

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

Grandes recommandations de l'année : quoi de neuf ?

Quatre grandes recommandations ont été publiées par la Société Européenne de Cardiologie suivant désormais une présentation uniforme, privilégiant les documents de taille modérée et présentant les recommandations en fonction du grade et du niveau d'évidence, mais d'une façon certainement plus conviviale que dans le modèle américain.

Ces recommandations sont la nouvelle mouture de documents antérieurs sur la prise en charge de la fibrillation auriculaire et des cardiopathies congénitales parvenues à l'âge adulte. Un document a été publié sur l'utilisation des dispositifs de stimulation dans l'insuffisance cardiaque. Enfin, un document entièrement nouveau a été publié, celui décrivant les recommandations de revascularisation myocardique. Jusqu'alors, les recommandations portaient sur l'angioplastie et non sur la revascularisation dans son sens le plus large, angioplastie et chirurgie. Ce dernier document fera date.

En ce qui concerne les recommandations des sociétés américaines *American College of Cardiology (ACC)* et *American Heart Association (AHA)*, peu de nouveaux documents ont été publiés sur les prises en charge de la pathologie cardiovasculaire ; par contre, un très grand nombre de documents ont été publiés sur les aspects réglementaires de la cardiologie, les compétences professionnelles...



→ J.P. BASSAND
Département de cardiologie,
Hopital Jean Minjoz,
BESANCON.

Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie

1. Fibrillation auriculaire [1]

Contrairement au précédent document qui datait de 2006, élaboré en commun par l'ACC/AHA d'un côté et la Société Européenne de Cardiologie de l'autre, celui de 2010 est spécifique à la Société Européenne de Cardiologie.

Ce document envisage tous les aspects de la fibrillation auriculaire, et en particulier les nouvelles données concernant le traitement antithrombotique mais aussi les méthodes ablatives, les nouvelles thérapies antiarythmiques et l'éternelle discussion entre contrôle du rythme et contrôle de la fréquence. Il s'agit d'un document très détaillé, très complet, qui

introduit de nouveaux scores, en particulier un score censé établir le risque de saignement à long terme, HAS-BLED, et qui propose un nouveau score destiné à établir le risque embolique, le score dit "CHA2DS2-VASc" dont la valeur prédictive est supérieure au score resté classique jusqu'alors, le CHADS2.

Pour le détail, la fibrillation auriculaire est commune, les facteurs étiologiques les plus courants sont l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique et les maladies valvulaires. Elle augmente de façon substantielle le risque d'insuffisance cardiaque et d'accident ischémique cérébral. Il s'agit d'une maladie chronique, progressive de l'oreillette dont l'évolution va dépendre du substrat, c'est-à-dire la maladie sous-jacente et des déclencheurs électriques. Il faut considérer que dans la plupart des circonstances,

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

la fibrillation auriculaire est le marqueur d'une cardiopathie sous-jacente.

Le traitement antithrombotique a une efficacité prouvée. Les anticoagulants oraux sont indiqués dans toutes les circonstances en présence d'une fibrillation auriculaire à l'exception des patients chez qui existe une contre-indication, de la fibrillation auriculaire isolée, et chez les sujets de moins de 65 ans. Le traitement anticoagulant est indiqué que la fibrillation soit permanente ou paroxystique. L'aspirine a un rôle limité dans la prévention des accidents emboliques et n'est pas nécessairement plus sûre en matière d'hémorragie que le traitement anticoagulant.

Le traitement initial de la fibrillation auriculaire est basé sur le traitement anti-thrombotique, le traitement des complications associées, le contrôle du rythme et des symptômes et de la maladie sous-jacente.

Ultérieurement, la nécessité de conversion, soit pharmacologique, soit par cardioversion, se discute, sachant que le contrôle de la fréquence est une thérapeutique raisonnable dans la plupart des cas. Le contrôle du rythme n'a pas d'efficacité supérieure démontrée par rapport au contrôle de la fréquence et doit être envisagé plus en termes de sécurité que d'efficacité, particulièrement lorsque des associations médicamenteuses sont envisagées. Les méthodes ablatives sont réservées en fait à un faible nombre de sujets, en particulier en cas d'arythmie réfractaire et hautement symptomatique en dépit d'un traitement pharmacologique approprié.

Bien sûr, un chapitre est dédié aux populations spéciales, en particulier athlètes et syndrome de préexcitation ventriculaire.

L'originalité de ces recommandations est de mettre en avant d'abord les "gaps in evidence". Le plus important pour le moment concerne le traitement anticoagulant oral. De nouvelles molécules ont démontré leur

efficacité par rapport aux anti-vitamines K, en particulier anti-Xa et anti-IIa. Toutefois, à ce jour, ces molécules ont été démontrées efficaces dans les essais cliniques, mais il n'est pas établi que ces anticoagulants aient la même efficacité et sécurité d'emploi que les anti-vitamines K en pratique clinique de routine.

Il n'y a, à ce jour, pas d'essai clinique comparant les stratégies de contrôle de fréquence *versus* contrôle du rythme sur des objectifs robustes, comme décès, infarctus et accident vasculaire cérébral ; entre autres, l'impact à long terme des méthodes ablatives demeure inconnu.

2. Prise en charge des malades souffrant de cardiopathie congénitale à l'âge adulte

Il s'agit de la mise à jour d'un document déjà ancien [2]. Il aborde un sujet d'hypermécialité très délicat auquel peu de cardiologues sont familiarisés en dépit du fait qu'il s'agit d'une population croissante de patients, puisque représentant désormais pratiquement l'essentiel des consultations de cardiopathies congénitales, puisque ces dernières sont opérées dans les premiers mois ou premières années de l'existence.

L'intervention sur la cardiopathie congénitale bien sûr permet de corriger dans la plupart des cas les anomalies, mais crée une pathologie induite qui aura des conséquences à l'âge adulte chez beaucoup de sujets sous forme d'arythmie ventriculaire, de développement progressif d'insuffisance ventriculaire droite due à une régression inconstante ou incomplète de l'hypertension artérielle pulmonaire, ou au type même de la correction.

Il n'est pas question d'entrer dans le détail de ces recommandations qui abordent bien sûr le diagnostic de base, en particulier défaut congénital initial, histoire clinique, examen somatique, échocardiographie, gazométrie, radio

des poumons. Il n'y a que pour les cas réellement très complexes que d'autres explorations peuvent s'avérer nécessaires, en particulier l'IRM, qui trouve ici une de ses meilleures indications à titre de diagnostic morphologique.

Cela étant, le scanner multicoupe trouve sa place au sein des méthodes diagnostiques, en dépit de l'irradiation imposée par ce type d'examen. Enfin, les épreuves d'effort, en particulier avec analyse de la capacité d'effort et des capacités ventilatoires, réponse de la fréquence cardiaque à des arythmies cardiaques induites par l'exercice, a une place considérable. Ce n'est que dans des cas extrêmes que le cathétérisme est nécessaire chez ce genre de sujet.

Les principales complications auxquelles sont exposés les sujets porteurs de cardiopathies congénitales à l'âge adulte sont le développement d'une l'insuffisance cardiaque comme cela a déjà été discuté, les arythmies ventriculaires, le risque de mort subite et d'endocardite bactérienne.

La grossesse représente un problème majeur dans ce type de pathologie.

Pour le reste, ces recommandations après ces considérations générales passent en revue toutes les formes de cardiopathies congénitales parvenues à l'âge adulte, corrigées ou non corrigées, en allant du plus simple défaut, la communication interauriculaire, au plus compliqué, comme la transposition des gros vaisseaux avec *switch* atrial, le suivi des patients après intervention de Fontan et plus généralement parlant, des conduits ventricule droit-artère pulmonaire. En bref, un document hyperspécialisé mais de lecture passionnante.

3. Resynchronisation cardiaque dans l'insuffisance cardiaque

Il s'agit d'une mise à jour du traitement spécifique de l'insuffisance cardiaque

par resynchronisation [3]. Il s'agit d'un document relativement court qui rappelle clairement les indications pour ce type de technique et les indications respectives entre resynchronisation par pacemaker ou resynchronisation par pacemaker/défibrillateur. Le document en particulier fait le point sur les indications de resynchronisation en fonction du grade de l'insuffisance cardiaque, avancée ou au contraire, débutante. Aussi il discute les problèmes posés par la resynchronisation chez les patients en fibrillation auriculaire ainsi que la resynchronisation chez les patients qui n'ont pas *a priori* d'indication, mais qui ont besoin d'un entraînement électro-systolique définitif.

4. Recommandations pour la revascularisation myocardique

Ces recommandations ont été écrites pour la première fois sur la revascularisation myocardique et pas seulement sur l'angioplastie [4]. Cela a nécessité que la composition du Groupe de Travail implique des cardiologues cliniciens, des angioplasticiens et des chirurgiens à parts égales. Une fois encore, ces recommandations feront date car c'est la première fois qu'une collaboration active entre cardiologues interventionnels et chirurgiens débouche sur un document de ce genre. Il fera date également car pour la première fois, il formalise de façon claire la nécessité de débattre et des indications de revascularisation et du type de revascularisation au sein de ce qu'il est convenu d'appeler désormais le "*Heart team*" ou équipe cardiovasculaire. En clair, le document recommande de façon formelle, particulièrement en présence de maladie pluritronculaire associée ou non à une maladie du tronc commun, que l'indication soit discutée au sein de cette équipe et que la décision sur le type de revascularisation soit prise en fonction des meilleurs intérêts du patient et non pas de l'agressivité de telle ou telle équipe de revascularisation.

Ce document envisage tous les types de revascularisation dans tous les aspects de la maladie coronaire, qu'il s'agisse de maladie coronaire chronique ou de syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST. Il envisage également toutes les situations et en particulier, les situations spéciales où les comorbidités peuvent changer de façon profonde les indications et le pronostic de la revascularisation, en particulier diabète, insuffisance rénale et autres comorbidités. D'autres situations particulières sont envisagées comme la revascularisation simultanée des artères coronaires et des artères périphériques ou des artères carotides, ou la revascularisation chez les sujets porteurs d'une prothèse valvulaire, ou encore, revascularisation et remplacement valvulaire simultanés.

Pour la maladie coronaire chronique, le document met l'accent sur la nécessité de documenter l'ischémie myocardique avant de procéder à une coronarographie diagnostique. Surtout, il introduit la notion de mesure du retentissement fonctionnel des lésions constatées au cours de la coronarographie diagnostique sur la perfusion myocardique par la mesure systématique en cas d'incertitude sur le degré de sténose, de la réserve de flux coronaire (*fractional flow reserve*, FFR).

En d'autres termes, si ces recommandations de revascularisation étaient mises en application immédiatement et de façon uniforme, elles aboutiraient à éliminer de façon définitive les revascularisations inutiles et cosmétiques guidées par le réflexe oculo-sténotique chez des patients chez lesquels la réalité de l'ischémie myocardique n'est pas démontrée et le retentissement fonctionnel de la lésion n'est pas établi.

En ce qui concerne les tritronculaires et les maladies du tronc commun, le document s'appuie sur les résultats de l'étude SYNTAX et donne des indications très

sélectives de revascularisation en faisant une part très large à la revascularisation chirurgicale et en particulier par conduit artériel.

Le document introduit également la notion d'une stratification du risque chirurgical principalement basé sur le calcul de l'EuroScore mais également la stratification du risque lié à la complexité anatomique des lésions coronaires basé sur le SYNTAX score. D'autres scores sont discutés mais ont moins d'importance que ces deux principaux scores.

Dans les cas de syndrome coronarien aigu, le document reprend ce qui est déjà connu et qui a été déjà décrit dans les recommandations de prise en charge des syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST et de l'infarctus classique, il n'y a pas de grande nouveauté hormis les nouveautés en matière de traitement pharmacologique avec les nouveaux inhibiteurs des récepteurs à l'ADP.

Fait important, le document introduit la notion de consentement éclairé signé par le patient avant toute décision de revascularisation sauf, bien entendu, urgence vitale.

Bien sûr, ces recommandations discutent également l'intérêt des différents dispositifs intra-coronaires pour la revascularisation percutanée. Il n'est pas nécessaire de les détailler ici.

Sitôt publiées, ces recommandations ont été très hautement critiquées. Personne ni aucun document ne sont parfaits et ces recommandations ne sont pas parfaites. Bien sûr, il existe quelques imperfections. En scrutant un document de façon attentive, on peut toujours trouver à y redire. Cela étant, l'essentiel du message ne peut pas être discuté, il est désormais nécessaire de mettre en application de façon réelle la notion d'équipe cardiaque avec discussion inter-disciplinaire des cas les

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

plus complexes et la notion de consentement éclairé. De la même façon, nul ne peut contester la nécessité de documenter l'ischémie myocardique avant l'intervention ou à défaut, de procéder à la documentation fonctionnelle de la lésion par mesure de la réserve coronaire avant de procéder à une angioplastie. L'argumentaire consistant à dire que les guides de pression ne sont pas remboursés est irrecevable. La mesure de la FFR a montré la capacité à améliorer l'évolution clinique des sujets dans deux essais cliniques. Le refus d'utiliser ce type d'instrumentation est une perte de chances pour le patient. Les cardiologues interventionnels seraient bien avisés de tenir compte du message avant qu'il ne soit imposé par les autorités de tutelle. Pour mémoire, ce qui est bon pour le patient ne peut en aucune façon être mauvais pour le médecin.

Recommandations de l'ACC/AHA

Pour mémoire, un niveau de publication très dense existe année après année chez nos collègues américains. Il faut savoir que la plupart de ces publications concernent des recommandations non pas de prise en charge d'une pathologie particulière, mais visant à réguler ou harmoniser les pratiques médicales dans diverses situations. En fait, il s'agit de recommandations sur les niveaux de compétence requis pour exercer tel ou tel aspect de la discipline, ou utiliser tel ou tel outil diagnostique, qu'il s'agisse d'IRM, de scanner multicoupe...

Il n'est pas question de rentrer dans les détails et encore faut-il se souvenir du fait que l'AHA ne s'adresse pas seulement à la pathologie cardiovasculaire, mais aussi aux accidents vasculaires cérébraux, ce qui explique que les recommandations peuvent apparaître dans le domaine neurologique, ce qui est inhabituel de ce côté-ci de l'Atlantique.

Il n'est pas question de détailler ces recommandations de prise en charge ou les recommandations pour la compétence des médecins, car elles sont trop nombreuses. On se bornera donc à citer quelques documents publiés en 2010 :

>>> ACC/AHA/HRS : mise à jour du document de 2006 sur la prise en charge des patients avec fibrillation auriculaire [5].

>>> Recommandations pour la prévention primaire des accidents vasculaires cérébraux [6].

>>> Recommandations pour la mesure du risque cardiovasculaire chez les sujets asymptomatiques [7].

>>> Recommandations pour la réanimation cardiopulmonaire et les urgences cardiovasculaires [8].

>>> Prise en charge chirurgicale des maladies de l'aorte thoracique descendante avec mise au point sur les abords endovasculaires et chirurgie à thorax ouvert [9].

>>> Recommandations pour le diagnostic et le traitement des patients avec maladie aortique thoracique [10].

Pour mémoire, des documents ont été publiés à titre de réaction à chaud sur certains sujets brûlants en cardiologie :

- consensus d'experts pour l'utilisation concomitante des inhibiteurs de la pompe à proton et des thiénopyridines [11],
- alerte en ce qui concerne l'utilisation du clopidogrel et les restrictions de la FDA à propos de la résistance chez les porteurs d'une perte de fonction sur l'allèle du CYP2C19 [12].

Pour mémoire, de nombreux documents ont été publiés sur la mesure des performances médicales. C'est en train d'arriver chez nous.

Bibliographie

1. CAMM AJ, KIRCHHOF P, LIP GY *et al.* Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2369-429.
2. BAUMGARTNER H, BONHOEFFER P, DE GROOT NM *et al.* ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2915-2957.
3. DICKSTEIN K, VARDAS PE, AURICCHIO A *et al.* 2010 Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure: an update of the 2008 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure and the 2007 ESC guidelines for cardiac and resynchronization therapy. Developed with the special contribution of the Heart Failure Association and the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J*, 2010; 31: 2677-2687.
4. WIJNS W, KOLH P, DANCHIN N *et al.* Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2501-2555.
5. WANN LS, CURTIS AB, JANUARY CT *et al.* 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2011; 123: 104-123.
6. GOLDSTEIN LB, BUSHNELL CD, ADAMS RJ *et al.* Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2011; 42: 517-584.
7. GREENLAND P, ALPERT JS, BELLER GA *et al.* 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2010; 122: e584-636.
8. HAZINSKI MF, NOLAN JP, BILLI JE *et al.* Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 2010; 122: S250-75.
9. COADY MA, IKONOMIDIS JS, CHEUNG AT *et al.* Surgical management of descending thoracic aortic disease: open and endovascular approaches: a scientific statement

- from the American Heart Association. *Circulation*, 2010; 121: 2780-804.
10. HIRATZKA LF, BAKRIS GL, BECKMAN JA *et al.* 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation*, 2010; 121: e266-369.
11. ABRAHAM NS, HLATKY MA, ANTMAN EM *et al.* ACCF/ACG/AHA 2010 Expert Consensus Document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *Circulation*, 2010; 122: 2619-2633.
12. HOLMES DR, DEHMER GJ, KAUL S *et al.* ACCF/AHA Clopidogrel clinical alert: approaches to the FDA "boxed warning": a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents and the American Heart Association. *Circulation*, 2010; 122: 537-557.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.