

Le prolapsus valvulaire mitral en 2021 : quelles nouveautés ?

Nous rapportons l'histoire d'une patiente de 63 ans, non fumeuse, référée pour la persistance d'une dyspnée avec palpitations. Elle n'allègue aucun antécédent particulier et l'examen clinique retrouve une fréquence cardiaque à 70bpm, avec PA à 120/70mmHg sans signes congestifs. Son électrocardiogramme déroule un rythme sinusal avec extrasystoles ventriculaires bigéménées de retard droit (originaires du ventricule gauche), sous décalage ST latéral bas et ondes T plates inférieures (illustration).

En Échocardiographie-Doppler, le ventricule gauche n'est pas dilaté (DTDVG 56mm, DTSVG 35mm) ni hypertrophié (SIVd 8mm) et la fraction d'éjection VG conservée à 65%. L'oreillette gauche est légèrement dilatée (42ml/m²) et la valve mitrale épaissie, redondante, siège d'un prolapsus bi valvulaire avec insuffisance mitrale minime. L'analyse de l'appareil mitral retrouve une désinsertion de la structure normale de l'anneau mitral comprenant la jonction auriculo-valvulo-ventriculaire, et la fixation directe du feuillet mitral postérieur sur la paroi auriculaire (jonction atrio-ventriculaire). Cette particularité décrivant l'attachement anormal du feuillet mitral postérieur directement sur la paroi atriale caractérise la disjonction annulaire mitrale (illustration). Par ailleurs, le ventricule droit n'est pas dilaté, et les pressions pulmonaires sont normales.

L'enregistrement Holter-ECG des 24 heures met en évidence plusieurs épisodes de tachycardies ventriculaires non soutenues rapides (160bpm). L'échographie d'effort menée à 4.6 METS est négative pour l'ischémie et la coronarographie diagnostique normale. Le prolapsus valvulaire mitral est une maladie fréquente (affectant 2.5% de la population)⁽¹⁾, considérée comme bénigne en l'absence d'insuffisance mitrale significative⁽²⁾. Chez ce groupe spécifique, l'intérêt de procéder à une chirurgie de réparation valvulaire a été démontré⁽³⁾. Mais les nouveautés dans le prolapsus valvulaire mitral se concentrent plutôt sur le groupe de patients sans insuffisance mitrale, d'évolution généralement bénigne, présentant en son sein un sous-groupe de patients à plus haut risque⁽⁴⁾. Ce sous-groupe de patients se caractérise par une triade associant : 1- prolapsus typique d'une Maladie de Barlow avec épaississement tissulaire/ prolapsus bivalvulaire/ disjonction annulaire, 2- modifications à l'électrocardiogramme avec sous décalage du ST/ inversion des ondes T et 3- arythmies ventriculaires fréquentes (ESV/ TV non soutenues) avec possibles épisodes de pré syncope/ syncope⁽⁵⁾. Cette combinaison définissant le prolapsus arythmique expose les patients atteints à un risque plus élevé de mortalité,⁽⁴⁾ justifiant parfois l'ablation d'arythmies ventriculaires voir l'implantation d'un défibrillateur. Ce nouveau sous-groupe mérite désormais toute notre attention. Il apparaît comme une excellente cible pour un monitoring ECG plus fréquent. Toutefois, beaucoup d'incertitudes persistent sur sa prise en charge spécifique, et notamment sur le rôle de la fibrose myocardique associée diagnostiquée en IRM cardiaque, ou encore sur le rôle de la chirurgie réparatrice chez ces patients sans insuffisance mitrale mais à risque de mort subite. Quant à la disjonction annulaire en elle-même, son implication pronostique reste à définir, certains suggérant cette particularité morphologique comme facteur causal de mort subite mais sur les seules données d'études observationnelles de très petite taille⁽⁶⁾. Ainsi, de larges cohortes avec un suivi à long terme sont désormais indispensables pour résoudre ces incertitudes⁽⁷⁾.

¹ Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet. 2006;368:1005-11.

² Avierinos JF, Gersh BJ, Melton LJ 3rd, Bailey KR, Shub C, Nishimura RA, et al. Natural history of asymptomatic mitral valve prolapse in the community. Circulation. 2002;106:1355-61.

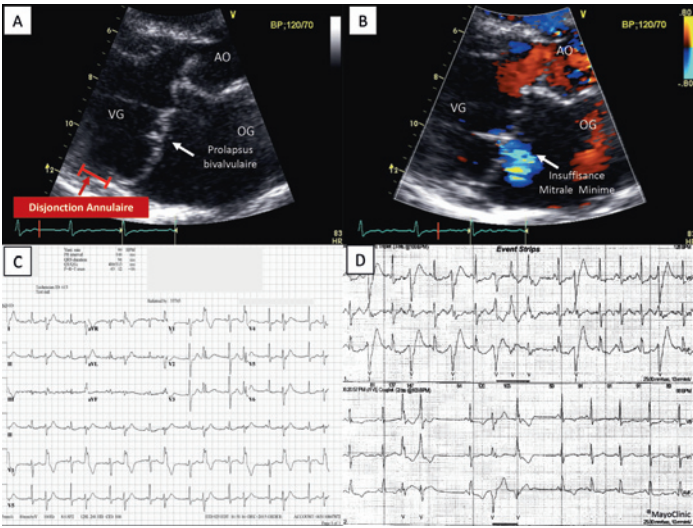
³ Suri RM, Vanoverschelde JL, Grigioni F, Schaff HV, Tribouilloy C, Avierinos JF, et al. Association between early surgical intervention vs watchful waiting and outcomes for mitral regurgitation due to flail mitral valve leaflets. JAMA. 2013;310:609-16.

⁴ Essayagh B, Sabbag A, Antoine C, Benfari G, Yang LT, Maalouf J, et al. Presentation and Outcome of Arrhythmic Mitral Valve Prolapse. J Am Coll Cardiol. 2020;76:637-49.

⁵ Hourdain J, Clavel MA, Dehara JC, Asirvatham S, Avierinos JF, Habib G, et al. Common Phenotype in Patients With Mitral Valve Prolapse Who Experienced Sudden Cardiac Death. Circulation. 2018;138:1067-9.

⁶ Basso C, Illiceto S, Thiene G, Perazzolo Marra M. Mitral Valve Prolapse, Ventricular Arrhythmias, and Sudden Death. Circulation. 2019;140:952-64.

⁷ Essayagh B, Sabbag A, Benfari G, Enriquez-Sarano M. Reply: The Arrhythmic Mitral Valve Prolapse: The Questions and the Way Forward. J Am Coll Cardiol. 2020;76:2691-3.



Le prolapsus valvulaire mitral arythmique

Échocardiographie-Doppler Trans-Thoracique en coupe parasternale gauche grand axe, en téléstole, avec (A) prolapsus mitral bivalvulaire et disjonction annulaire postérieure (entre l'insertion du feuillet mitral postérieur sur la paroi auriculaire et le début du myocarde sous-jacent), siège (B) d'une insuffisance mitrale minime. ECG 12-dérivations (C) avec ESV bigéménées fréquentes de retard droit et (D) TVNS rapides (160/min) à l'enregistrement Holter-ECG des 24h.

CURIEUSES DATA

Jacques GAUTHIER - CANNES

Si vous voulez faire court, retenir data est un mot invariable féminin et pluriel. En fait, l'aventure du mot est plus complexe et passionnante. Son étymologie latine ne fait pas de doute et nous a laissé le mot date. Le mot "data" a été intégré au langage français et lexicalisé au début du XIX^{ème} siècle via le mot anglais data (utilisé dès le XVII^e siècle dans le sens de faits ou d'observations) qui lui, est neutre et répond à une double interprétation soit un nom indéclinable toujours suivi du singulier soit une valeur identifiable d'informations suivie du pluriel... "data is/ou "data are". C'est en 1946 que le mot data a pris sa signification actuelle depuis les travaux de Pullen (université Harvard). À noter que l'ensemble des sciences équilibre progressivement l'emploi des formes au singulier ou au pluriel hormis les sciences médicales qui conservent l'usage quasi exclusif du pluriel. En revanche en français data est du genre féminin mais toujours suivi d'un pluriel ; aussi doit-on écrire : les data sont nombreuses. Attention data est invariable et ne prend pas de S. Nos cousins canadiens, très attachés à la francophonie, traduisent data par données ce qui revient au mot originel du latin (data : chose que l'on donne éclairant la traduction de data par données). La traduction québécoise de big data par "grosse masse de données" apparaît lourde et inélégante et s'est vu substituer le terme de méga données.

L'expression "big data" apparue en octobre 1997, résultant de la croissance exponentielle des données, correspond à un nombre de l'ordre d'un Téra d'octets nécessitant la mise en place de structures spécifiques à leurs exploitations. Curieusement le big data semble s'être imposé comme un masculin singulier mais dans l'usage au pluriel il demeure invariable. Open Data est un anglicisme s'appliquant à un vaste ensemble d'informations disponibles et libres d'exploitations ouvrant sur l'interopérabilité ; il suit les mêmes règles d'orthographe que big data.

Nouvel élément de confusion : la publication en 2015 de la loi de la "République numérique" qui s'affranchit de l'orthographe classique pour créer le service public de la donnée proposant pour la première fois un terme singulier (la donnée ayant alors la signification d'un pluriel... un peu par analogie comme on peut écrire l'homme pour mentionner l'ensemble des hommes). Le big data apparaît comme le dernier élément de la révolution informatique (3^{ème} révolution industrielle succédant à la vapeur et à l'électricité) source de bouleversements profonds de la société contemporaine.

WWW.CNCARDIO.ORG

EDITO

Le CNCF en temps de COVID

La pandémie n'a pas altéré, loin s'en faut, les actions de formation, la communication et les études scientifiques du CNCF.

Les Ateliers d'Imagerie d'Avignon qui se sont tenus en virtuel les 12 et 13 mars en sont la preuve concrète : deux symposiums sur les valvulopathies, un sur l'imagerie coronaire et les complications cardio-vasculaires de la Covid, quatre symposiums réalisés avec nos partenaires, deux DPC, un FAF sur la vaccination et tout cela réalisé en deux demi-journées !

Par ailleurs, nos actions de communication continuent au travers de mises au point hebdomadaires adressées par mail à tous les cardiologues de l'hexagone.

Le registre Odiacor est terminé avec 555 patients inclus, l'étude After sur le dépistage de la FA par des holters de 14 jours compte à ce jour 240 patients sur les 500 prévus.

Le registre PAFF (photographie de prescription des AOD dans la FA) et l'étude E-Covid HF démarrent incessamment.

Nous espérons vivement que notre congrès d'automne prévu à Marseille du 21 au 23 octobre 2021 pourra se tenir en présentiel.



Pour ce faire, une vaccination de tous les soignants et respect des gestes barrières sont indispensables.

Serge COHEN
PRÉSIDENT DU CNCF

Vos réactions, vos commentaires sur notre Newsletter > info@cncardio.org

NOS PRÉSIDENTS... SYNERGIE LIBERALE

Serge COHEN - MARSEILLE
PRÉSIDENT DU COLLÈGE NATIONAL DES CARDIOLOGUES FRANÇAIS (CNCF)

Marc VILLACEQUE - NÎMES
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES (SNC)



Pourquoi un éditorial commun ?

Serge Cohen : Afin de clarifier auprès de nos membres, nos actions, notre singularité et notre complémentarité ! Le CNCF et le SNC sont les deux seules organisations représentant la cardiologie libérale. Pour rappel, sur les 6210 cardiologues en France tous secteurs confondus, 2/3 travaillent en libéral. Nous représentons la force vive cardiologique en France et souhaitons le demeurer.

Marc Villaceque : Nous sommes confrontés à un vrai problème démographique, avec des besoins de santé dans notre spécialité qui ne cessent d'augmenter. À l'heure actuelle seulement 183 internes de cardiologie sont formés en France pour environ 220 cardiologues qui stoppent leur activité. En conséquence, les délais de RDV s'allongent (en moyenne 110 jours en France) et la qualité de vie des cardiologues et de leur équipe se dégrade. Dans ce contexte et afin de maintenir l'attractivité de la pratique libérale, le SNC, syndicat de services pour ses adhérents vise à les accompagner dans leur exercice quotidien (Prévoyance, retraite,...) mais aussi à co-construire avec eux l'avenir de la profession (Assistants médicaux, Infirmier en Pratiques Avancées, Télé cardiologie, ...) en proposant des formations et des documents de synthèse spécifique aux cardiologues.

SC : De côté du CNCF, nous constatons que les connaissances sur les maladies cardiovasculaires évoluent de plus en plus rapidement, aussi il est crucial que les cardiologues en aient connaissance pour s'en emparer. Les données et études scientifiques étant pléthoriques, faire le tri et sélectionner les informations pertinentes pour le cardiologue de ville est indispensable. C'est ce que nous réalisons au quotidien à travers des vidéos et des articles. Nous collons à l'actualité en étant également présents dans les 3 congrès internationaux.

MV : Ensemble, nous souhaitons défendre un modèle libéral attractif ; valoriser la diversité et la richesse de nos pratiques au sein des cabinets de cardiologie et être acteur de la mutation nécessaire de notre métier.

Etant les 2 seules structures libérales en France, défendez-vous les mêmes intérêts ?

SC : Bien sûr ! Dans le cadre de la crise du COVID 19, nous avons fait front commun et fait le choix de parler d'une seule voix ! Nous avons accompagné

les cardiologues dans la gestion quotidienne de la Covid. Nous poursuivons cette démarche avec la mise à disposition de fiches pratiques sur la vaccination. Etant l'un et l'autre dans les conseils d'administration de chacune de nos organisations réciproques, nous nous enrichissons et militons donc dans le même sens.

Avez-vous de nouveaux projets ?

MV : Nous avons des sujets prioritaires : L'accueil des stages d'internes de cardiologie en cabinet de ville et d'ouvrir d'autres centres TAVI. En parallèle, la partie scientifique du journal du syndicat "Le cardiologue" a été confié au CNCF. Et réciproquement, chaque newsletter du CNCF sera enrichi d'un texte du SNC. Nous allons développer de plus en plus d'actions communes. À titre d'exemple, chaque mois, une vidéo courte de 10 minutes centrée sur l'actualité générale et scientifique pour le cardiologue libéral. Enfin nous porterons ensemble plusieurs registres reflet de notre réalité du terrain, le premier d'ici 1 mois sur l'utilisation des (AOD) en pratique de ville.

LE PROCHAIN CONGRÈS DU COLLÈGE À MARSEILLE 21 - 23 OCTOBRE 2021

ADHÉREZ au CNCF

CONTACT : info@cncardio.org tél. 01 43 20 00 20



avec le soutien institutionnel de Mylan

Les articles publiés sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Les informations sur l'état actuel de la recherche et les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'AMM.

LA MINUTE VASCULAIRE

Le mystère de la Covid associée aux thromboses artérielles

Serge Cohen - marseille

Les complications thrombo-emboliques veineuses de la Covid sont très fréquentes atteignant jusqu'à 30% des malades en réanimation. Elles sont la conséquence de l'orage de cytokines. Les coagulopathies de la Covid sont associées à un taux élevé de fibrinogène, D-Dimères CRP. Les complications artérielles sont spécifiques à la Covid et ne sont retrouvées dans aucune autre infection virale.

Dans un article publié le mois dernier dans le JVS, Jeffrey Indes a recensé 424 patients inclus entre mars et avril 2020 qui bénéficient d'explorations vasculaires (écho-doppler, angioscanner ou angiographie IRM). Parmi eux, il y a 9.4% d'évènements thrombotiques artériels. Sur les 40 patients avec complications thrombo-emboliques artérielles, 25 étaient Covid négatif et 15 Covid positif. L'odds ratio des complications artérielles de la Covid est de 3.37. Parmi les patients Covid, moins de facteur de risque conventionnel, plus de leucocytose, d'élévation des CPK, de la CRP, des LDH, de la ferritine. Par ailleurs, il s'agissait de patients plus jeunes, avec un BMI et un taux de D-dimères plus élevés. La localisation aorto-iliaque était plus fréquente et la mortalité nettement plus élevée (40% vs 8%).

Sur le plan thérapeutique 6 patients ont bénéficié de thrombectomie, 4 d'anticoagulation seule et 5 n'ont pas vu leur traitement modifié.

En conclusion, les patients Covid-19 sont à risque d'évènements thrombo-emboliques artériels malgré l'absence de facteurs de risque classiques. Un état hyperinflammatoire semble en être la cause avec une prépondérance de l'atteinte aorto-iliaque.

Indes Jeffrey E : Early experience with arterial thromboembolic complications in patients with Covid-19 - J Vasc Surg 2021 ; 73: 381-9

Shalhub Sherene : The mystery of Covid-19 associated arterial thrombosis - J Vasc Surg 2021 ; 73: 390-1

LES POINTS FORTS DE L'ANNEE 2020

Pierre SABOURET - PARIS

L'année 2020, bien que confinée, a été riche en nouveautés dans notre spécialité. C'est encore une fois la fibrillation atriale qui a fait l'objet de publications d'importances avec en particulier les dernières recommandations de l'ESC.

La FA est une "pandémie" qui est avant tout liée au vieillissement de la population mondiale mais aussi clairement associée aux travers de nos sociétés modernes du fait de sa forte association aux comorbidités : HTA, diabète, maladies cardiovasculaires, sédentarité, obésité etc.

Si l'accent a déjà été mis sur la prévention des comorbidités il l'est aussi désormais sur le dépistage large et précoce de la FA par une recherche dite "opportuniste" après 65 ans (Classe I, B). Ce dépistage à grande échelle est facilité par l'utilisation de

LA VACCINATION ANTI-COVID 19

Nous accumulons du retard dans la campagne de vaccination anti-COVID-19, alors qu'elle représente un atout majeur pour remédier aux conséquences sociétales, de santé publique et économiques de notre pays induites par la COVID-19. C'est un critère essentiel de reprise des congrès et des réunions de cardiologie telles que nous les connaissons avant les écrans distanciels...

Nous disposons en France de trois vaccins de deux plateformes vaccinales. La première comprend le tozinaméran de Pfizer BioNTech (Cominarty® de son petit nom) et le Moderna® mRNA-1273 qui sont tous deux des vaccins à mRNA, administrés en deux injections séparées de 3 semaines et un mois respectivement, et qui ont obtenu tous deux une AMM européenne centralisée après avoir prouvé une efficacité supérieure à 90% après la deuxième injection. Ces vaccins induisent la synthèse de la protéine "Spike" du virus SARS CoV2, à l'origine de la réaction immunogène, par le sujet qui reçoit le vaccin. Ces vaccins sont à privilégier chez les sujets de plus de 65 ans et les patients fragiles. Un troisième vaccin développé par l'Université d'Oxford et la firme Astra Zeneca, d'une deuxième plateforme, a obtenu une AMM européenne centralisée et a été mis à disposition début février 2021. Sa plateforme vaccinale utilise un adénovirus non répliquatif de chimpanzé comme vecteur viral (ChadOx1CoV-19 ou AZ), contenant le gène de la protéine de surface "Spike" du SARS-CoV-2. Comme la plupart des vaccins vectorisés viraux, ses propriétés immunogènes sont importantes sans adjuvant. Le vaccin AZ est efficace à deux doses espacées de 4 à 12 semaines, de l'ordre de 60-70% minimum chez les sujets évalués, essentiellement de 18 à 64 ans.

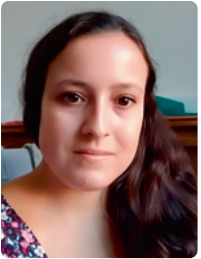
Ces trois vaccins rassemblent toutes les conditions de qualité, de sécurité d'emploi et d'efficacité requises par l'EMA. Le profil de tolérance de ces vaccins est satisfaisant dans les essais cliniques avec principalement une réactogénicité systémique (céphalées, fièvre, courbatures, syndromes pseudo-grippaux) et/ou localisée (douleur dans l'épaule après injection) fréquentes (75%) et sans gravité. Pour Cominarty® et Moderna®, ces réactions sont plus fréquentes à l'injection de rappel alors que pour celui d'Astra Zeneca, elles semblent plus marquées à la première injection. Les sujets ayant bénéficié de ce dernier étant plus jeunes, ces réactions sont probablement liées à leur plus grande réactogénicité. Elles sont transitoires, le plus souvent spontanément

résolutives et sensibles au paracétamol. Enfin, ce vaccin possède des conditions de conservation beaucoup moins strictes que les vaccins à ARNm, ce qui facilite beaucoup ses conditions d'utilisation dont la possibilité d'une distribution en médecine de ville avec vaccination au cabinet. La survenue de troubles cardiovasculaires peut faire partie des effets indésirables notifiés aux Centres Régionaux de Pharmacovigilance : que ce soit des élévations tensionnelles, chez des patients hypertendus connus ou pas, parfois accompagnées de douleurs précordiales, des accélérations de tachycardies supraventriculaires (fibrillations auriculaires) des tachycardies de Bouveret, des intensifications d'extrasystolie, ils sont transitoires et témoignent de l'anxiété particulière de certains patients à la vaccination. Le vaccin Astra Zeneca a fait l'objet d'une nouvelle estimation de son rapport bénéfice risque, qui a été jugé à nouveau extrêmement favorable par l'EMA, mais dont l'usage proposé a été restreint aux plus de 55 ans par la HAS (provisoirement ?) en raison de 25 cas de CIVD et de thrombophlébites cérébrales survenant sur 20 millions de doses administrées ! Il n'y a ni causalité du vaccin établie, ni sur-risque thromboembolique classique à cette date. Ces vaccins, qui seront bientôt rejoints par celui de Johnson & Johnson (vaccin semblable à celui d'Astra Zeneca, à vecteur viral non répliquatif Ad26.CoV2) et de Novavax® au mois de mars pour une livraison au printemps devrait faciliter l'extension de la campagne de vaccination actuelle.

Il est de notre devoir de promouvoir la vaccination antiCOVID-19 en informant les patients, et en les rassurant (pour exemple le traitement anticoagulant n'est absolument pas une contre-indication : il suffit d'utiliser une aiguille fine et de comprimer sans masser deux minutes au moins le lieu d'injection intadeltoïdien). Nous devons participer à l'élan national de promotion de la vaccination, et pourquoi pas la proposer dans nos cabinets le cas échéant...



Milou-Daniel DRICI
NICE



Audrey FRESSE
NICE

nouveaux outils : Holters de longue durée, loop-recorders, mémoires des moniteurs implantables ou autres objets et montres connectées, mais aussi simplement par l'éducation à la prise du pouls.

L'étude VITAL AF présentée à l'AHA est un essai pragmatique de screening de la FA à l'aide du système Kardia (AliveCor) dans des unités de soins primaires sur une population à risque n'ayant pas d'antécédent de FA. Cette étude ne démontre une augmentation de la détection qu'après 85 ans du fait de critères d'entrées peu sélectifs qui amoindrissent la puissance du dépistage. C'est pour cette raison que dans **l'étude AFTER** menée actuellement par le CNCF nous avons réservé le dépistage de la FA par un Holter de 14j à une population qui présente des palpitations et dont le "score CHA2DS2-VASc virtuel" (dans la mesure où les patients n'ont à l'inclusion jamais présenté de FA) est ≥ 2 chez l'homme et ≥ 3 chez la femme. Une analyse intermédiaire sur 250 patients enregistrés retrouve un taux de dépistage de FA de l'ordre de 10% !

L'ablation de la FA est à nouveau confortée comme la technique de choix de traitement de la FA paroxystique, persistante avec et sans risque majeur de récurrence (recommandation de Classe I). On souligne son utilité dans les cardiomyopathies rythmiques (Classe I) et dans une population sélectionnée de patients en insuffisance cardiaque (Classe IIa). Enfin, **l'étude EAST-AFNET 4** publiée à l'ESC 2020 permet une fois pour toutes de démontrer (contrairement à l'étude AFFIRM en 2002 sur un critère dur de mortalité globale) qu'une stratégie de maintien précoce du rythme sinusal fait mieux à 5 ans qu'une stratégie de contrôle de la fréquence sur un critère combiné associant mortalité cardiovasculaire, AVC, hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou syndrome coronarien aigu. Ce bon résultat a été tiré d'après les auteurs par le recours fréquent à l'ablation de la FA dans le groupe contrôle du rythme ce qui souligne une fois encore la place éminente que prennent aujourd'hui les techniques interventionnelles.

RETOUR SUR...



Les 31^{es} Journées Européennes ONLINE de la Société Française de Cardiologie

Le rendez-vous annuel de la Cardiologie française au palais des congrès de Paris, en janvier, a donc été cette année 2021 un événement 100% digital. Le succès de ces eJESFC2021 était au rendez-vous, et cet événement a pu voir le jour grâce à l'implication à parité de l'ensemble des cardiologues hospitaliers et libéraux, qui chacun à sa place, a apporté une pierre dans l'édification de ce congrès incontournable, rendez-vous des cardiologues francophones, au-delà des frontières de notre pays (38 pays, 21% étrangers). Plus de 6200 inscrits, 113 sessions scientifiques, 691 communications, 285 orateurs, une chaîne live, trois chaînes en VOD programmée (348 vidéos au total), 22 espaces consacrés à l'enseignement par simulation, 32 espaces cœur de métier, 318 e-posters, un espace consacré aux plus de 60 prix et bourses attribués par la FFC, la FCR et la SFC... On aurait pu se croire, en naviguant dans cette plate-forme numérique, au palais des congrès, à Paris, comme lors de notre rendez-vous présentiel chaque année.

LIPIDOLOGIE

Les principaux messages des recommandations européennes pour la prise en charge des dyslipidémies

Si elles ont été présentées lors des sessions scientifiques la Société européenne de cardiologie (ESC) en 2019, les recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies de l'ESC et de l'EAS (European Atherosclerosis Society) ont été officiellement publiées en 2020⁽¹⁾. Elles font la synthèse des données acquises de la science et doivent unifier les pratiques afin de diminuer le risque cardiovasculaire par une action sur les paramètres lipidiques : lesquels ? et avec quoi ? Réponses avec les cinq principaux messages et deux tableaux.

Principaux messages

Premier message : il faut évaluer le risque cardiovasculaire. Cela doit être fait des critères simples (prévention CV primaire ou secondaire, existence d'un diabète, fonction rénale...) et à défaut, en prévention primaire, avec la grille de risque SCORE (utilisable en ligne : https://www.heartscore.org/fr_FR/access).

Deuxième message : l'essentiel de la prise en charge repose sur l'obtention d'un LDL inférieur à une certaine valeur, définie en fonction du niveau de risque. Cela doit être fait avec deux moyens, les mesures hygiéno-diététiques et les traitements pharmacologiques.

Troisième message : les cibles de LDL ont été abaissées à, au minimum moins de 1,16 g/l en prévention primaire et au minimum, moins de 0,55 g/l en prévention secondaire (voir tab.1).

Quatrième message : un schéma thérapeutique est préconisé qui repose sur une statine en première intention, puis sur l'ézétimibe, puis si nécessaire, sur un antiPCSK9, tout en rappelant ce qu'il est possible d'atteindre en matière de diminution de LDL avec ces traitements diversement utilisés (voir tab.2) ;

Cinquième message : le HDL et les triglycérides ne sont pas des cibles thérapeutiques, tout au plus est-il admis qu'il existe des valeurs souhaitables pour ces marqueurs, mais il n'est pas proposé d'utiliser des traitements spécifiques pour atteindre ces valeurs. Tout doit être concentré sur la diminution du LDL.

TABLEAU 1 : Cibles de LDL selon le niveau de risque cardiovasculaire d'après les recommandations 2019 de l'ESC et l'EAS pour la prise en charge des dyslipidémies	
Niveau de risque	Cibles de LDL
Si au moins deux événements athéromotobiques en deux ans quel que soit le territoire vasculaire	Moins de 0,40 g/l
Très haut risque dont prévention CV secondaire	Moins de 0,55 g/l
Haut risque	Moins de 0,70 g/l
Risque Intermédiaire	Moins de 1,00 g/l
Bas risque	Moins de 1,16 g/l

Ariel COHEN
PARIS



Hélène ELTCHANINOFF
ROUEN



Les comités d'organisation et scientifique des JESFC ont d'ores et déjà engagé leur réflexion pour l'organisation de l'édition 2022, du 13 au 15 janvier prochain.

Nous espérons sincèrement que cet événement pourra avoir lieu dans un format présentiel, mais nous réfléchissons d'ores et déjà à un complément digital puisqu'il a été plébiscité lors de l'édition 2021.

Merci encore pour votre assiduité et votre confiance. **Les eJESFC 2021 continueront d'alimenter les échanges tout au long de l'année 2021**, grâce à la mise à disposition de son contenu sur CardioOn-Line (diaporamas et vidéos, interviews) et d'ailleurs, les éditions spéciales au nombre de quatre organisées pendant le congrès ont également témoigné par leur succès d'audience de l'intérêt de ce format synthétique, en complément de la séance tant appréciée et attendue des Points Forts des JESFC.

Nous vous donnons donc rendez-vous du 13 au 15 janvier prochain 2022

À très bientôt donc. Nous vous adressons nos meilleures amitiés au nom des comités d'organisation et scientifique des JESFC

François DIÉVART
DUNKERQUE



En pratique : En fonction du LDL initial et du LDL cible (cf tab.1), le tableau 2 permet d'envisager la stratégie thérapeutique qui sera le plus probablement nécessaire chez un patient donné.

TABLEAU 2 : Diminution moyenne relative du LDL prévisible selon le ou les traitements utilisés et leurs doses d'après les recommandations 2019 de l'ESC et l'EAS pour la prise en charge des dyslipidémies

Traitement	Diminution moyenne relative du LDL
Statine à dose modérée à moyenne	≈ 30 %
Statine à forte dose	≈ 50 %
Statine à forte dose associée à l'ézétimibe	≈ 65 %
Anti-PCSK9 seul	≈ 60 %
Anti-PCSK9 associé à statine à forte dose	≈ 75 %
Anti-PCSK9 associé à statine à forte dose et ézétimibe	≈ 85 %

¹ Mach F et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2020; 41:111-188.