

EDITO

Un nouveau numéro de Cardionews vous attend, coordonné par notre ancien Président Jacques Gauthier. Les experts du CNCF vous procurent les dernières actualités et nous les en remercions chaleureusement.

Les spécificités de la femme, le métabolisme lipidique, l'intérêt de la vaccination et l'insuffisance cardiaque, les nouveautés dans la FA sont les sujets majeurs abordés dans ce numéro, en plus des rubriques des Drs Cohen et Gauthier.

Des registres de prise en charge des patients vous seront bientôt proposés pour apporter des données récentes de vie réelle très utiles pour améliorer nos pratiques et alerter les autorités de tutelle sur les difficultés rencontrées pour une prise en charge optimale de nos patients de plus en plus complexes.

On se retrouve au congrès de l'ESC où le CNCF sera très présent et bien évidemment au congrès national à Strasbourg en octobre où un programme passionnant vous attend.



Bien amicalement à tous.

Pierre SABOURET
PRÉSIDENT DU CNCF

avec le soutien
institutionnel de



VIATRIS

Mylan Medical SAS est une société du groupe Viatris
40-44 rue Washington, 75008 Paris, RCS 443 747977

Vos réactions,
vos commentaires
sur notre newsletter
> info@cncf.eu

LA PAROLE AU

Dr Vincent PRADEAU

Président du CNPCV

Conseil National Professionnel CardioVasculaire

ACBA

AMICALE DES CARDIOLOGUES DE BORDEAUX AQUITAINE



Bonjour Vincent Pradeau.

L'Amicale des Cardiologues de Bordeaux Aquitaine (ACBA) vient de rejoindre le CNCF, quels sont vos projets pour la région ?

Unifier l'offre de formation portée par les structures professionnelles de la cardiologie pour la partie Nord de notre vaste région. Traditionnellement le Syndicat Régional des Cardiologues d'Aquitaine et l'ACBA avaient chacun leurs formations. A l'heure où les organismes de formation commerciaux font florès, simplifier l'offre était indispensable. Illustrer par l'exemple local girondin de l'adhésion de l'ACBA, le rapprochement entre le CNCF et le Syndicat National des Cardiologues voulu au plan national par Marc Villacèque et Serge Cohen. Porter grâce à cette synergie le projet d'un congrès de la Cardiologie libérale à Bordeaux

Pouvez-vous nous présenter votre association ?

L'Amicale des Cardiologues de Bordeaux Aquitaine, à ne pas confondre avec son homonyme mais néanmoins amie l'Amicale des Cardiologues du Bassin de l'Adour, existe depuis la fin des années 1980 créée sous l'impulsion de Georges Fel et de Pierre Pouydebat. Eric Parrens en est le président et l'anime depuis les années 2000. J'ai rejoint le bureau depuis une quinzaine d'années. Période Covid mise à part nous faisons 3 à 4 samedis de formations par an qui regroupent à chaque fois une quarantaine de cardiologues pour un nombre d'adhérents autour de 120.

Pouvez-vous nous décrire votre cursus professionnel ?

J'ai fait mes études de médecine à Limoges. J'ai vu mes premières échographies cardiaques lors de mon passage en cardiologie en 4^{ème} année. Le responsable du laboratoire d'échographie s'appelait alors Pascal Guéret, les internes Arnaud Maudière, Philippe Vignon, Victor Aboyans, Serge Boveda...

J'ai choisi de rejoindre Bordeaux pour l'internat à une époque où la ville était moins en vogue qu'aujourd'hui. La première partie de ma formation a été très rythmée sous la houlette de Michel Haissaguerre et Philippe Lemétayer pour finalement prendre une orientation très échocardiographique avec un poste de faisant fonction de PH dans le service de Raymond Roudaut pendant 10 mois, orientation qui a persisté durant mon clinat dans le service de Jacques Bonnet pour tout ce qui touche à la détection et la prise en charge de l'athéro-thrombose au côté de Thierry Couffignal.

Au terme de mon clinat, je me suis installé sur la rive droite de la Métropole Bordelaise en succédant au Dr Guern en 2003, dans un cabinet où nous étions initialement 3 cardiologues. Nous sommes actuellement

4 cardiologues et une endocrinologue-diabétologue.

J'ai aujourd'hui une activité de consultation de cardiologie générale, de plus en plus tournée vers l'insuffisance cardiaque et une activité d'exploration non invasive avec une grosse partie d'écho d'effort.

Vous avez développé une compétence reconnue dans le syndicat des cardiologues avec une implication forte. Pouvez-vous nous détailler votre parcours militant ?

Représentant des internes, puis des chefs de clinique lors de mon parcours hospitalier, j'ai adhéré au syndicat des cardiologues d'aquitaine dès mon installation. J'ai dû participer comme délégué à ma première AG du SNC en 2006 coaché par mon mentor syndical Joël Ohayon, puis j'ai intégré le CA en 2011, et le bureau en 2014 lors de la présidence d'Eric Perchicot. J'étais secrétaire général depuis 2020 jusqu'à ces dernières semaines, poste dont j'ai démissionné pour prendre la présidence du Conseil National Professionnel Cardio-Vasculaire (CNPCV) qui est la structure fédérative des quatre entités de notre spécialité (SFC, SNC, CNCF, CNCH).

Comment appréhendez-vous les nouveaux défis syndicaux et l'évolution de nos exigences de formation ?

L'équation est complexe car nous devons faire face à une diminution du nombre de cardiologues, une diminution du temps-médecin, une fuite des contingences que ce soit pour les gardes, les astreintes, la formation, l'engagement dans les structures socio-professionnelles alors même que le nombre de patients atteints de maladies cardiovasculaires augmente parallèlement au vieillissement. Entre un hôpital en crise et des groupes d'hospitalisation privés drivés de plus en plus par des considérations capitalisistiques, la cardiologie libérale est indéniablement, elle aussi, en tension et contrainte à adapter ses modèles.

Dans ce contexte, nos organismes de formation devront eux-aussi savoir évoluer et adapter leurs offres pour accompagner cette mutation sociologique autant qu'organisationnelle : format des congrès, horaires des formations, simulations, e-learning attractifs sans parler bien sûr du processus de re-certification qu'il faudra prendre à bras le corps.

Ces engagements importants vous laissent-ils le temps de cultiver des hobbies ?

Pour arrêter un peu le temps et me ressourcer ?

La photographie surtout paysagère et urbaine mais plus encore la cuisine. Une recette préférée ? Daurade royale en croute de sel, purée de rattes aux salicornes arrosée d'un très bon vin blanc (donc nécessairement pas de Bordeaux !!!)

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

Endartériectomie carotidienne et prévention des démences

AVC et athérosclérose carotidienne sont associés à la démence. L'endartériectomie carotidienne réduit l'incidence des AVC mais son effet sur la démence tardive est mal connu.

Les patients participants à l'étude ACST-1 (Asymptomatic Carotid Surgery Trial) randomisés entre chirurgie immédiate ou retardée, sont suivis à long-terme pour étudier les effets sur la démence. De 1993 à 2003, 3 120 patients sont inclus dont 1 601 patients anglais et suédois suivis à plus long-terme.

Le suivi moyen est de 19,4 ans. La démence était présente chez 107 patients avec endartériectomie immédiate contre 115 patients avec chirurgie retardée. L'incidence de la démence augmentait avec l'âge, le sexe féminin et l'existence d'un infarctus cérébral pré-existant.

L'incidence de la démence était identique dans les 2 groupes randomisés : 6,7% vs 6,6% à 10 ans, 14,3% vs 15,5% à 20 ans.

Le HR de démence était de 0,98. La neutralité de l'effet immédiat de l'endartériectomie aurait pu masquer un bénéfice dans les sous-groupes étudiés. Mais en fait il n'y a pas eu d'incidence de l'âge, de l'existence d'une sténose carotide, de l'HTA, du diabète, du pays de résidence ou des traitements médicaux à l'entrée.

En conclusion, l'endartériectomie carotidienne n'est pas associée à long-terme à la diminution de l'incidence de la démence.



Halliday A, Effect of Carotid Endarterectomy on 20 Year Incidence of Recorded Dementia: A Randomised Trial Eur J of Vasc Endovasc Surg, Avril 202, vol 63, p 535-545

Serge COHEN
MARSEILLE

CŒUR DE FEMME

Claire MOUNIER-VÉHIER - LILLE

Thierry DRILHON - PARIS

www.agirpourlecoeurdesfemmes.com

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont devenues en 30 ans la première cause de mortalité chez les femmes en France, tuant 200 femmes par jour. Cette urgence médico-sociétale s'explique par une modification des habitudes de vie des femmes et par la méconnaissance des spécificités féminines du risque cardio-vasculaire (RCV), induisant des errances diagnostiques fréquentes. Une étude récente d'Axa prévention santé communiquée en septembre, souligne que 81% des femmes négligent leur santé au profit de celle de leurs proches ; 70% estiment qu'être en bonne santé, c'est ne pas être malade, ne pas être "empêchée", 77% d'entre elles repoussent régulièrement des consultations et 85% essaient de se soigner seules et 42% des femmes ne font jamais de dépistage pour les maladies cardio-vasculaires. Or à âge égal, les femmes présentent plus de facteurs de RCV que les hommes. Certains facteurs de risque sont aussi plus délétères chez la femme, comme l'HTA, le tabac, le diabète, le stress psycho-social ou encore la sédentarité ; ils sont aussi moins bien dépistés, moins traités et moins contrôlés

LE POINT EN INTERVENTIONNELLE

Julien ADJEDJ - ST LAURENT DU VAR

Nombreux sont les exemples d'innovations qui ont été accueillis avec réticence avant d'avoir été acceptés. Ce processus est initialement tout à fait attendu car il se heurte au défaut de maturité de cette innovation, de définir la population cible qui en bénéficiera le plus et de bousculer les idées reçues.



Les lésions coronaires chroniquement occluses (CTO) sont définies comme une obstruction complète de l'artère coronaire depuis plus de trois mois. Cependant, parce qu'une lésion est totalement occluse, elle est souvent considérée différemment d'une lésion non occluse en ce qui concerne l'indication

d'une intervention. Il existe de nombreuses études, y compris un essai randomisé récent, pour soutenir la justification de la réouverture d'une CTO si la viabilité et l'ischémie sont démontrées dans le territoire de celle-ci. La réticence de nombreux opérateurs à "tenter" une CTO comme lésion cible est plutôt basée sur la complexité de la procédure et le taux de réussite limité. Les évolutions récentes, tant au niveau de la stratégie que des outils disponibles, ont conduit à un taux de réussite largement amélioré qui est désormais supérieur à 90% entre des mains expérimentées. La prévalence d'une CTO est estimée de 15 à 18% des lésions rencontrées cependant elles représentent que 6 à 10% des angioplasties. Ce nombre de CTO non revascularisée est justifiée par son caractère modérément symptomatique, l'absence d'évidence de viabilité et d'ischémie suffisamment large et du degré de complexité de cette lésion à aborder par angioplastie.

comparativement aux hommes (les femmes voient aussi leur risque cardio-vasculaire rythmé par leur vie hormonale, et ceci très tôt dès la première contraception (avec éthynyl-estradiol), puis les grossesses et plus tard lors de la ménopause. Certaines présentent des situations émergentes à risque (migraine avec aura, endométriose, syndrome des ovaires polykystiques, insuffisance ovarienne, multiparité, prématurée avant 40 ans, maladies inflammatoires ou auto-immunes, cancer du sein avec chimio et radiothérapie...). Mosca et al. Circulation 2011;123(11): 1243-62. Collins P et al. Cardiovascular risk assessment in women - an update. Climacteric. 2016 ; 19(4) : 329-36; Chandrasekhar J, Gill A, Mehran R, International Journal of Women's Health 2018; L Cho. J Am Coll Cardiol. 2020 May 26; 75(20): 2602-2618). A l'inverse, une hygiène de vie optimisée s'avère très efficace en médecine préventive chez la femme. Dans 8 cas sur 10, l'accident pourrait même être évité en préservant ses rendez-vous clés avec sa santé. Prédire le risque d'accident CV chez la femme reste très difficile car les scores de risque classiques ne tiennent pas compte de ces spécificités féminines. A l'initiative de la Société Française d'HTA, un consensus d'experts "HTA, hormones et femmes" vient de proposer une stratification du RCV adaptée aux femmes françaises (www.sfhta.eu), pour guider les professionnels de santé dans le repérage, le dépistage et la prise en charge des femmes à risque. Vivre longtemps mais en bonne santé, c'est tout l'enjeu de la médecine cardio-vasculaire et gynécologique préventive

Alors qu'une étude a montré que la présence d'une CTO était un marqueur accru de mortalité par tachyarythmie avec un hasard ratio de 1.41 (1.08-1.84) (p=0.011).⁽¹⁾

Une meta-analyse comparant 1 030 succès de CTO à 570 échecs de CTO a montré une amélioration des symptômes en cas de succès de recanalisation.⁽²⁾ In fine, le registre OPEN CTO a retrouvé une amélioration significative de la qualité de vie.⁽³⁾

La recanalisation d'une CTO permet en outre d'améliorer la fonction ventriculaire gauche (en cas de dysfonction significative sur un territoire viable) et de corriger l'ischémie myocardique.

L'indication d'une désobstruction de CTO est à la fois clinique et angiographique. Une classification dédiée (J-CTO score) permet d'apprécier le degré de complexité et in fine de prédire le taux de réussite de celle-ci en fonction de l'expérience de l'opérateur. Par ailleurs, le matériel utilisé est devenu dédié et remarquablement performant en seulement quelques années.

L'approche de la CTO de nos jours est plus standardisée avec des algorithmes publiés⁽⁴⁾ qui permettent de mener, la plupart du temps, une "tentative" de désobstruction à son succès. Ce succès se retrouve dans un cycle vertueux des publications récentes soutenant le traitement des CTO exhaustivement évaluées. Cette évaluation exhaustive comporte la symptomatologie/demande du patient, son ischémie myocardique, sa viabilité myocardique et la faisabilité de la CTO considérée par l'expérience de l'opérateur. La technique de désobstruction est aujourd'hui plus mature et standardisée avec des taux de succès élevés permettant d'accepter qu'une CTO, bien indiquée, doit être traitée comme toute lésion coronaire nécessitant une revascularisation.

(1) Behnes et al. EuroIntervention. 2020 Feb 20;15(14):1278-1285.

(2) Joyal et al. Am Heart J. 2010;160:179-87.

(3) Hirai et al. Circ Cardiovasc Interv. 2019; 12(3): e007558.

(4) Wu et al. J Am Coll Cardiol. 2021; 78(8): 840-853.

au travers de parcours de soins structurés. Dans ce sens, le fonds de dotation "Agir pour le Cœur des Femmes/Women's CardioVascular Healthcare Foundation", a été créé en 2020, avec 3 missions "Alerter, Anticiper et Agir" pour sauver la vie de 10 000 femmes à 5 ans. Il a lancé en 2021 une campagne nationale de repérage et d'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité, dont on sait qu'elles sont particulièrement exposées aux maladies cardio-vasculaires. Décloisonner la prévention en s'appuyant sur un écosystème vertueux de professionnels de santé, ville et hôpital, sur les villes et leurs services sociaux et sur le tissu associatif local. Agir pour le Cœur des Femmes et ses Bus du Cœur incitent les femmes à plus s'écouter et à se dépister. Et puis, parallèlement, la mise en œuvre des étapes du Bus du Cœur des Femmes favorise la mise en place de parcours de santé cardio-vasculaires et gynécologiques.

Ensemble, nous pouvons sauver des vies et être de vrais colibris de la prévention. Agir plutôt que subir, c'est de notre responsabilité au quotidien.

Mots clés : Risque cardio-vasculaire - Femme - Prévention - Contraception - Grossesse - Ménopause - Parcours de santé - Bus du Cœur des Femmes.





LES MOTS MÉDICAUX

Jacques GAUTHIER - CANNES

Sigles et acronymes.

Les médecins utilisent volontiers les acronymes et les sigles dans le souci de simplifier la communication par le recours à une abréviation connue des interlocuteurs. L'acronyme (URSSAF, sida) est un substantif défini comme un sigle qui se prononce à la façon d'un mot ordinaire ; le sigle (CNCF, SFC...) se prononce en épelant chaque lettre. L'acronyme représente un groupe d'initiales lexicalisées et se prononce comme s'il s'agissait d'un nouveau mot.

Chaque lettre d'un sigle s'écrit en caractère capital, le point intercalé a disparu avec les nouvelles règles orthographiques.

Les sigles sont invariables. Le genre habituel d'un sigle est celui du premier mot qui le compose mais l'usage privilégie le masculin dans son acceptation de genre neutre, indifférencié ; aussi dit-on : un HLM plutôt qu'une HLM.

Les sigles et acronymes d'origine étrangère prennent le genre qu'aurait en français le mot de base du sigle : la COVID pour la maladie (traduction de disease).

Certains acronymes usuels ont fait leurs entrées dans les dictionnaires où ils figurent désormais comme noms communs dont ils suivent les règles d'accord (pluriels en S) : Radar (radio detecting and ranging) ou laser (light amplification by stimulated emission of radiation).

Du plus élémentaire comme LU (Lefevre-Utile) au plus sophistiqué (Socrate pour la SNCF) ils font partie de notre quotidien : DRH, OGM, FIAT, PACS...

Constatant l'invasion des sigles et acronymes dans les correspondances internes de son entreprise, Elon Musk a été conduit à les en bannir pour leurs effets contre-productifs, marginalisant les nouveaux venus, non familiarisés à ces codes d'initiés et réticents à s'informer pour ne pas laisser transparaître une incompetence. "Acronyms seriously suck" (les sigles sont vraiment pénibles).

Les sigles et les acronymes ne sont pas nouveaux : INRI figurait sur la croix du Golgotha et la pancarte SPQR annonçait les légions romaines.



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Patrick JOURDAIN - PARIS

Pourquoi le cardiologue libéral doit s'impliquer dans la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque chronique ?

Le cardiologue en général et le libéral en particulier est parfois submergé de travail avec une demande sans cesse croissante de la part des patients et des correspondants pour voir un tel ou faire une échographie cardiaque à une telle... souvent dans le cas où... Parmi les pathologies qui progressent l'on retrouve au premier rang l'insuffisance cardiaque, cette pathologie qui pourrait être prévenue par une meilleure prise en charge de la prévention et qui cause plus d'1,8 million de journées d'hospitalisation par an en France. Ce qui est particulièrement rageant chez les patients atteints de cette pathologie c'est justement quand le cardiologue clinicien les voit trop tard... avec 6 kilogrammes d'œdème et des charentaises aux pieds.

Or, aujourd'hui la télésurveillance nous permet de savoir ce qu'il se passe quand le patient n'est pas en face de nous. Cela passe bien sûr par une prescription reposant sur le système de télésurveillance vous semblant le plus adapté au patient (infirmières ou non permettant de trier les alertes, PSAD pour la fourniture du matériel, type d'algo-

rithme d'alerte, ergonomie,...) et surtout par une motivation du patient qui doit voir en la télésurveillance non pas "big brother" ou le radar qui l'a flashé en se rendant à votre cabinet mais un dispositif lui permettant de savoir qu'il va passer une bonne journée sans risque.

La télésurveillance fait d'ailleurs partie des éléments recommandés dans les parcours de soins de la HAS ainsi que par les dernières recommandations européennes et même, si bien sûr, celle-ci ne soigne pas par elle-même. Elle nécessite un bon cardiologue, intéressé, actif, dynamique cherchant en permanence à fournir à son patient un traitement optimal. Somme toute la télésurveillance c'est l'outil des meilleurs d'entre nous, c'est plus de sécurité pour le patient, c'est plus de tranquillité en fait pour nous à moyen terme, le patient n'appelant plus pour rien et un moyen de savoir ce qui se passe en cas d'appel du patient. Le risque assurantiel n'est pas plus élevé que la consultation classique et n'entraîne d'ailleurs pas de surcoût. Bien sûr, c'est une façon nouvelle de faire... mais faites confiance à votre œil de clinicien et pensez aux révolutions qui nous ont précédés, rythmologie, cardiologie interventionnelle, échocardiographie...

Notre téléphone notre futur stéthoscope ?



François DIÉVERT
DUNKERQUE

LIPIDOLOGIE ET MÉTABOLISME

Nous sommes incorrigibles...

Pour améliorer ou préserver notre santé, nous pensons qu'il faut agir sur notre alimentation en choisissant des produits réputés sains et avons tendance, lorsque le choix est possible, à nous orienter vers des produits dit "allégés". Ces derniers sont censés être moins caloriques, moins salés, moins sucrés, moins gras.

Lors des quelques dernières années, plusieurs études publiées dans des revues de psychologie et de marketing ont montré que nous sommes incorrigibles lorsqu'il faut faire le choix entre deux produits alimentaires : nous nous fions à des présupposés censés nous indiquer qu'un aliment est meilleur qu'un autre, c'est-à-dire à des biais cognitifs, et l'industrie alimentaire le comprend progressivement afin d'en profiter.

Quelles sont ces erreurs de jugement ?

Toutes les conclusions suivantes sont issues d'études avec groupe contrôle.

L'emballage ou la couleur du produit (ex : Journal of the Association for Consumer Research 2016. <https://doi.org/10.1086/688221>).

Nous avons tendance à penser qu'un aliment contenu dans un emballage clair et mat est plus sain qu'un aliment contenu dans un emballage brillant. De même un aliment de couleur claire sera perçu comme plus sain qu'un aliment de couleur sombre.

La température (ex : Journal of Consumer Research 2020; 523-543). Pour nous, un aliment servi froid serait plus sain qu'un aliment servi chaud au prétexte que nous pensons qu'un plat chaud est plus calorique qu'un plat froid. Et les études de conclure que nous sommes prêts à payer 25% plus cher un aliment servi froid qu'un aliment servi chaud et à en consommer 31% de plus.

Le prix (ex : Journal of Consumer Research 2017 ; 992-1007).

Comme ce qui est cher est perçu comme pouvant être de meilleure qualité, lorsque deux aliments identiques ont un prix différent, nous pensons instinctivement que le plus cher est le plus sain.

Le poids (Journal of Consumer Psychology 2021. <https://doi.org/10.1002/jcpsy.1249>). Plus le poids d'un aliment est faible, plus nous pensons qu'il est sain, quelle que soit sa composition. Et cela peut aboutir à un paradoxe tel celui constaté dans une étude : les sujets de l'étude mangent plus des mêmes friandises lorsqu'on leur demande de les tenir dans un bol plus léger que dans un bol plus lourd.

Que faire ?

Pour manger plus sain, il est donc préférable de ne pas nous fier à nos intuitions mais à l'étiquetage des produits alimentaires et à nos connaissances. Sinon, tout démontre qu'un produit peu sain, dès lors qu'il sera dans un emballage léger, clair et vendu cher nous incitera à dépenser plus pour consommer plus de calories, de sucres, de graisses ou de sel...

	Energy kcal	1007	per 1/4 pt
Protein		241	20.1
Carbohydrate		8.4g	48
of which sugars		20.6g	16.8g
Fat		1.8g	41.2g
of which starch		18.8g	3.6g
of which saturates		13.7g	37.6g
polyunsaturates		5.7g	27.4g
Fibre		5.9g	11.4g
Salt		1.5g	11.8g
of which sodium		0.9g	3.0g
GDA's = Adult Guideline Daily		0.50g	1.8g
female, GDA's are		0.20g	1.00g
depending			0.4g

MORTALITÉ CARDIAQUE VACCINATION

Jean-Marc FOULT - PARIS
Olivier HOFFMAN - PARIS

Les vaccins sont à l'honneur : pour lutter contre la plus grande pandémie des dernières décennies, ils sont la seule solution véritablement efficace.

Mais c'est du vaccin contre la grippe dont on voudrait dire un mot ici. Car il s'avère que ce vaccin possède une vertu préventive... contre les accidents cardiaques !

La présentation récente de l'étude IAMI (Influenza Vaccination After Myocardial Infarction) au prestigieux congrès de "l'European Society of Cardiology" met en relief le lien entre vaccination anti-grippale et mortalité cardiovasculaire. Les 2 571 participants de cette étude menée en double aveugle étaient tous des volontaires récemment victime d'un infarctus du myocarde, appartenant à 8 pays différents, âgés en moyenne de 60 ans et tirés au sort pour recevoir soit le vaccin antigrippal, soit une injection d'eau. Un an après, on observe une diminution de 41% de la mortalité cardio-vasculaire et de la mortalité globale dans le groupe des sujets vaccinés ! Ce résultat spectaculaire est conforté par une "méta-analyse" regroupant 3 études comparables et totalisant plus de 200 000 patients : après un accident cardiaque, le vaccin contre la grippe diminue la mortalité cardio-vasculaire de 50% à horizon 1 an. Ceci suggère évidemment qu'il faut vacciner contre la grippe les sujets victimes d'un infarctus, mais deux questions se posent.

Tout d'abord, par quels mécanismes un vaccin anti-grippal peut-il avoir une action préventive contre les accidents cardiaques ? Certains travaux suggèrent une action anti-inflammatoire, voire anti-thrombotique du vaccin. On peut aussi constater que la grippe majeure le risque d'accident cardio-vasculaire : en réduisant significativement l'incidence grippale, le vaccin diminue aussi le risque de complications cardio-vasculaires.

La seconde question est plus vaste : ce résultat s'applique-t-il à la population générale, peut-on dire que la vaccination anti-gripale protège tout un chacun contre les accidents cardiaques ? Dès le début du XX^{ème} siècle, on avait observé une association entre la grippe et les maladies cardio-vasculaires, notamment au moment des grandes épidémies des années 1918-1920. De plus récentes analyses, basées sur l'observation de plusieurs centaines de milliers de cas, confirment que les patients atteints d'une grippe font plus d'infarctus et d'accidents vasculaires cérébraux que les autres. Simultanément n'est certes pas causalité mais au total, les éléments de convergence sont suffisamment probants pour conclure qu'une grippe peut déclencher un accident cardio-vasculaire. Le point important est que l'ensemble des données disponibles à ce jour indique clairement que la vaccination anti-gripale réduit la mortalité cardio-vasculaire de manière très significative dans la population générale, d'au moins 1/3 et jusqu'à 50% dans certaines études.

Or, de très nombreuses personnes ne sont pas vaccinées contre la grippe, y compris dans les groupes les plus à risque. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), cette "hésitation vaccinale" fait partie des 10 menaces sanitaires les plus préoccupantes du moment à l'échelon planétaire.

Influenza Vaccination After Myocardial Infarction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial
Ole Frøbert et al 2021 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042>
Circulation. 2021;144:1476-1484



FA QUOI DE NEUF ?

Maxime GUENOUN - MARSEILLE

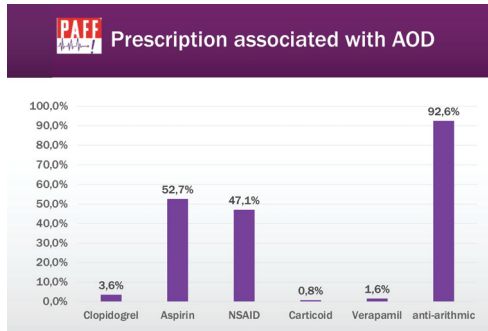
Les résultats préliminaires de l'étude PAFF menée en 2021 par le CNCF ont été présentés aux JESFC.

Tout d'abord un grand merci aux 154 cardiologues libéraux investigateurs qui ont permis le succès de cette enquête sur l'anticoagulation de la fibrillation atriale en France. Les 1 890 patients inclus présentent un profil comparable aux populations rapportées dans la littérature internationale.

Une première analyse montre un taux élevé de plus de 50% d'association d'aspirine à l'anticoagulation. On peut s'étonner de cette pratique quand on sait le risque hémorragique associé à la coprescription d'un anticoagulant et d'un antiagrégant plaquettaire, notamment chez cette population âgée en moyenne de 76 ans. Des investigations complémentaires permettront de mieux comprendre cette attitude, qui toutefois doit être réservée aux patients avec un profil thrombotique particulier.

Un deuxième point très attendu est le choix de la posologie de l'AOD. Le mésusage observé dans

PAFF, notamment concernant le sous dosage de 8 à 15% selon l'AOD, reste une préoccupation. Ce choix posologique est pour la première fois bien documenté dans cette étude grâce au recueil des paramètres validés, notamment la fonction rénale, qui guident l'adaptation posologique dans les RCP. Les raisons du mésusage font l'objet d'analyses complémentaires que nous présenterons ultérieurement.



CARDIO-NEWS

N°11 - Mai 2022

DIRECTEUR DE PUBLICATION : Pierre SABOURET
RÉDACTEUR EN CHEF : Jacques GAUTHIER

COMITÉ DE RÉDACTION :
L. CAMOIN - S. COHEN - F. DIÉVART - J. GAUTHIER -
M. GUENOUN - O. HAMON - J. ROSENCHER
CONCEPTION : Dan MOYAL - Graphisme/Illustration
IMPRESSION : Images de marque - Marseille

AGENDA DES RÉGIONS

ACCA. Amicale des Cardio de la Côte d'Azur
l'Hôtel Novotel Arenas à Nice

Samedi 17 Septembre 2022 :
"Journée d'Actualités Thérapeutiques"

REGROUPEMENT DES ASSOCIATIONS :

Seine et Marne, Champagne Aisne & Ardennes,
Collège des Cardiologues de l'Est, Formation
Cardiologique Alsacienne Libérale, Association
des Spécialistes en Cardiologie de la Côte d'Or
25-26 juin 2022 : Mercure Troyes Centre
"10^{ème} édition - Séminaire de Cardiologie
Interventionnelle de Troyes"

ACBA. Amicale des Cardiologues
du Bassin d'Acquitaine

Samedi 14 Mai 2022 : Médical Stadium
"Coeur et Psy" Dr. E. Parrens

Mardi 14 Juin 2022 : Médical Stadium
"Management du cabinet de cardiologie"
Cabinet Catalyse

Associations des cardiologues de Seine
et Marne et de Champagne, Aisne et Ardennes
Hôtel Novotel - Marne-la-Vallée Collégien
Samedi 24 septembre 2022 :
20^{ème} congrès

CONGRÈS NATIONAL DU CNCF

**20, 21 et 22
Octobre 2022
STRASBOURG**

*Pour relayer les réunions régionales
dans les prochains numéros,
les associations sont invitées à envoyer
leur programme à :*
congrescncf@cncf.eu

ADHÉREZ au CNCF



CONTACT :
info@cncf.eu
tél. 01 43 20 00 20

www.cncf.eu