



J.Y. LE HEUZEY
Service de Cardiologie,
Hôpital Européen Georges Pompidou, PARIS.

Rythmologie et stimulation

Le congrès de la Société Européenne de Cardiologie qui s'est déroulé à Munich du 30 août au 3 septembre a indiscutablement été un grand succès. Il faut pour s'en convaincre constater le nombre de participants, aux alentours de 30 000 ! Un grand nombre de communications ont été soumises, près de 10 000. On peut regretter que la France n'apparaisse qu'au 8^e rang concernant le nombre de communications proposées, derrière l'Allemagne, l'Italie, la Grèce, la Pologne, le Japon, l'Espagne et la Grande-Bretagne. On notera avec intérêt la place du Japon qui prouve que ce congrès européen attire de plus en plus de cardiologues venant d'Orient, qu'il s'agisse de l'Extrême ou du Moyen-Orient.

La rythmologie et la stimulation occupent une place majeure dans ce congrès car les arythmies représentent le premier item en termes de quantité de résumés soumis : 1 265, soit 13 % du total. L'actualité de la rythmologie est bien sûr encore et toujours, et avant tout, la fibrillation atriale. La place de la stimulation dans ces congrès européens est relativement limitée, on peut le regretter.

■ STIMULATION CARDIAQUE

L'essentiel de l'actualité de la stimulation cardiaque concerne actuellement la stimulation biventriculaire comme traitement de l'insuffisance cardiaque. En séance plénière, dans une session consacrée à des mises au point sur les grands essais récemment parus, C. Linde (Stockholm) a présenté le devenir à 18 mois des patients de l'étude REVERSE. Ces données confirment que la stimulation a effectivement un effet sur le remodelage cardiaque qui contribue à la progression de l'insuffisance cardiaque. Il faut rappeler cependant que le critère primaire de jugement qui était un critère clinique n'avait pas été obtenu dans l'étude elle-même. Dans ces résultats com-

plémentaires présentés sur 262 patients européens, ceux qui avaient été randomisés pour avoir une programmation "on" du stimulateur multisite ont vu une réduction significative des volumes télésystolique et télédiastolique à 18 mois par comparaison aux patients qui étaient dans le groupe "off". La fraction d'éjection ventriculaire gauche est également améliorée ainsi que la date de la première hospitalisation. Il faut noter cependant qu'il n'a pas été observé de réduction des arythmies ventriculaires à 1 an. La présentation a également fait part d'une réduction significative d'un score clinique composite associant mortalité toutes causes, hospitalisation pour insuffisance cardiaque, aggravation de l'insuffisance cardiaque et appréciation globale du patient.

La possibilité d'effectuer des examens d'imagerie par résonance magnétique chez des porteurs de stimulateur cardiaque a été évoquée à plusieurs reprises, notamment par T. Sommer (Bonn). Environ 60 millions d'examens IRM sont réalisés annuellement dans le monde et il est considéré qu'environ 75 % des patients porteurs de pacemaker peuvent avoir une indication potentielle pour la réalisation d'une IRM. Actuellement, il existe une contre-indication de l'examen chez les porteurs de stimulateur. Les auteurs ont réalisé une étude randomisée pour savoir quel était l'effet réel de l'IRM sur ces stimulateurs. La conclusion est relativement rassurante, peu de modifications problématiques ont été observées. Dans les années futures, les constructeurs vont certainement proposer des modifications des appareils qui les rendront encore plus sûrs dans cette circonstance.

Le problème des infections de stimulateur cardiaque reste majeur. Dans une étude présentée par D. Klug (Lille), les auteurs ont observé qu'entre 1995 et 2004 un total de 425 patients consécutifs ont été vus au CHU de Lille pour une suspicion d'infection de matériel. Le but de l'étude était une évaluation prospective de ces infections, notamment concernant l'influence de la taille de la végétation sur le choix de la technique d'extrac-

tion. La conclusion est que l'extraction percutanée n'est pas sûre chez les patients qui ont des végétations d'une taille supérieure à 2 cm. Dans ces cas, une extraction chirurgicale doit être réalisée en première intention chez ces patients.

RYTHMOLOGIE

La fibrillation atriale a constitué l'essentiel de l'actualité en rythmologie à ce congrès. Il en est pour preuve la très grande quantité de communications libres adressées par les équipes, principalement européennes, sur une multitude de sujets divers ayant toutes pour thème la fibrillation atriale : mécanismes, épidémiologie, thérapies médicamenteuses (anti-arythmiques et antithrombotiques), et ablatives. Des séances entières de posters de rythmologie étaient consacrées à la fibrillation atriale.

Dans le domaine des grands essais, on a reparlé de l'étude ATHENA (S. Connolly, Hamilton). Il a présenté une analyse post hoc des données de cette étude ATHENA qui avait été présentée pour la première fois au congrès de la "Heart Rhythm Society" à San Francisco en mai dernier. La communication de Stuart Connolly avait trait plus particulièrement aux accidents vasculaires cérébraux. L'étude ATHENA avait pour but de tester l'efficacité de 400 mg de dronédarone 2 fois par jour pour la prévention des hospitalisations ou des décès chez des patients en fibrillation atriale. Plus de 4 600 patients ont été inclus. Le critère d'évaluation principal associait la mortalité toutes causes et les hospitalisations pour cause cardiovasculaire. Les patients inclus étaient âgés de plus de 75 ans ou de plus de 70 ans, mais avaient au moins un facteur de risque supplémentaire comme une hypertension artérielle, une grosse oreillette gauche, une fraction d'éjection basse, un diabète ou des antécédents d'accident vasculaire cérébral. Les patients avec une insuffisance cardiaque sévère stade IV étaient exclus. Les résultats montrés à San Francisco étaient ceux d'une diminution de 24 % du risque d'hospitalisation d'origine cardiovasculaire ou de décès. La dronédarone diminue également de 45 % le risque de décès arythmique et de 25 % le risque de première hospitalisation pour cause cardiovasculaire. Les résultats présentés par Stuart Connolly portaient donc sur les accidents vasculaires cérébraux, cette analyse n'avait pas été préspecifiée. La dronédarone réduit de 34 % le risque d'accident vasculaire cérébral. L'effet s'additionne à celui du traitement antithrombotique conventionnel. Le bénéfice apparaît dès le 12^e mois et se maintient jusqu'au 30^e mois. Ces données sont intéressantes, à porter au crédit de ce nouvel antiarythmique qui, pour l'instant, est le seul à avoir

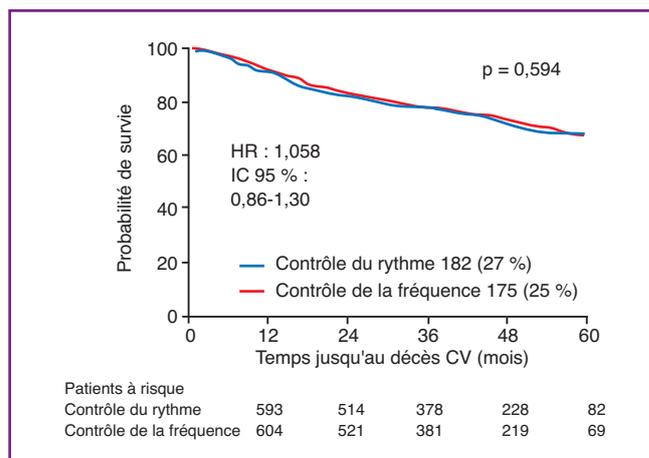


Fig. 1 : Résultats de l'étude AF-CHF : la mortalité cardiovasculaire est la même quelle que soit la stratégie suivie, de contrôle du rythme ou de la fréquence.

montré une diminution de mortalité cardiovasculaire chez les patients atteints de fibrillation atriale.

Il a également été question de l'étude AF-CHF que D. Roy (Montréal) avait présentée lors du dernier congrès de l'American Heart Association. Il faut rappeler que cette étude comparait, chez des insuffisants cardiaques, les stratégies de contrôle du rythme et de contrôle de la fréquence. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux stratégies (*fig. 1*). Etant donné qu'un certain nombre de patients étaient passés d'une stratégie à l'autre, il était intéressant de regarder quels étaient les résultats de l'étude analysée en "per-protocole" et non plus en intention de traiter. En effet, un certain nombre de patients d'abord randomisés dans le bras contrôle du rythme sont passés dans le bras contrôle de la fréquence puisque les cardioversions s'avéraient être des échecs ou que des rechutes survenaient. A l'inverse, quelques patients, moins nombreux, qui avaient été randomisés dans le bras contrôle de la fréquence ont dû bénéficier secondairement d'une cardioversion, la plupart du temps pour aggravation de l'insuffisance cardiaque. La nouvelle analyse faite par D. Roy et son équipe montre qu'en fait la conclusion de l'essai n'est pas modifiée par cette nouvelle analyse per-protocole.

Il a également été question dans la même session de l'étude ADVANCE présentée par A. Patel (Sidney). On rappellera que l'étude ADVANCE s'adressait à des diabétiques de type 2 et s'intéressait d'une part au contrôle optimal de la pression artérielle chez ces malades et d'autre part au contrôle optimal de la glycémie. Le travail présenté par A. Patel concernait spécifiquement le risque d'événements cardiovasculaires chez les patients ayant à la fois un diabète de type 2 et une fibrillation atriale. On sait que la fibrillation atriale peut être à

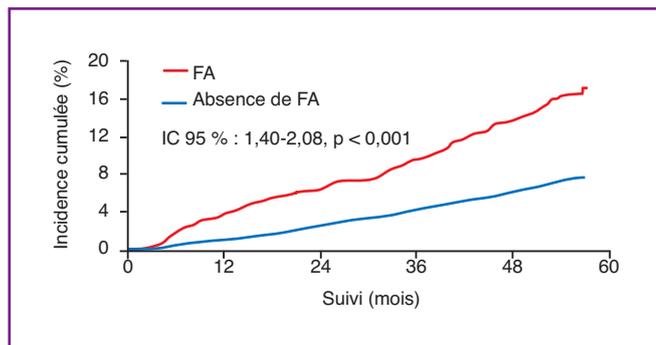


Fig. 2: Surmortalité observée dans l'étude ADVANCE du groupe associant à la fois diabète et fibrillation, par rapport aux diabétiques sans fibrillation atriale.

la fois un facteur et un marqueur de mauvais pronostic cardiovasculaire. De nombreuses co-morbidités peuvent s'observer chez les patients en fibrillation atriale comme l'hypertension artérielle, la maladie coronaire, l'insuffisance cardiaque, l'obésité, le syndrome d'apnées du sommeil, la dyslipidémie ou bien sûr encore le diabète. Dans le score CHADS2, la lettre D signifie diabète. On connaît la haute prévalence du diabète dans les grandes études sur la fibrillation atriale : 20 % dans AFFIRM, 21 % dans AF-CHF. Les auteurs australiens ont montré qu'il y avait une différence significative après ajustement en termes de survenue d'événements vasculaires cérébraux majeurs, de mortalité toutes causes (**fig. 2**), de décès cardiovasculaires, de survenue d'événements coronaires majeurs et d'insuffisance cardiaque chez les patients qui avaient à la fois fibrillation atriale et diabète par rapport à ceux qui avaient le diabète sans la fibrillation atriale. Il existe des limitations à cette étude qui sont que le diagnostic de fibrillation atriale a été fait à l'inclusion. Il n'est pas tenu compte par la suite des nouveaux cas de fibrillation atriale ni de la fibrillation atriale silencieuse. Un certain nombre de patients en fibrillation atriale n'ont pas été diagnostiqués comme tels dans l'étude, ce qui explique un taux d'anticoagulation réellement bas, de 26 %. Cette étude a cependant le mérite de souligner l'intérêt de mieux connaître le pronostic de ces patients associant à la fois diabète et fibrillation atriale.

Parmi les très nombreuses présentations consacrées à la fibrillation atriale, on citera le travail de S. Nodari (Brescia) sur un sujet d'actualité, la possibilité de prévenir la fibrillation atriale par les acides gras polyinsaturés. Ces auteurs ont évalué 150 patients traités par amiodarone plus acides gras polyinsaturés après cardioversion, versus placebo. Ces auteurs ont constaté un taux plus faible de rechutes de fibrillation dans le groupe traité par rapport au groupe placebo (16 % contre 26 %, $p < 0,031$; 28 contre 46 %, $p < 0,004$ et 40 contre 60 %, $p < 0,002$ respectivement à 3, 6 et

12 mois). Ces résultats sur un effectif relativement faible poussent indiscutablement à proposer une étude de grande ampleur pour avoir une réponse définitive.

On n'omettra pas enfin, en matière de fibrillation atriale, les présentations concernant les nouveaux antithrombotiques dans la fibrillation atriale, notamment celle de R. Willems (Louvain). Il s'agit d'un domaine hautement compétitif dans lequel de nombreuses firmes se sont engagées. Actuellement, le médicament dont le développement est le plus avancé est le Dabigatran, dans le cadre de l'étude RELY, dont l'inclusion est terminée. Il est probable que les résultats de cette étude seront connus lors du prochain congrès de la Société Européenne de Cardiologie à Barcelone en 2009. D'autres médicaments sont également sur les rangs : le Rivaroxaban et l'Apixaban. Tous deux sont des anti-Xa oraux qui réalisent des essais randomisés en double aveugle contre la warfarine. Enfin, il faut noter une approche particulière, celle de l'Idraparinux biotyliné. Ce médicament à deux particularités : d'une part il est utilisé en injection sous-cutanée hebdomadaire, et d'autre part il existe un antidote, l'Avidine, qui peut être donné en cas de saignement.

L'autre domaine dans lequel les rythmologues tentent d'avancer en termes de recherche est constitué par les canalopathies. Une séance entière a été consacrée à ce sujet, permettant une mise au point utile. On individualise actuellement 4 canalopathies principales : le syndrome du QT long, le syndrome de Brugada, le syndrome du QT court et les tachycardies ventriculaires polymorphes catécholergiques. De nombreuses discussions persistent concernant principalement la conduite à tenir chez les sujets asymptomatiques. Les bêtabloquants restent la pierre angulaire du traitement des syndromes du QT long et des tachycardies ventriculaires polymorphes catécholergiques. Le symposium dédié à ce sujet a réuni C. Wolpert (Mannheim), F. Gaita (Asti), A. Leenhardt (Paris) et R. Brugada (Montréal). Les plus fréquents de ces syndromes sont certainement le syndrome du QT long et le syndrome de Brugada. Pour ce dernier syndrome, dont l'aspect électrocardiographique est finalement souvent rencontré, la valeur pronostique de la stimulation ventriculaire programmée reste en débat et, même si une arythmie sévère est déclenchée, la conduite à tenir, implantation de défibrillateur ou non, reste elle aussi controversée. Tout le débat est de mettre en balance le risque d'arythmie spontanée et la difficulté de vivre pendant de nombreuses années avec un défibrillateur dans une pathologie où le taux d'arythmie est de toute façon très faible, mais qui peut bien entendu être fatale, d'où la prudence de certains. ■