

Cardio-oncologie : ce que doit savoir le cardiologue

Aucun lien d'intérêt

Depuis maintenant une dizaine d'années, la cardio-oncologie a un intérêt croissant pour les cardiologues en France. Cette sur-spécialité de la cardiologie a pour but de prendre en charge les complications cardiovasculaires des patients avec un cancer, avant, pendant et après leur traitement. Il est donc important pour un cardiologue de connaître les complications, les molécules incriminées, les modalités de dépistage de prévention et de traitement en fonction du type de cardiotoxicité attendue. Nous aborderons ici, les spécificités d'une consultation de cardio-oncologie pour une prise en charge optimale des patients atteints de cancer et nous verrons aussi de façon synthétique deux des complications les plus fréquentes en cardio-oncologie.

La consultation de cardio-oncologie.

Une consultation de cardio-oncologie ne doit pas se limiter à la mesure seule de la fraction d'éjection comme souvent demandée par les oncologues, c'est une consultation à part entière, qui comprendra un examen clinique, un ECG, un bilan biologique avec un bilan lipidique, une glycémie à jeun ou HbA1C, des biomarqueurs cardiaques (troponine et peptides natriurétiques), et selon le profil de cardiotoxicité une échographie cardiaque avec mesure de la FEVG et du strain longitudinal global (SLG) si disponible. A la fin de cette consultation devra apparaître :

- Le risque propre de cardiotoxicité du patient selon son profil cardio vasculaire et de la molécule qu'il recevra (éventuellement selon la dose reçue)
- La mesure de cardioprotection à mettre en place (optimisation d'un traitement anti-hypertenseur, traitement d'une dyslipidémie ou d'un diabète...)
- Le suivi cardiovasculaire pour dépister la cardiotoxicité liée au traitement anti cancéreux à court, moyen et long terme

Si au cours de la consultation de suivi le patient présente une cardiotoxicité, il conviendra bien sûr de la traiter de façon adéquate c'est-à-dire en connaissant les indications de traitements cardiovasculaires mais aussi les spécificités du patient traité pour un cancer (risque d'interactions médicamenteuses, de troubles ioniques, de thrombopénie...).

La cardiotoxicité myocardique aux traitements anti-cancéreux.

C'est la complication la plus connue des cardiologues, elle est définie comme une FEVG <50% et ayant diminué de plus de 10 points par rapport à la FEVG avant traitement. Les molécules pourvoyeuses de dysfonction ventriculaire gauche sont les anthracyclines, les thérapies ciblées avec notamment le trastuzumab, utilisé généralement dans le cancer du sein. Cette toxicité se dépiste différemment selon la molécule utilisée :

Pour les anthracyclines la cardiotoxicité survient en large majorité dans l'année après la fin de la chimiothérapie. On réalisera donc un bilan cardiologique avec une échographie cardiaque avant le traitement, après

l'équivalent de 240mg/m² de Doxorubicine puis à toutes les cures suivantes. Ensuite, le patient sera suivi à 6 mois, 1 an, 2 ans puis régulièrement selon son profil de risque de cardiotoxicité. Pour le trastuzumab, la cardiotoxicité survient pendant le traitement, un bilan cardiologique avec une échographie cardiaque sera réalisé avant le traitement puis tous les 3 mois pendant toute la durée du traitement. On peut également dépister la survenue de cette cardiotoxicité encore plus précocement avec notamment l'utilisation de la troponine qui sera à doser avant le traitement puis à la fin de chaque perfusion d'antracyclines ou de trastuzumab. On définira une cardiotoxicité subclinique en cas de troponine > au 99^{ème} percentile. Cette stratégie a été la mieux démontrée dans une population à risque de cardiotoxicité recevant 1) de fortes doses d'antracyclines, 2) une combinaison de plusieurs traitements cardiotoxiques ou 3) chez des patients avec des facteurs de risque cardiovasculaire. L'utilisation de la troponine dans le suivi d'un patient sous chimiothérapie nécessite une coordination étroite entre cardiologue et oncologue pour savoir quel est le rôle de chacun et s'y tenir. Enfin, lorsque disponible sur les machines d'échographie cardiaque, la mesure de strain longitudinal global (SLG) pourra être faite au moment de la surveillance échographique de la molécule utilisée. Pour le moment, on retiendra une variation de 15% du SLG par rapport au SLG baseline comme marqueur de la cardiotoxicité sub clinique.

En cas de survenue de cardiotoxicité :

- Si la FEVG baisse de 10 points et passe en deçà de 50%, il faudra introduire un traitement par IEC et bêtabloquant (Recommandations classe IIa des dernières recommandations ESC 2021 sur l'insuffisance cardiaque). Si la FEVG passe en deçà de 40%, il faudra alors suivre les recommandations de l'ESC 2021 sur l'IC.
- Si la troponine s'élève en cours de chimiothérapie, il faudra introduire un traitement par IEC après avoir éliminer une autre cause d'élévation de la troponine.
- Si le SLG varie de 15%, il n'existe pas aujourd'hui de recommandations spécifiques. L'étude SUCCOUR en 2020 n'a pas réussi à montrer une différence de FEVG 1 an après un traitement par anthracyclines entre un groupe dépisté selon la variation du SLG et un groupe dépisté classiquement selon la variation de la FEVG. D'autres études seront nécessaires pour valider cette stratégie. Pour le moment, il conviendra en cas de variation du SLG de rapprocher le suivi échographique des patients.

L'HTA sous traitement anti cancéreux

La survenue d'une HTA ou le déséquilibre d'une HTA pré existante au cours d'un traitement anti cancéreux sont également des motifs fréquents de consultation en cardio-oncologie. De nombreuses molécules sont pourvoyeuses d'HTA (anti VEGF, les inhibiteurs de Bruton, les inhibiteurs du protéasome...). Il conviendra donc pour ces patients de dépister l'HTA au cours du traitement par une mesure de pression artérielle en consultation mais idéalement en y associant des automesures ou un MAPA. Pour les patients sous chimiothérapie per os pourvoyeuse d'HTA, une mesure tous les 3 mois sera nécessaire. En cas de survenue d'HTA ou de déséquilibre d'HTA, le choix de la molécule antihypertensive diffère du patient en cardiologie quotidienne. Il faudra se méfier des

interactions médicamenteuses en évitant

1) les inhibiteurs calciques bradycardisants (Vérapamil, Diltiazem), inhibiteurs du cytochrome P3A4 avec un risque de surdosage du traitement anti cancéreux, 2) les diurétiques dans une population plus à risque de déshydratation ou d'hypokaliémie. On privilégiera donc les inhibiteurs calciques, les IEC/ARAI ou les bêtabloquants. Seule une HTA maligne ou avec atteinte d'organes fera suspendre le traitement. Un fois la crise gérée on pourra discuter avec l'oncologue la reprise du traitement éventuellement à un palier inférieur. Avec le nombre croissant de patients avec ou ayant survécu avec un cancer, le cardiologue quelque soit sa spécialité ou son mode d'exercice doit être impliqué dans la prise en charge de ces patients de concert avec les oncologues. Son objectif sera de prévenir, dépister et traiter les complications cardiovasculaires liées au traitement anti cancéreux pour que le patient puisse bénéficier du meilleur traitement pour son cancer, avec un risque limité de complications cardiovasculaires à moyen et long termes.



EDITO

Notre congrès national vient de s'achever à Strasbourg et a connu un franc succès grâce à votre présence aux sessions interactives, avec une belle implication des associations régionales, du comité d'organisation et du comité scientifique.

Les nombreuses études majeures présentées à l'ESC ont été analysées au cours de ce congrès pour nous permettre de parfaire nos stratégies de prise en charge, avec des échanges très riches et conviviaux.

Ce numéro de cardionews complète ces données et s'avère très dense avec une mise au point sur la cardio-oncologie par le Dr Mathilde Baudet, l'imagerie dans la mort subite par le Dr Frédéric Schnell, la conduite à tenir en cas d'ESV par le Pr Nicolas Lellouche, HTA et grossesse par François Silhol, les avancées dans l'IC par François Dievert... et nos rubriques habituelles : la minute vasculaire, les mots médicaux. La page échographique est confiée au Pr Erwan Donal pour expliquer l'anatomie et la fonction atriale gauche.



Bonne lecture à tous et à très bientôt

Pierre SABOURET
PRÉSIDENT DU CNCF

AGENDA DES RÉGIONS

INFORCARD

Holiday INN - Novotel Lille-Ouest Englos
Judi 24 novembre 2022

"Prévenir les décompensations cardiaques"

ACY. Amicale des Cardiologues des Yvelines
Judi 24 novembre 2022

"Prothèses valvulaires, inventaire en 2022"
Judi 15 décembre 2022

"Troubles du Rythme & SAS"

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

Mardi 6 décembre 2022

"Scanner cardiaque"

Samedi 10 décembre 2022

"Cours d'Ultra sonographie"

Mardi 3 janvier 2023 - "Rythmo Sud"

ACBA. Amicale des Cardio du Bassin d'Aquitaine

Medical stadium Merignac

Samedi 21 janvier 2023

"Formation Coeur et femme"

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

LA PAROLE À

Erwan DONAL - RENNES

Pourquoi nous intéressons-nous tant à l'oreillette gauche ?



L'échocardiographie est l'outil de première intention pour évaluer nombre de patients en cardiologie et au-delà.

Il est possible de mieux comprendre les symptômes et d'évaluer le pronostic de nos patients. Différents paramètres sont nécessaires dans le compte rendu. L'imagerie de déformation trouve progressivement sa place pour décrire la fonction longitudinale du ventricule gauche en particulier.

Le volume indexé de l'oreillette gauche, mesuré en vue apicale 4 et 2 cavités, est nécessaire au compte-rendu^{1,2}. Ce volume indexé est requis pour évaluer la fonction diastolique, les pressions de remplissage, le risque thrombo-embolique et le risque de mortalité (et pas seulement cardiovasculaire). C'est un marqueur de risque.

La mesure 3D du volume de l'oreillette gauche est désormais possible. L'avantage est une meilleure capacité à ne pas sous-estimer le long axe de l'oreillette gauche. En 2D, il est donc important de prendre garde à acquérir des images maximisant ce long axe qui n'est pas le même long axe que le ventricule gauche. Il faut donc des images dédiées au ventricule et dédiées à l'oreillette gauche (fig.1).

Désormais l'étude de la fonction diastolique, l'évaluation des pressions de remplissage peuvent nécessiter l'étude du strain atrial (fig.2)

Nombreux travaux vont désormais plus loin. Les constructeurs d'échocardiographes ont d'ailleurs mis à disposition des logiciels dédiés. En effet, il est possible et sans doute très utile parfois, d'avoir recours à la mesure du strain atrial. Il permet un accès facile, en particulier, à la fonction réservoir de l'oreillette gauche.

Cette fonction réservoir est normalement associée à une déformation, un étirement de l'oreillette de 40%.

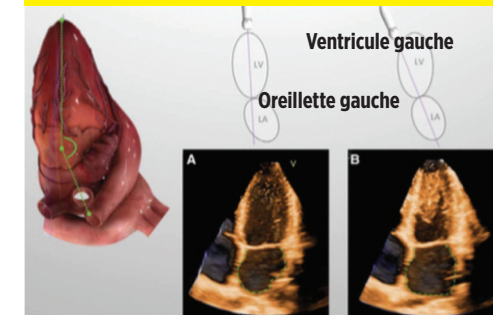
Il a globalement été démontré qu'en dessous de 20%, le risque d'événement est significativement plus important. Les risques les plus importants lorsque ce strain est inférieur à 20% sont ceux du risque thrombo-embolique et le risque de fibrillation atriale.

Il ne faut donc pas considérer le strain atrial comme une lubie de spécialiste mais comme un paramètre qui simplement, voire presque automatiquement, peut, en plus de la mesure du strain longitudinal du ventricule gauche, apporter une explication à des symptômes et/ou permettre de mieux estimer le risque d'un patient.

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.

1. Badano LP, Kolas TJ, Muraru D, et al. Standardization of left atrial, right ventricular, and right atrial deformation imaging using two-dimensional speckle tracking echocardiography: a consensus document of the EACVI/ASE/Industry Task Force to standardize deformation imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2018;19(6):591-600. DOI: 10.1093/ehjci/jev042.
2. Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2015;16(3):233-70. DOI: 10.1093/ehjci/jev014.

FIG 1 : IMPORTANCE DE L'ACQUISITION ÉCHOCARDIOGRAPHIQUE ET STRAIN ATRIAL



OPTIMISATION DU LONG AXE DE L'OREILLETTE GAUCHE POUR OPTIMISER LA MESURE DU VOLUME, PUIS POURQUOI NE PAS ALLER UN PEU PLUS LOIN AVEC LE STRAIN ATRIAL : VALEUR NORMALE 40%

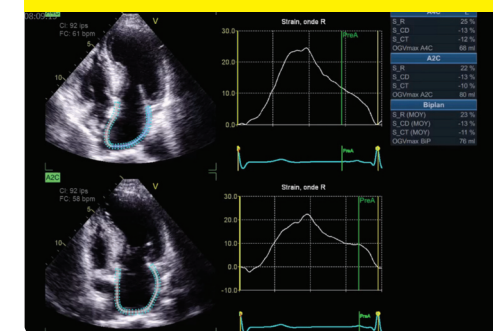
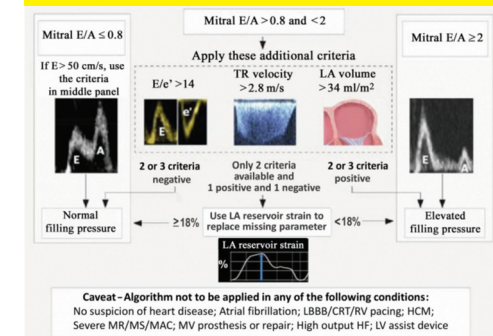


FIG 2 : ESTIMATION DES PRESSIONS DE REMPLISSAGE



Caveat - Algorithm not to be applied in any of the following conditions:
No suspicion of heart disease; Atrial fibrillation; LBBB/CRT/RV pacing; HCM;
Severe MR/MS/MAC, MV prosthesis or repair; High output HF; LV assist device

LA MINUTE VASCULAIRE

Histoire naturelle des ectasies (25-29mm) de l'aorte abdominale : revue systématique et méta-analyse

Dans la Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS), essai randomisé, le devenir à long-terme du dépistage des anévrismes chez les hommes entre 65 et 74 ans est bénéfique en terme de réduction de la mortalité (42%), des ruptures (43%) et même de la mortalité globale de 3% sur un suivi de 13 ans. Mais qu'en est-il du stade précurseur de l'anévrisme : l'ectasie aortique (25-29mm) ? Quelle est l'histoire naturelle des dilatations aortiques : prévalence dans la population, croissance annuelle, risque de rupture, décès dus à l'anévrisme et toutes causes de mortalité ?

Pour répondre à ces questions, les auteurs ont repris 12 études incluant 8369 patients. Les ectasies aortiques (25-29mm) sont considérées comme des lésions précédant l'apparition des anévrismes mais toutes ne grossissent pas et ne se rompent pas. La prévalence dans une population masculine entre 65 et 75 ans est de 3,2% (intervalle de confiance 95%, CI 2,4-4), la croissance annuelle de 0,82 mm sur les 5,9 premières années de suivi. A titre de comparaison, la croissance des petits anévrismes (30-34mm) est de 1,81mm/an, 35-39 mm : 2,66mm/an, 40-44mm : 3,86 mm/an, 45-49mm : 4,96mm/an. Pour les ectasies aortiques, le risque estimé d'un diamètre supérieur à 30 mm et 55mm à 5 ans est respectivement de 45% et 0,3%. Au-delà de 5 ans ce risque est évalué à 70,2% et 5,2%. Les risques de rupture et de décès liés à l'anévrisme à 5 ans sont faibles : 0,1% et 0,1 % et au-delà de 0,4% et 0,2%. La mortalité globale est de 7,5% à 5 ans et de 17,3% au-delà de 5 ans. Trois études n'ont pas montré de différence de mortalité entre les ectasies et les anévrismes. Le cancer représente 35% des décès et les maladies cardio-vasculaires 31,9%.

En conclusion, on peut dire que les ectasies aortiques n'occasionnent que très peu de décès liés à la dilatation elle-même, mais elles ont une mortalité globale comparable à celle des anévrismes notamment en terme de cancers et de maladies cardio-vasculaires.

Référence : T. Shirazu and al, Eur J Vasc Endovasc Surg (2022) 64, 15e22

Serge COHEN
MARSEILLE

RYTHMOLOGIE

Nicolas LELLOUCHE - PARIS

J'ai des extrasystoles ventriculaires ; Est-ce grave Docteur ?

La présence d'extrasystoles ventriculaires (ESV) sur un ECG ou un Holter-ECG des 24 heures est fréquente. La gravité de ces ESV dépend essentiellement de la présence d'une cardiopathie sous-jacente. Il convient de débiter un bilan cardiaque complémentaire lorsque ce nombre est au-dessus de 10 ESV/h si le patient est symptomatique ou 500/24h si le patient est asymptomatique.

Le bilan demandé dépendra de la localisation des ESV. Si ces ESV proviennent du ventricule droit (aspect de

IMAGERIE MÉDICALE

Frédéric SCHNELL - RENNES

Place de l'imagerie de coupe en cardiologie du sport : Dépistage des cardiopathies et prévention de la mort subite

IRM et coroscanner ont démontré leur intérêt diagnostique et pronostique dans la prise en charge de l'athlète ; mais ils sont à utiliser de manière ciblée.

Indications chez l'athlète

- **Symptômes cardio-vasculaires** : une forte suspicion de coronaropathie pourra parfois faire réaliser un coroscanner.

- **Anomalies ECG** : certaines nécessitent la réalisation d'une IRM myocardique pour redresser des diagnostics de cardiopathie même en cas de normalité de l'ETT, notamment les troubles de repolarisation pathologique. Elle peut également se discuter en cas d'ondes Q pathologiques ou de BBGc ; dans ces cas le coroscanner pourra être utile chez les patients à risque.

- **Doute sur une cardiopathie structurale en ETT** : l'IRM permettra de mieux préciser la morphologie et de rechercher des foyers de fibrose macroscopique (plages de rehaussement tardif macroscopique) afin d'optimiser le diagnostic et la stratification du risque.

- **Arhythmie ventriculaire** : une cardiopathie structurale sous-jacente est de mauvais pronostic, et sera un élément majeur dans les conseils vis-à-vis du sport. En plus de l'ETT une IRM peut être nécessaire ; le coroscanner sera utile chez les patients à haut risque cardio-vasculaire.

Remodelage physiologique : connaître les limites du cœur d'athlète

Ces particularités sont les mêmes que celles retrouvées en ETT : dilatation harmonieuse des 4 cavités cardiaques, fonction ventriculaire parfois sub-normale, hypertrophie myocardique adaptée.



retard gauche à l'ECG) on recherchera essentiellement une dysplasie arythmogène du VD. Si elles proviennent du VG (aspect de retard droit à l'ECG) on recherchera une cardiopathie gauche : valvulaire, ischémique, hypertensive, etc... Les examens de référence à réaliser sont : ECG, Holter-

ECG des 24 heures, ETT et IRM cardiaque (qui peut révéler une cicatrice de fibrose pouvant expliquer ces ESV). Il est aussi possible de réaliser une épreuve d'effort qui permet de constater si ces ESV s'aggravent à l'effort (ce qui est plutôt un signe en faveur d'une cardiopathie sous-jacente) ou non. Si une cardiopathie sous-jacente est diagnostiquée il convient évidemment de la traiter avec une remarque particulière pour les patients avec nombreuses ESV (> 10000 par 24 heures) et dysfonction VG systolique. Dans ce cas, les ESV peuvent être responsables de la dysfonction VG et il convient de les traiter pour voir si la dysfonction VG disparaît, signant une cardiomyopathie rythmique.

Cas particulier de la présence de rehaussement tardif (RT) macroscopique

La prévalence chez l'athlète vétérinaire est évaluée de 12 à 50, elle est moindre chez les jeunes. Les étiologies sont multiples, dépendant de leurs caractéristiques :

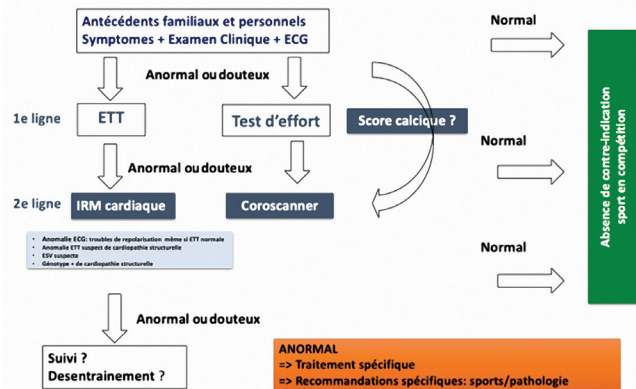
- **Cardiopathie ischémique (RT sous endocardique)**, la prise en charge sera celle de la coronaropathie. Une cicatrice importante entraînera des restrictions vis à vis du sport de compétition/intense.

- **RT sous-épicaire**, correspondant à une séquelle de myocardite ou à une cardiopathie arythmogène gauche. A distance d'une myocardite aiguë, l'étendue de la fibrose sera là aussi un élément à prendre en compte pour la reprise du sport.

- **RT aux points de jonction VG/VD** : ceci semble bénin et plus fréquent chez l'athlète.

- **RT associé à une cardiomyopathie**, la présence de RT non-ischémique est en faveur d'une pathologie et d'un pronostic plus défavorable si elle est étendue.

En conclusion, les imageries de coupes sont des outils extrêmement pertinents dans le diagnostic d'atteinte myocardique ou coronaire chez l'athlète. Il est important d'en connaître les indications et les particularités dans cette population.



LES MOTS MÉDICAUX



Jacques GAUTHIER
CANNES

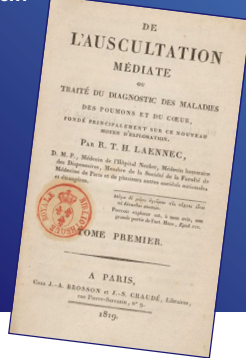
Le terme "auscultation" témoigne de l'évolution des mots latins : le verbe original

"auscultare" se dédouble en une version savante du même étymon latin vers ausculter et populaire vers écouter. La syllabe du milieu perd son accentuation et finit par disparaître dans le langage commun. Autre exemple : "populus" voit sa syllabe centrale s'effacer pour donner peuple alors qu'elle subsiste dans population, mot plus savant.

Rappelons que le mot auscultation, aujourd'hui confiné à la perception par l'oreille, était au préalable synonyme d'examiner attentivement d'où l'emploi encore actuel par des patients dans le sens de consultation. Pour les anciens (Sénèque), le mot avait le sens d'espionner.

Le succès du mot doit surtout au "Traité de l'auscultation médiate" publié en 1819 par le médecin

quimpérois René Laënnec qui inventa conjointement le mot stéthoscope tiré pour sa part du grec (signifiant surveiller la poitrine).



HYPERTENSION ARTÉRIELLE

François SILHOL - MARSEILLE

Désordres hypertensifs de la grossesse et risque de maladie cardiovasculaire.

Les troubles hypertensifs de la grossesse (DHG) sont présents chez environ 10% des grossesses et responsables d'une augmentation de 15% de la morbidité et de mortalité maternelle et fœtale liées à la grossesse. Il s'agit d'une des causes les plus importantes d'atteinte maternelle et fœtale. Cette prévalence augmente dans les pays développés en corrélation avec l'augmentation de l'âge de la première grossesse et du surpoids. On regroupe sous le terme de DHG plusieurs entités distinctes : hypertension gravidique (HG), la prééclampsie (PE) et l'éclampsie.

Il est remarquable de souligner que les patientes atteintes de DHG présentent également un risque accru de maladie cardiovasculaire et rénale qui perdure dans la vie, ceci de façon indépendante des facteurs de risque classiques de maladie cardiovasculaire et indépendamment de la normalisation de la PA après l'accouchement. Le risque de développer une hypertension artérielle dans les années suivant l'accouchement est très élevé dans cette population.

Dans ce contexte, les recommandations internationales actuelles proposent un suivi de ces femmes en post-partum mais aussi à long terme. Mais la nature de cette prise en charge n'a pas été précisée et les recommandations n'ont pas beaucoup évolué au cours des dernières années contrairement aux recommandations sur l'hypertension pour la

population générale. Des initiatives se mettent en place notamment pour mieux prendre en charge ces patientes et prévenir les complications. En France une vaste cohorte (CONCEPTION) a été menée entre 2010 et 2018, ainsi plus de 2,6 millions de femmes ont participé à cette étude avec un suivi moyen de 3 ans.

Les résultats montrent que les femmes ayant développé un DHG étaient plus âgées, avaient plus de risque d'être obèses, diabétiques, d'avoir une césarienne, une mort fœtale in utero ou une hémorragie de la grossesse ou du post-partum.

Au cours du suivi, 47 533 (1,78%) femmes ont développé une HTA chronique ; ce taux était 6 fois plus élevé chez les femmes ayant eu une hypertension gravidique et 9 fois plus élevé chez les patientes ayant présenté une pré éclampsie par rapport à la population de femmes sans DHG.

La prise en charge et le suivi tensionnel, notamment par automesure, des femmes lors d'une grossesse sont un défi et une nécessité pour l'ensemble de la communauté médicale.

IMPACT DES DÉSORDRES HYPERTENSIFS DE LA GROSSESSE SUR LA SURVENUE D'UNE HYPERTENSION ARTÉRIELLE // IMPACT OF HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY ON THE ONSET OF CHRONIC HYPERTENSION

Grégory Lailler (gregory.lailler@santepubliquefrance.fr), Pauline Boucheron, Élodie Moutengou, Nolwenn Regnault, Amélie Gabet, Catherine Deneux-Tharaux, Sandrine Kretz, Clémence Grave, Claire Mounier-Vehier, Vassilis Tsatsaris, Geneviève Plu-Bureau, Jacques Blacher, Valérie Olié

INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque à l'ACC 2022 : les paradoxes de deux études

Plusieurs études importantes concernant l'insuffisance cardiaque ont été présentées lors du congrès de l'American College of Cardiology qui s'est tenu début avril 2022. Deux d'entre elles ont eu des résultats non attendus, sinon paradoxaux. Ces résultats concernent deux paramètres supposés faire partie des premières causes de décompensation cardiaque : les apports sodés et les infections, notamment respiratoires.

Le premier résultat est qu'un "traitement historique" de l'insuffisance cardiaque, la restriction sodée, ne semble pas efficace à en améliorer le pronostic. C'est en tout cas le résultat de l'étude contrôlée, randomisée et ouverte, SODIUM-HF conduite chez 806 patients dont la moitié a eu une restriction sodée à moins d'1,5 g/j d'apports quotidiens et l'autre les soins usuels. Au terme de 12 mois de suivi, il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes concernant les hospitalisations cardiovasculaires, les consultations en urgence et les décès.

Qu'en conclure ? Que c'est inefficace malgré l'ancienneté et le bon sens sur lesquels repose cette mesure ? Que les traitements modernes permettent de ne pas proposer une telle mesure ? Que l'étude a

manqué de puissance ? En tout cas, comme la consommation sodée de base des patients inclus n'était pas élevée (2,3 g/j d'apport), on peut conclure qu'il n'est pas démontré chez ce type de patients que diminuer plus encore la consommation sodée est bénéfique.

Le second résultat est que la vaccination antigrippale annuelle pendant 3 ans, par rapport au placebo, ne réduit pas le risque d'événements CV majeurs chez des patients ayant une insuffisance cardiaque. C'est en tout cas le résultat de l'étude IVEV conduite en double aveugle contre placebo chez 5 129 patients.

Qu'en conclure ? Que le critère primaire (IDM, AVC, décès CV) était mal adapté et qu'un critère comprenant l'hospitalisation CV l'aurait été mieux ? Ou plutôt, comme le montre une analyse complémentaire, que le risque des événements du critère primaire est bien significativement diminué en période d'épidémie grippale mais ne l'est pas en dehors des périodes épidémiques ? C'est en tout cas ce que suggère cette analyse qui encourage à promouvoir la vaccination antigrippale chez les insuffisants cardiaques.



François DIÉVERT
DUNKERQUE

