

Nouvelle dynamique dans la prévention, le diagnostic et le traitement des affections cardiovasculaires : les XIX^{es} Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie font le point à Paris, du 14 au 17 janvier 2009, autour de 10 000 spécialistes

Fibrillation auriculaire : un trouble du rythme cardiaque très fréquent

En une décennie, de spectaculaires progrès ont été réalisés dans la connaissance de ce trouble du rythme. On mesure aujourd'hui sa fréquence, qui touche environ **750 000 personnes en France, et probablement près de 2 millions en 2050**. On sait désormais que la **FA est à l'origine de 15% des accidents vasculaires cérébraux** et qu'elle a un lien fort avec l'hypertension artérielle. Le traitement de ce trouble du rythme progresse, avec l'ablation par radio fréquence, et plus récemment avec l'avènement de la **cryoablation**, qui détruisent les foyers arythmogènes. De plus, on annonce l'arrivée prochaine possible de **6 nouveaux médicaments**.

Tabagisme passif : un bénéfice cardiovasculaire démontré, un an après l'application du décret

Le bénéfice cardiovasculaire de l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été attesté aux Etats-Unis et dans plusieurs pays européens. **En France, l'étude DILATER** démontre aussi les effets bénéfiques d'une telle mesure législative, en observant des non-fumeurs exposés au tabac sur leur lieu de travail (cafés, restaurants, brasseries, discothèques). Très originale, l'étude évalue l'un des éléments « starter » de l'athérosclérose : la capacité de l'artère à se dilater. En décembre 2007, une première évaluation montrait que celle-ci était anormale chez ces salariés. Quatre mois après l'application du décret, cette capacité était revenue à la normale.

Scanner des artères coronaires : des recherches très actives

Si le scanner ne remplace pas la coronarographie, cette technique d'imagerie présente d'incontestables atouts. C'est un examen non-invasif car il n'impose pas la ponction d'une artère, à la différence de la coronarographie. De plus, avec les progrès technologiques, cet examen permet de visualiser des artères coronaires de calibre de plus en plus petit. Mais pour quels patients ? D'ores et déjà, la recherche a permis de dégager des tendances pour définir **les patients les plus susceptibles de bénéficier du scanner**.

Bioprothèses aortiques par voie percutanée : une évaluation décisive en 2009

L'implantation percutanée d'une bioprothèse aortique pour traiter les sténoses aortiques témoigne de l'essor de la cardiologie interventionnelle. L'intervention consiste à introduire une bioprothèse aortique par voie artérielle et à la déployer, en lieu et place de la sténose, sous contrôle radioscopique. N'imposant ni **circulation extracorporelle ni grande incision**, l'implantation d'une bioprothèse aortique, plus simple que le remplacement valvulaire aortique chirurgical, permet de traiter des **patients considérés comme inopérables ou à très haut risque chirurgical**. Plus de 3 000 patients en ont bénéficié en Europe et au Canada. En France, deux bioprothèses ont obtenu le marquage CE mais ne sont pas remboursées. Cependant, la HAS a transmis le dossier au ministère de la Santé et sollicité un avis favorable au remboursement sous réserve d'une évaluation médico-économique positive. Cette évaluation va débuter en France en 2009 chez des patients considérés comme étant à haut risque chirurgical ou ayant une contre-indication à la chirurgie classique.

Enjeux des grandes études cliniques récentes : JUPITER, SYNTAX

L'étude **JUPITER** étend le champ de la prévention primaire. Son principe était de mettre sous statine des sujets asymptomatiques présentant une inflammation, attestée par une augmentation de la C-Réactive Protéine (CRP) ultrasensible, et dont la cholestérolémie était proche de la valeur moyenne de la population. La réduction de l'incidence des événements cardiovasculaires a été de 44 %. **Ces résultats soulèvent un certain nombre de questions**. JUPITER inciterait à mettre sous statine une proportion importante de la population adulte asymptomatique. Comment sélectionner les patients à traiter ? Une autre question tient aux mécanismes physiopathologiques. La CRP est-elle un élément causal du risque ou simplement un marqueur de risque ? Cette interrogation a d'autant plus importance que ce dosage n'est pas réalisé en routine, ni remboursé. Il reste une dernière question sur l'adaptation possible des politiques médicales et financières des différents pays.

SYNTAX a comparé la chirurgie coronaire de pontage et le stent actif chez des patients souffrant de plusieurs lésions des artères coronaires. Après un an de suivi, la comparaison donne l'avantage à la chirurgie, dont le résultat se montre plus stable. En revanche, chirurgiens et cardiologues interventionnels font jeu égal quand la lésion est sur le tronc commun de la coronaire gauche. On attend des résultats complémentaires. L'enjeu est important. SYNTAX va permettre de répondre à une question qui se pose tous les jours dans les services de cardiologie, en apportant, pour la première fois, des réponses objectives dans un domaine où prévalait jusque-là l'expérience de chacun.



CONFERENCE PUBLIQUE - « Arrêt cardiaque : savez-vous vraiment ce qu'il faut faire »

Samedi 17 janvier de 14h à 16h - Palais des Congrès de Paris - Amphithéâtre Bordeaux

Informations sur l'arrêt cardiaque, démonstrations et initiations aux gestes qui sauvent, rencontres avec des médecins et des secouristes

Informations sur : www.fedecardio.com



Contacts presse : Nolwenn Lorho et Sylvie du Cray-Patouillet

Tél. : 01 45 03 89 89 - Fax : 01 45 03 89 90 - email : n.lorho@ljjcom.net - s.ducraypatouillet@ljjcom.net