



LA JOURNEE DE CARDIOLOGIE
EN MEDECINE GENERALE

Samedi 19 mars 2022

RESUME DES PRESENTATIONS

PRESENTATION DU VILLAGE SANTE

Unité de Cardiologie Interventionnelle / Hospitalisation / USIC / Centre de douleur thoracique

Drs Behaghel/ Bouteau / Ghrairi/ Jeanneteau / Merheb / Sharareh / Treguer / Valin

Secteur 1 conventionné

- Secrétariat : 02 41 47 71 73
- Portable médecin de garde 24h/24 - 7j/7 : 02 41 47 71 72
- Fax : 02 41 47 71 74
- Mail : cardiologie@cliniquesaintjoseph.fr
- Site internet : institutducoeursaint-joseph.fr

Maison des spécialistes / Réadaptation cardiaque / Education thérapeutique

Secteur 1 conventionné

- Drs Launay-Begue / Legrand/ Pascaud / Viot : 02 41 47 71 56
- Drs Berthelot / Bournazel / Caillard / Le Davay / Poulain/ Le Roux : 02 41 18 18 36

INSUFFISANCE CARDIAQUE

1/ Nouvelles recommandations et actualités dans l'insuffisance cardiaque.

Dr Valin

Des nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC) ont été proposées par la Société Européenne de Cardiologie en septembre en 2021.

L'insuffisance cardiaque se définit en trois catégories selon la fraction d'éjection (FE) du ventricule gauche.

Pour l'IC à FE réduite (FE<40%) le traitement en première intention repose sur un traitement médicamenteux intensif et en proposant en première ligne quatre médicaments permettant de réduire la morbi-mortalité : **les bêta-bloquants (BB)**, **les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)** ou association **sacubitril-valsartan**, **les anti-aldostérones** et une nouvelle classe médicamenteuse les **gliflozines**. En deuxième intention si le patient reste symptomatique après 3 mois de traitement médicamenteux optimisé, le traitement dit « électrique » est à discuter. Un défibrillateur implantable est à proposer au patient gardant une FEVG < 35 % et particulier pour une insuffisance cardiaque d'origine ischémique. Une resynchronisation cardiaque est à proposer si les QRS > 130 ms et en particulier pour les blocs de branche gauche avec des QRS > 150 ms. En troisième intention, d'autres médicaments dits de deuxième ligne, réduisant principalement les hospitalisations pour IC, sont à envisager : l'ivabradine (en particulier si FC >70 en rythme sinusal sous BB), le vericiguat, la digoxine. Enfin, une prise en charge personnalisée est à discuter selon la pathologie cardiaque associée (fibrillation atriale, valvulopathie, coronaropathie)

Pour l'IC à FE modérément altérée (entre 41 et 49%) le traitement médicamenteux est identique que pour l'IC à FE altérée avec un niveau de preuve plus faible.

Pour l'IC à FE préservée (FEVG> 50%), la prise en charge repose sur les diurétiques à visée symptomatique, le contrôle des comorbidités et le traitement d'une éventuelle étiologie. Les résultats encourageants de l'étude récente EMPEROR-Preserved pourraient très prochainement positionner les gliflozines en première ligne.

Tout au long de leur prise en charge, le patient avec IC pourra bénéficier de la réadaptation cardiaque, d'éducation thérapeutique. La correction d'une carence martiale par carboxymaltose ferrique IV est à proposer pour l'IC à FE < 50%.

Lien des recommandations : <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

2/ Les traitements médicamenteux à disposition dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée

Dr Launay Begue

Les 4 traitements médicamenteux de l'insuffisance cardiaque à FE altérée ayant démontré une amélioration de la morbi-mortalité sont les suivants : 1/ Bêta-bloquant 2/ IEC, ARA 2 ou ENTRESTO 3/ Anti-aldostérone 4/ Gliflozine.

Il est préconisé de les introduire rapidement et concomitamment.

Il est important d'optimiser les doses tout au long de suivi, pour obtenir les doses maximales tolérées. Au départ, des hospitalisations de jour et des consultations très rapprochées sont nécessaires.

Le sacubitril/valsartan (Entresto®) a montré sa supériorité par rapport à l'énalapril. Il doit remplacer l'IEC si le patient reste symptomatique, ou peut être introduit d'emblée. En cas de switch d'un IEC pour le sacubitril/valsartan, il faut stopper l'IEC 48h avant (risque d'angio-œdème en cas d'association des deux). L'effet secondaire principal du sacubitril/valsartan est l'hypotension artérielle.

Les inhibiteurs SGLT2 ont fait leur apparition dans l'arsenal thérapeutique (Dapaglifozine Forxiga® 10 mg, Empaglifozine®= JARDIANCE 10mg). Leur effet diurétique permet de diminuer éventuellement le furosémide à l'introduction. Il n'y a pas de risque d'hypoglycémie chez le non diabétique car l'action sur la glycosurie n'est valable que si la glycémie est > 0,8g/L. Chez le diabétique, le risque d'hypoglycémie lors de la co-prescription avec de l'insuline ou des sulfamides hypoglycémiant.

L'éducation du patient sur l'importance de ce traitement pour le stabiliser est essentielle. Le passage en rééducation cardiaque pourra optimiser l'adhésion et l'observance.

3/ Gestion du patient insuffisant cardiaque à domicile.

Dr Bouteau

L'insuffisance cardiaque est source d'hospitalisations multiples avec risque élevé de réhospitalisation dans le premier mois.

Pour éviter ces réhospitalisations, les mesures à mettre en œuvre pourraient être les suivantes :

- Réévaluation précoce en sortie d'hospitalisation médecin généraliste/cardiologue
- Développement de réseaux de soins
- Éducation du patient, observance, signes d'alerte, régime pauvre en sel. Consultation d'annonce ?
- Optimisation du traitement médicamenteux pour les insuffisants cardiaques à FEVG altérée : toujours se poser la question de la possibilité d'augmenter une des 4 lignes de traitements décrits plus haut.

En cas d'insuffisance rénale et/ou d'hyponatrémie, l'évaluation de la volémie est essentielle. Chez un patient insuffisant cardiaque stabilisé, on tolère une acutisation de la fonction rénale

En cas d'hypotension, s'il n'y a pas de symptômes, les traitements pourront être poursuivis aux mêmes posologies. Les diurétiques pourront être diminués si le patient n'est pas congestif.

CAS PRATIQUES – Première partie

4/ Vis ma vie avec un pacemaker ou un défibrillateur

Dr Treguer

Malgré mon stimulateur ou mon défibrillateur cardiaque, je peux mener une vie presque normale.

Les restrictions éventuelles sont liées à ma maladie cardiaque et très peu à la présence de mon appareil.

Les principales précautions à retenir sont :

- Distance de sécurité par rapport aux plaques à induction.
- Pas de sport de contact ou à risque de collision.
- Pas de fer à souder.

Je dois garder sur moi la carte de mon stimulateur/défibrillateur surtout quand je vais dans un hôpital.

5/ Le dosage de la troponine : quand le proposer en dehors d'une hospitalisation ?

Dr Caillard

Chez un patient présentant une douleur thoracique, la réalisation d'un électrocardiogramme dans les 10 minutes est la clé de la prise en charge diagnostique.

Dans les cas où l'électrocardiogramme est normal chez un patient n'ayant plus de douleur, on peut doser la troponine ultra-sensible en dehors d'une hospitalisation.

Dans tous les autres cas, l'hospitalisation dans un centre de douleur thoracique ou un service d'accueil d'urgence est la règle.

6/ Le sevrage tabagique en pratique. Seulement des patchs ?

Dr Legrand

La prévalence du tabagisme chez les patients hospitalisés pour syndrome coronaire aigu (33%) est élevée/ Le tabac serait responsable de 75000 décès par an en France (200/jour).

Le conseil minimal permettrait d'obtenir 10% de succès de sevrage.

Les patchs nicotiniques restent le traitement de première intention. Idéalement, le patient tabagique devrait quitter notre consultation avec la prescription de patchs. Quatre mg de substituts nicotiniques correspondent à 4 cigarettes manufacturées, à 2 cigarettes roulées, et à 1 joint. Les patchs doivent être associés à des pastilles ou des gommes. Il n'y a pas de limite de remboursement (ALD chez le coronarien).

La varenicline est le traitement le plus efficace pour obtenir un sevrage d'après les études randomisées, et les données sur le sur risque cardiovasculaire et psychiatrique sont rassurantes. Ce traitement doit être rapidement proposé mais reste indiqué en seconde intention en France. Il existe un kit de titration sur 8 jours pour éviter les effets secondaires (nausées).

CAS PRATIQUES – Seconde partie

7/ Le coroscanner et le score calcique : quand le proposer à nos patients ?

Dr Jeanneteau

Le coroscanner est un scanner thoracique injecté couplé à l'électrocardiogramme. L'évolution technologique permet une exploration de plus en plus précise des coronaires, surtout s'il y a peu de calcifications. Il est particulièrement utile dans la stratégie diagnostique d'un syndrome coronarien aigu à bas risque. C'est un outil plutôt de seconde intention, après évaluation cardiologique.

Le score calcique coronaire est un scanner non injecté, rapide, avec faible irradiation, non couplé à l'électrocardiogramme. Il permet d'évaluer le risque cardiovasculaire. Il est notamment particulièrement utile dans la discussion d'un traitement par statines. Il est particulièrement indiqué chez les patients à risque cardiovasculaire intermédiaire ou encore chez certains patients diabétiques.

Les seuils de score calcique à retenir sont les suivants :

- 0 : risque faible à très faible. Abstention thérapeutique. Possibilité de reproduire dans 5 ans.
- 100 : seuil d'intervention médicamenteuse. Intérêt probable des statines voire de l'aspirine à faibles doses.
- 400 : très haut risque : intérêt d'un test d'ischémie type échographie d'effort.
- 1000 : coronaropathie sévère très probable.

8/ Prescription d'un anticoagulant oral direct (AOD) dans la maladie veineuse thrombo-embolique (MTEV).

Dr Pascaud

Dans la MTEV, les AOD, comme dans le champ de la fibrillation atriale, ont montré une efficacité comparable sur les données d'efficacité, mais avec un meilleur profil de sécurité. Les posologies ne sont pas les mêmes que dans la fibrillation atriale :

- Apixaban (ELIQUIS®) 10mg x2/j pendant 10j puis 5mg x2/j

Même dose si clairance de la créat 15-29ml/min mais « précaution »

- Rivaroxaban (XARELTO®) 15mg x2/j pendant 21j puis 20mg par jour en une prise

Diminution de dose à 15mg /j si cl creat <29ml/min

- Le Dabigatran (PRADAXA®) est peu utilisé en pratique car validé après 5 j d'héparine.

Comme pour les AVKs, le traitement est proposé 3 à 6 mois en cas de MTEV provoquée ou de risque faible de récurrence. Il est proposé au long cours en cas de risque élevé de récurrence.

Les OAD ne doivent pas être prescrits en cas de syndrome des Ac antiphospholipides. Une récurrence de MTEV sous AOD doit faire rechercher ce syndrome.

Certains patients ont un risque de récurrence jugé modéré :

- Chez l'homme : premier épisode de maladie veineuse thrombo-embolique non provoquée sans facteur de risque persistant majeur.
- Chez la femme : premier épisode de maladie veineuse thrombo-embolique non provoquée sans facteur de risque persistant majeur et score HERBOO2 ≥ 2).

Ces patients peuvent bénéficier d'une poursuite des AOD à doses réduites. Les posologies sont alors les suivantes :

- Apixaban (ELIQUIS®): 2,5mg x2/j
- Rivaroxaban (XARELTO®): 10mg/j

9/ Ablation de fibrillation atriale.

Dr Behaghel

L'ablation de FA s'est développée depuis une vingtaine d'année. Elle s'inscrit dans une stratégie de contrôle du rythme cardiaque en remplacement des antiarythmiques.

Elle est indiquée chez les patients symptomatiques ou en cas de pathologie cardiaque.

L'intervention doit être réalisée dans des équipes formées réalisant plus de 100 ablations/an.

Elle se déroule sous AG, dure entre 1h30 et 2h30.

Avant l'intervention un scanner pour déterminer l'anatomie des oreillettes et une consultation avec l'anesthésiste sont réalisés.

Après l'intervention un suivi est organisé en lien avec le cardiologue et le centre interventionnel.

Actuellement les ablations sont réalisées par cryothérapie ou par radiofréquence. Les 2 techniques ont le même taux de succès aux alentours de 85%. Parfois une seconde intervention sera nécessaire pour obtenir ce taux de succès.

Il est important de traiter les facteurs de risques de récurrence de façon concomitante (SAOS, obésité, HTA).

Les complications sont rares, il s'agit principalement d'hémopéricarde, des complications vasculaires ou de réactions péricardiques.

L'ablation de FA ne dispense pas d'un traitement anticoagulant en se basant sur le score de CHADS-VASC.

10/ Des électrocardiogrammes à ne pas méconnaître lors d'une visite de non contre-indication au sport. Focus sur les extrasystoles.

Dr Behaghel

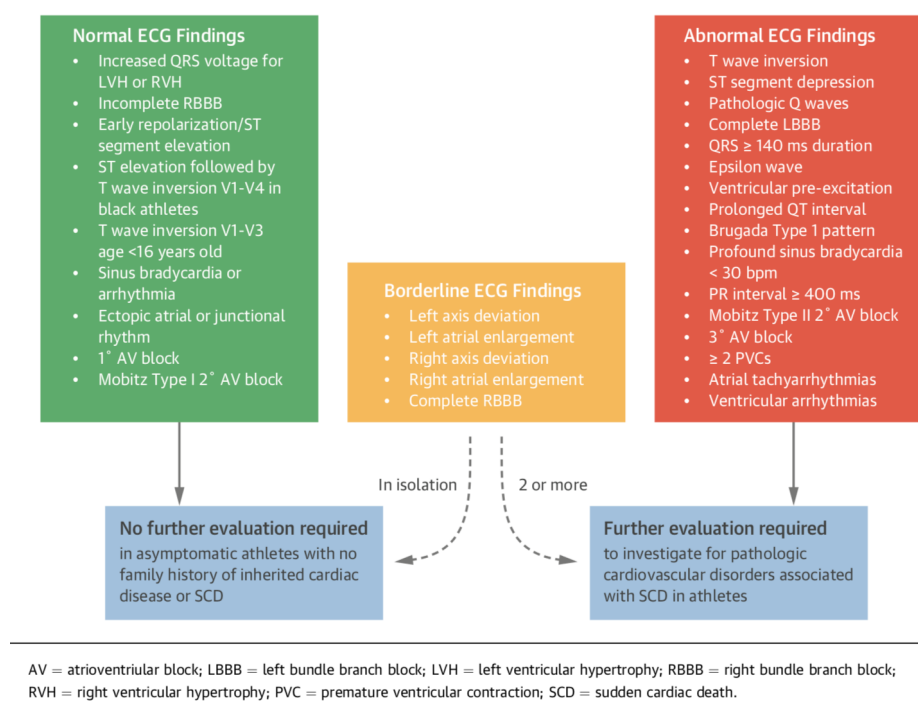
Une ESV peut être bénigne s'il y a moins d'une ESV sur l'ECG 12 D, si elle est à couplage tardif, monophasique, ample (il s'agit le plus souvent d'ESV infundibulaires, elles sont positives dans les dérivations inférieures).

On considère que des ESV sont pathologiques si elles sont fréquentes, polymorphes, polyphasiques, à couplage court, écrasées, en salve ou survenant sur un terrain de cardiopathie.

Lorsqu'il existe plus d'une ESV sur l'ECG cela doit conduire à effectuer un bilan cardiologique.

L'ESV peut révéler une cardiopathie préexistante ou être à l'origine d'une cardiopathie et ne doit en général pas être négligée.

FIGURE 1 International Consensus Standards for Electrocardiographic Interpretation in Athletes



11/ Prescription de l'activité physique sur ordonnance.

Dr Le Roux

A l'heure actuelle, la majorité de la population peut être considérée comme "inactive". Pourtant les bénéfices de l'Activité Physique (AP) sur la réduction de la mortalité, des pathologies cardio-métaboliques, de certains cancers et sur la santé mentale ont bien été démontrés. Notre rôle est donc de prôner l'activité physique auprès de nos patients et de la prescrire si besoin. Cette prescription est possible pour les patients présentant une affection de longue durée. Une évaluation initiale en consultation permet d'appréhender le niveau d'AP habituel, les souhaits du patients et les freins pouvant empêcher sa mise en œuvre. Pour nous aider, la région des Pays de la Loire a développé un programme, "On y va !", créant un réseau de promotion et d'aide à l'orientation des patients, pour une activité physique adaptée. Aborder ce sujet est donc indispensable... En pratique : "ON Y VA !"



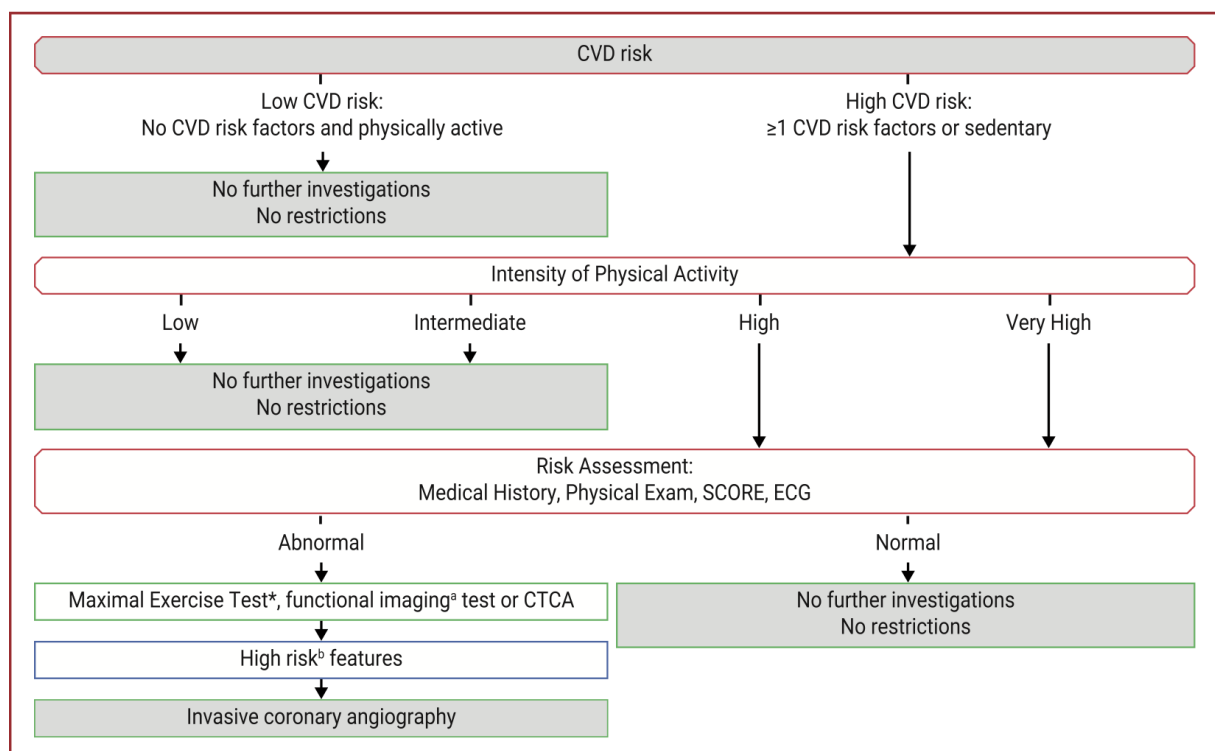
02 40 09 75 36

www.onyva-paysdelaloire.fr

12/ Recommandations sur la pratique du sport chez le cardiaque

Dr Viot

- Évaluer le risque individuel du patient en fonction de la pratique sportive et de son intensité
- Promouvoir l'activité physique
- Éducation du patient : « les 10 règles d'or »
- Rechercher avant tout la coronaropathie, principal facteur de mort subite après 35 ans.



Lien des recommandations : <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/sports-cardiology-and-exercise-in-patients-with-cardiovascular-disease>