

En direct du congrès Européen de cardiologie. Barcelone, septembre 2014

Plus de 30 000 cardiologues – et quelques médecins vasculaires – venus de plus de 100 pays, ont pu assister à ce Congrès annuel qui permet une mise au point des études les plus récentes, une actualisation des recommandations et assure aussi quelques séances sur des thèmes « émergents » qui ont toujours été très appréciés à la SFA.

Actualisation des recommandations

Plusieurs séances plénières ont été consacrées à la présentation des nouvelles recommandations, en particulier concernant l'embolie pulmonaire, les pathologies aortiques – anévrisme de l'aorte abdominale en particulier – le diabète, prédiabète et les maladies cardiovasculaires, la prise en charge des dyslipidémies* pour ne citer que celles qui ciblent notre pratique quotidienne.

Les innovations thérapeutiques qui peuvent changer la vie de nos patients

Alors que les médias se passionnent pour les cœurs artificiels, il est important de connaître les avancées de l'industrie pharmaceutique dans le domaine particulier de l'insuffisance cardiaque (IC).

L'étude PARADIGM-HF (Heart Failure) a donc été présentée en séance plénière. Elle compare une nouvelle molécule le LCZ696 (angiotensin receptor-nepilysin inhibitor) au traitement qui fait référence dans l'IC : l'énalapril. Pour simplifier, LCZ 696 agit sur le système neuro-hormonal du cœur en bloquant les récepteurs néfastes et en stimulant les mécanismes protecteurs. L'étude a concerné plus de 8 000 patients avec IC, randomisés en deux groupes. Le suivi moyen était de 27 mois. L'objectif principal était un critère composite associant la mortalité cardiovasculaire et l'hospitalisation pour défaillance cardiaque. Les résultats sont nettement en faveur du LCZ696 avec 20% de mortalité en moins (HR=0,80(0,73-0,87)) (p<0,0004), 21 % d'hospitalisation pour IC en moins (21%, p<0,001) et une diminution significative des symptômes de défaillance cardiaque. Le principal effet indésirable

était l'hypotension orthostatique, avec par contre moins de toux, d'hyperkaliémie ou d'insuffisance rénale qu'avec l'énalapril.

Le demande de mise en marché auprès de la FDA devrait arriver en 2015 et un peu plus tard en Europe.

Pour les patients atteints d'hypercholestérolémie, à risque cardiovasculaire modéré ou élevé, et dont le taux de LDL-C est mal contrôlé, de nouvelles molécules vont être disponibles. En particulier l'alirocumab (laboratoires Sanofi et Regeneron), inhibiteur de PCSK9. ODYSSEY FH I et II et ODYSSEY COMBO II sont des études de phase III ayant pour objectif principal d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'alirocumab chez les patients avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlés par leur traitement hypolipémiant initial, ou chez des patients à haut risque cardiovasculaire.

Dans toutes ces essais contrôlés versus placebo, l'alirocumab réduit davantage le LDL-C que le placebo dès la 24^e semaine avec chez >70% des patients un retour aux valeurs normales, avec une bonne tolérance et une bonne sécurité d'emploi... En attente d'autres études cliniques.

Bien sur, les Anticoagulants Oraux Directs (AOD) ont occupé une large place lors de ces Journées. Un registre (PREFER in VTE) apporte un nouvel éclairage sur leur utilisation dans le traitement et la prise en charge de la Maladie Thrombo Embolique Veineuse (MTEV) en Europe. Elle a été réalisée par Daiichi Sankyo Europe. Elle confirme la disparité dans l'utilisation des AOD en Europe. L'Allemagne, l'Autriche et la Suisse occupent la première place avec 46,7% des patients traités par AOD versus 8% en Espagne et 3,2% en Italie. Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de patients traités par AOD pour thrombose veineuse profonde (23,9%) ou embolie pulmonaire (18,4%). L'utilisation est plus fréquente chez les patients les plus jeunes : 26,8% chez les moins de 65 ans versus 14,3% chez ceux âgés de 75 ans et plus. Les données actuelles recueillies dans le cadre des études cliniques confirment l'efficacité et la tolérance des AOD avec une baisse significative du risque de saignements versus traitement de référence par l'héparine ou les anticoagu-

lants oraux. Comme on pouvait s'y attendre l'utilisation des AOD est limitée dans la pratique chez les patients de faible poids, (<60 Kg), insuffisants rénaux (11,1% si clearance de la créatinine <60 cc/min versus 22,7% si >60 cc/min), chez le diabétique et si le risque de saignement est élevé.

Il s'agit du premier registre, principalement axé sur l'opinion des patients. Il continuera à fournir des informations détaillées sur la prise en charge de la MTEV au fil des mois et de la mise sur le marché de nouveaux produits.

Thèmes émergents

Tabagisme

La mortalité coronarienne a diminué de 43% entre 2000 et 2010, en grande partie expliquée par une meilleure prise en charge des facteurs de risque : hypertension artérielle en particulier. Cependant, le diabète et l'obésité restent des fléaux en pleine croissance. De même que le tabagisme d'où la nécessité de mettre en place des politiques de santé adéquates (O'Flaherty. GB).

Les résultats des études sur les liens entre le tabagisme et l'hypertension artérielle sont divergents. Néanmoins chez le sujet jeune sain, des études expérimentales ont démontré que fumer augmente les chiffres tensionnels et le rythme cardiaque. En se basant sur la rigidité artérielle, 10 ans de sevrage tabagique permettent d'améliorer ce marqueur de l'athérosclérose (A. Viridis. Italie). Le rôle du tabagisme sur l'athérosclérose des artères rénales intervient aussi.

Dans le contexte du sevrage tabagique, doit-on privilégier la cigarette électronique ? Il faut encore des études, selon C. Piesinger (Danemark), et trop souvent le fumeur conserve la cigarette classique tout en vapotant. Ainsi, à six mois, les résultats du sevrage avec l'e-cigarette ne sont pas supérieurs à ceux des patchs.

En marge de cette séance dédiée au tabagisme, une autre était consacrée à la **pollution atmosphérique**. Des études parues dans les plus grandes revues scientifiques internationales confirment le rôle de la pollution – et en particulier des particules ultrafines qui dominent en milieu urbain – comme facteur de risque cardiovasculaire modifiable. Des recommandations sont en cours au sein de l'OMS, destinées à la communauté européenne avec le projet « nettoyer l'air en Europe ». En attendant, il est démontré que les masques réduisent la pénétration de ces particules.

Prévention cardiovasculaire et les effets de la migration et de l'ethnicité

Nous avons rencontré plusieurs experts passionnés par ces thèmes cher à notre réseau Francophone Vasculaire. Ils venaient principalement du Royaume-Uni (M.T. Cooney) ou des Pays-Bas (C.O. Agyeman) avec certes des études portant sur des minorités ethniques différentes des nôtres. Cependant, leurs études rappellent elles aussi, les différences entre la prévalence de certains facteurs de risque cardiovasculaires entre pays à fort revenu et les autres, l'incidence croissante du diabète, de la sédentarité et de la surcharge pondérale au sein des populations issues de l'immigration, avec un grand rôle attribué à l'environnement. Le terme d'épigénécité caractérise les modifications génétiques des populations quittant tour à tour leur milieu rural pour rejoindre les villes puis les grandes agglomérations hors de leur pays.

Nos experts les analyseront tout au long de l'année et lors des JIFA 2015.

Anatomie d'une valve mitrale.
Photographie Pr F. Florin
(Professeur d'anatomie. Roumanie).