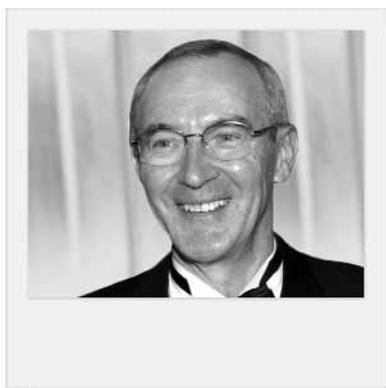


Grandes recommandations de l'année : quoi de neuf ?



→ J.P. BASSAND

Département de Cardiologie, EA3920, Université Hôpital Jean Minjoz, BESANÇON.

En 2009, la Société Européenne de Cardiologie (ESC) a publié quatre documents majeurs et l'American College of Cardiology – American Heart Association (ACC-AHA) deux mises à jour importantes. Il faut souligner que la présentation des recommandations de la Société Européenne de Cardiologie a été modifiée et uniformisée de sorte que les documents sont devenus particulièrement agréables à lire. En outre, les documents sont résumés sous forme de ce qu'il est convenu d'appeler des "pocket guidelines".

Sans manifester de chauvinisme européen excessif, il faut admettre que les documents de l'ACC/AHA sont d'une lecture fastidieuse. La présentation des recommandations est tout sauf

"user-friendly". Elles sont présentées en fonction du niveau de recommandations et non pas en fonction du geste ou de la thérapeutique considérés. Enfin, la pression des autorités de santé est désormais telle aux Etats-Unis que les documents de l'ACC/AHA se terminent par plusieurs tableaux décrivant les relations avec l'industrie des différents auteurs, relecteurs et membres du comité de coordination.

Il est aussi important de souligner que les Français se sont graduellement impliqués dans l'écriture des recommandations ESC. Alec Vahanian préside le Comité de coordination (Practice Guidelines Committee) depuis 4 ans déjà. En outre, les groupes de travail ESC en charge de la rédaction des recommandations comportent au moins un Français dans le comité de rédaction et dans le comité de relecture. Un des documents ESC a été présidé par un Français (endocardite bactérienne).

Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie

1. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des syncopes

Ce document a été développé en collaboration avec la filiale arythmies (*European Heart Rhythm Association, EHRA*) et la filiale insuffisance cardiaque (*Heart Failure Association*) de la

Société Européenne de Cardiologie, mais également avec la Société Américaine d'Arythmie (*Heart Rhythm Society*).

Il a, en outre, été endossé par la Société Européenne de Médecine d'Urgence (*European Society of Emergency Medicine*), par la Fédération Européenne de Médecine Interne (*European Federation of Internal Medicine, EFIM*), la Société Européenne de Gériatrie (*European Union Geriatric Medicine Society*), la Société Américaine de Gériatrie (*American Geriatric Society*) et la Société Européenne de Neurologie (*European Neurological Society*).

Les premières recommandations sur les syncopes ont été publiées par la Société Européenne de Cardiologie en 2001 et renouvelées en 2004. Le nouveau document met l'accent sur un nouveau concept selon lequel il y a deux raisons distinctes d'évaluer les malades avec syncope, la première étant d'identifier la nature du trouble et la deuxième d'évaluer le risque spécifique pour le patient, qui dépend principalement de la cause de la syncope plutôt que de son mécanisme.

Ce document s'adresse à tous les médecins, pas seulement les cardiologues, puisqu'il y a beaucoup de disciplines concernées par le diagnostic et la prise en charge de la syncope, et en particulier les disciplines d'urgence, la neurologie et bien sûr la gériatrie pour ne citer qu'elles.

Les changements les plus importants ont intéressé :

- la classification des syncopes, en élargissant le champ d'investigation aux pertes de connaissance transitoires (lipothymies),
- les nouvelles données épidémiologiques.
- les nouvelles approches diagnostiques focalisées sur la stratification du risque de mort subite et d'événements cardiovasculaires pouvant survenir après la première évaluation,
- une mise au point sur le rôle diagnostique du monitoring prolongé par rapport à la démarche diagnostique conventionnelle,
- bien entendu, une mise à jour sur les traitements.

La nouvelle classification retient les syncopes réflexes (vaso-vagale, situationnelle – miction, repas, douleur... – , syncopes liées à la stimulation du sinus carotidien, et les syncopes de forme atypique sans mécanisme déclencheur apparent). Dans la seconde catégorie, on trouve les syncopes liées à une hypotension orthostatique observée dans les dysautonomies primaires ou secondaires, les syncopes induites par les médicaments hypotenseurs, les toxiques, les vasodilatateurs, ainsi que les syncopes liées à une déplétion volumique. Enfin, le troisième type est la syncope dite cardiaque, survenant par arythmie (bradyarythmie ou tachyarythmie), les syncopes liées à des anomalies structurelles, telles que valvulopathie, infarctus, embolie pulmonaire... et enfin, les syncopes induites par les médicaments, en particulier torsade de pointe.

L'évaluation initiale et la démarche diagnostique secondaire sont particulièrement bien documentées et claires. La stratification du risque est certainement un élément déterminant de la prise en charge. Enfin, le traitement est basé sur l'identification de la cause

de la syncope et sur la présence éventuelle d'anomalie structurelle.

Les syncopes observées dans les populations spéciales, sujet âgé, pédiatrie, syncopes survenant au volant font l'objet d'un chapitre séparé.

La dernière partie du document est peut-être la plus importante. Elle présente les aspects organisationnels du diagnostic et de la prise en charge des syncopes, symptôme qui entraîne un très grand nombre d'hospitalisations dans les Services d'urgence.

2. Recommandations pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'endocardite infectieuse

Ce document a été endossé par la Société Européenne de Microbiologie Clinique et de Maladies Infectieuses (*European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*) et par la Société Internationale de Chimiothérapie pour les Infections et le Cancer (*International Society of Chemotherapy for Infection and Cancer*). La précédente version des recommandations pour l'endocardite bactérienne datait de 2004. Dans l'intervalle, de très grands changements aussi bien dans la prévention, dans la présentation clinique que dans la prise en charge de l'endocardite bactérienne ont rendu cette mise à jour nécessaire. Le constat est que la fréquence et la mortalité de la maladie n'ont pas diminué dans les 30 dernières années.

L'endocardite bactérienne se présente sous des formes très variables, dépendant de la manifestation clinique initiale, de la cardiopathie sur laquelle elle se développe et du micro-organisme responsable de la pathologie, ainsi que des complications éventuelles et des caractéristiques de base du patient. La prise en charge doit être multidisciplinaire. Une collaboration active s'im-

pose entre médecins et cardiologues, chirurgiens, microbiologistes et spécialistes des maladies infectieuses, sachant que l'intervention d'autres disciplines peut s'avérer nécessaire. Enfin, il faut comprendre que les essais randomisés sont rares dans l'endocardite bactérienne et que la plupart des recommandations sont basées sur des consensus et des opinions d'experts.

Bien sûr, la controverse actuelle sur la prévention de l'endocardite bactérienne est basée sur le fait qu'on manque d'arguments pour recommander une utilisation systématique d'une prophylaxie antibiotique comme recommandé autrefois. La prophylaxie doit être limitée aux patients à haut risque d'endocardite bactérienne. Toutefois, si les indications d'antibioprophylaxie sont réduites, cela n'implique pas que les autres mesures de prophylaxie doivent être abandonnées, en particulier hygiène orale et révision régulière de l'état dentaire sont fortement recommandées.

Le document décrit les patients et les procédures à haut risque de contamination microbienne. Il rappelle également les mesures d'antibioprophylaxie adaptées.

Le chapitre du traitement se concentre bien sûr sur l'antibiothérapie, en particulier sur l'antibiothérapie des germes nouveaux. Les complications et les indications de la chirurgie, ainsi que le risque embolique, en particulier cérébral, sont abordés.

Le document contient un chapitre concernant les formes particulières d'endocardite bactérienne, en particulier prothèse valvulaire, pacemaker ou défibrillateur implantable, et également d'endocardite bactérienne du cœur droit.

En somme, excellente mise au point avec une excellente présentation.

3. Recommandations pour l'évaluation préopératoire des risques cardiaques et la prise en charge périopératoire dans la chirurgie extracardiaque

Ce document a été élaboré en collaboration avec la Société Européenne d'Anesthésiologie (*European Society of Anesthesiology*). C'est le premier document de cette nature en provenance de la Société Européenne de Cardiologie. Plusieurs documents se consacrant à ce sujet avaient été publiés autrefois par l'ACC/AHA. Le texte se concentre donc sur l'évaluation préopératoire du risque et la prise en charge périopératoire des patients soumis à chirurgie non cardiaque lorsqu'une pathologie cardiaque connue ou possible risque de compliquer la conduite de l'acte chirurgical. Des problèmes peuvent survenir bien sûr chez les sujets avec cardiopathie ischémique connue ou asymptomatique non identifiée, une dysfonction ventriculaire gauche profonde, ou une pathologie valvulaire, particulièrement si l'acte chirurgical est prolongé ou soumet le système cardiovasculaire à un stress intense. Il est difficile d'avoir des données épidémiologiques fiables en Europe. Les chiffres des Pays-Bas extrapolés à l'Europe indiquent qu'environ 7 millions de procédures chirurgicales majeures sont conduites annuellement chez des patients à risque cardiaque élevé, soit 2 à 2,5 % de la totalité des actes chirurgicaux. Bien sûr, ces chiffres seront probablement revus à la hausse du fait du vieillissement de la population.

Dans la section évaluation préopératoire du risque, le document fait le point sur les situations chirurgicales à risque, définissant bas risque, risque intermédiaire et risque élevé en fonction du taux de complications observé dans chacune des situations. Bien sûr, les situations les plus à risque sont

représentées par la chirurgie vasculaire, en particulier aortique et périphérique. De la même façon, cette section aborde les patients à risque, et en particulier les malades avec cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque avec antécédent d'accident vasculaire cérébral, diabète insuliné, insuffisance rénale et âge élevé. Les auteurs rappellent que la chirurgie laparoscopique, considérée comme chirurgie à faible risque, comporte en fait les mêmes risques qu'une chirurgie classique.

L'évaluation du risque repose sur un certain nombre de démarches, en particulier l'évaluation fonctionnelle (capacité à l'exercice), la présence ou l'absence de biomarqueurs, l'évaluation non invasive, l'électrocardiogramme, l'échocardiographie et les épreuves de stress.

Enfin, les indications d'angiographie coronaire préopératoire sont bien clarifiées. Elle n'est pas recommandée fermement chez les sujets dont la pathologie cardiaque est stable. Elle n'est indiquée formellement que chez les patients avec syndrome coronarien aigu ou récent ou dont la pathologie coronarienne est mal stabilisée.

Une section intéressante est consacrée aux stratégies de prévention des complications périopératoires. Dans cette section sont passées en revue toutes les drogues utilisées chez les cardiaques, en particulier bêtabloquants, aspirine, statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ivabradine, diurétiques et nitrés. Le texte va assez fréquemment contre les idées reçues. Ce chapitre se termine sur le relais des anticoagulants chez les sujets qui y sont soumis.

Enfin, le chapitre se termine sur les indications de revascularisation préalable à la chirurgie, indications en fait relativement rares.

A la fin du document, un algorithme décisionnel envisageant toutes les situations ainsi qu'un tableau résumant le risque préopératoire et la prise en charge périopératoire sont proposés au lecteur. Ces deux documents permettent aux cliniciens de se faire rapidement une idée sur la nature du problème et les moyens de l'envisager.

3. Recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

Ce document a été écrit en collaboration avec la Société Européenne de Pathologie Respiratoire (*European Respiratory Society, ERS*) et endossé par la Société Internationale de Transplantation Cardiaque et Pulmonaire (*International Society of Heart and Lung Transplantation, ISHLT*). Le précédent document datait de 2004. Ces nouvelles recommandations étaient nécessaires car, au cours des dernières années, il y a eu de très grandes avancées dans la conception physiopathologique, le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire, particulièrement primitive. En particulier, la prise en charge médicamenteuse s'est considérablement simplifiée. Plusieurs nouveautés sont présentées dans le document :

- une nouvelle classification en 6 groupes a été proposée. Pour souligner les différences entre les différentes catégories, une description comparative de l'anatomie pathologique, de la biologie, de la génétique et de l'épidémiologie, ainsi que des facteurs de risque, est présentée pour chaque groupe,
- un nouvel algorithme décisionnel pour le diagnostic est présenté,
- la section concernant l'hypertension artérielle pulmonaire primitive est particulièrement développée, puisqu'il s'agit d'une maladie très spécifique dont le diagnostic, le traitement et le pronostic nécessitent une démarche particulière,

– les autres grands groupes d'hypertension artérielle pulmonaire sont discutés séparément.

En bref, les quatre principales présentations sont l'hypertension artérielle pulmonaire primitive, l'hypertension artérielle pulmonaire due à une pathologie du cœur gauche, l'hypertension artérielle pulmonaire due à une pathologie pulmonaire ou une hypoxie chronique, l'hypertension artérielle pulmonaire due à une maladie thrombo-embolique veineuse. Il existe deux autres groupes de moindre importance.

En ce qui concerne le traitement, les auteurs insistent sur les mesures de prise en charge dites générales, c'est-à-dire hygiène de vie, exercice, grossesse chez les femmes en âge de procréer... Les indications respectives de la prostacycline et de ses dérivés, des inhibiteurs de l'endothéline et des inhibiteurs de la phosphodiastérase 5 sont mises en perspective avec traitement instrumental (rarement indiqué). Le document est présenté de façon particulièrement claire et concise et représente une aide très précieuse pour la prise en charge souvent difficile de ce type de pathologie.

Recommandations de l'ACC/AHA

1. Recommandations pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde avec surdécalage du segment ST et recommandations pour les angioplasties

L'ACC/AHA, en collaboration avec la Société SCAI (*Society for Cardiac Angiography & Interventions*) a mis à jour dans un même document les recommandations pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde avec surdécalage du segment ST et les recommandations pour les angioplasties. L'infarctus du myocarde avait fait

l'objet de recommandations complètes en 2004 avec mise à jour en 2007, alors que celles de l'angioplastie avaient fait l'objet de recommandations complètes en 2005 avec également mise à jour en 2007. Comme tous les documents de l'ACC/AHA, la présentation est complètement différente de ceux de la Société Européenne de Cardiologie, avec un luxe de détails qui font parfois perdre au lecteur le fil conducteur du document. Il faut savoir que ces recommandations sont particulièrement détaillées pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles la volonté des rédacteurs de mettre les médecins américains à l'abri de pratiques aventureuses qui pourraient conduire à des suites judiciaires.

Les nouveautés concernent les antiplaquettaires avec en particulier place des anti-Gp IIb/IIIa et nouvelles thiénopyridines. A ce titre, le prasugrel fait pour la première fois son entrée dans la recommandation.

A signaler que le document contient une section sur l'utilisation simultanée de la bithérapie antiplaquettaire et des inhibiteurs de la pompe à proton. Au moment où le document a été écrit, le comité a jugé qu'il manquait d'information, en particulier provenant d'essais randomisés, pour émettre des recommandations fermes. On sait toutefois d'après les publications récentes, en particulier dérivées de TRITON, que l'interaction observée *in vitro* ne semble pas avoir de conséquences cliniques.

Le reste du document est assez éclectique. Il se concentre sur des problèmes qui paraîtront singuliers aux Européens comme le transfert des patients pour angioplastie primaire, les recommandations pour l'aspiration des thrombus en angioplastie primaire, les recommandations pour l'utilisation des stents, en particulier les stents actifs dans l'infarctus aigu, la prise en charge des malades

avec insuffisance rénale chronique, les recommandations pour l'utilisation de la réserve de flux coronaire (FFR) en angioplastie chez les sujets porteurs d'une angine de poitrine stable. Enfin, ce document se consacre sur certains sujets sensibles comme l'angioplastie des troncs communs non protégés.

2. Insuffisance cardiaque

C'est une mise à jour du document concernant la prise en charge et le traitement de l'insuffisance cardiaque chez l'adulte. Il a été développé en collaboration avec la Société Internationale de Transplantation Cardiaque et Pulmonaire (*International Society for Heart and Lung Transplantation*). Le document se concentre sur quelques modifications concernant la prise en charge et l'évaluation initiales des patients, en particulier sur la nécessité d'identifier une anomalie structurelle expliquant l'insuffisance cardiaque mais aussi sur l'apport des tests de laboratoire, en particulier l'apport du dosage de BNP et pro-BNP dans l'évaluation du pronostic.

La section thérapeutique aborde pour l'essentiel l'utilisation des défibrillateurs implantables et de la resynchronisation cardiaque. Quelques chapitres sont consacrés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque dans les populations spéciales comme l'insuffisance rénale terminale, les malades en insuffisance cardiaque avec comorbidités.

A signaler la présence d'un nouveau chapitre concernant le patient hospitalisé pour insuffisance cardiaque. Il s'agit en fait de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë qui a fait l'objet d'une insuffisance cardiaque décompensée.