il existe des cas dans lesquels les patients peuvent préférer l'ICP à un traitement médical accru.

L'essai ORBITA-2 a été conçu pour évaluer l'effet de l'ICP par rapport à une procédure placebo (donc sans angioplastie) chez des patients souffrant d'angor stable qui ne reçoivent pas de médicaments anti-angineux de fond. Les résultats d'ORBITA-2 diffèrent de ceux d'ORBITA car les essais étaient conçus pour répondre à des questions différentes. Dans l'étude ORBITA, tous les patients ont suivi le traitement anti-angineux et l'ICP a été utilisée comme traitement d'appoint.

Dans ORBITA-2, au moment de l'inscription, les patients ont arrêté le traitement anti-angineux. Les médicaments antihypertenseurs dotés de propriétés anti-angineuses ont été remplacés par des molécules alternatives sans effet anti-angineux. Les médicaments dotés de propriétés anti-angineuses que les patients recevaient pour d'autres indications cliniques, telles que l'insuffisance cardiaque ou le contrôle de la fréquence cardiaque en cas de fibrillation auriculaire, ont été poursuivis et intégrés dans l'analyse statistique. Un test d'effort sur tapis roulant et une échocardiographie de stress à la dobutamine ont été réalisés. Les patients sont ensuite entrés dans une phase d'évaluation des symptômes de 2 semaines avant randomisation, au cours de laquelle ils ont signalé le nombre d'épisodes quotidiens d'angine de poitrine à l'aide d'une application pour smartphone. Le jour de la randomisation, tous les médicaments anti-angineux initiés pendant la phase de pré-randomi-

sation ont été arrêtés. Les patients sont entrés dans une phase de suivi en aveugle de 12 semaines au cours de laquelle ils ont continué à signaler quotidiennement leurs symptômes à l'aide de l'application pour smartphone. À la fin de la phase de suivi en aveugle, les patients sont revenus pour remplir les questionnaires sur les symptômes et la qualité de vie, subir une évaluation de la classe CCS et subir un test d'effort sur tapis roulant et une échocardiographie de stress à la dobutamine.

Au cours de l'ICP, les opérateurs ont utilisé les évaluations physiologiques invasives pour identifier les vaisseaux cibles. Les patients éligibles ont reçu des doses progressives de benzodiazépines et d'opiacés par voie intraveineuse pour atteindre un niveau profond de sédation consciente jusqu'à ce qu'ils ne répondent plus aux stimuli verbaux et tactiles. Les patients ont ensuite été répartis au hasard dans un rapport de 1:1 pour subir une ICP ou une procédure placebo. Chez les patients atteints de maladie coronarienne multivasculaire, tous les vaisseaux ont été traités lors de la procédure d'indexation. Les patients du groupe placebo sont restés sous sédation, sans autre intervention, pendant au moins 15 minutes après la randomisation.

Dans ORBITA-2, l'effet de l'ICP en monothérapie représente une différence de 59,5 secondes dans la durée du test à l'effort sur tapis roulant par rapport au placebo, ce qui était similaire (!) aux 48 à 55 secondes obtenues après un test à l'effort sur tapis roulant chez des patients sous monothérapie anti-angineuse maximale.

Limites de l'essai ORBITA-2 : 1. La durée de la phase de suivi n'était que de 12 semaines. Cependant, les données quotidiennes ont montré que l'effet de l'ICP était immédiat et durable. 2. L'arrêt des médicaments anti-angineux pourrait avoir entraîné des changements de comportement non mesurés. 3. Bien que des patients atteints d'une maladie mono- ou multi-vasculaire aient été inclus, 80 % des patients présentaient une ischémie sur un seul

territoire, ce qui est similaire à ce qui a été observé chez les patients dans la pratique clinique de routine, lorsque l'ischémie était systématiquement testée.

Adaptation : <https://www.nejm.org>

RETROUVEZ NOS VIDEOS AHA



Etude FAST-MI

Professeur Nicolas DANCHIN



Les coups de cœur en rythmologie

Docteur Jérôme TAIEB

APIXABAN POUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX DANS LA FIBRILLATION AURICULAIRE SUBCLINIQUE (ARTESIA)

Jerome TAIEB¹, Alexandru MISCHIE²

1. CH Aix en Provence. 2. CH Châteauroux.

INTRODUCTION

La fibrillation auriculaire subclinique est de courte durée et asymptomatique. Elle peut être détectée par une surveillance continue à long terme avec un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur. La fibrillation auriculaire subclinique est associée à un risque accru d'accident vasculaire cérébral ; cependant, le traitement par anticoagulation orale présente un bénéfice incertain.

MÉTHODES

Cet essai a étudié des patients présentant une fibrillation auriculaire subclinique d'une durée de 6 minutes à 24 heures. Les patients ont été répartis au hasard selon une étude en double aveugle contre placebo pour recevoir de l'apixaban à la dose de 5 mg deux fois par jour (2,5 mg deux fois par jour lorsque cela était indiqué) ou de l'aspirine à la dose de 81 mg par jour. L'étude était interrompue et l'anticoagulation débutée si une fibrillation auriculaire subclinique durant plus de 24 heures ou une fibrillation auriculaire clinique survenait. Le principal critère de jugement d'efficacité était l'accident vasculaire cérébral ou l'embolie systémique. Le principal critère de jugement en matière de sécurité concernait les hémorragies majeures.

RÉSULTATS

4 012 patients d'âge moyen de $76,8 \pm 7,6$ ans et un score CHA₂DS₂-VASc moyen de $3,9 \pm 1,1$; 36,1% de femmes. Après un suivi moyen de $3,5 \pm 1,8$ ans, un accident vasculaire cérébral ou une embolie systémique est survenu chez 55 patients du groupe apixaban (0,78 % par année-patient) et chez 86 patients du groupe aspirine (1,24 % par année-patient) (risque ratio, 0,63 ; intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,45 à 0,88 ; P = 0,007). Le taux d'hémorragie majeure était de 1,71 % par patient-année dans le groupe apixaban et de 0,94 % par patient-année dans le groupe aspirine (hazard ratio, 1,80 ; IC à 95 %, 1,26 à 2,57 ; P = 0,001). Des hémorragies mortelles sont survenues chez 5 patients du groupe apixaban et 8 patients du groupe aspirine.

CONCLUSIONS

Chez les patients présentant une fibrillation auriculaire subclinique, l'apixaban entraînait un risque plus faible d'accident vasculaire cérébral ou d'embolie systémique que l'aspirine, mais un risque plus élevé d'hémorragie majeure.

Lecture critique :

Dr. Jerome Taieb, Aix en Provence
Dr. Alexandru Mischie, CH Châteauroux

La surveillance continue du rythme cardiaque avec des dispositifs cardiaques implantables a montré que des tachyrythmies auriculaires, appelées épisodes à fréquence élevée (atrial high-rate épisodes - AHRE), surviennent chez environ un tiers des porteurs de dispositifs. Les définitions des AHRE varient selon les études, mais généralement il s'agit d'une arythmie avec une fréquence atriale d'au moins 180 bpm et d'une durée de 6 minutes ou plus. Les termes fibrillation auriculaire subclinique et AHRE sont parfois utilisés de manière interchangeable, la confirmation des arythmies par un électrocardiogramme est recommandée. Le risque d'accident vasculaire cérébral chez les personnes présentant une fibrillation auriculaire subcli-

nique détectée par un dispositif est plus élevé que celui des personnes sans AHRE, mais inférieur à celui des personnes présentant une fibrillation auriculaire clinique. Pour étudier le traitement anticoagulant oral dans la fibrillation auriculaire subclinique, deux grands essais randomisés et contrôlés ont été menés. L'essai NOAH-AFNET 6 sur les anticoagulants oraux non-vitaminiques K chez les patients présentant des épisodes de fréquence auriculaire élevée. L'essai avait montré que l'anticoagulation par l'édoxaban n'était pas associée à une diminution du risque composite de décès d'origine cardiovasculaire, d'accident vasculaire cérébral ou d'embolie systémique mais était associée à un risque plus élevé de décès ou d'hémorragie majeure ce qui avait justifié un arrêt prématuré.

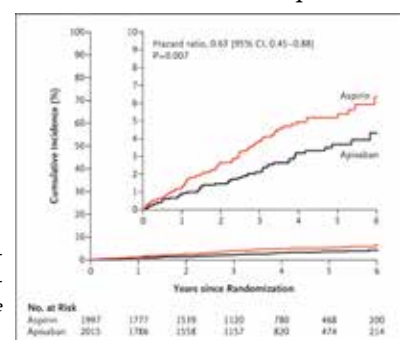
Dans l'essai ARTESIA, un bénéfice a été observé par rapport au critère principal d'évaluation de l'efficacité : un accident vasculaire cérébral ou une embolie systémique est survenu chez 55 patients du groupe apixaban (0,78 % par année-patient) et chez 86 patients du groupe aspirine (1,24 % par année-patient) (rapport de risque : 0,63 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,45 à 0,88 ; P = 0,007). Dans les deux essais, l'incidence d'accident vasculaire cérébral ischémique par année-patient était faible dans les groupes témoins (1,1 % dans le groupe placebo dans l'essai NOAH-AFNET 6, et 1,21 % dans le groupe aspirine dans l'essai ARTESIA). Ces valeurs sont inférieures au risque annuel de 3 % d'accident vasculaire cérébral ischémiques attendus chez les patients atteints de fibrillation auriculaire clinique traités avec de l'aspirine seule. L'un des principaux enseignements de ces essais est que l'incidence des accidents vasculaires cérébraux chez les patients atteints de fibrillation auriculaire subclinique est faible.

Bien que les risques initiaux aient été faibles, L'étude ARTESIA montrait une diminution significative dans le groupe apixaban par rapport au groupe aspirine. Ce bénéfice n'apparaît pas dans l'étude NOAH-AFNET 6. L'explication pourrait être le manque de puissance et son arrêt prématuré. Les événements hémorragiques majeurs étaient plus fréquents que les accidents vasculaires cérébraux ischémiques dans les deux essais. Le risque d'hémorragie mortelle ou d'hémorragie intracrânienne symptomatique n'était pas plus élevé dans le groupe apixaban que dans le groupe aspirine. La plupart des saignements se produisaient dans le tractus gastro-intestinal.

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire subclinique, les éléments essentiels de la prise en charge comprennent la prise de décision partagée avant le traitement par anticoagulant oral, la gestion des risques hémorragiques modifiables et des affections coexistantes, ainsi qu'une surveillance étroite de la progression vers une fibrillation auriculaire clinique.

Adaptation

<https://www.nejm.org>



STRATÉGIE TRANSFUSIONNELLE RESTRICTIVE OU LIBÉRALE EN CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE ET D'ANÉMIE (MINT)

Simon CATTAN¹, Alexandru MISCHIE²

1. CH Montfermeil. 2. CH Châteauroux.

INTRODUCTION

Chez les patients souffrant d'un infarctus aigu du myocarde et une anémie, une stratégie consistant à administrer une transfusion uniquement lorsque le taux d'hémoglobine tombe en dessous de 7 ou 8 g par décilitre a été largement adoptée. Cependant, il est possible que ces patients aient besoin d'une transfusion d'un seuil d'hémoglobine plus élevé.

MÉTHODES

Dans cet essai interventionnel de phase 3, les chercheurs ont assigné au hasard des patients présentant un infarctus du myocarde et un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g par décilitre à une stratégie transfusionnelle restrictive (seuil d'hémoglobine pour la transfusion à 7 ou 8 g par décilitre) ou à une stratégie transfusionnelle libérale (seuil d'hémoglobine pour la transfusion <10 g par décilitre). Le critère de jugement principal était un infarctus du myocarde ou un décès à 30 jours.

RÉSULTATS

Au total, 3 504 patients ont été inclus dans l'analyse primaire. Le nombre moyen d'unités de globules rouges transfusées était de $0,7 \pm 1,6$ dans le groupe à stratégie restrictive et de $2,5 \pm 2,3$ dans le groupe à stratégie libérale. Le taux d'hémoglobine moyen était inférieur de 1,3 à 1,6 g par décilitre dans le groupe à stratégie restrictive que dans le groupe à stratégie libérale aux jours 1 à 3 après la randomisation. Un événement de critère de jugement principal est survenu chez 295 des 1 749 patients (16,9 %) du groupe à stratégie restrictive et chez 255 des 1 755 patients (14,5 %) du groupe à stratégie libérale (risque relatif modélisé par imputation multiple pour un suivi incomplet, 1,15 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,99 à 1,34 ; $P = 0,07$). Le décès est survenu chez 9,9 % des patients avec la stratégie restrictive et chez 8,3 % des patients avec la stratégie libérale (risque relatif, 1,19 ; IC à 95 %, 0,96 à 1,47) ; un infarctus du myocarde est survenu respectivement chez 8,5 % et 7,2 % des patients (risque relatif, 1,19 ; IC à 95 %, 0,94 à 1,49).

CONCLUSIONS

Chez les patients présentant un infarctus aigu du myocarde et une anémie, une stratégie transfusionnelle libérale n'a pas réduit de manière significative le risque d'infarctus du myocarde récurrent ou de décès à 30 jours. Cependant, les inconvénients potentiels d'une stratégie transfusionnelle restrictive ne peuvent être exclus.

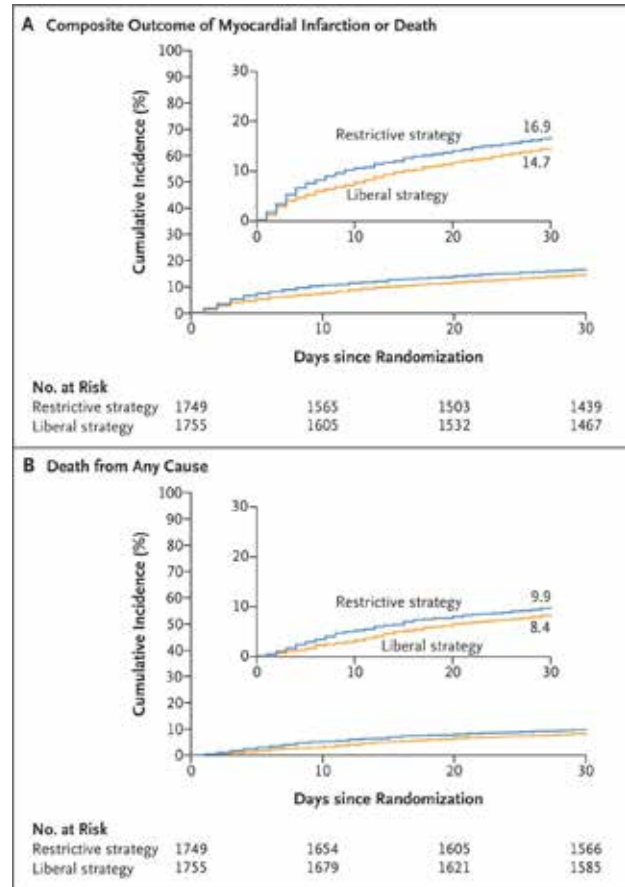


Figure 1 : Incidence cumulative de l'infarctus du myocarde ou du décès (résultat principal) ou du décès quelle qu'en soit la cause à 30 jours.

Les estimations de Kaplan-Meier de l'incidence cumulée sur 30 jours d'un composite d'infarctus du myocarde ou de décès (panneau A) et de décès quelle qu'en soit la cause (panneau B).

Lecture critique :

Dr. Alexandru Mischie, CH Châteauroux

La décision de transfuser ou non est une décision quotidienne à laquelle nous sommes confrontés en soignant les patients atteints d'un infarctus aigu du myocarde.

Dans cet essai « Myocardial Ischemia and Transfusion » (MINT), dans le groupe de stratégie restrictive, la transfusion était autorisée mais non obligatoire lorsque le taux d'hémoglobine était inférieur à 8 g par décilitre et était fortement recommandée lorsque le taux était inférieur à 7 g par décilitre ou lorsque les symptômes angineux n'étaient pas contrôlés par des médicaments. Dans le groupe de stratégie libérale, une unité de concentré de globules rouges a été administrée après randomisation et les globules rouges ont été transfusés pour maintenir le taux d'hémoglobine à 10 g ou plus par décilitre jusqu'à la sortie de l'hôpital ou 30 jours.

Avec les deux stratégies, la transfusion était administrée une unité à la fois, suivie d'une mesure du taux d'hémoglobine.

Le taux d'hémoglobine (moyen) était plus faible dans le groupe à stratégie restrictive que dans le groupe à stratégie libérale de 1,3 g par décilitre (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,2 à 1,4) le jour 1 et inférieur de 1,6 g par décilitre (intervalle de confiance à 95 % IC, 1,5 à 1,7) au jour 3. Le nombre total d'unités de globules rouges transfusées dans le groupe à stratégie libérale était 3,5 fois supérieur au nombre transfusé dans le groupe à stratégie restrictive (4 325 unités contre 1 237 unités). Le nombre moyen d'unités de globules rouges transfusées dans le groupe à stratégie libérale était de $2,5 \pm 2,3$, contre $0,7 \pm 1,6$ dans le groupe à stratégie restrictive. La durée médiane d'hospitalisation depuis la randomisation jusqu'à la sortie de l'hospitalisation ou le décès était de 5 jours (intervalle interquartile : 2 à 10) dans les deux groupes.

Bien que la différence entre les groupes dans le critère de jugement principal de cet essai n'ait pas atteint le niveau de signification prédéfini, ce n'était pas dû à une mauvaise mise en œuvre de la stratégie transfusionnelle, étant donné la grande différence dans la consommation de sang, la différence d'hémoglobine de base, ou la survenance globale

des événements estimés liés aux critères de jugement principaux. L'essai a été conçu pour détecter une différence relative de 20 % entre les groupes, et l'effet observé était une différence relative d'environ 15 %. Les auteurs ont observé que l'intervalle de confiance à 95 % contient des valeurs suggérant un bénéfice clinique pour la stratégie transfusionnelle libérale et n'inclut pas les valeurs suggérant un bénéfice pour la stratégie transfusionnelle plus restrictive. À 30 jours, le risque d'infarctus du myocarde ou de décès était inférieur de 2,4 points de pourcentage dans le groupe à stratégie libérale par rapport au groupe à stratégie restrictive, et le risque de décès était inférieur de 1,6 points de pourcentage. De plus, le profil de sécurité de la stratégie transfusionnelle libérale indiquait un faible risque.

En conclusion, chez les patients présentant un infarctus aigu du myocarde et une anémie, une stratégie transfusionnelle libérale n'a pas réduit significativement le risque de récurrence d'infarctus du myocarde ou de décès à 30 jours. Les résultats de cet essai suggèrent certains avantages d'une stratégie libérale par rapport à une stratégie restrictive, mais des études supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer cette conclusion.

Adaptation : <https://www.nejm.org>

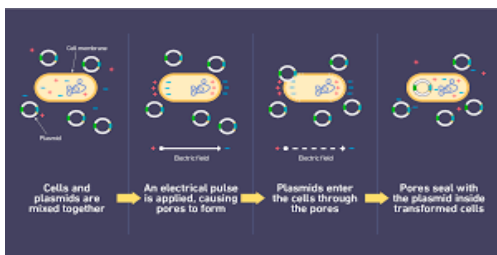
RETROUVEZ NOS VIDEOS AHA



Etude ReVERA
FA à domicile : autotraitement par Etripamil
 Docteur Walid AMARA



Analogues GLP1 : étude SELECT
 Professeur Ahmed BENNIS



Etude MANIFEST-17K
Electroporation
 Docteur Walid AMARA



Late breaking trials et maladie coronaire
 Professeur Gilles LEMESLE



SÉMAGLUTIDE ET RÉSULTATS CARDIOVASCULAIRES DANS L'OBÉSITÉ SANS DIABÈTE (SELECT)

Alexandru MISCHIE¹, Pierre LEDDET²

1. CH Châteauroux. 2. CH Haguenau.

INTRODUCTION

Il a été démontré que le sémaglutide, un agoniste des récepteurs peptide-1 de type glucagon (GLP-1), réduit le risque d'événements cardiovasculaires indésirables chez les patients diabétiques. On ne sait pas si le sémaglutide peut réduire le risque cardiovasculaire associé au surpoids et à l'obésité en l'absence de diabète.

MÉTHODES

Dans un essai de supériorité multicentrique, en double aveugle, randomisé, contrôlé par placebo, les chercheurs ont recruté des patients âgés de 45 ans ou plus qui souffraient d'une maladie cardiovasculaire préexistante et d'un indice de masse corporelle (IMC) de 27 ou plus mais aucun antécédent de diabète. Les patients ont été répartis au hasard selon un rapport de 1:1 pour recevoir une fois par semaine du sémaglutide sous-cutané à une dose de 2,4 mg ou un placebo. Le critère d'évaluation cardiovasculaire principal était un composite des décès dus à des causes cardiovasculaires, des infarctus du myocarde non mortels ou des accidents vasculaires cérébraux. La sécurité a également été évaluée.

RÉSULTATS

Au total, 17 604 patients ont été inscrits ; 8 803 ont été assignés à recevoir du sémaglutide et 8 801 à recevoir un placebo. La durée moyenne d'exposition au sémaglutide ou au placebo était de $34,2 \pm 13,7$ mois et la durée moyenne de suivi était de $39,8 \pm 9,4$ mois. Un événement cardiovasculaire principal est survenu chez 569 des 8 803 patients (6,5 %) du groupe sémaglutide et chez 701 des 8 801 patients (8,0 %) du groupe placebo (rapport de risque : 0,80 ; intervalle de confiance à 95 %, 0,72 à 0,90 ; $P < 0,001$). Des événements indésirables ayant conduit à l'arrêt définitif du traitement sont survenus chez 1 461 patients (16,6 %) dans le groupe sémaglutide et 718 patients (8,2 %) dans le groupe placebo ($P < 0,001$).

CONCLUSIONS

Chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire préexistante et un surpoids ou une obésité sans diabète, le sémaglutide sous-cutané hebdomadaire à la dose de 2,4 mg s'est révélé supérieur au placebo pour réduire l'incidence des décès d'origine cardiovasculaire, des infarctus du myocarde non mortels et des accidents vasculaires cérébraux non mortels au cours d'un suivi moyen de 39,8 mois.

Le surpoids et l'obésité ont atteint des proportions épidémiques, touchant plus de 70 % de la population adulte américaine et plus de 50 % de la population mondiale. Outre ses nombreuses conséquences sur la santé, l'obésité contribue aux maladies cardiovasculaires indirectement par le développement de facteurs de risque et directement par divers mécanismes biologiques. Il est clairement nécessaire de redoubler d'efforts pour cibler le risque cardiometabolique lié à l'obésité en tant que stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Cependant, jusqu'à récemment, peu d'outils pharmacologiques étaient disponibles pour réduire le poids corporel de manière sûre et efficace. Il a maintenant été démontré que les médicaments qui contiennent des composants agonistes des récepteurs GLP-1 entraînent une perte de poids substantielle – similaire à celle associée à la chirurgie bariatrique – et réduisent le risque de maladie cardiovasculaire, en particulier chez les personnes atteintes de diabète.

Dans cet essai (SELECT - Semaglutide Effects on Cardiovascular Outcomes in People with Overweight or Obesity), la dose administrée de sémaglutide était de 2,4 mg; cette dose était supérieure aux doses de 0,5 et 1,0 mg utilisées dans l'essai visant à évaluer les résultats cardiovasculaires et autres résultats à long terme du sémaglutide chez des sujets atteints de diabète de type 2 (SUSTAIN-6). Après environ 40 mois de suivi, le sémaglutide a entraîné, dans l'essai SELECT, une réduction de 20 % du risque composite de décès dû à des causes cardiovasculaires, d'infarctus du myocarde non mortel ou d'accident vasculaire cérébral non mortel, avec des tendances constantes observées pour chaque composante du résultat ainsi que pour le décès, quelle que soit la cause.

Un pourcentage plus élevé de patients a arrêté le traitement par le sémaglutide que par le placebo en raison d'événements indésirables, une différence qui semble être due à l'incidence plus élevée de symptômes gastro-intestinaux avec le sémaglutide. Les nausées, les vomissements et la diarrhée ne sont pas rares pendant le traitement par les agonistes des récepteurs GLP-1, en particulier au début et à l'augmentation de la dose. L'incidence des troubles liés à la vésicule biliaire était plus élevée avec le sémaglutide qu'avec le placebo, une association qui a également été rapportée précédemment. Néanmoins, les événements indésirables graves liés à une maladie gastro-intestinale, à une insuffisance rénale aiguë, à une pancréatite, à des cancers ou à des troubles psychiatriques n'étaient pas plus fréquents avec le sémaglutide qu'avec le placebo.

Les mécanismes de réduction du risque cardiovasculaire avec le sémaglutide correspondent aux bénéfices physiologiques résultant de la réduction de l'excès de graisse corporelle anormale et aux actions du sémaglutide autres que la perte de poids. La perte de poids sur un spectre d'IMC élevé entraîne non seulement une amélioration des taux de glucose et des facteurs de risque intermédiaires cardiovasculaires traditionnels, mais également une réduction des

Lecture critique :

Dr. Alexandru Mischie, CH Châteauroux

Dr. Pierre Leddet, CH Haguenau

dépôts de tissu adipeux ectopique qui peuvent contribuer à l'athérosclérose et au dysfonctionnement myocardique. Le tissu adipeux périvasculaire et épicaudique est responsable d'effets indésirables directs sur l'endothélium vasculaire et le myocarde. De plus, la réduction de l'excès de graisse corporelle anormale diminue les composantes pro-inflammatoire et prothrombotique systémiques associées à l'obésité.

Il y a plusieurs observations notables de cet essai. Bien que des patients en surpoids aient été inclus, 71 % des participants à l'essai souffraient d'obésité. Cependant, les effets du sémaglutide ne dépendaient pas de la plage d'IMC de base. En moyenne, le traitement par sémaglutide a entraîné une réduction substantielle de 9,4 % du poids corporel. On ne sait toujours pas dans quelle mesure les résultats de l'essai dépendaient de la perte de poids, des réductions concomitantes des facteurs de risque ou d'autres mécanismes salutaires de l'agonisme des récepteurs GLP-1. Dans l'étude SUSTAIN-6, le sémaglutide a réduit de 26 % le risque d'événements cardiovasculaires chez les patients diabétiques, malgré une réduction du poids corporel de seulement 4 à 5 % avec l'utilisation de doses plus faibles. Dans l'essai SELECT, le sémaglutide a amélioré les valeurs lipidiques, les marqueurs inflammatoires et les chiffres de tension artérielle. Malgré tout, les facteurs de risque de base tels que le taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL-C) (78 mg par décilitre) et la pression artérielle systolique (131 mm Hg) n'étaient pas idéaux dans le groupe

sémaglutide dans cet essai, et les bénéfices du sémaglutide auraient pu être atténués si ces valeurs avaient été bien contrôlées. Les analyses futures des chercheurs de SELECT pourraient aider à clarifier ces questions mécanistes, qui ont des implications importantes pour l'application des ces résultats et pour les traitements futurs ciblant l'obésité et les maladies cardiovasculaires.

Les résultats de l'essai SELECT doivent être considérés dans le contexte des approches de santé publique visant à lutter contre l'obésité. Le sémaglutide entraîne un coût important à la fois pour les patients et pour la société, au prix actuel des agonistes des récepteurs GLP-1, ce qui rend ce traitement inaccessible pour beaucoup. Tout au long du continuum de traitement de l'obésité, les interventions intensives liées au mode de vie et la chirurgie bariatrique restent des options efficaces mais sous-utilisées. Enfin, la prévention de l'obésité avant qu'elle ne se développe devrait être notre objectif principal. Nous sommes dans une nouvelle ère de traitement de l'obésité et du risque cardiométabolique avec un arsenal croissant d'options. L'essai SELECT fournit la preuve d'une amélioration des résultats en matière de maladies cardiovasculaires avec les agonistes des récepteurs GLP-1 et en l'absence de diabète.

Adaptation : <https://www.nejm.org>

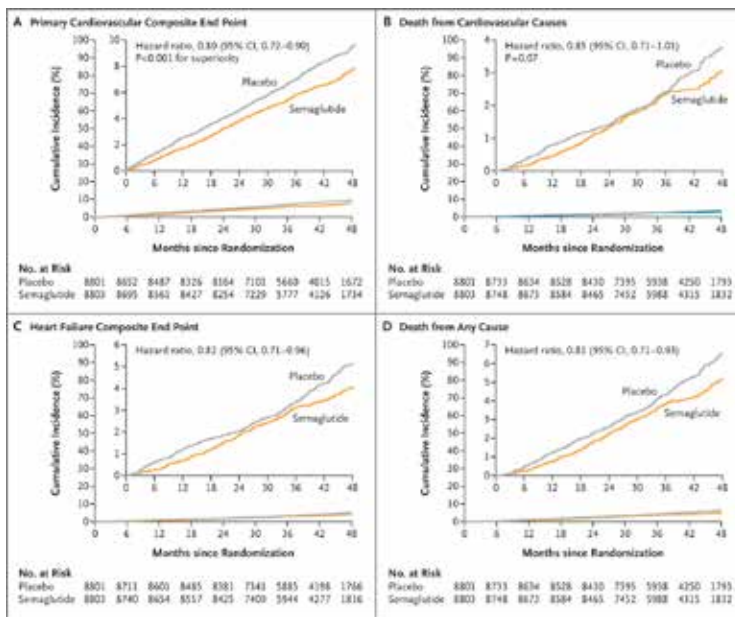


Figure 1 : Analyse de délai jusqu'au premier événement pour les critères d'évaluation d'efficacité primaires et secondaires.

Le panneau A montre l'incidence cumulée du principal critère d'évaluation composite cardiovasculaire (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non mortel ou accident vasculaire cérébral non mortel).

Le panneau B montre l'incidence cumulée du premier critère d'évaluation secondaire (décès d'origine cardiovasculaire).

Le panneau C montre l'incidence cumulée du deuxième critère d'évaluation secondaire (critère d'évaluation composite de l'insuffisance cardiaque : décès d'origine cardiovasculaire ou hospitalisation ou visite médicale urgente pour insuffisance cardiaque).

Le panneau D montre l'incidence cumulée du troisième critère d'évaluation secondaire (décès quelle qu'en soit la cause).

RETROUVEZ NOS VIDEOS AHA



Nouveautés thérapeutiques en hypertension artérielle
Docteur Romain BOULESTREAU



SCA dans FRENCHIE
Quels patients ne font pas de complications
Professeur Gilles LEMESLE

Interview du Pr Jean-Jacques MOURAD¹

COMMENT MONTER UN CENTRE D'EXCELLENCE EUROPÉEN EN HYPERTENSION ARTÉRIELLE ?

Réalisée par Dr Walid AMARA²

1. Hôpital Franco-Britannique Levallois Perret. 2. Président du CNCH, CH de Montfermeil.



Regardez
la vidéo !



Le Pr Jean-Jacques MOURAD peut se targuer d'avoir au cours de sa carrière, monté 3 centres d'excellence européens en hypertension artérielle. D'abord au CHU Avicenne à Bobigny en Seine St-Denis, puis en ESPIC à l'hôpital St Joseph à Paris et maintenant à l'Institut franco-britannique à Levallois-Perret. Il a accepté de répondre aux questions de CardioH.

Dr AMARA :

Merci de nous accueillir à l'Institut Franco-Britannique. Ici, le centre est un centre d'excellence européen en hypertension artérielle. Merci de nous expliquer le processus de validation.

Pr MOURAD :

Merci de m'inviter. Ce n'est pas un statut auto-proclamé.

Les centres d'excellence européens en hypertension artérielle sont le fruit d'une idée de Giuseppe MANCIA, qui à l'époque, avait bien individualisé la problématique de l'identification de la compétence en recours en hypertension artérielle au sein d'une nébuleuse de spécialités avec la cardiologie, bien sûr, mais également la néphrologie, la médecine interne, l'endocrinologie, et j'en passe.

Il a été décidé d'inventer ce label « centre d'excellence européen en hypertension artérielle » qui, aujourd'hui, concerne plus de 300 structures dans le monde, essentiellement en Europe, mais pas seulement et aujourd'hui 19 structures en France, dont 5 ou 6 maintenant en région parisienne.

Ces centres d'excellence sont reconnus sur la base d'un plateau technique et clinique pluridisciplinaire et d'une activité de recherche et de valorisation de cette recherche au sein des congrès nationaux et internationaux. C'est un label qui est donné par un circuit très précis. Il faut que la Société Française d'Hypertension Artérielle SFHTA donne son accord et que la Société Européenne d'Hypertension (ESH) valide ce centre d'excellence par un agrément qui est donné

pour 5 ans avec une « clause de revoyure », comme on dit, sur la base d'un cahier des charges d'activité très précis.

Dr AMARA :

Tu as monté 3 centres dans ta carrière. C'est je pense unique !

Pr MOURAD :

J'ai eu l'opportunité effectivement il y a une petite vingtaine d'années, de créer le premier centre en Seine-St-Denis, puis plus tard à l'hôpital Saint-Joseph, le premier centre hors Assistance Publique en Île-de-France et puis maintenant à l'hôpital Franco-Britannique le premier centre d'excellence dans le département des Hauts de Seine, qui est le deuxième plus dense de France et ce, dans un hôpital bien entendu ESPIC, non universitaire.

Dr AMARA :

A quoi sert ce label ?

Pr MOURAD :

C'est censé rendre service et le « rendre service » peut être évolutif et à géométrie variable qu'on soit en France, à Paris, en Province ou ailleurs, l'utilité doit être très différente et va dépendre, de la demande de nos collègues.

J'imagine que la demande n'est pas la même quand on est le seul centre d'excellence dans une province, par rapport à la région parisienne où l'on n'est pas totalement encore en désert médical. En région parisienne, il y a quatre structures, très différentes d'ailleurs, plus ou moins lourdes. Le premier centre d'excellence de référence de la région étant bien entendu celui de l'hôpital Georges Pompidou.

Dr AMARA :

Et quel intérêt alors en CH ou en ESPIC ?

Pr MOURAD :

Aujourd'hui, contrairement aux années 80, la connaissance de la pharmacologie de l'hypertension s'est dégradée en médecine générale et même en cardiologie générale. La surspécialisation s'est faite au dépend de cette cardiologie polyvalente qui connaissait très bien la pharmacologie cardiovasculaire de l'hypertension artérielle et des hypertendus.

« La connaissance de la pharmacologie de l'hypertension s'est dégradée en médecine générale et même en cardiologie »

Notre spécialité nécessite plus d'écoute et moins de technique, pour répondre à des problématiques que sont la détection des hypertensions secondaires et surtout aujourd'hui des problématiques d'adaptation d'un traitement pharmacologique qui est de plus en plus méconnu par les jeunes générations.

Dr AMARA :

Alors à quoi peut-on répondre quand on est centre d'excellence ?

Pr MOURAD :

Je plaide pour une réactivité afin de répondre à une question que se pose un généraliste à 19h, etc... C'est pour cela que j'ai plutôt privilégié ici le développement de cette réponse rapide avec effectivement une téléexpertise qui a été mise en place qui nous permet de répondre en moins de 6 heures à une question que se pose un collègue généraliste ou spécialiste face à une problématique variée, d'ordonnance, de diagnostic ou de prise en charge de l'HTA.

« Via la téléexpertise, on doit être capable de répondre à une question en moins de 6 heures »

On a aussi une hotline téléphonique qui permet de répondre à ces questions. J'ai l'ambition, en tous cas, de penser que ces échanges réguliers via la téléexpertise ou via le téléphone permettent aussi de former et de participer à cette formation continue puisque, finalement, malgré tout, nous restons dans des mécaniques de réflexion qui sont assez stéréotypées et qui peuvent répondre à la question

Dr AMARA :

La génération actuelle est digitalisée. Utilisez-vous une solution formalisée de télé-expertise ?

Pr MOURAD :

Nous utilisons la solution **Omnidoc** qui est notre solution de télé-expertise. Dedans, vous tapez hypertension et vous tombez sur l'offre en hypertension.

Dr AMARA :

Quel est ton ressenti à propos de ces solutions de télé-expertise en général ? Est-ce que tu penses que c'est quelque chose qui va être de plus en plus utilisé dans les années à venir ?

Pr MOURAD :


Ces solutions vont au-delà même de l'hypertension. Mon impression aujourd'hui est que les centres hospitaliers ne pourront pas vivre ou s'épanouir sans solution de télé-expertise en mettant effectivement en avant leurs compétences ou leurs pôles d'excellence.

« Les centres hospitaliers ne pourront pas vivre ou s'épanouir sans solution de télé-expertise en mettant effectivement en avant leurs compétences ou leurs pôles d'excellence »

Ces solutions permettront de s'affranchir de la composante administrative, de la facturation, l'identification de l'échange à travers de mails sécurisés, ce qui me semble aujourd'hui un point essentiel pour des structures comme la nôtre.

Dr AMARA :

Merci beaucoup de nous avoir éclairé quant à l'intérêt des centres d'excellence en hypertension artérielle et des solutions pour apporter de la valeur aux médecins correspondants et donc aux patients.



▶ Le 29 novembre 2023 ◀


à 17h30

Post-SCA : comment gérer le
risque résiduel lipidique ?

Pr Etienne PUYMIRAT

Dr Walid AMARA

Je m'inscris



*Interview du Pr Jean-Jacques MOURAD¹***CE QUE TOUT CARDIOLOGUE DOIT SAVOIR DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA. POINTS CLÉS DES RECOMMANDATIONS 2023***Réalisée par Dr Walid AMARA²**1. Hôpital Franco-Britannique Levallois Perret. 2. Président du CNCH, CH de Montfermeil.**Regardez la vidéo !*

Le Pr Jean-Jacques MOURAD a accepté de répondre aux questions de CardioH. Au menu, les points clés des recommandations ESH 2023.

Dr AMARA :

Première question : que retenir du début du traitement ? Que disent les recommandation, version 2023 ?

Pr MOURAD :

L'ambition de ces recommandations est de lutter contre le non-contrôle tensionnel en général. Celui-ci est essentiellement expliqué aujourd'hui par l'inertie thérapeutique.

« Le non-contrôle tensionnel est essentiellement expliqué par l'inertie thérapeutique »

Il faut bien se rendre compte que le système est globalisé dans les recommandations et que c'est probablement encore plus vrai dans des pays où l'accès aux soins est plus difficile, avec surtout des visites de suivi plus difficiles qu'en France. L'idée générale est aussi de se rappeler que pour un hypertendu, une monothérapie ne devrait le plus souvent pas suffire. Fort de ce constat, on peut se dire : mais pourquoi, à ce moment-là, commencer par une monothérapie et donc faire face à un risque d'échec important qui va altérer la confiance nécessaire au début de cette histoire de longue durée qu'est l'histoire d'un hypertendu ?

La proposition a été faite, chez les patients dont on est sûr du niveau tensionnel, qui ne sont pas dans des situations de fragilité, qui ne sont pas porteurs d'une hypertension légère, de débuter par une bithérapie d'emblée. C'est aujourd'hui un courant de pensée solide, qui a une pertinence à la fois clinique sur l'efficacité, avec des données de mortalité intéressantes démontrant que le contrôle tensionnel

rapide obtenu dès la première année grâce à une bithérapie d'emblée est associé à un meilleur pronostic.

« Une monothérapie ne devrait le plus souvent pas suffire. La proposition est de débuter par une bithérapie d'emblée pour une majorité de patients »

« Un contrôle tensionnel rapide obtenu dès la première année grâce à une bithérapie d'emblée est associé à un meilleur pronostic »

Il y a bien entendu des patients pour lesquels il ne faut pas prescrire une bithérapie d'emblée, telles que la population âgée fragile pour laquelle il n'y a aucun intérêt à aller d'emblée vers une bithérapie. Même raisonnement pour les patients ayant des écarts importants à une bonne hygiène de vie, pour lesquels les règles hygiéno-diététiques peuvent rapidement corriger la pression artérielle. L'exemple typique est celui de l'alcoolique excessif.

Dr AMARA :

Il faut prendre en compte le suivi des patients.

Pr MOURAD :

Oui, il y a un principe de réalité. Si on est en situation de revoir un patient à un mois, ce qui est aujourd'hui la recommandation, rien ne nous interdit de commencer par une monothérapie, à condition de mettre le patient en situation de se préparer à un échec relatif à un non-contrôle avec le premier traitement, de titrer et de passer à une bithérapie dès le premier mois. En cela, on sera en phase avec les recommandations européennes et en accord avec l'AMM qui régit nos prescriptions en France, puisque nous n'avons pas des bithérapies en pleine posologie en AMM de première intention en France.

Dr AMARA :

C'est clair que pour la majorité des patients, l'observance et l'adhésion sont meilleures avec les bithérapies fixes et que l'on va avoir plus de chances de réussir d'emblée à contrôler la pression artérielle.

« Pour la majorité des patients, l'observance et l'adhésion sont meilleures avec les bithérapies fixes et que l'on va avoir plus de chances de réussir d'emblée à contrôler la pression artérielle »

Pr MOURAD :

L'hypertension artérielle n'est pas une maladie qui va durer un mois. C'est une pathologie qui part pour des années et si vous tâtonnez trop longtemps, votre patient va se dire : Pourquoi mon voisin de palier a-t-il eu un autre médicament et ça a marché d'emblée et pourquoi moi suis-je obligé de tâtonner quatre fois avec des effets secondaires etc... C'est un principe de réalité, et c'est vrai que les bithérapies fixes favorisent la relation médecin-malade.

Dr AMARA :

Quel est le pourcentage de patients contrôlés par une bithérapie versus par une monothérapie ?

Pr MOURAD :

On le sait aujourd'hui de manière assez claire : **25 % des patients vont être contrôlés par une monothérapie, 50 % des patients vont l'être par une bithérapie.** C'est d'ailleurs l'état actuel de la population française puisque qu'elle reçoit 1,9 comprimés, en tout cas 1,9 molécules, par jour avec un contrôle en population à 50 %. On dit classiquement qu'au-delà de 2, **et en moyenne à 3 molécules, on approche les 70% de patients contrôlés.**

Dr AMARA :

Au-delà du nombre de molécules, quelle doit être notre cible thérapeutique ?

Pr MOURAD :

Les dernières recommandations ont été plutôt clarifiantes. Ce qui va nous résister le plus est la systolique, alors que la diastolique va être rapidement normalisée par tous ces médicaments qui ont été développés pour contrôler la diastolique.

La diastolique est donc rarement un problème de façon isolée. Il y a une discussion sur le seuil < 90 mmHg ou < 80 mmHg, pour laquelle il n'est pas utile de rentrer.

Insistons pour dire qu'aujourd'hui, **qu'obtenir une PAS de 130 mmHg avec un intervalle qui va de 120 à 140 mmHg est le mieux qu'on puisse faire aujourd'hui.**

Dans certaines sous-spécialités comme en néphrologie, il y a débat de discuter des cibles de PAS < 120 mmHg. C'est un objectif qui a été clairement dit comme tel dans les recommandations KDIGO 2021, qui sont aujourd'hui contredites **par les recommandations de l'ESH qui mettent en rouge des objectifs en dessous de 120/70 mmHg.** Il ne faut pas aller en dessous de 120 mmHg. Je vous rappelle que ces recommandations sont cosignées par l'ERA qui est l'association européenne des néphrologues.

Pour réconcilier tout le monde, on peut dire que pour des sujets très jeunes qui ont certaines glomérulopathies, des cibles de PAS < 120 mmHg sont raisonnables. Par contre, pour le gros contingent des patients extrêmement fragiles

que l'on connaît en milieu cardiologique, ce sont les patients vasculaires qui vont avoir une systolique qui résiste et des diastoliques déjà très basses. On aura le plus grand mal à normaliser leur systolique déjà à 140 mmHg. Alors, descendre en dessous de 120 mmHg ne pourrait se faire qu'au prix d'une baisse de la diastolique dont on connaît le risque coronaire, avec cette fameuse courbe en J qui est très flagrante chez ces patients vasculaires avec un surrisque pour les seuils de diastolique en dessous de 70 mmHg.

Dr AMARA :

Les patients demandent toujours : Est-ce plus dangereux d'avoir une pression systolique élevée ou une pression diastolique élevée ?

Pr MOURAD :

Je dirais que ça dépend de l'âge. Les deux sont des facteurs de risque impactants. La diastolique est plutôt l'apanage du sujet en dessous de 50 ans et dès l'âge de 50 ans on est plutôt sur une systolique plus péjorative. Puis, lorsque nous allons dans le très grand âge, nous sommes sur des indices qui sont très différents, notamment des indices de rigidité artérielle qui l'emportent et des indices d'hypotension comme on l'a vu chez les sujets institutionnalisés pour lesquels ce ne sont ni la systolique ni la diastolique qui déterminent quoi que ce soit, mais des valeurs très basses qui vont l'emporter en terme de pronostic.

Dr AMARA :

Quel message pratique voudrais-tu passer à notre audience ?

Pr MOURAD :

Je finirais par le message que je passe aux patients. Je leur dis que leurs traitements antihypertenseurs sont des médicaments anti-âge. Si vous voulez des médicaments qui vous permettent d'éviter le vieillissement de votre organisme, en particulier de vos vaisseaux, et de permettre de vieillir en bonne santé, prenez ces traitements de prévention que sont globalement les traitements anti-hypertenseurs et les traitements hypolipémiants, et cela donne un sens à la prise médicamenteuse.

Donner un sens à la prise médicamenteuse est à mon avis la clé qui manque parfois au médecin.

« Donner un sens à la prise médicamenteuse est à mon avis la clé qui manque parfois au médecin »

Dr AMARA :

Merci beaucoup pour cette belle analyse des dernières recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle.

QUOI DE NEUF EN HTA ?

Dr Julien DOUBLET¹

1. CHU de Bordeaux.



L'année 2023 confirme que beaucoup de travail nous attend pour contrôler le profil tensionnel de la population française. Toujours **17 millions d'hypertendus**, soit 1 adulte sur 3. Dans cette vaste population exposée à la première cause de décès évitable, seulement 1 patient sur 2 est traité et 1 patient sur 4 présente un profil tensionnel contrôlé...

Quelles causes évidentes peuvent expliquer ce constat ?

On note un échec du dépistage de l'HTA expliquant que 50 % des patients hypertendus méconnaissent leur diagnostic.

Il existe aussi un manque d'application des recommandations actuelles du traitement de l'HTA. **Comment expliquer que dans la population des patients traités, 60 % des patients soient sous monothérapie ?** Cela est en inadéquation avec la bithérapie préconisée en initiation de traitement.

Enfin, l'inobservance reste toujours inquiétante, avec seulement 40 % de patients observants de leur traitement antihypertenseur.

Heureusement, nous avons des solutions à proposer !

- **Il faut donc encourager le dépistage de l'HTA.** Les dernières recommandations précisent que ce dépistage est à réaliser dès le plus jeune âge. Le diagnostic d'une HTA chez un enfant ou un jeune adulte n'est pas rare et permet de diagnostiquer des HTA secondaires nécessitant un traitement spécifique. La création de filières obstétrique-cardiologie est aussi une solution à envisager. Les patientes présentant un épisode hypertensif lors de la grossesse, HTA gravidique ou prééclampsie, sont à plus haut risque de développer une HTA à distance de la grossesse, des événements cardio-vasculaires et des troubles cognitifs. Il s'agit de véritables drapeaux rouges à identifier pour protéger ces patientes.

- **L'application des recommandations** est aussi une solution avec une utilisation adaptée des méthodes d'évaluation du profil tensionnel. La pression de consultation reste nécessaire pour le dépistage de l'HTA et le diagnostic de l'hypotension orthostatique. Par contre, il est maintenant bien établi que l'automesure tensionnelle et la MAPA sont les méthodes de référence pour le diagnostic de l'HTA, le suivi et la confirmation d'une HTA résistante. D'ailleurs une étude publiée en 2023 confirme la large supériorité de la MAPA sur la pression de consultation pour la prédiction des décès.

- **La lutte contre l'inobservance** ne fait que débiter. Pour cela, la prescription d'ordonnances simples et légères est nécessaire. L'année 2023 nous a montré qu'une trithérapie en un comprimé améliore l'adhésion et réduit les événements cardiovasculaires par rapport à un traitement identique en plusieurs comprimés. L'objectif est donc de se limiter à 2 comprimés par jour maximum, permettant d'atteindre si besoin une quadrithérapie pour contrôler le profil tensionnel de vos patients. Vous avez pour cela des associations inhibiteurs calciques/bloqueurs du SRAA et une association thiazidique/ARM (altizide/spironolactone).

Cette stratégie se heurte forcément au choix des patients de prendre leur traitement. Pour cela, la dénervation rénale s'avance comme une future alternative. Cette technique pourrait être tout à fait adaptée aux HTA essentielles légères (une guérison temporaire est espérée), aux HTA essentielles résistantes et aux patients avec de nombreuses intolérances thérapeutiques.

- Enfin, de nombreuses molécules sont à l'étude :

- **Le Baxdrostat**, un inhibiteur de la synthèse d'aldostérone, présente des résultats intéressants sur l'amélioration du profil tensionnel et la tolérance.

- **L'aprocitentan**, un antagoniste de l'endothéline, est séduisant avec une amélioration du profil tensionnel en ciblant une voie actuellement non traitée de régulation du profil tensionnel.

- Les nouveautés les plus enthousiasmantes sont les **développements des traitements antihypertenseurs par voie sous-cutanée**. C'est le cas du **Zilebesiran**, un ARN interférant ciblant l'angiotensinogène, permettant avec une seule injection une réduction de la pression artérielle à 6 mois.

La révolution des traitements sous-cutanés arrive dans l'HTA, il ne faudra pas la manquer.

OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOIN DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE POUR DIMINUER LES RÉHOSPITALISATIONS : LE PROGRAMME OPTIMUM

Mehdi Aleyan (Cardiologie-Médipôle Hôpital Mutualiste), **Laetitia Paradisi-Prieur** (Unité de recherche clinique-Médipôle Hôpital Mutualiste), **Sophie Nisse-Durgeat** (Satelia-NP Médical), **Nicolas Pages** (Satelia-NP Médical), **Hugo Bernelin** (Cardiologie-Médipôle Hôpital Privé), et **Carlos El Khoury** (Urgences-Médipôle Hôpital Mutualiste).

L'insuffisance cardiaque (IC) est un problème de santé publique responsable d'un taux de réhospitalisation et de mortalité élevé. Depuis le passage dans le droit commun de la télésurveillance le 1er juillet 2023, les plateformes de télésurveillance se généralisent avec pour objectif d'améliorer le pronostic des patients à distance de l'hôpital.

Satelia® Cardio est une solution de télésurveillance de l'IC ne nécessitant aucune installation. Les patients à l'aise avec la technologie numérique remplissent un questionnaire en ligne, tandis que ceux qui ne le sont pas, reçoivent un appel téléphonique de l'équipe infirmière de la plateforme Satelia. Dans les 48 heures suivant leur inscription (hors week-end), tous les patients sont contactés par cette équipe (voir figure 1). Un suivi régulier est assuré avec 7 questions pertinentes liées aux symptômes de l'IC, et le poids des patients est également suivi. En fonction des symptômes et/ou d'une prise de poids, un score est calculé et une couleur est générée déclenchant une alerte (soit orange ou rouge au cardiologue du patient pour une intervention médicale ciblée.

L'objectif de l'étude Optimum est d'évaluer l'effet du télé-suivi Satelia® Cardio combiné à la mise en place d'un programme de soin ambulatoire dans la réduction de nombre de réhospitalisations pour IC, au Médipôle Lyon Villeurbanne. Ce programme contient des analyses biologiques régulières, un bilan multidisciplinaire (gériatre, diététicien, kinésithérapeute) en hôpital de jour (HDJ) 1 mois après l'inclusion et une éducation thérapeutique réalisée à raison de 2 entretiens téléphoniques par une infirmière tous les 6 mois. Parallèlement, un télé-suivi est réalisé de façon bihebdomadaire par des infirmiers Satelia formés à cet effet (Figure 1).

Premiers résultats :

De janvier 2021 à décembre 2022, 167 patients ont été inclus (tableau 1), d'âge médian de 85 ans [76 ;90] dont 73 hommes (44 %). La FEVG est < 40% chez 35 patients (20%), de 40 à 49% chez 23 patients (14%) et ≥ 50% chez 109 patients (66%). 74 séances d'éducation thérapeutique et 192 consultations de cardiologie (dont 15 en urgence) ont été réalisées. Le nombre de réhospitalisations de cette cohorte est passé de 163 dans l'année précédant l'inclusion, à 63 l'année suivante, soit une réduction de 61,35% (Figure 2). La mortalité à deux ans de suivi est de 31 patients (18,56%) dont 13 (42%) pour cause cardiovasculaire. Les 5 323 questionnaires d'évaluation re-

cueillis via Satelia® Cardio ont généré 358 alertes orange (6.73%) et 29 alertes rouges (0.55%). Le score médian de satisfaction des patients a été évalué à 8/10 sur une échelle de 0 à 10, celui des professionnels de santé à 7.5/10.

En conclusion, notre parcours de soins ambulatoire associé au télé-suivi avec Satelia® Cardio des patients insuffisants cardiaques a permis de réduire significativement la fréquence des réhospitalisations pour SICA. Ce résultat reflète la faisabilité et l'efficacité d'un tel programme malgré l'âge avancé et la sévérité de nos patients. Cette étude est toujours en cours et ses résultats finaux seront annoncés prochainement.

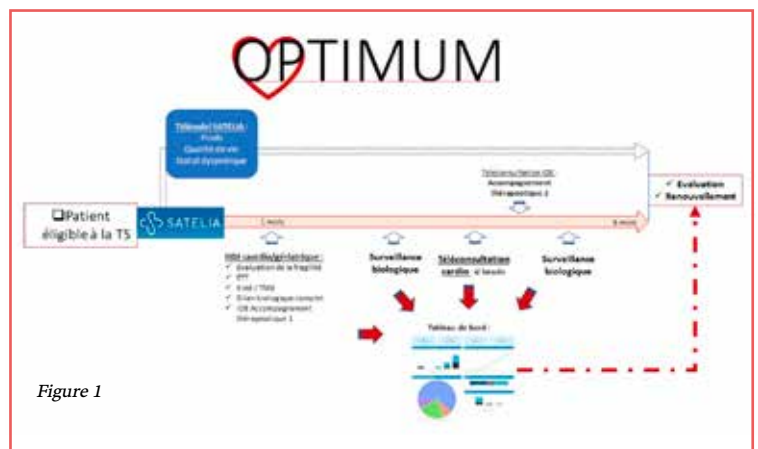


Figure 1

Durée : De janvier 2021 à décembre 2022 : 167 inclusions

Âge médian	85 [76 ;90]	Comorbidités:	
Femmes (%)	94 (68)	FA	94 (56)
FEVG		Diabète	66 (39)
> 50%	35 (20%)	Moment d'inclusion:	
40-50%	23 (14%)	Urgence:	45 (27)
<40%	109 (66%)	Consultation:	11 (7)
		Hospitalisation:	111 (66)

Tableau 1

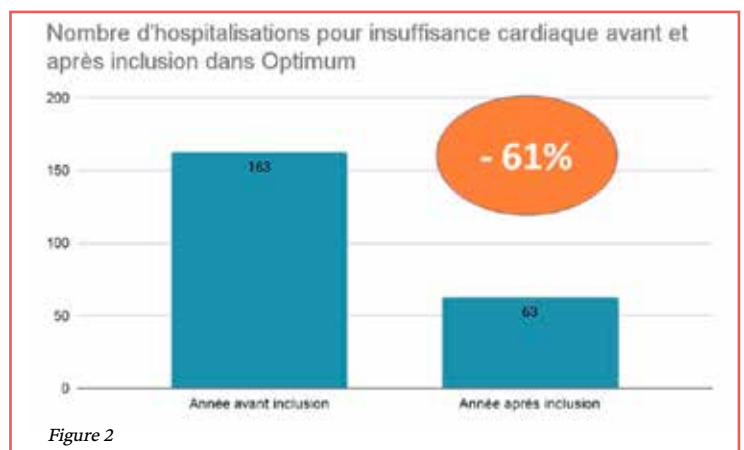


Figure 2

LA CARDIOLOGIE : UNE SPÉCIALITÉ À RISQUE DE PLAINTE ?

Dr Cédric GAULTIER¹ - Dr Alexandru MISCHIE²

1. Cardiologue conseil MASCF. 2. CH de Châteauroux.



Regardez la vidéo !



Dans cette interview, le Dr MISCHIE reçoit le Dr Cédric GAULTIER, cardiologue interventionnel et qui est médecin conseil pour la MASCF.

Dr MISCHIE :

Où en est-on des plaintes en cardiologie ? Dans notre société de plus en plus judiciairisée, est-ce que le risque médical a augmenté ces dernières années ?

Dr GAULTIER :

Contrairement aux idées reçues, il y a une stabilité des plaintes en cardiologie interventionnelle, voire même en cardiologie en général. Il faut savoir que par exemple pour 100 cardiologues qui sont assurés par la compagnie d'assurance MASCF, on a une sinistralité de 2,5 % pour les médecins libéraux et 1,5 % pour l'ensemble des cardiologues. Ce chiffre est relativement stable depuis 20 ou 30 ans. Donc, heureusement, il n'y a pas d'explosion des plaintes dans notre société.

Dr MISCHIE :

J'ai assisté à certaines de vos présentations au cours desquelles vous parlez des dossiers marquants de la dernière année. Au-delà des dossiers marquants, il me semble important de passer des messages pratiques pour les cardiologues.

Dr GAULTIER :

Je vais prendre deux exemples. Le premier est le dossier d'un patient qui présentait des douleurs thoraciques très atypiques. Le cardiologue de ville avait adressé le patient à la clinique à côté de chez lui pour une coronarographie. Il avait adressé un mail au service. Malheureusement deux mois après le patient rappelle en indiquant que son examen n'avait pas été réalisé. Le cardiologue, alors, réorganise une hospitalisation pour une coronarographie. La coronarographie a retrouvé des sténoses sur 2 artères dont

une artère totalement occluse. Le service de cardiologie interventionnelle a proposé de présenter le dossier en staff qui a eu lieu la semaine d'après et l'indication a été retenue maintenant trois semaines après l'indication de coronarographie. Malheureusement, le patient a présenté une récurrence de douleur thoracique et fait un arrêt cardiaque à domicile qui ne sera pas récupéré.

Dans ce dossier, il y a eu une expertise. L'expert a retenu des problèmes essentiellement de coordination entre le cardiologue de ville et le service de cardiologie interventionnelle. La convocation n'a pas été faite, donc il y a eu une perte de 2 mois et heureusement cette fois-ci sans conséquence ; mais ensuite en sortant du service de cardiologie interventionnelle, en ambulatoire, le patient est sorti sans ordonnance et sans reconvoque chez son cardiologue : et c'est le point qui a été critiqué en expertise. Bien évidemment, faute de traitement médical et de consignes, le patient a présenté probablement une récurrence fatale sous forme de syndrome coronaire aigu.

Cela est le premier dossier.

Le deuxième dossier est celui d'un patient qui avait présenté un accident vasculaire cérébral, compliqué, durant l'hospitalisation d'un syndrome coronaire aigu dans le territoire inférieur, qui sera dilaté. Il y avait également des lésions assez sévères sur le réseau gauche. Il va être discuté de l'opportunité de faire un double pontage s'agissant de lésions très calcifiées. Le chirurgien cardiaque et l'anesthésiste vont récuser l'indication du fait de l'AVC récent et de comorbidités importantes. Le patient a donc été renvoyé au cardiologue qui va logiquement décider de faire un complément d'angioplastie sur l'IVA et la circonflexe. Malheureusement, la procédure s'est compliquée d'une perforation au moment de l'angioplastie complexe de désobstruction.

En expertise, l'expert a été très critique sur le choix de faire cette angioplastie, sans documentation d'ischémie dans le territoire occlus.

La critique a porté également sur le consentement. Il faut être très vigilant sur le recueil du consentement.

Au-delà du recueil du document à signer, il faut avant tout veiller à une parfaite compréhension de la procédure, par le patient, surtout si elles ont une particularité.

Une procédure de désobstruction, de rotator ou de bifurcation complexe n'a pas un niveau de difficulté équivalent à celle d'une autre angioplastie classique.

De plus, il ne faut pas oublier les consignes de sécurité, notamment celle de bien prendre la double anti agrégation plaquettaire, sans arrêt parce qu'on a malheureusement des cas d'arrêt intempestif du traitement.

Cela est mon premier conseil.

«Mon deuxième conseil : quand on est face à des lésions coronaires complexes lors d'une coronarographie, faire une dilatation dans la foulée n'est pas

forcément une bonne idée sur le plan stratégique et médical. Pouvoir se poser avec le patient et rediscuter avec les cardiologues permet de pouvoir informer des risques plus importants, avec aussi le bénéfice de pouvoir mieux préparer le geste (hydratation, anti agrégation, choix matériel). Ce temps ne doit pas toutefois être trop long, pour ne pas s'exposer à une récurrence ischémique.»

Dr MISCHIE :

Merci Dr Gaultier pour ces conseils qui seront certainement très utiles pour notre audience.



**LIVE
WEBINAR**

▶ **Le 30 novembre 2023** ◀
à 19h

**SCA : Quelle prise en charge
lipidique avec les données récentes ?**

Pr Gilles MONTALESCOT

Dr Loic BELLE

Je m'inscris



LES COUTEAUX SUISSES DU CATH-LAB DANS LA PRISE EN CHARGE DES STEMI

Dr Pierre LEDDET, Dr Fabien DE POLI, Dr Sabrina UHRY, Dr Hajo HEYER, Dr Philippe COUPPIÉ, Dr Michel HANSSEN

1. CH de Haguenau



Le couteau suisse réunit tout un ensemble d'outils simples, souvent utiles au quotidien. Il est censé pouvoir tenir dans la poche. C'est dans cette optique que cette présentation s'inscrit, réunissant une sélection, forcément partielle et condensée, des possibilités offertes au cardiologue interventionnel dans la prise en charge des STEMI.

Les outils utilisés peuvent être classés en trois catégories principales : stratégie, pharmacologie et matériel.

Le premier outil indispensable est stratégique : la simplicité. Les procédures sont le plus souvent réalisées en urgence, par un opérateur seul, parfois en nuit profonde. Les patients peuvent par ailleurs présenter des conditions hémodynamiques précaires, qui compliquent le geste et doivent être prises en compte : plus que jamais, le but sera de sauver le patient, et non de viser uniquement un beau résultat angiographique. De plus, les examens sont souvent réalisés dans des conditions d'hyperagréabilité plaquettaire majeure avec un pré-traitement parfois incomplet.

L'ensemble de ces éléments doit concourir à viser en priorité une reperfusion du vaisseau principal, en favorisant des stratégies à un stent.

Le deuxième outil indispensable est l'utilisation systématique et répétée des traitements vasodilatateurs (type dérivés nitrés et/ou inhibiteurs calciques). Les situations de STEMI associent souvent une importante charge thrombotique à une part spastique, sur le site occlus mais également en amont ou en distalité. L'administration des traitements vasodilatateurs participe au rétablissement d'un flux satisfaisant en distalité de la coronaire. Il permet régulièrement de diminuer la longueur des stents implantés, sous réserve de savoir attendre quelques secondes/minutes avant la mise en place de celui-ci. Enfin, à moyen et long terme, elle permet de prévenir d'éventuelles thromboses ou resténoses, favorisées par le choix d'un stent trop petit dans un contexte spastique.

Une vasodilatation optimale permet enfin de ne pas sous-estimer d'éventuelles branches, initialement considérées à tort comme négligeables.

Malgré ces pré-requis et le développement, depuis 30 ans, des différents traitements anti-agrégants plaquetitaires de plus en plus « agressifs », nous restons exposés à des difficultés de reperfusion coronaire. Des progrès ont cependant été faits, notamment en termes de rapidité d'administration et de possibilités.

En cas de voie orale impossible (sédation etc.), l'administration d'anti P2Y12 par voie veineuse à l'aide du Cangrelor permet une anti-agrégation rapide. L'administration de Ticagrelor par voie sublinguale favorise également une introduction rapide de la thérapeutique. En cas de charge thrombotique majeure, un traitement veineux par antiGpIIb/IIIa (Eptifibatide, Tirofiban) reste disponible et utilisé.

En l'absence de preuve, le monitoring de l'anticoagulation par HNF n'est actuellement pas recommandé de façon systématique (Hemochron, mesure de l'ACT). Il permet cependant d'aider à atteindre une cible thérapeutique adaptée en cas de procédure longue et/ou complexe (cible ACT : 250–350).

La survenue d'un no-reflow après vascularisation reste une situation redoutée. Dans cette situation, l'administration d'adénosine intra-coronaire (dans le cathéter-guide ou à l'aide d'un micro cathéter) est le plus souvent réalisée, sans réel recul ou preuve d'efficacité sur des paramètres cliniques solides. L'administration d'adrénaline à petite dose (100ug) a également été proposée, permettant de s'affranchir des effets secondaires de l'adénosine (hypotension, bradycardie)¹.

Jugée comme indispensable puis remise en cause suite aux résultats décevants de l'étude TOTAL², la thrombo-aspiration, loin d'être nécessaire de façon systématique, reste une technique utile notamment lors de charges thrombotiques majeures. L'utilisation de cathéters de plus gros diamètres (7F voire 8F) permet une amélioration significative de la capacité d'aspiration et de l'efficacité. Pour mémoire, la lumière d'aspiration est multipliée par 2 en passant des cathéters 6F à 8F (Figures 1 et 2).

L'utilisation des micros cathéter mono-lumière peut également apporter un intérêt en cas de procédure complexe. La mise en place de ces cathéters en distalité de l'occlusion permet de vérifier le positionnement dans la vraie lumière (à l'aide d'une injection distale de produit de contraste), d'administrer le traitement vasodilatateur dans la distalité, voire parfois de faciliter le franchissement du site d'occlusion. L'utilisation d'un micro-cathéter double lumière (Fine Duo, TwinPass au Nhancer Rx) voire de micro-cathéters angulés (Supercross ou Venture) peut également être rapportée pour franchir des anatomies particulièrement complexes ou tortueuses.

Outil devenu indispensable avec l'avènement de la voie radiale, l'extension de cathéter-guide (GuideZilla, Telescope...) est également d'une grande aide, notamment afin d'améliorer le support disponible (anomalie l'implantation coronaire par exemple).

De façon plus marginale, certains outils peuvent être utilisés en cas de dissection coronaire spontanée ou d'hématome de paroi occlusif. La priorité reste évidemment donnée au traitement médical et à « l'attentisme ». Cependant, en cas de nécessité impérieuse de proposer une revascularisation, l'utilisation de ballons coupants (type Wolverine, Angiosculpt) en regard de l'hématome ou la pratique de techniques de dissection-re-entrée peuvent permettre de sortir de l'impasse thérapeutique en évitant la diffusion extensive de la dissection.

Pour mémoire, d'autres outils ont un temps été utilisés et seront peut-être amenés à réapparaître :

- stents auto-expansibles type Stentys afin de prévenir les défauts d'apposition après résorption de thrombus,
- stents grillagés type MGuard pour prévenir les embolisations,
- ballons de perfusion type Clearway pour administrer un traitement pharmacologique in situ dans la zone thrombotique...

Cette revue d'outils est forcément restrictive et correspond à une sélection choisie des outils semblant les plus utiles au quotidien. Elle n'exclut évidemment pas les autres possibilités thérapeutiques (par exemple stratégiques type MIMI ou l'utilisation d'imagerie endo-coronaire type IVUS ou OCT).

Références :

[1] K. A. Khan et al., « Comparison of Intracoronary Epinephrine and Adenosine for No-Reflow in Normotensive Patients With Acute Coronary Syndrome (COAR Trial) », *Circ. Cardiovasc. Interv.*, vol. 15, no 2, p. e011408, févr. 2022, doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.121.011408.

[2] S. S. Jolly et al., « Randomized Trial of Primary PCI with or without Routine Manual Thrombectomy », *N. Engl. J. Med.*, vol. 372, no 15, p. 1389-1398, avr. 2015, doi: 10.1056/NEJMoa1415098.

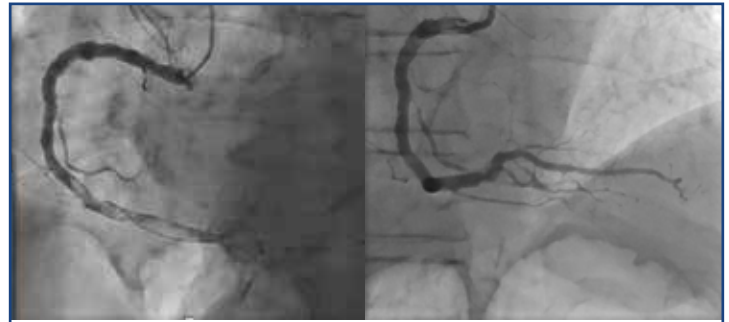


Fig. 1a Fig. 1b

Figure 1a : Occlusion CD distale avec charge thrombotique majeure.

Figure 1b : Succès de reperfusion avec thrombo-aspiration 8F sans angioplastie par ballon ou stent.

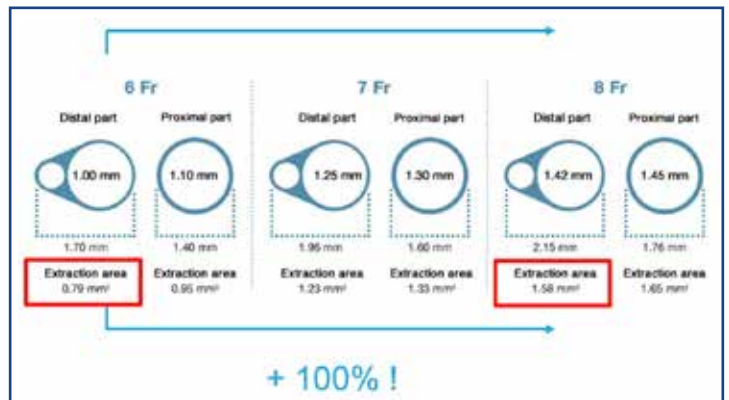



Figure 2 : Lumière interne d'aspiration des cathéters de thrombo-aspiration GuideZilla 6F, 7F et 8F



LIVE WEBINAR

▶ **Le 4 décembre 2023** ◀


à 20h

Suivre la maladie rénale chronique pour renforcer la cardio-néphro-protection

Pr Atul PATHAK

Dr Olivier NALLET

Je m'inscris



*Interview du Dr Radwan HAKIM ¹***LA GESTION DES ANTITHROMBOTIQUES EN CAS DE CHIRURGIE PROGRAMMÉE OU DE CHIRURGIE URGENTE***Réalisée par Dr Alexandru MISCHIE²**1. CH de Chartres. 2. CH de Châteauroux.**Regardez la vidéo !***Dans cet article, le Dr Alexandru MISCHIE interviewe le Dr Radwan HAKIM sur la gestion des antithrombotiques en cas de chirurgie programmée ou de chirurgie urgente****Dr MISCHIE :****Peux-tu nous dire comment gérer les antithrombotiques, qu'il s'agisse des antiagrégants plaquettaire ou des anticoagulants, devant une chirurgie programmée et devant une chirurgie urgente ?****Dr HAKIM :**

Il s'agit d'un sujet complexe mais important. En effet, près de 4 % des patients qui ont eu une angioplastie auront une chirurgie dans l'année. Également, une partie non négligeable de patients sous anticoagulants vont avoir une chirurgie ou une procédure invasive sous traitement. Il faut donc évaluer le risque thrombotique d'une part et le risque hémorragique d'autre part. Le risque thrombotique est essentiellement évalué par le cardiologue. Le risque hémorragique est essentiellement évalué par l'anesthésiste et le chirurgien. Il faut donc que la décision d'arrêter le traitement soit une décision concertée.

En cas de chirurgie programmée chez un patient sous antiagrégant plaquettaire, la question est de savoir la raison de la mise en place de ce traitement. Si le traitement est mis en place en prévention primaire, un arrêt du traitement le temps de la procédure et une reprise ultérieure peut être envisagée.

Chez les patients qui sont porteurs de stents, il faut absolument essayer de garder l'aspirine que le patient a au long cours, sauf si le patient est à très haut risque hémorragique pendant la chirurgie : il faudra à ce moment-là l'arrêter.

Là où cela est plus complexe, c'est lorsque les patients ont une bithérapie antiagrégante plaquettaire parce qu'ils ont été stentés plus au moins récemment.

Ce que l'on sait grâce aux études, c'est que l'on peut raccourcir la bithérapie de façon assez sécuritaire si le risque hémorragique est élevé. Ce que l'on va proposer chez ces patients-là, c'est que si le risque hémorragique est élevé on ne va pas poursuivre la bithérapie mais on va plutôt la raccourcir. Il faut essayer de la raccourcir le moins possible mais on peut aller jusqu'à un mois

chez le patient stable et jusqu'à trois mois chez le patient ayant présenté un syndrome coronarien aigu.

Nous sommes capables de raccourcir la bithérapie de façon programmée avec très peu de risques.

Ensuite pour les anticoagulants, là c'est un petit peu plus compliqué. Le principal message pour les anticoagulants c'est qu'il ne faut pas faire de relais par HBPM ou par héparine non fractionnée parce qu'il y a plus de risques de saignement. Donc si on décide d'interrompre le traitement, on l'interrompt et puis on le reprendra après la chirurgie mais pas de relais sauf dans un cas : celui des patients porteurs de valves mécaniques chez qui le risque thrombotique est très important. Donc là, on va faire un relais, on va arrêter l'anticoagulant et on va le mettre sous-héparine le temps de la chirurgie et on reprendra après.

Dernier point, encore plus complexe, la chirurgie urgente. Si la chirurgie est super urgente, c'est la fameuse emergency des Anglo-Saxons, on va faire les prélèvements et parmi les prélèvements il y aura la concentration plasmatique de l'AOD. Si elle est inférieure à 39 ng/mL, on est plutôt rassuré. Si le patient a pris l'AOD depuis plus de 12 heures on est aussi rassuré, on peut l'opérer. Dans le cas contraire il faudra administrer l'antidote et si on n'a pas l'antidote on administrera des concentrés de complexes prothrombiniques.

Si c'est une urgence relative, on peut essayer de différer de quelques heures le temps que la concentration baisse et opérer le patient en toute sécurité.

Dr MISCHIE :**Et s'il faut antagoniser, quelles sont les solutions ?****Dr HAKIM :**

Pour les anti-agrégants, nous n'avons pas d'antagonistes pour le moment, pour les anticoagulants oui donc pour les AVK, la vitamine K et puis pour les AOD, ça va être l'Idarucizumab pour le dabigatran et l'andexanet pour les xabans.

Dr MISCHIE :**Y-a-t-il des scores que l'on peut utiliser en pratique ?****Dr HAKIM :**

Les scores ont été établis pour les patients à haut risque hémorragique pour savoir s'il faut raccourcir ou pas la bithérapie. Ce ne sont pas des scores qui sont adaptés aux patients qui doivent se faire opérer. Pour le patient qui doit se faire opérer, il faut prendre en compte le risque chirurgical, le risque de saignement au cours de la chirurgie et dans ce cas je pense que l'anesthésiste et les chirurgiens sont les mieux placés. Globalement les chirurgies qui sont à très haut risque sont la chirurgie carcinologique, la chirurgie urologique, les interventions orthopédiques lourdes, la chirurgie vasculaire, mais à ma connaissance il n'y a pas de score dédié aux patients qui doivent être opérés.

EST-CE QUE CETTE TACHYCARDIE VENTRICULAIRE ÉTAIT BÉNIGNE ?

Dr Jérôme TAIEB

1. CH d'Aix-en-Provence.

Le terme tachycardie sans précision désigne toujours une accélération des ventricules. Le terme tachycardie supraventriculaire désigne une accélération de la fréquence ventriculaire induite par une tachycardie à l'étage atrial. La fréquence ventriculaire est limitée par la perméabilité du nœud auriculoventriculaire (NAV). Le terme tachycardie ventriculaire (TV) désigne une accélération de la fréquence ventriculaire comme dans les tachycardies supraventriculaires, mais cette fois le mécanisme responsable de l'accélération (focal, réentrée) se situe dans les ventricules. Il n'existe donc pas de protection possible par le filtre du NAV contre une accélération extrême responsable d'un arrêt circulatoire. C'est le cas dans les tachycardies ventriculaires rapides appelée aussi flutter ventriculaire ou dans les fibrillations ventriculaires.

La notion de bénignité n'est donc pas parfaitement appropriée pour les tachycardies ventriculaires. Cependant, 2 facteurs sont associés à un risque de mauvaise tolérance : La haute fréquence et la sévérité de la cardiopathie. Dans ce cas les recommandations préconisent l'implantation d'un défibrillateur implantable (DAI) en classe IA.

A contrario certaines tachycardies ventriculaires sont bien tolérées et présentent peu de risque de récurrence à fréquence très élevée et surviennent sur un cœur peu ou pas altéré. En outre leur mécanisme est accessible à un traitement curatif par ablation et peut éviter l'implantation d'un défibrillateur implantable en accord avec les recommandations ESC 2022. Nous allons présenter ces tachycardies et examiner leurs mécanismes

TV SUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE : En cas de bonne tolérance et de Fraction d'éjection > 40%, une ablation avec succès peut éviter l'implantation d'un DAI. Elle est préconisée à condition d'être réalisée par une équipe expérimentée en classe II A

TV DE BRANCHE À BRANCHE survient souvent sur cardiomyopathie dilatée avec BAV 1 et Bloc de branche. Cette conduction anormale favorise la réentrée entre les branches droites et gauche. Chaque QRS est précédé par une activation du faisceau de his. L'ablation curative consiste à ablater la branche droite (Figure 1)

TV FOCALE : L'ablation est indiquée en classe IA pour les TV focale qui naissent le plus souvent de la région infundibulaire. Elles surviennent sur cœur sain ou altéré par un mécanisme de cardiomyopathie rythmique ou sur cardiomyopathie dilatée. L'aspect ECG est positif en inférieur et le plus souvent de retard gauche.

TV FASCICULAIRES : L'ablation est indiquée en classe IA pour les TV fasciculaires dont le mécanisme implique une réentrée via le système de Purkinje à gauche. L'aspect est cette fois négatif en inférieur et de retard droit. En attendant l'ablation un traitement médical par vérapamil est efficace.

Ces 2 tachycardies (figure 2) étant accessibles à l'ablation curative peuvent être considérées comme bénignes.

CONCLUSION : une TV est rarement bénigne mais certains mécanismes sont accessibles à un traitement curatif permettant d'éviter l'implantation d'un DAI en prévention secondaire. Il est donc important d'identifier ces mécanismes.

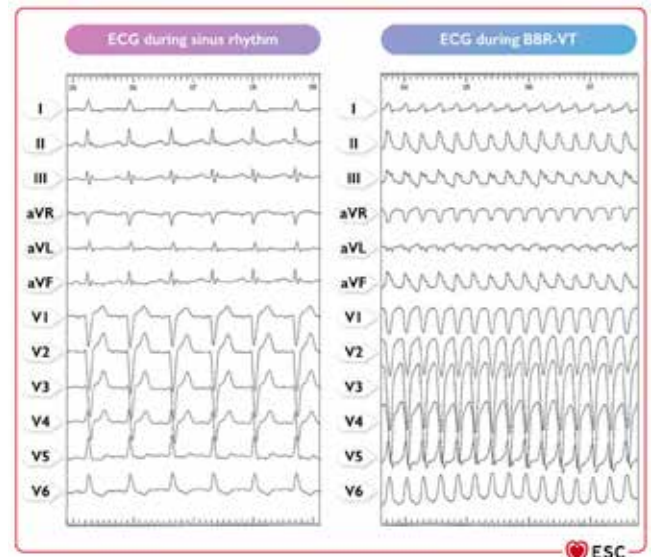


Figure 1 : Rythme sinusal avec troubles conductifs. Tachycardie régulière à QRS large retard gauche

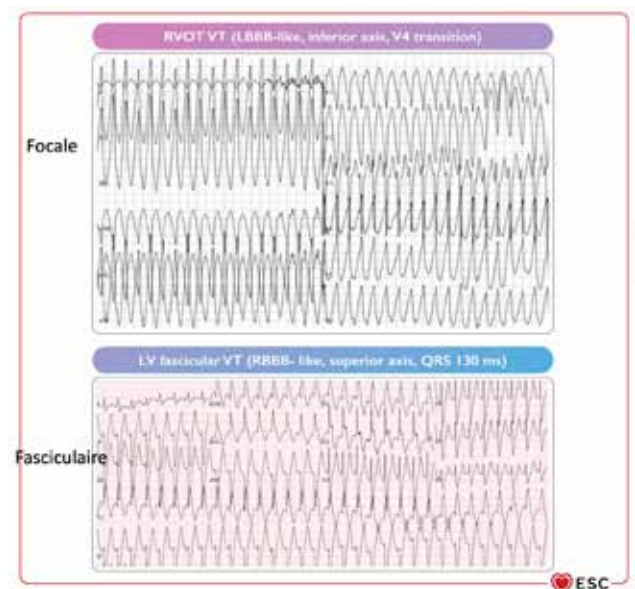


Figure 2: Tachycardie focale infundibulaire (RVOT VT) et tachycardie fasciculaire

Référence:

2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPCC), European Heart Journal, Volume 43, Issue 40, 21 October 2022, Pages 3997–4126, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>

PRISE EN CHARGE DES TACHYCARDIES VENTRICULAIRE EN URGENCE

Pr Frédéric ADNET¹

1. SAMU 75



La prise en charge des tachycardies ventriculaires (TV) en urgence développé dans ce texte s'entend par une prise en charge en dehors d'un service de cardiologie ou de rythmologie où un traitement très spécialisé et spécifique pourrait être mis en œuvre rapidement. L'ensemble de ce texte se base sur les recommandations de l'European Society of Cardiology de 2022.

TACHYCARDIE RÉGULIÈRE À COMPLEXES LARGES MONOMORPHES

MAUVAISE TOLÉRANCE

Devant une tachycardie régulière à complexes larges monomorphe, la probabilité d'une TV est importante et se situe au-delà de 70%. La première étape est d'évaluer sa tolérance. Les signes d'intolérance (collapsus, signes de défaillance cardiaque, douleur thoracique) imposent un choc électrique externe (CEE) rapide après sédation. Actuellement, on utilise un CEE de basse énergie (moins de 120J) en onde biphasique et avec une sédation de type propofol.

BONNE TOLÉRANCE

Une bonne tolérance entraîne un examen clinique plus poussé afin de déterminer la probabilité d'une origine supraventriculaire. Il existe deux terrains distincts qui orientent le praticien. Le sujet âgé de plus de 50 ans avec des antécédents coronariens orientent le diagnostic vers la TV. À l'inverse, le sujet jeune sans antécédent rend probable une origine supraventriculaire. L'examen soigneux de l'ECG en utilisant un score (Tableau 1) ou l'expérience du clinicien permet de suspecter une origine supraventriculaire.

Globalement plus les complexes QRS sont assimilable à la morphologie d'un bloc de branche, plus l'origine supraventriculaire est probable.

7 items, 8 points

1. Initial dominant R wave in V1 (onde R initiale et dominante en V1)
2. Initial r > 40 ms in V1 or V2 (onde r initiale > 40 ms en V1 ou V2 si QRS négatif)
3. Notched S in V1 (crochetage à la descente de l'onde S)
4. Initial R wave in aVR (onde R initiale en VR)
5. Lead II R wave peak time ≥ 50 ms (temps d'inscription de R(S) en DII ≥ 50 ms)
6. Absence of an RS complex in leads V1-V6 (aucun complexe RS en V1-V6)
7. Atrioventricular dissociation* (dissociation AV : 2 points)

0 pt suggère une TSV; 2 pts TV probable; ≥ 3 pts TV certaine

Table 1 : TV score pour différencier une tachycardie ventriculaire d'une tachycardie supraventriculaire

Si une origine supraventriculaire est suspectée, les manœuvres vagales ou l'administration d'ATP est recommandé. Si l'origine ventriculaire est plus probable, les recommandations préconisent un CCE si le risque anesthésique est négligeable ou alors l'administration d'amiodarone en première intention.

Le risque anesthésique peut être évalué par le score ASA (Table 2). Un score de 1 ou 2 représente un faible risque. Après échec de l'administration d'ATP et dans le cas particulier d'un patient jeune et présentant une TV de type fasciculaire, l'administration d'inhibiteur calcique en première intention est préconisée. Si une TV infundibulaire doit pouvoir bénéficier rapidement d'un bêtabloquant non sélectif. Dans les autres cas, en l'absence de risque anesthésique, le CEE est indiqué ou alors l'administration d'amiodarone s'il existe un risque anesthésique.

TACHYCARDIE IRRÉGULIÈRE A COMPLEXE LARGES POLYMORPHES

Deux étiologies sont à évoquer dans cette catégorie. La Torsade de pointe (TdP) et le super-Wolf. D'autres étiologies plus rares ne sont pas à exclure comme la tachycardie ventriculaire catécholergique. La mauvaise tolérance impose le CEE après anesthésie rapide. La TdP nécessite une recharge potassique et l'administration de magnésium avant le résultat du ionogramme sanguin.

ORAGE RYTHMIQUE

Un orage rythmique se définit par l'apparition de plus de 3 arythmies ventriculaires en moins de 24 heures.

PATIENTS PORTEURS D'UN DÉFIBRILLATEUR AUTOMATIQUE IMPLANTABLE (DAI)*Chocs inappropriés.*

Des chocs inappropriés peuvent survenir chez des patients porteurs de DAI. Ce sont essentiellement des accidents de sondes mais aussi la survenue d'une tachycardie supra-ventriculaire (fibrillation atriale ou tachycardie jonctionnelle), d'une tachycardie ventriculaire récurrente. La seule mesure en urgence proposée est de positionner un aimant qui inhibe le DAI en attendant l'expertise du service de rythmologie.

Chocs appropriés

Dans ce cas, une sédation vigile et/ou l'administration de bêtabloqueurs sont recommandés. Le but est de diminuer la stimulation sympathique.

PATIENTS SANS DAI*Tachycardies polymorphes*

La prise en charge dépend essentiellement de l'étiologie. Le chef de file de ces tachycardies polymorphes étant la torsade de pointes, l'administration de magnésium avec recharge potassique est recommandée.


Tachycardies monomorphes

L'amiodarone, les bêtabloqueurs sont recommandés de première intention. En cas d'échec une anesthésie générale avec intubation doit être proposée, et, dans les cas extrêmes, une mise en place d'une assistance circulatoire externe (ECMO) en attendant l'ablation.

Classification du de l'état de santé du patient

Score	État de santé du patient
1	Patient sain, en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
2	Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
3	Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.
4	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)
5	Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale. (« Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention » : source SFAR)
6	Patient en état de mort cérébrale, candidat potentiel au don d'organes (selon critères spécifiques)

Table 2 : Score ASA (American Society of Anesthesiologists) pour quantifier le risque anesthésique.




▶ Le 14 décembre 2023 ◀

à 18h

Insuffisance cardiaque : Exploitez-vous les données des dispositifs implantables ?

Pr Patrick JOURDAIN
Dr Arnaud OLIVIER
Dr Jérôme TAIEB

Je m'inscris



UNE TACHYCARDIE VENTRICULAIRE GRANULOMATEUSE

Floriane GILLES¹ - Alois CASTRO^{1,2} - Sonia MARRAKCHI^{1,3}
Jean-Louis GEORGES¹ - Géraldine GIBAUT-GENTY¹

1. Service de cardiologie, Centre Hospitalier de Versailles, Hôpital André Mignot, Le Chesnay-Rocquencourt, France

2. Service de médecine interne, Centre Hospitalier de Versailles, Hôpital André Mignot, Le Chesnay-Rocquencourt, France

3. Service de rythmologie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, France.

Une patiente de 44 ans est hospitalisée via les urgences pour une récurrence de tachycardie ventriculaire mal tolérée (figure 1).

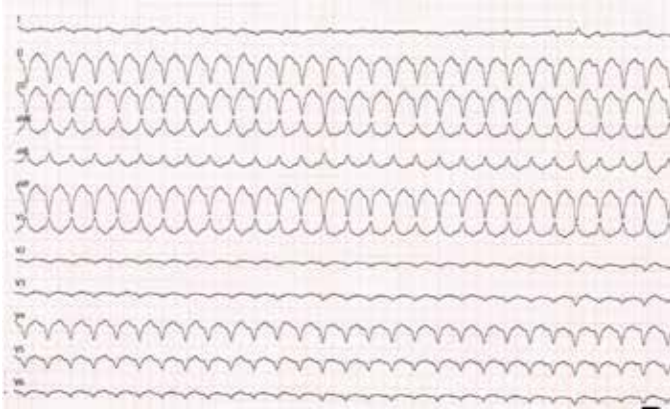


Figure 1

Plusieurs mois auparavant, elle avait été prise en charge pour un premier épisode similaire de tachycardie ventriculaire non soutenue (TVNS), à QRS 160 ms, retard droit axe droit, initialement attribué un à infarctus à coronaires angiographiquement normales (MINOCA) devant une douleur thoracique avec élévation de troponine à 4N, une akinésie apicale à l'échographie, une coronarographie normale, un test au Méthergin à distance négatif, et un réhaussement tardif transmural apical avec petit thrombus intra VG en IRM cardiaque (figure 2). Le bilan de thrombophilie était négatif. Les accès de TVNS étant incessants malgré un traitement anti-arythmique médicamenteux optimal, la patiente avait eu une exploration électrophysiologique et une ablation endocavitaire par radiofréquence sur une zone plutôt épiscopale apicale du ventricule gauche (similitude de 94-98% lors du pacemapping au niveau apical, radiofréquence utilisant une solution halfsaline permettant de créer des lésions profondes transmursales sur un abord endocavitaire) (figure 3).

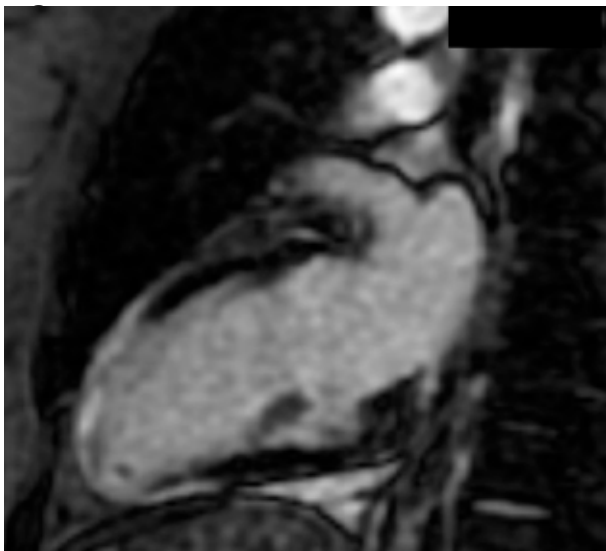


Figure 2

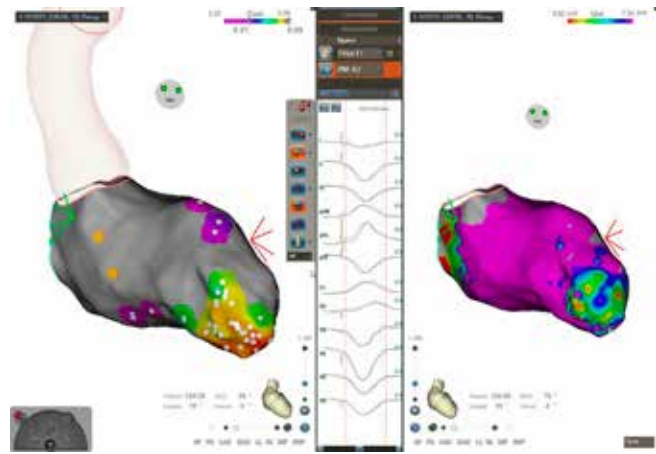


Figure 3

Plusieurs mois après, les accès de TVNS persistent à nouveau malgré une escalade médicamenteuse. Après reprise de l'interrogatoire, la patiente nous informe d'un antécédent d'uvéite antérieure granulomateuse bilatérale à l'âge de 40 ans, dont le bilan étiologique était négatif. Compte-tenu de cet antécédent d'uvéite, le bilan de maladie inflammatoire est repris, à la recherche d'une sarcoïdose cardiaque. Les explorations sont négatives : enzyme de conversion de l'angiotensine normale, scanner thoracique normal, biopsie des glandes salivaires accessoires normale et tomographie par émission de positons (TEP-Scan) montrant une hyperfixation diffuse « patchy », attribuée à une mauvaise préparation. L'examen est renouvelé après une préparation rigoureuse et retrouve le même résultat (figure 4). Les explorations sont complétées par une première biopsie endomyocardique du ventricule droit qui est négative. Une seconde biopsie est réalisée, ventriculaire gauche cette fois et guidée par cartographie endocavitaire, compliquée d'une tamponnade nécessitant un drainage. L'analyse histologique retrouve un myocarde infiltré de granulomes comportant des cellules multinucléées et des lymphocytes sans nécrose, compatible avec une sarcoïdose cardiaque (figure 5). Une nouvelle IRM cardiaque a montré l'extension de l'atteinte sous-épiscopale des parois latérale et inférieure du VG, avec élévation du T1 et du T2. La patiente reçoit un traitement immunosuppresseur par corticoïdes et Methotrexate. Le défibrillateur implantable est refusé par la patiente. L'évolution à deux ans est totalement favorable, sans récurrence de trouble du rythme ventriculaire et avec régression de l'atteinte myocardique en IRM (figure 6) et TEP-scan.

COMMENTAIRE

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse d'étiologie inconnue mais probablement liée à une réponse immunitaire exagérée à un agent pathogène chez des patients génétiquement prédisposés. C'est une pathologie assez rare qui touche surtout les femmes d'origine africaine.

Les séries autopsiques rapportent 25 à 58% d'atteinte cardiaque mais l'atteinte clinique est estimée autour de 5% et est associée à une augmentation de la mortalité. Les principales atteintes cardiaques sont liées à la localisation de l'atteinte et sont représentées par les troubles conductifs et rythmiques, les morts subites et l'insuffisance cardiaque.

Selon les recommandations japonaises, le diagnostic repose sur la présence de 2 critères majeurs ou 1 critère majeur associé à 2 critères mineurs (tableau 1).

Son diagnostic est parfois difficile, comme pour notre patiente en raison de plusieurs éléments trompeurs mais dont certains sont classiques et doivent être connus.

CRITÈRES MAJEURS	CRITÈRES MINEURS
<ul style="list-style-type: none"> - Bloc atrio-ventriculaire - Amincissement du septum interventriculaire basal - Hyperfixation myocardique à la TEP au gallium 67 - FEVG <50% 	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalies ECG : hyperexcitabilité ventriculaire, bloc de branche droit complet, déviation axiale, onde Q - Anomalies échographiques : trouble de la cinétique segmentaire, anévrisme ou amincissement segmentaire ou dilatation ventriculaire - Défaut de perfusion à la scintigraphie au thallium-201 ou technetium-99 - IRM : Réhaussement tardif myocardique - Biopsie myocardique : Fibrose interstitielle ou infiltration monocytaire

Tableau 1. Recommandations japonaises pour le diagnostic de sarcoïdose cardiaque : 2 critères majeurs ou 1 critère majeur associé à 2 critères mineurs.

L'ÉCHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE peut être normale surtout si le patient est asymptomatique. En phase aiguë, il peut exister un épaississement myocardique secondaire à l'œdème. En phase chronique, il peut être mis en évidence une dilatation VG, une altération de la fonction VG ou VD, un amincissement du septum basal (< 7 mm) avec akinésie en regard, des troubles de cinétique segmentaire voir des zones anévrismales, en général localisées au segment inféro-latéral.

L'IRM CARDIAQUE met en évidence un réhaussement tardif focal intramural ou sous-épicaudique, touchant le plus souvent les parois septale et latérale. Mais la présence d'un réhaussement tardif sous endocardique voir transmural a également été décrite, et peut orienter faussement vers une origine ischémique. La présence d'œdème est mise en évidence que les séquences pondérées T2 (T2 STIR ou T2 mapping) et permet de différencier un processus actif d'une séquelle fibrotique.

LE TEP-SCANNER, réalisé après une préparation rigoureuse et un régime strict (riche en graisse et pauvre en sucre) et utilisant un traceur radioactif (18-FDG ou Gallium 67) met en évidence une fixation focale ou patchy. L'atteinte diffuse est aspécifique. Une hyperfixation du ventricule droit est associée à un plus mauvais pronostic.

Enfin, le diagnostic histologique est essentiel afin de débiter un traitement immunosuppresseur qui sera parfois poursuivi à long terme.

Concernant le traitement cardiologique, en cas de dysfonction VG, le traitement est comparable à celui de toute insuffisance cardiaque avec altération de la FEVG et suit les recommandations de l'ESC 2022 : ARA2 ou IEC ou ARNi, bêta-bloquant, anti-aldostérone et inhibiteur du SGLT2 en association. Les recommandations européennes actuelles préconisent l'implantation d'un défibrillateur en prévention secondaire chez les patients avec sarcoïdose cardiaque et ayant présenté un épisode de tachycardie ventriculaire soutenue ou arrêt cardiaque récupéré (classe I), en prévention primaire si FEVG < 35 % (classe I), si nécessité de stimulation ventriculaire dans le cadre de troubles conductifs de haut grade (classe IIa), si FEVG entre 35 et 50 % avec présence de rehaussement tardif persistant après traitement immunosuppresseur (classe IIa) ou si FEVG entre 35 et 50 % avec tachycardie ventriculaire monomorphe soutenue inductible par stimulation ventriculaire programmée (classe IIa). L'ablation endocavitaires dans un centre spécialisé en cas de troubles du rythme ventriculaire récurrents résistants au traitement antiarythmique est une recommandation de classe IIb.

EN CONCLUSION, la sarcoïdose cardiaque est une pathologie inflammatoire granulomateuse rare dont le diagnostic est parfois difficile, surtout quand elle n'est pas associée à une atteinte extra-cardiaque. L'imagerie multimodale est essentielle et la preuve histologique indispensable afin de confirmer le diagnostic et débiter un traitement spécifique pour prévenir les risques de troubles du rythme ou de la conduction, d'insuffisance cardiaque et de mort subite.

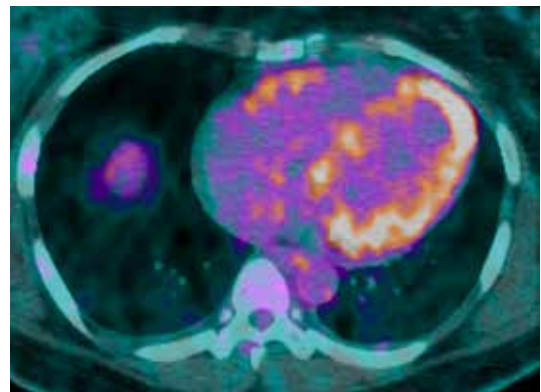


Figure 4

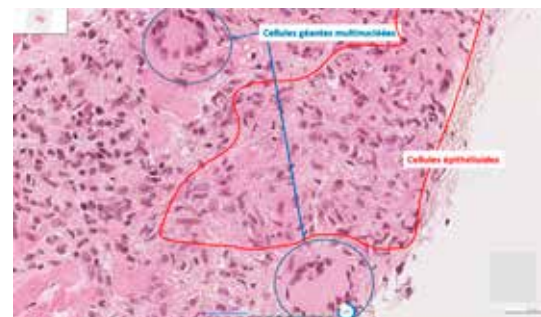


Figure 5

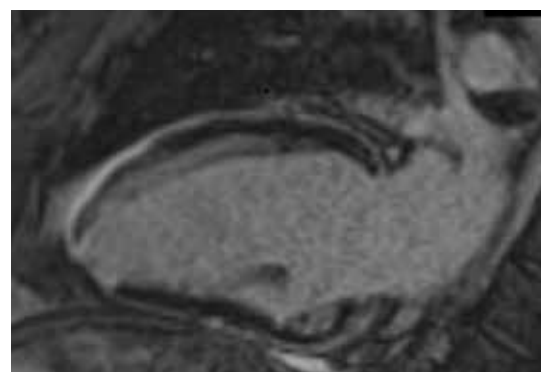


Figure 6

ABLATION DE TACHYCARDIE VENTRICULAIRE

TOUT CE QUE LE CARDIOLOGUE DOIT SAVOIR

Dr Clément BARS¹

1. Cardiologue-Rythmologue - Marseille.

Les premières ablations de TV, assez anecdotiques initialement, remontent aux années 70 et étaient essentiellement réalisées chirurgicalement avec une morbidité importante.

Les premières fulgurations des années 80 ont laissé place aux ablations endocavitaires dans les années 90 avec les premières descriptions électrophysiologiques des circuits de réentrées et des isthmes critiques (W Stevenson, Circulation 1993).

Les différentes approches (mapping des circuits de TV, ablation linéaires, potentiels anormaux « LAVA », bas voltage) ainsi que l'amélioration des résultats et la réduction des complications ont été rendues possibles en grande partie grâce aux avancées technologiques (qualité des signaux, modélisation 3D, efficacité de l'ablation, guidage par imagerie,...).

De nombreuses maladies sont pourvoyeuses de TV spécifiques (maladie de Chagas, Sarcoidose, cardiomyopathie hypertrophique, TV polymorphes, cardiopathies congénitales) et nécessiteront une prise en charge spécialisée en centre expert. Dans l'autre grande majorité des cas, il s'agira de TV sur cardiopathie structurale (cardiomyopathie dilatée ou cardiopathie ischémique) ou de TV idiopathique.

Dans le cas de la TV idiopathique infundibulaire droite, les résultats de l'ablation sont suffisamment bons pour que les dernières recommandations de l'ESC de 2022 la recommandent avec un niveau IB. Il est cependant difficile de prévoir parfois l'origine droite ou gauche avant l'ablation, malgré certains algorithmes ECG, et dans ce cas là (origine chambre de chasse aortique), le niveau de recommandation baisse à IIa C compte tenu d'un taux de succès plus faible et de complications plus importantes.

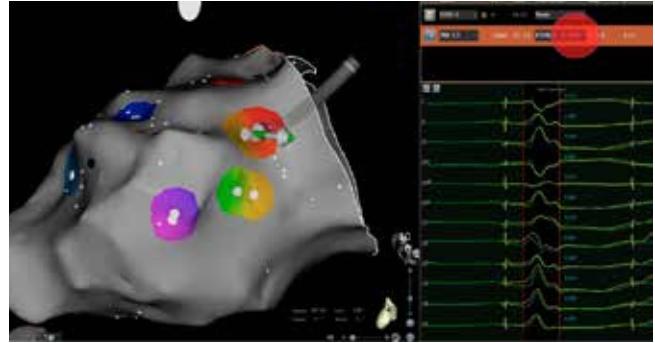
Dans le cas des TV sur cardiopathie, le mécanisme physiopathologique principal est celui d'une réentrée, un circuit autour d'une zone de cicatrice, fibrose, graisse.

Ce circuit est souvent en trois dimensions et explique que certaines TV nécessitent un abord conjoint endocardique et épicaudique. Là encore, certaines caractéristiques de l'ECG de surface en TV peuvent indiquer la probabilité d'une localisation intra-myocardique/épicaudique, essentiellement un caractère empâté du QRS avec une pseudo-onde delta.

D'un point de vue pratique, deux possibilités s'offrent à l'opérateur pour ablater une TV : mapping et ablation en TV avec ciblage de la conduction lente/isthme critique (après protocole d'induction le plus souvent), si la TV est bien tolérée sur le plan hémodynamique.

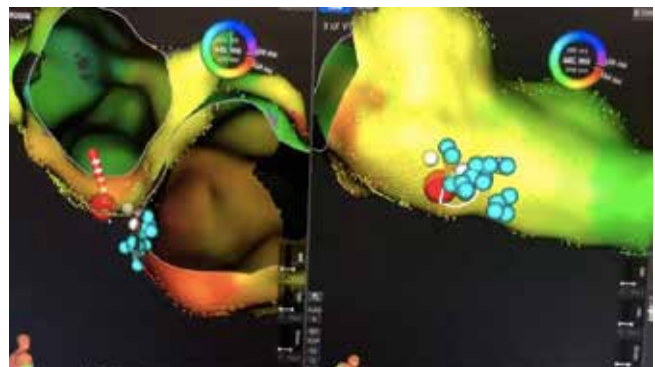
Sinon on procède à une ablation en sinusal du substrat pathologique préalablement mappé :

-si on a pu enregistrer la TV en début de procédure : topostimulation pour reproduire la même morphologie de QRS que le point de sortie de la TV, avec pourcentage de concordance se rapprochant le plus possible de 100%.



- ciblage des Local Abnormal Ventricular Activity (LAVA) : potentiels souvent fragmentés, sharp dans ou après le ventriculogramme endocavitare. Le taux de succès est d'autant meilleur qu'on élimine la totalité du substrat arythmogène pathologique.

Certaines localisations nécessitent parfois des approches spécifiques notamment les TV septales profondes (alcoolisation de l'artère septale cible, ablation simultanée des deux côtés septaux, ablation sur aiguille intra myocardique).



Aiguille d'ablation intra-myocardique

Par ailleurs, citons l'existence de la radiothérapie stéréotaxique « non invasive », qui après repérage de la zone cible par imagerie (zones cicatricielles), permet de délivrer de la radiothérapie avec une très grande précision avec de bons résultats « rythmiques », à confirmer car les séries sont de faibles effectifs avec des patients à espérance de vie limitée.

Concernant les recommandations, rappelons le haut niveau de recommandation pour les TV sur cardiopathie ischémique (classe I chez des patients déjà sous Cordarone, IIa sous Béta-bloquants ou Sotalol), l'absence de bénéfice démontré en terme de mortalité totale mais un bénéfice certain sur les hospitalisations, les thérapies de défibrillateur, la qualité de vie et enfin la question de l'ablation en première intention après un choc de DAI chez un patient sans anti-arythmiques qui sera abordée avec les résultats de l'étude VANISH2 en 2024.

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

 **TWICOR**
Rosuvastatine/Ezétimibe

**Puissant. Simple.
Détonnant.**



 **TWICOR**
Rosuvastatine/Ezétimibe

2 qui font fort

TWICOR® 20 mg/10 mg et TWICOR® 10 mg/10 mg sont indiqués dans le traitement de l'hypercholestérolémie primaire, en complément d'un régime alimentaire, chez les patients adultes convenablement contrôlés, en substitution des deux composants pris séparément de façon concomitante aux mêmes doses que dans l'association fixe.

Traitement de seconde intention.



Remboursement Séc. Soc. à 65% - Collect. Liste I
Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet: <http://basedonneespublique.medicaments.gouv.fr>

Viatris Médical, 1 bis place de La Défense - Tour Trinity,
92400 Courbevoie - RCS Nanterre 443 747 977


VIATRIS

Nouveau

Télesurveillance de l'insuffisance cardiaque



Cœur de Mireille, Auj. 12:20 :



Optified-Self

Télesurveillance de l'insuffisance cardiaque

La télésurveillance "Opti soins" pour leur cœur



COMPLÉT

Dispositifs connectés*
+30 variables surveillables



SIMPLE

Accessibilité web et mobile
Alertes qualifiées



PERSONNALISABLE

Adaptable à la pratique
Coordination des soins



FIABLE

10 ans d'expérience
Conformité HDS et RGPD**

* Applications web et mobile, balance connectée, tensiomètre connecté

** HDS : Hébergeurs Données de Santé, RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Optified-Self est un dispositif médical de classe I dédié à
la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque et **éligible au programme ETAPES**

bey's
The wise side of data

VIATRIS

Viatrix Médical, 1 bis place de La Défense - Tour Trinity,
92400 Courbevoie - RCS Nanterre 443 747 977

*Interview du Pr Alain COHEN SOLAL ¹***SUPLÉMENTATION MARTIALE ET INSUFFISANCE CARDIAQUE : QUOI DE NEUF APRÈS L'ESC ?**
Réalisée par Dr Walid AMARA ²

1. Hôpital Lariboisière - Paris. 2. Président du CNCH, CH de Montfermeil.



*Regardez
la vidéo !*



Cette année 2023 aura été riche de publications et recommandations à propos de la supplémentation martiale dans l'insuffisance cardiaque systolique. Etude HEART FID, méta-analyse et puis recommandations. Nous faisons le point avec le Pr Alain COHEN-SOLAL.

Dr AMARA :

Il y a eu récemment la publication de l'étude HEART-FID dans le New England Journal of Medicine. Elle n'a pas retrouvé de bénéfice significatif de la supplémentation martiale. Comment as-tu interprété ce résultat ?

Pr COHEN-SOLAL :

Ce travail montre que, chez des patients ambulatoires tels que recrutés dans HEART-FID, le traitement par voie intraveineuse avec du fer injectable n'a pas d'effet sur la morbi-mortalité. Je rappelle que les études précédentes avaient montré un bénéfice sur la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

Dr AMARA :

Le résultat de HEART-FID nous a un peu surpris. Quelles sont les explications que tu vois à la négativité de HEART-FID versus la positivité des précédentes études ?

Pr COHEN-SOLAL :

Il y a plusieurs explications possibles.

- La première est que la population de l'étude HEART FID avait un niveau de risque plus faible et notamment avait une mortalité plus faible qu'attendue. Cela pourrait être expliqué en partie par le fait que les patients étaient mieux traités. La morbi-mortalité du groupe placebo était plus faible qu'attendue. On sait que moins l'insuffisance cardiaque est sévère, plus le bénéfice est difficile à montrer.
- Deuxièmement, il y avait une carence martiale chez ces patients qui était plus faible que dans les études précédentes. Si on prend le taux de de saturation de la transfér-

rine, il est plus élevé dans l'étude HEART FID que dans les études précédentes. Donc, on a une population qui est moins sévère parce que mieux traitée.

- Troisièmement, on a une population complètement ambulatoire et pas hospitalisée, ce qui est différent de l'étude AFFIRM HF.

Dr AMARA :

Les deux précédentes études randomisées avaient montré un bénéfice sur la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Si on combine tout ça dans une méta-analyse, ça donne quoi ?

Pr COHEN-SOLAL :

Absolument, d'ailleurs le même jour de la présentation d'AFFIRM HF, est parue online une méta-analyse du groupe du Pr PONIKOWSKI. Ils ont repris les grands essais dans l'insuffisance cardiaque avec le carboxymaltose ferrique, Ils ont inclus HEART FID, mais aussi AFFIRM HF et CONFIRM HF. Les études ont inclus des patients avec insuffisance cardiaque systolique (sachant que la FEVG pouvait aller jusqu'à 50 % dans HEART FID).

Les auteurs ont retrouvé un bénéfice sur le critère « hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou décès cardiovasculaires » de 13 % et du critère « hospitalisations pour motif cardiovasculaires ou décès cardiovasculaires » de 14 %, qui étaient les critères primaires de jugement. Il n'y a pas eu de baisse significative de la mortalité.

« Les auteurs ont retrouvé un bénéfice sur le critère hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou décès cardiovasculaires de 13 % et du critères hospitalisations pour motif cardiovasculaires ou décès cardiovasculaires de 14 %, qui étaient les critères primaires de jugement. Il n'y a pas eu de baisse significative de la mortalité »

Dr AMARA :

En pratique, quelles sont aujourd'hui les indications de la supplémentation martiale pour le cardiologue ?

Pr COHEN-SOLAL :

Le cardiologue doit penser d'abord à faire un bilan martial à tout insuffisant cardiaque à FEVG basse, et ça c'est une recommandation de type I.

« Il faut faire un bilan martial à tout insuffisant cardiaque à FEVG basse, c'est une recommandation de type I »

Lorsqu'il existe une carence martiale définie par les critères ESC, c'est-à-dire une ferritine < 100 ng/mL ou un coefficient de saturation de la transferrine < 20 %, ou les deux, il y a clairement une indication à traiter par du fer intraveineux pour améliorer les symptômes et la qualité de vie avec une indication de classe I, et pour une réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque (avec une indication de classe IIa).

« Lorsqu'il existe une carence martiale définie par les critères ESC, c'est-à-dire une ferritine < 100 ng/mL ou un coefficient de saturation de la transferrine < 20 %, ou les 2. Il y a clairement une indication à traiter par du fer intraveineux pour améliorer les symptômes et la qualité de vie avec une indication de classe I une réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque avec une indication de classe IIa »

Les recommandations insistent également sur le fait que lorsque cette carence martiale est détectée, non pas chez des patients ambulatoires, mais chez des patients récemment hospitalisés pour décompensation cardiaque, le fer injectable durant la phase d'hospitalisation est associé à un bénéfice encore plus important que chez les patients ambulatoires avec FEVG réduite.

Donc, on a une indication chaque fois qu'on a une carence martiale avec FEVG abaissée < 40 - 45 % pour les patients en ambulatoire et < 50 % pour les patients de AFFIRM HF, qui était quand même une étude je pense très importante, parce qu'elle montre une prévalence importante de la carence martiale chez les patients décompensés : on passe de 40 à 50 % chez les patients ambulatoires à 70 à 80 % chez les patients récemment hospitalisés. Si on traite les patients dès l'hospitalisation, on a un bénéfice sur la morbi-mortalité dans AFFIRM HF qui est du même ordre que celui observé dans beaucoup d'études réalisées avec d'autres médicaments prestigieux tels que la sacubitril valsartan ou les inhibiteurs de SGLT2.

Dr AMARA :

Quand faire l'injection ?

Pr COHEN-SOLAL :

Elle est souvent faite en hôpital de jour, mais c'est beaucoup plus simple si le patient est décompensé et qu'il a une carence martiale de profiter du séjour hospitalier et de la voie veineuse pour le supplémenter.

Dr AMARA :

Quand répétez-vous le bilan ?

Pr COHEN-SOLAL :

C'est une très bonne question, nous n'avons pas de réponse scientifique à la question. Nous dirons que c'est un petit peu comme l'ionogramme sanguin, ça dépend un peu de la gravité de l'insuffisant cardiaque. En tous cas, on ne fait pas de nouveau bilan avant le 3^e mois après la 1^{ere} injection de fer. Donc, je dirais deux ou trois fois par an chez les patients les plus sévères. Chez les patients peu sévères, peut-être une fois par an pourrait suffire.

Dr AMARA :

Merci beaucoup pour cette belle synthèse concernant la prise en charge martiale de nos insuffisants cardiaques.

Références :

Mentz RJ, Garg J, Rockhold FW, Butler J, et al. N Engl J Med. 2023 Sep 14;389(11):975-986.

Ponikowski P, Mentz RJ, Hernandez AF, et al. Eur Heart J. 2023 Aug 26;ehad586. doi: 10.1093/eurheartj/ehad586.

McDonagh TA, et al. Eur Heart J. 2023 Oct 1;44(37):3627-3639.

Avec le soutien institutionnel **CSL Vifor**

Cet article a pour objectif de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche ; les données présentées peuvent être susceptibles de ne pas être validées par les Autorités de santé.

Le laboratoire CSL Vifor n'est pas intervenu dans le choix et la rédaction du contenu scientifique. Le contenu scientifique a été réalisé sous la seule et entière responsabilité des auteurs et du directeur de la publication, qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Interview du Dr Grégory PERRARD¹

DU NOUVEAU POUR LA TÉLÉSURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Réalisée par Dr Walid AMARA²

1. Bailleul. 2. Président du CNCH, CH de Montfermeil.



Regardez
la vidéo !



qu'il y a un petit peu plus de consultations, un peu plus de dispositifs, un peu plus de traitements, mais par contre, le coût hospitalier reste le même.

Il y a également une petite augmentation du nombre des hospitalisations, mais il s'agit d'hospitalisations mieux organisées, programmées. Car on arrive à démontrer que l'on diminue significativement les passages aux urgences non justifiés. On arrive à démontrer également que l'on diminue le nombre de passages aux urgences avant une hospitalisation en cardiologie.

Depuis l'ESC, les données de la télésurveillance s'accroissent, et cela dans le contexte en France du passage dans le droit commun. Le Dr Gregory PERRARD, cardiologue et co-fondateur de l'entreprise Newcard, a accepté de répondre aux questions de CardioH à propos des nouveautés de la télésurveillance.

Dr AMARA :

Le domaine de la télésurveillance est un domaine concurrentiel où les entreprises françaises sont très présentes, et cocorico, au Congrès de l'ESC avec votre solution, vous avez présenté une étude intéressante que j'aimerais bien que vous nous résumiez.

Dr PERRARD :

Ce qui est très important, c'est que la télésurveillance a débuté en France en 2017 dans le cadre du programme ETAPES que tout le monde connaît bien, et qu'il n'y avait jamais eu jusqu'à maintenant des preuves cliniques robustes de l'efficacité, de ce qui était fait dans le cadre du programme ETAPES. On fait partie des toutes premières solutions à avoir travaillé dans le cadre du programme ETAPES et cela nous permet d'avoir pas mal de patients à analyser. On a présenté à l'occasion du congrès de l'ESC les résultats de l'étude New TS3. C'est une étude robuste avec 1 000 patients suivis par notre système, comparés à 3 000 patients issus du SNDS, la base de données de santé de l'assurance maladie. L'analyse a été faite entre 2017 et 2020 et ce qui est très intéressant, c'est que l'on montre un gain en mortalité totale, pas en mortalité cardio-vasculaire mais vraiment en mortalité totale, ce qui est quand même un impact vraiment intéressant.

« La télésurveillance de l'insuffisance cardiaque a montré un impact sur la mortalité totale »

Cela se fait au prix d'une petite augmentation du coût des soins, mais des soins de ville exclusivement. C'est-à-dire

Au total, on diminue la mortalité totale au prix d'un petit peu plus de soins de ville. C'est le prix à payer pour une baisse de mortalité qui est de 23 %, ce qui est quand même quelque chose d'important si on se compare aux résultats des grandes études. Avec les médicaments, la baisse de mortalité tourne toujours aux alentours de 20%. Notre solution de télésurveillance a des résultats de même rang, simplement avec une meilleure organisation du parcours de soins, au prix d'un petit peu plus d'hospitalisations, mais avec une meilleure organisation des soins puisqu'il y a moins de passages par les urgences et donc une meilleure planification des hospitalisations des patients.

Dr AMARA :

La télésurveillance est remboursée, aujourd'hui, hors ETAPES, on est rentré dans le droit commun et maintenant il y a un remboursement de la prise en charge de la télésurveillance comme est remboursé n'importe quel médicament, d'ailleurs. On peut prescrire la télésurveillance. Pouvez-vous expliquer finalement, si je suis un cardiologue qui ne fait pas de télésurveillance, comment je démarre et comment je fais ?

Dr PERRARD :

Les critères sont simples : il faut un patient qui est en ALD pour son insuffisance cardiaque, ça c'est évidemment la base, et derrière les critères sont on ne peut plus simples. D'un côté, tout patient hospitalisé pour une poussée d'insuffisance cardiaque peut avoir de la télésurveillance pendant 12 mois, ça ce sont les patients qui vont être plutôt récupérés effectivement dans les hôpitaux à la suite d'une décompensation. De l'autre côté, en consultation, on peut inclure les patients insuffisants cardiaque qui ont une dyspnée stade 2 ou plus de la NYHA et un BNP supérieur à 100 pg/mL ou un NTproBNP supérieur à 1000 pg/ml. Ce sont des prescriptions qui sont valables pour 6 mois et qui doivent être renouvelés tous les 6 mois.

« On peut prescrire la télésurveillance à tout patient hospitalisé pour une poussée d'insuffisance cardiaque dans les 12 mois précédents ou en ambulatoire, pour les patients insuffisants cardiaques qui ont une dyspnée supérieure ou égale au stade 2 de la NYHA avec un BNP supérieur à 100 pg/mL ou un NTproBNP supérieur à 1000 pg/mL »

Après, évidemment, il y a le choix de l'opérateur. Nous avons fait en sorte que l'inclusion soit la plus simple possible pour les cardiologues et qu'ensuite le suivi soit à la fois le plus simple pour le patient. Un des éléments montré également dans l'étude, c'est que l'on a une excellente observance. On a des patients qui prennent leur mesure de poids tous les 1,5 jours, or on sait que l'observance est un élément extrêmement important dans le succès de la télésurveillance. Nous avons un système qui est extrêmement simple pour le patient, avec une part technologique vraiment simple à appréhender par le patient, mais également une équipe infirmière qui s'occupe du lien avec le patient, du préfiltrage technique des alertes, donc vraiment un système qui se veut vraiment le plus simple possible d'utilisation pour pouvoir être diffusé le plus largement possible. Un autre élément qui était très innovant dans notre étude est qu'il n'y avait aucune sélection de centre, c'est-à-dire que l'on a pris absolument tous les patients éligibles, tous les centres éligibles et donc on avait des médecins libéraux, des CHU, des CH, donc vraiment une large diffusion. Les résultats de New TS3 sont véritablement des résultats que l'on peut extrapoler dans la vraie vie des insuffisants cardiaques répondant aux critères d'inclusion à la télésurveillance en France.

Dr AMARA :

Est-ce que vous avez d'autres perspectives d'étude que vous envisagez ou qui sont en cours et avez-vous des données que vous envisagez de présenter prochainement ?

Dr PERRARD :

Un des éléments extrêmement importants également de l'année 2023, c'est l'étude STRONG-HF, qui est une étude initiée et réalisée par des cardiologues français. On sait que les « quatre fantastiques » sont les traitements à introduire chez les patients, mais on n'avait pas trop de données sur la manière de le faire. STRONG-HF a démontré qu'il y avait un véritable intérêt à mettre ces quatre traitements à leur dose maximale sur une période de 6 semaines. Eh bien, je pense qu'à peu près personne n'est capable de le faire en consultation directe avec le patient, revoir le patient toutes les semaines, six fois de suite. Et puisque presque personne n'en est capable, c'est une nouvelle opportunité très intéressante pour la télésurveillance. Parce qu'avec la télésurveillance, on est capable de le faire dans notre système, on a la tension, on a la fréquence cardiaque, on aura très bientôt la biologie directement intégrée dans le système, qui nous permet d'adapter parfaitement le traitement des patients et donc de respecter le schéma STRONG-HF like qui est aujourd'hui la référence reconnue par les recommandations de l'ESC. Donc ça, je pense que c'est véritablement une voie dans laquelle doit aller la télésurveillance. C'est ce que nous allons essayer de proposer au plus grand nombre de patients insuffisants cardiaques, d'avoir une incrémentation thérapeutique telle qu'elle est recommandée dans STRONG-HF.

Dr AMARA :

Ce que j'aime bien, c'est qu'effectivement on fait la preuve de l'efficacité des solutions et on publie ces résultats, on les présente et donc scientifiquement c'est solide.

Grégory merci beaucoup d'avoir été avec moi aujourd'hui, je pense que cela a permis de clarifier un certain nombre de messages pour tout le monde.

Avec le soutien institutionnel





**LIVE
WEBINAR**

► **Le 21 décembre 2023** ◀
à 18h

**Accompagnement des patients IC
en France**

Pr Eloi MARIJON

Dr Jean-Michel TARTIERE

Je m'inscris



Interview du Dr Géraldine GIBAUT-GENTY¹

LE CNCH AUTOUR DES TERRITOIRES

Réalisée par Dr Alexandru MISCHIE²

1. CH de Versailles. 2. CH de Châteauroux.



Regardez
la vidéo !



Dans cette interview, le Dr Mischie reçoit le Dr Géraldine GIBAUT-GENTY, cardiologue au CH de Versailles.

Dr MISCHIE :

Bonjour je suis le Dr Alexandru MISCHIE, rédacteur en chef de notre revue Cardio H, j'ai le plaisir d'avoir avec nous aujourd'hui le Dr GIBAUT-GENTY Chef de service de l'hôpital de Versailles et qui va nous parler de l'organisation territoriale et locale pour notre série d'interview le CNCH autour des territoires.

Comment êtes-vous organisés ?

Combien de places d'hospitalisation avez-vous ?

Combien de PH ? Combien d'internes ? Quelles sont les premières difficultés que vous rencontrez depuis 1 an ? Les solutions ?

Dr GIBAUT-GENTY :

Le service comporte théoriquement 56 lits plus 6 fauteuils d'ambulatorie. Ces 56 lits se composent d'une unité de soins intensifs de cardiologie de 12 lits, d'une unité d'hôpital de semaine qui comportait 8 lits puis une unité de 24 lits d'hospitalisation conventionnelle ainsi qu'une unité d'hospitalisation conventionnelle, adossée à l'hôpital de semaine de 12 lits.

Malheureusement après la crise covid suivie d'une crise des ressources humaines, nous avons dû fermer une partie des lits d'hospitalisation conventionnelle, donc 10 lits sont fermés depuis le mois de mai 2022. J'ai peu d'espoir que ces lits ré-ouvrent, et nous avons donc décidé d'augmenter notre capacité d'hôpital de semaine. Actuellement on oscille entre 10 et 12 lits d'hôpital de semaine versus 8 avant la crise covid.

Nous sommes 10 PH plein temps, 4 assistants dont certains sont en passe de devenir PH, avec un poste d'assistant partagé avec le service d'accueil des urgences, d'autres ont un

poste partagé avec la Pitié-Salpêtrière, et enfin certains assurent des vacations au sein du GHT (CH de RAMBOUILLET, activité imagerie et rythmologie ou encore CH de Plaisir) ou encore l'hôpital de Plaisir. Nous avons la chance d'avoir aussi 2 docteurs junior qui sont très impliqués dans le service et 6 postes d'interne dont 2 phases socle, enfin l'équipe est complétée par environ 85 personnels paramédicaux et 4 cadres ou faisant en fonction de cadre.

Tu m'avais parlé de difficultés... Nous avons connu bien sûr la crise covid, la crise des vocations paramédicales, mais ce qui nous a impacté très récemment c'est surtout la cyber attaque survenue début décembre 2022 et qui a évidemment eu un retentissement majeur à la fois sur les équipes mais bien sûr sur l'activité avec un surcroît de travail « administratif ».

Dr MISCHIE :

Comment vous êtes-vous organisés dans la région ? Est-ce que ton hôpital fait partie d'un GHT ? Quels sont les bénéfices et surtout les difficultés ?

Dr GIBAUT-GENTY :

Alors effectivement notre hôpital est un hôpital support qui fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire du 78 sud et qui s'étend de Versailles jusqu'à Rambouillet (l'extrémité sud du département) et inclut différents établissements, MCO, SSR et EHPAD. Bien avant la création du GHT Yvelines sud, nous avons été précurseurs avec la création de conventions et de coopération avec l'hôpital de Rambouillet, puisque depuis très longtemps nous avons un poste médical partagé pour l'imagerie, un accueil de la cardiologie interventionnelle de l'hôpital de Rambouillet, et une convention pour le transfert des patients urgents, notamment pour les prises en charge d'infarctus aigus. C'était donc un partenariat avant d'être un GHT et la création du GHT a simplement permis de renforcer ce lien. On partage des postes avec l'hôpital de Rambouillet, à la fois praticiens hospitaliers de Rambouillet qui viennent faire les coronarographies au CH de Versailles, mais aussi les rythmologues du CHV qui interviennent sur 3 sites et ont réussi à proposer un parcours de soins gradué entre Rambouillet (mise en place de PM simples), Versailles (niveau B bientôt, on l'espère !) et La Pitié Salpêtrière (Niveau C).

Dr MISCHIE :

Parfait donc cela ne fonctionne pas trop mal...

Dr GIBAUT-GENTY :

Cela fonctionne, l'équilibre reste fragile et on peut encore s'améliorer en fluidifiant les parcours, en maintenant un partenariat et une confiance fortes, en proposant des schémas de soins originaux. Je viens de prendre la chefferie de service et donc on essaye avec l'équipe de partager

des staffs en Visio, d'échanger sur des projets communs, et pas uniquement sur des transferts de malades. Il s'agit d'un partenariat gagnant-gagnant, qui sera intéressant.

Dr MISCHIE :

Alors quels sont les projets à court et moyen termes que tu vas envisager et mettre en place ?

Dr GIBAUT-GENTY :

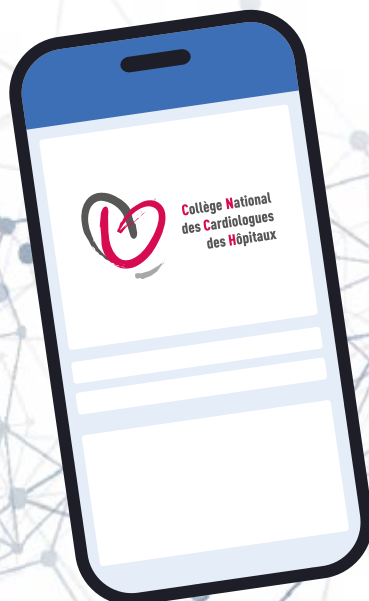
Nous avons l'ambition de créer une troisième salle de coronarographie, un plateau technique interventionnel qui va comporter une salle mixte ouverte aux radiologues interventionnels, à la thrombectomie, puisqu'il y a un projet transversal avec la neurologie et l'USINV. Cette troisième salle sera au cœur du projet avec obtention nécessaire de l'agrément pour activité rythmologique de niveau B.

«Le cahier des charges de cette troisième salle sera innovant car je compte bien en faire un modèle de salle « écoresponsable » puisque nous le savons tous les établissements de santé n'en sont pas des modèles, loin s'en faut !»

En attendant cette 3^{ème} salle, et pour absorber l'activité de rythmologie sur les deux salles actuelles et qui tournent sans arrêt, il faut pouvoir à la fois élargir les plages horaires. Cette troisième salle doit être adossée également à la création d'un accueil plus large ambulatoire mais également un accueil circuit court dans l'esprit de l'UCASAR de la Pitié Salpêtrière (nous avons déjà 6 fauteuils d'ambulatoire), pour pouvoir répondre à une demande importante du territoire pour des consultations rapides ou des consultations post-urgence. Cela devrait permettre aussi de désengorger à la fois l'activité des urgences et améliorer les délais de consultation sur le département y compris sur Versailles.

RETROUVEZ LE CNCH SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Toutes les actualités, événements sont au rendez-vous au quotidien



3 500
Abonnés

Youtube



11 000
Followers

Facebook



Twitter



LinkedIn

GARDEZ LE CONTACT !

PROPOSITION DE LOI VISANT A AMELIORER L'ACCES AUX SOINS PAR L'ENGAGEMENT TERRITORIAL DES PROFESSIONNELS ⁽¹⁾

Dr Michel HANSEN¹

1. CH d'Haguenau, Past-Président CNCH



La PPL VALLETOUX a été votée par la Chambre des Députés, en première lecture, le 16/06/23. Cette loi a été transférée au Sénat mais ne sera pas débattu avant début octobre (en regard des élections sénatoriales du 24 septembre). Il est donc évident que les éléments rapportés ci-dessous devront être confirmés par le texte final éventuellement issu de la Commission Paritaire.

L'article 1 ouvre la possibilité de réinterroger les délimitations actuelles des territoires de santé par les acteurs du territoire eux-mêmes, en lien avec l'ARS, selon des frontières cohérentes. Ceci ouvre la voie à une facilitation du redécoupage des GHT. A noter que le contenu et les modalités des demandes de constitution d'un nouveau GHT, impliquant une révision des périmètres des groupements constitués, devront être pris dans un décret en Conseil d'Etat (2).

L'article 3 évoque les CPTS mais reste basé sur le volontariat des professionnels.

L'article 6 propose de créer un droit d'option pour doter de la personnalité morale les GHT. On peut observer que ce qui est aujourd'hui un droit d'option peut devenir rapidement une obligation : à la création des GHT en 2016, il existait un droit d'option entre Collège Médical et Commission Médicale de Groupement et on en connaît l'évolution.

A noter qu'un article proposait l'automatisme d'un passage en direction commune sur l'établissement support du GHT dès qu'une chefferie d'un établissement parti du GHT se libérait. Cet article a fait l'objet d'un vote négatif de l'Assemblée (jusqu'à quand ?).

L'article 9 concerne les PADHUE : il instaure une procédure dérogatoire et transitoire permettant de justifier l'exercice de la profession.

L'article 4 porte sur la PDSES, sujet sensible qui mérite un développement.

F. VALLETOUX « plante » le décor (3) soulignant que cette permanence est portée à 90% par les hôpitaux publics et par le privé à but non lucratif ; l'idée étant de rétablir un peu l'équilibre et de faire plus participer les cliniques ; « ce qui est compliqué, c'est qu'il y a dans certains contrats des clauses qui stipulent que les praticiens ne veulent pas participer à la permanence des soins, la loi ayant pour but de changer cela ».

S'inscrivant dans la suite de la loi « RIST » de mai 2023, qui institue le principe d'une responsabilité collective de participation à la permanence des soins, un amendement est déposé permettant de solliciter tout établissement de santé et les professionnels qui y exercent (4).

Mais surtout, aucune mesure coercitive (5) et on mise sur l'engagement territorial des acteurs, synonyme de responsabilité et donc le volontariat ; il faut « mettre les gens autour de la table et pouvoir discuter ensemble » (6) .. Bon courage à tous.

D'autre part, il est dans certains cas prévu un pilotage de la PDSES par l'établissement support de chaque GHT afin d'organiser et de mettre en œuvre celle-ci. Il faut, à cette occasion, rappeler que les GHT n'impliquent que les établissements de santé strictement publics (7) et qu'il faudra donc des modifications réglementaires qui ne paraissent de loin pas si faciles !

De façon curieuse le rapport de l'IGAS sur la permanence des soins en établissement de santé n'a été rendu public que début juillet donc postérieurement à l'adoption de la loi en première lecture. Il est précisé que « la mission a dû tenir compte dans l'organisation de ses travaux de plusieurs problématiques fortes, dont l'absence de cadrage budgétaire à priori des mesures susceptibles d'être financées dans les suites de la mission alors que les attentes exprimées sont importantes ». Il est également observé que :

- la diminution du nombre de lits touche de manière importante les capacités d'accueil en aval des urgences ce qui pèse sur le fonctionnement de la PDSES au travers des refus de transferts,

- qu'il existe une forte ambivalence vis-à-vis de dispositifs revendiqués en même temps que stigmatisés pour les contraintes qu'il impose. Si les représentants du secteur privé s'estiment ainsi traités de façon inégalitaire, pointant des doctrines de financements défavorables, nombre de praticiens libéraux ne sont pas demandeurs d'y participer, certains ayant quitté le secteur public notamment pour échapper à cette charge.

L'IGAS émet 34 recommandations pour mieux répartir et valoriser l'activité (8).

Il faudra aussi garder à l'esprit que les députés ont rejeté tous les amendements portant sur des mesures de régulation à l'installation mais retenu un amendement pour le bonheur de certains, repoussant de façon pérenne l'âge limite de départ à la retraite des médecins salariés en Cumul Emploi-Retraite de 72 à 75 ans ; soyons patient, les 80 sont à l'horizon ! (9)

Références :

(1) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1175_proposition-loi

(2) APM NEWS, Dépêche 16 juin 2023

(3) HOSPIMEDIA, 9 juin 2023

(4) APM NEWS, Dépêche 9 juin 2023

(5) APM NEWS, Dépêche 13 juin 2023

(6) APM NEWS, Dépêche 16 juin 2023

(7) APM NEWS, Dépêche 10 juillet 2023

(8) APM NEWS, Dépêche 10 juillet 2023

(9) APM NEWS, Dépêche 15 juin 2023

(10) <https://www.senat.fr/petite-loi-ameli/2023-2024/49.html>

Addendum (novembre 2023) :

Le Sénat a modifié, en première lecture, la proposition de loi. Comme cela avait été pressenti, il a amendé tous les articles faisant référence à une coercition engageant la permanence des soins. Vu les positions de notre Ministre, il paraîtrait très étonnant qu'il y ait un changement lors de la commission paritaire. Le point d'équilibre évoqué dans la PPL Valletoux n'est donc plus à l'ordre du jour, merci pour l'hôpital public !! (10)

LE POUVOIR DU

n

=4,579 PATIENTS
HBR

DAPT COURTE DES RÉSULTATS SANS PRÉCÉDENT.



- Une DAPT d'1 mois après l'implantation d'un stent actif Ultimaster™ n'accroît pas le risque d'accident ischémique et réduit le risque hémorragique¹
- Population HBR, toutes catégories confondues, incluant les syndromes coronariens aigus et les angioplasties complexes
- Permet de réduire la durée de la DAPT à 1 mois chez les patients HBR traités avec le stent actif Ultimaster™*

PUSHING BOUNDARIES



¹ Dual Antiplatelet Therapy after PCI in Patients at High Bleeding Risk. Valgimigli M et al. N Engl J Med. 2021;385:1643-1655

* L'étude MASTER DAPT a inclus des patients à haut risque hémorragique ayant subi l'implantation d'un stent Ultimaster™. Les résultats de cette étude pourraient ne pas être extrapolés aux patients n'étant pas à haut risque hémorragique ou ayant reçu d'autres types de stent.

HBR: haut risque hémorragique/high bleeding risk ; DAPT: bithérapie antiplaquettaire/dual antiplatelet therapy; ICP: Intervention coronarienne percutanée/percutaneous coronary intervention; DES : stent actif/drug-eluting stent Pushing Boundaries: Repousser les frontières

L'étude MASTER DAPT est sponsorisée par l'European Cardiovascular Research Institute (ECRI, Rotterdam, Pays-Bas) et financée à l'aide d'une subvention de recherche limitée de la part de Terumo Europe. Ultimaster™ Tansei™ et Ultimaster™ DES ne sont pas commercialisés dans tous les pays. Veuillez contacter les délégués commerciaux locaux Terumo pour plus d'informations.

Ultimaster™ et Ultimaster™ Tansei, endoprothèses coronaires à libération de sirolimus, sont des dispositifs médicaux de classe III (CE0482) incorporant une substance médicamenteuse fabriqués par Terumo Europe N.V, Belgique. Ultimaster™ et Ultimaster™ Tansei sont exclusivement réservées aux professionnels de santé et indiquées pour améliorer la perfusion au niveau du myocarde chez les patients atteints de lésions sténotiques des artères coronaires. Ultimaster™ Tansei fait l'objet d'une prise en charge au titre III de la liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale sous les codes : Ultimaster™ Tansei™ Ø2,25mm, code LPP : 3159907, Ultimaster™ Tansei™ Ø 2,50mm, code LPP : 314840, Ultimaster™ Tansei™ Ø 2,75mm, code LPP : 3153856, Ultimaster™ Tansei™, Ø 3,00mm, code LPP : 3129728, Ultimaster™ Tansei™ Ø 3,50mm, code LPP : 3163398, Ultimaster™ Tansei™ Ø 4,00mm, code LPP : 3199580.

La prise en charge est assurée dans le cadre de l'insuffisance coronaire imputable à une ou des lésion(s) de novo d'une artère coronaire native de plus de 2,25 mm de diamètre dans toutes les situations de la maladie coronaire (maladie stable, SCA). Dans les situations particulières suivantes après discussion médico-chirurgicale (au minimum un cardiologue interventionnel, un chirurgien cardiaque et, au mieux, le cardiologue référent et un anesthésiste) des alternatives de revascularisation : Lésions pluritronculaires de novo d'artères coronaires natives de plus de 2,25 mm de diamètre lorsque la revascularisation complète par angioplastie est possible : score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (évalué selon les co-morbidités associées). / Sténose du tronc commun non protégé dans certains cas où l'angioplastie pourra être envisagée notamment si score de complexité anatomique (SYNTAX) faible ou risque chirurgical élevé (en fonction des co-morbidités associées). / Occlusion coronaire totale de plus de 72h. / Resténose intrastent clinique (réapparition des symptômes ischémiques conduisant à une nouvelle revascularisation de l'artère) pour un 1er stent implanté au niveau du site lésionnel.

Lire attentivement la notice avant toute utilisation

Date de révision le 25 novembre 2021.

LE GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est un outil de la coopération sanitaire. Il peut être de moyens ou avoir le statut d'établissement de santé. Il peut relever du droit public ou du droit privé. Il peut être constitué avec ou sans capital. Il dispose de la personnalité juridique, et il sera toujours à but non lucratif.

GCS DE MOYEN OU GCS-ES

La chirurgie cardiaque et l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie sont des activités de soins. La réforme des autorisations des activités de soins prévoit ainsi de nouvelles dispositions pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie (décret du 16 mars 2022, n°2022-380), entrées en vigueur au 1er juin 2023.

Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres et il peut, notamment, exploiter les autorisations détenues par ses membres, mais sur un site unique (article L.6133-1, 4° du code de la santé publique). Il peut encore permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé, les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

Il devient établissement de santé lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, avec les droits et obligations afférents (article L.6133-7 du CSP).

Autrement dit, c'est la titularité de l'autorisation qui conditionne la forme du groupement. Ainsi, un CGS de moyen peut être constitué entre un centre hospitalier et un médecin libéral pour pratiquer la cardiologie interventionnelle (CE, 2 mars 2020, Conseil national de l'Ordre des médecins, n° 418219) ; il peut encore s'agir de regrouper les activités de cardiologie interventionnelle avec une clinique.

GCS DE DROIT PUBLIC OU GCS DE DROIT PRIVÉ

Un GCS de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral. Des personnes physiques ou morales exerçant une profession libérale de santé autre que médicale et d'autres organismes concourant à l'activité du groupement peuvent être membres de ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Mais s'il exploite les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, seuls les établissements de santé, les hôpitaux des armées et les personnes physiques ou morales mentionnées à l'article L. 6122-3 peuvent en être membres.

Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral. Ainsi, il sera obligatoirement public dès que des professionnels de santé libéraux en feront partie, qu'il s'agisse de personnes physiques (médecins libéraux par exemple) ou morales (société d'exercice libéral par exemple).

A contrario, il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé.

Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive. Autrement dit, quand il n'est pas exclusivement composé d'établissements publics ou privés, ou quand ses membres ne sont pas des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral, le choix repose sur les membres. À noter que la référence aux apports ou aux participations aux charges de fonctionnement, introduite par la loi HPST, a disparu depuis 2011.

Dès lors, ce sont les membres du groupement qui déterminent sa nature juridique.

Le régime de droit privé impose ainsi un commissaire aux comptes, alors que le régime de droit public soumet le GCS aux règles de la comptabilité publique avec agent comptable.

Lorsque le GCS a la qualité d'établissement de santé, parce qu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé (article L.6133-7 du CSP).

S'il est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, à ceci près que les fonctions d'administrateur seront exercées en sus des fonctions du directeur et que la composition du conseil de surveillance est spécifique.

Par ailleurs, le statut de droit privé n'exclut pas forcément l'application du code de la commande publique ; autrement dit, un GCS de droit privé peut y être soumis en tant que pouvoir adjudicateur lorsqu'il a été créé « pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial » et dès que l'une des conditions suivantes est remplie : l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur, la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur, l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur (article L.1211-1 du code de la commande publique).

CONSULTER LES INSTANCES POUR CONSTITUER UN GCS

Le projet d'établissement définit la politique de l'établissement en matière d'actions de coopération (article L.6143-2 du CSP) et le conseil de surveillance de l'établissement public de santé délibère sur ce projet d'établissement. Dès lors, le directeur ne peut ignorer le conseil de surveillance.

En outre, le directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Enfin, la commission médicale d'établissement est consultée sur les projets de délibération qui incluent le projet d'établissement (article R.6144-1 du CSP).

Et d'ailleurs, le directeur peut proposer au directeur général de l'ARS, et en concertation avec le directoire, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues par le code de la santé publique et notamment d'un GCS.

Le directeur général de l'ARS peut également être à l'origine du GCS. En effet, et car il coordonne l'évolution du système hospitalier, il peut demander à des établissements publics de santé de créer un groupement de coopération sanitaire et sa demande est alors transmise au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés, en apportant toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins (article L.6131-2 du CSP).

En résumé, les instances d'un établissement public de santé sont nécessairement consultées et informées de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire.

LA CONVENTION CONSTITUTIVE, LE SOCLE DU GCS

La convention constitutive doit faire l'objet d'une extrême attention et le code de la santé publique énumère un certain nombre de mentions qu'elle doit « notamment » comporter :

- 1° Le siège du groupement et sa dénomination ;
- 2° L'objet du groupement et la répartition des activités entre le groupement et ses membres ;
- 3° L'identité de ses membres et leur qualité ;
- 4° La nature juridique du groupement ;
- 5° La durée du groupement et lorsque le groupement détient une autorisation d'activité de soins, sa durée doit être au moins égale à la durée de l'autorisation. A défaut, il est constitué pour une durée indéterminée ;
- 6° Les règles de détermination de la participation de ses membres à ses charges de fonctionnement ainsi que, sous réserve de la situation prévue au troisième alinéa de l'article R. 6133-3, leurs modalités de révision annuelle compte tenu des charges réellement constatées au titre de l'année précédente dans le cadre de la préparation du projet du budget prévisionnel ou de l'état des prévisions des dépenses et des recettes selon la nature juridique du groupement. Ce point est crucial.
- 7° Les droits des membres ainsi que les règles de leur détermination ; les droits des membres sont définis à proportion de leurs apports au capital ou, à défaut de capital, de leurs participations aux charges de fonctionnement. Mais, ce n'est pas ce critère qui va qualifier le groupement de public ou privé ;
- 8° Les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes ;
- 9° Les modalités de représentation de chacun de ses membres au sein de l'assemblée générale ;
- 10° Le cas échéant, son capital sous forme de dotation financière ou de biens mobiliers ou immobiliers ; pour rappel, les propriétés qui relèvent du domaine public des établissements publics de santé et de structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique sont inaliénables et imprescriptibles.
- 11° Le régime budgétaire et comptable applicable au groupement ; à compter du 1er janvier 2024 (mais les groupements concernés peuvent décider de les mettre en œuvre par anticipation pour l'exercice 2023), les GCS sont soumis au titre Ier du décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. L'agent comptable est nommé par le préfet du département où siège le groupement et sa rémunération fixée par l'organe délibérant du groupement.

12° Les modalités de mise à disposition de biens mobiliers ou immobiliers ;

12° bis Les modalités de mise à disposition des personnels par les membres et, le cas échéant, les conditions de recrutement des personnels propres par le groupement et le régime de droit public ou de droit privé qui leur est applicable ;

13° Les hypothèses et les règles de dissolution du groupement ainsi que les modalités de dévolution des biens. Par exemple, la dissolution du groupement peut intervenir du fait du retrait des membres aboutissant à ce qu'il ne reste plus qu'un seul membre ou plus d'établissement de santé. En outre, et si le GCS ne comporte que deux membres, il faudra prêter une attention particulière au devenir des autorisations détenues ; on peut, par exemple, prévoir que la dévolution de l'autorisation est décidée par l'assemblée générale et doit être approuvée par l'ARS (en ce sens : CAA de Douai, 16 mai 2023, SCM CHIN et autres, n°21DA02106).

14° Les conditions d'intervention des personnes physiques ou morales exerçant une activité médicale à titre libéral et des personnels médicaux et non médicaux des établissements, des hôpitaux des armées, des autres éléments du service de santé des armées ou centres de santé membres et, le cas échéant, pour chaque activité de soins, les modalités de suivi de l'activité des professionnels médicaux libéraux ainsi que le nombre maximum de périodes de permanence de soins assurées par les médecins libéraux en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 6133-6 ;

15° Les règles d'adhésion, de retrait et d'exclusion des membres, ainsi que les modalités selon lesquelles est entendu le représentant du membre à l'égard duquel une mesure d'exclusion est envisagée. Le préavis est a minima de 6 mois, il n'est donc pas interdit de retenir une durée plus longue ;

16° Les modalités d'élection de l'administrateur et de son suppléant, les règles d'administration et d'organisation interne du groupement incluant, le cas échéant, la création d'un comité restreint ;

17° La répartition des compétences entre l'assemblée générale, l'administrateur et, le cas échéant, le comité restreint ;

18° Les conditions de la liquidation amiable du groupement et de la désignation d'un ou plusieurs liquidateurs.

L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DU GROUPEMENT

Que le GCS soit de moyens ou établissement de santé, il est constitué d'une assemblée générale qui peut élire en son sein un comité restreint, et d'un administrateur (et son suppléant).

Pour le GCS de moyens, l'administrateur est élu par l'assemblée générale en son sein (parmi les personnes physiques ou les représentants des personnes morales, membres du groupement). Il représente le groupement en justice et dans tous les actes de la vie civile et engage le GCS dans les rapports avec les tiers. À partir du 1er janvier 2024, l'agent comptable assistera à l'assemblée générale du groupement.

Pour le GCS-ES, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent. Ainsi, les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur d'établissement et le conseil de surveillance est composé de 15 membres : cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, cinq représentants du personnel médical et non médical du groupement de coopération sanitaire érigé en établissement public de santé, dont trois désignés par le comité social d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement et cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers (relevant des associations d'usagers, au sens de l'article L.1114-1 du CSP), désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

S'agissant des personnels, ils peuvent être mis à dispositions ou recrutés directement par le groupement. Les personnels mis à disposition par les établissements membres restent régis, selon le cas, par leur contrat de travail, les conventions ou accords collectifs qui leur sont applicables ou leur statut. S'il s'agit de personnels médicaux, le raisonnement est identique. Lorsque le groupement est l'employeur, il respecte le cadre public si son statut est public, et particulièrement le décret du 6 février 1991 pour recruter des personnels contractuels non médicaux, ou le code de la santé publique pour les personnels médicaux contractuels.

Isabelle FILIPPI, juriste, formatrice GROUPE LEH



ZOLL LifeVest®

WEARIT FRANCE

- Registre prospectif et rétrospectif national
- 1 157 patients équipés d'un Gilet Défibrillateur Portable LifeVest

L'utilisation de la LifeVest est associée positivement avec des bénéfices en termes de santé^{1a} et de mode de vie^{1b}

> 85 % des patients LifeVest® prennent leur état plus au sérieux et suivent mieux les recommandations de leur médecin^{1c}



Scannez le QR code pour accéder à la publication complète



1 Garcia R, et al. Wearable cardioverter defibrillator in patients with a transient risk of sudden cardiac death: the WEARIT-France cohort study, EP Europace, Volume 23, Issue 1, January 2021, Pages 73-81, <https://doi.org/10.1093/europace/evaa268>. Registre prospectif et rétrospectif (1157 patients).

a Abstract, paragraphe "Methods and results" : Au total, 18 participants (1,6 %) ont reçu au moins un choc approprié et 8 patients ont reçu une thérapie inappropriée (0,7 %).

b Paragraphe "Adherence to wearable cardioverter-defibrillator and impact on perceived health status" : "De manière générale, l'utilisation de la LifeVest était associée positivement avec des bénéfices en termes de santé et de mode de vie (Figure 3)".

c Un questionnaire pour évaluer l'acceptabilité de la LifeVest a été envoyé aux patients enrôlés prospectivement. Une échelle de Likert à 5 points a été utilisée pour évaluer l'assentiment des patients sur 9 éléments liés à leur utilisation du Gilet Défibrillateur Portable (N = 202). Plus de 85% des patients étaient d'accord avec les affirmations suivantes : "Je suis mieux les recommandations de mon médecin concernant mon mode de vie" et "porter la LifeVest me fait prendre conscience de la gravité de mon état" (Figure 3).

LifeVest® est un défibrillateur portable, dispositif médical de classe III, (CE0123), fabriqué par ZOLL Manufacturing Corp., indiqué pour le traitement des patients adultes à risque d'arrêt cardiaque soudain, et couvert par la sécurité sociale si prescrit par des centres autorisés dans les conditions et pour les indications médicales détaillées sous le code LPPR 1112161. Veuillez lire attentivement les indications, contre-indications, avertissements et instructions d'usage disponibles sur le site suivant : lifevest.zoll.com/mdr. Date d'édition : 14 septembre 2021.

ZOLL Medical France SNC
RCS : Versailles B 439 907 692
Siège social : Parc d'Affaires Val St Quentin –
Bat D, 2 Rue René Caudron,
78960 Voisins-le-Bretonneux

COVERAM

1 comprimé par jour Périndopril arginine - Amlodipine

Traitement de l'HTA essentielle, en substitution, chez les patients déjà contrôlés avec périndopril et amlodipine pris simultanément à la même posologie.

Prix aligné sur le prix des génériques depuis le 15 janvier 2020

Cosimpriel®

Fumarate de
1^{re} association fixe **BISOPROLOL PÉRINDOPRIL***
arginine

Traitement de l'hypertension artérielle, en traitement de substitution, chez les patients adultes déjà contrôlés par périndopril et bisoprolol pris simultanément aux mêmes posologies. Il est recommandé de proposer des mesures hygiéno-diététiques à tous les patients hypertendus dès le diagnostic d'hypertension artérielle.

Si un traitement pharmacologique doit être débuté, privilégier une monothérapie par diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, bloqueur du système rénine angiotensine. Les bêtabloquants peuvent être utilisés comme antihypertenseurs mais ils semblent moins protecteurs que les autres classes thérapeutiques vis-à-vis du risque d'accident vasculaire cérébral. En cas de non contrôle après 1 mois, privilégier une bithérapie associant 2 produits parmi les 3 classes bloqueur du système rénine angiotensine, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique, et en cas d'inefficacité, d'autres bithérapies peuvent être proposées. Si l'objectif tensionnel n'est toujours pas atteint, la trithérapie comportera idéalement l'association bloqueur du système rénine angiotensine, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique, sauf indication préférentielle d'une autre classe thérapeutique, en cas de mauvaise tolérance et/ou de comorbidités, le choix préférentiel pour les patients coronariens étant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion / bêtabloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (sinon antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II) / bêtabloquants (ayant cette indication) / diurétiques thiazidiques pour les insuffisants cardiaques¹.

*AMM en date du 06 septembre 2016 pour
COSIMPREL 5mg/5mg et en date du 11 août 2016 pour
COSIMPREL 5mg/10mg, COSIMPREL 10mg/5mg
et COSIMPREL 10mg/10mg



lots de cyan - Crédits photos © Getty Image : Kirillm.

Bipreterax® 10/2,5

PÉRINDOPRIL Arginine 10 mg + INDAPAMIDE 2,5 mg


Traitement de l'HTA essentielle, en substitution, chez les patients déjà contrôlés par périndopril et indapamide pris simultanément à la même posologie.

Prix aligné sur le prix des génériques depuis le 15 janvier 2020

NATRIXAM®

Indapamide 1.5 / Amlodipine 5, 10

Traitement de l'hypertension artérielle essentielle, en traitement de substitution, chez des patients déjà contrôlés avec indapamide et amlodipine pris simultanément à la même posologie.

 IL EST RECOMMANDÉ DE PROPOSER DES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES À TOUS LES PATIENTS HYPERTENDUS DÈS LE DIAGNOSTIC D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. LISTE I / AGRÉÉS COLLECTIVITÉS. REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE 65 %.



COVERAM COSIMPREL BIPRETERAX 10/2,5 NATRIXAM

Pour une information complète, consultez les Résumés des Caractéristiques des Produits sur la base de données publique du médicament en flashant ces QR Codes ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

23 PC 0817 IF - 09/2022 -
Visa n° 22/10/64441025/PM/002.

SERVIER

¹ Fiche mémo HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Septembre 2016.