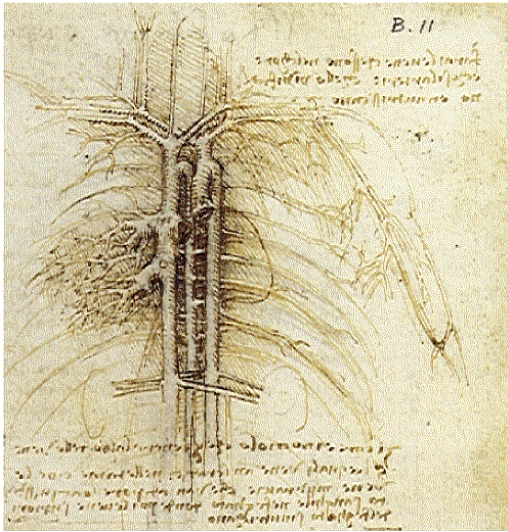




## La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°31



### NEWS – mars 2009

**Edito** : Comment réaliser son Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec l'UFCV ? C. Ziccarelli, F. Fossati, E. Pouchelon, J.-F. Thébaud .

**Pour votre pratique** : Une sélection d'articles par le Dr Jean-Louis Gayet

### HAS - [Avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations](#)

- CYPHER SELECT PLUS, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de sirolimus (produit actif pharmacologiquement)
- P RO-KINETIC ENERGY, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de carbure de silicium (produit sans action pharmacologique)

### HAS - [Avis de la Commission de la transparence](#)

- LERCAPRESS 10 mg/10 mg, comprimés pelliculés
- LERCAPRESS 20 mg/10 mg, comprimés pelliculés
- ZANEXTRA 10 mg/10 mg, comprimés pelliculés
- ZANEXTRA 20 mg/10 mg, comprimés pelliculés

### HAS - STIMULATEURS CARDIAQUES CONVENTIONNELS

Place respective des stimulateurs simple et double chambres

[Synthèse](#) - [Rapport](#)

### NOUVELLE SOCIETE FRANCAISE D'ATHÉROSCLEROSE

[Lettre n° 41, février 2009 : Visfatine : quelle place parmi les adipokines ?](#)

### [RECOMMANDATIONS](#) : American College of Chest Physicians

[Anti-thrombotic and thrombolytic therapy 8th ed : ACCP Guidelines](#)

**INPES** : vous voulez tout savoir sur l'éducation thérapeutique : [une boîte à outils pour les formateurs](#)

## UNE NOUVELLE RUBRIQUE : QUELQUES INDICATEURS POUR VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

**Dr Jean Louis GAYET**

### ➤ **Prognostic threshold levels of NT-proBNP testing in primary care**

La valeur pronostique du NT-proBNP est clairement établie mais on ne dispose pas de seuils de gravité permettant de faire, aux urgences, un tri des patients pour optimiser la prise en charge immédiate de ceux qui présentent le plus grand risque. C'est ce qui a été recherché sur une série de 5 875 patients, sans antécédent d'insuffisance cardiaque, admis aux urgences dans 2 villes du Danemark. Le suivi médian était de plus de 3 ans sans aucun perdu de vue. La relation entre les taux de NT-BNP à l'admission soit la mortalité toutes causes confondues, soit les nouvelles hospitalisations pour raisons cardiovasculaires a pu ainsi être clairement établie. Les taux d'événements sont proches de ceux de la population générale pour le quintile le plus bas de distribution alors qu'ils sont de 3 à 4 fois plus élevés pour le quintile le plus élevé (> 600 pg/mL), tant pour la mortalité que pour les hospitalisations. Les courbes de survie montrent bien la détérioration progressive du pronostic du

## La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°31

quintile le plus bas au quintile le plus élevé. Répartis cette fois en déciles, les taux de NT-proBNP permettent d'identifier un seuil de gravité à 229 pg/mL pour le risque de décès et un seuil plus bas à 83 pg/mL pour le risque d'hospitalisation de cause cardiovasculaire. On trouve également pour ce dernier une aggravation plus marquée du pronostic pour le seuil de 364 pg/mL. Les auteurs de ce travail voient dans l'identification de ces seuils, un progrès dans les moyens de mieux orienter les patients à partir du service d'urgence et notamment de programmer plus rapidement les examens complémentaires importants comme l'échocardiographie qui peut dans certains centres demander des délais importants.

*Rosenberg J, Schou M, Gustafsson F, et al. Prognostic threshold levels of NT-proBNP testing in primary care. Eur Heart J 2009;30(1):66-73.*

**Pour votre pratique :** Chez les patients en insuffisance cardiaque un NT-proBNP au-delà de 230 pg/mL est un facteur de mauvais pronostic.

### ➤ **Left ventricular function and exercise capacity**

Le déclin de la capacité aérobie avec l'âge tient à une multitude de facteurs dont l'importance respective est difficile à apprécier et dont la plupart sont non modifiables. C'est le cas de la fonction systolique VG mais on sait peu de choses sur la fonction diastolique. Elle a été appréciée au repos et à l'issue d'une épreuve d'effort (Bruce) chez 20 867 patients consécutifs après exclusion de ceux qui avaient une dysfonction systolique (FE < 50 %), une valvulopathie, une ischémie d'effort ou des images échographiques de mauvaise qualité. Les patients retenus avaient essentiellement une dyspnée ou des douleurs thoraciques d'effort (49 %), une accumulation de facteurs de risque (10 %) ou des anomalies de l'ECG (9 %). Une évaluation complète de la fonction diastolique était réalisée à la Mayo Clinic dans le cadre d'un protocole systématique d'évaluation de la fonction ventriculaire à l'effort. 62 % des patients n'avaient pas d'anomalie de la fonction diastolique, 27 % une dysfonction légère et 10 % une dysfonction modérée à sévère. Par rapport à ceux qui n'avaient pas d'altération, ceux qui avaient une altération légère ou modérée à sévère, avaient une réduction significative respectivement de 0,70 et 1,30 Mets de leur capacité d'effort après ajustement sur les facteurs confondants. Parmi ceux-ci, la fréquence cardiaque, l'âge, le sexe féminin et un index de masse corporelle > 30 étaient les prédicteurs les plus importants d'une altération des capacités fonctionnelles. Tabagisme, bêtabloquants, HTA et diabète étaient aussi parmi les facteurs significatifs mais avec un effet beaucoup moins marqué. L'altération de la fonction systolique ne ressortait pas du tout. Les auteurs de ce travail concluent que la dysfonction diastolique est ainsi un facteur d'altération de la capacité d'effort important qu'il est possible de prévenir et de traiter (mais comment ?... exercice physique ? lutte efficace contre les cardiopathies ischémiques ? contrôle de l'HTA ?).

*Grewal J, McCully BR, Kane CG, et al. Left ventricular function and exercise capacity. Jama 2009;301(3):286-94.*

**Pour votre pratique :** L'évaluation de la fonction diastolique VG après effort ne doit pas être négligée car c'est un déterminant plus important d'altération de la capacité d'effort que la fonction systolique VG.

### ➤ **Routine stent implantation vs. percutaneous transluminal angioplasty in femoropopliteal artery disease: a meta-analysis of randomized controlled trials**

Par rapport aux innombrables études sur leur utilisation en pathologie coronaire, les stents restent sous-évalués en pathologie vasculaire périphérique. Ils sont indiqués uniquement en sauvetage dans les recommandations américaines les plus récentes (ACC, TACS). Soumis à des contraintes mécaniques particulières, le bénéfice des stents reste encore débattu dans cette localisation. Les auteurs de cette méta-analyse ont sélectionné 10 études randomisées (1343 patients) entre angioplastie percutanée avec stenting (ST, 724 membres, pas de stents enrobés) ou sans stenting (noST, 718 membres) et disposant d'un suivi de 9 à 24 mois. Tous les patients recevaient ensuite de

## La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°31

l'aspirine et dans 4 études, une thiényridine. La longueur moyenne des lésions était comparable dans les 2 groupes (45,8 mm ST et 43,3 mm noST). Les échecs immédiats ont été moins nombreux dans le groupe ST (5,9 % vs 17,1 %, soit un risque relatif de 0,28 [0,15 – 0,54],  $p < 0,001$ ). Une tendance en faveur du stent a été observée pour les resténoses (37,6 % vs 45,3 %, soit un RR de 0,85 [0,69 – 1,06],  $p = 0,146$ ), mais les taux de revascularisation ont été pratiquement identiques dans les deux groupes (20,2 % ST vs 20,2 % noST). Seules deux études font état de fractures de stents dans 2 et 12 % des cas respectivement. Mortalité, amputation et autres complications cardiovasculaires ont été observées en nombre identique dans les deux groupes. Malgré la forte tendance en faveur d'une réduction des resténoses, les auteurs concluent que le plus fort taux de succès immédiat ne justifie pas la pratique du stenting en routine. Ils n'apportent malheureusement aucun élément aidant à d'identifier les patients les plus susceptibles de bénéficier d'un stent. Seule un effet favorable des stents au nitinol est décrit dans une analyse de sous-groupes.

*Kasapis C, Henke KP, Chetcuti JS. et al. Routine stent implantation vs. percutaneous transluminal angioplasty in femoropopliteal artery disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Heart J 2009;30(1):44-55.*

**Pour votre pratique :** pas d'utilisation en routine des stents dans le traitement percutané des sténoses fémoro-poplitées.

➤ **Clinical effectiveness of beta-blockers in heart failure: findings from the OPTIMIZE-HF (Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure) Registry**

La démonstration de l'intérêt des bêtabloquants ( b B) chez les insuffisants cardiaques les plus âgés repose sur peu d'éléments en dehors des informations issues de l'étude SENIOR. Il a été évalué à travers le Registre OPTIMIZE–HF évaluant les pratiques de soins chez les insuffisants cardiaques en pratique quotidienne et représentatif de l'ensemble des USA. Le croisement avec les données du Medicare a permis d'évaluer une cohorte de 17 241 patients = 65 ans tous éligibles pour un traitement b B après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque. 7 529 avaient une fonction systolique altérée (FE < 40 %) et 9 712 une fonction systolique conservée (FA = 40 %). Le nombre de patients qui ne recevaient pas de b B avant l'hospitalisation était respectivement de 3 001 et 4 153 et ce traitement a pu être instauré respectivement chez 1 800 et 1 621 de ces derniers. La médiane d'âge de ces patients était autour de 80 ans, mais, quelle que soit la fonction VG, significativement plus basse chez ceux qui recevaient un b B. En cas de fonction systolique altérée, ceux qui recevaient des b B avaient moins souvent d'insuffisance rénale, d'arythmies auriculaires et (tendance) de myocardiopathie d'origine ischémique. En l'absence de dysfonction systolique, ceux qui recevaient des b B avaient moins souvent de BPCO et plus souvent une myocardiopathie d'origine ischémique. Avec un an de recul, par comparaison à ceux qui n'ont pas reçu de b B, ceux qui avaient une dysfonction systolique VG et qui en ont reçu en ont tiré un bénéfice substantiel avec un moindre risque de mortalité (risque relatif 0,77 [0,68-0,87]) et de réhospitalisation (0,89 [0,80 – 0,99]) alors que ceux qui avaient une fonction systolique conservée n'en ont pas tiré de bénéfice ni sur le risque de décès (RR 0,94 [0,84 – 1,07]), ni sur le risque de réhospitalisation (RR 0,98 [0,90 – 1,06]). Ces données permettent de rappeler l'intérêt des bêtabloquants dans les insuffisances cardiaques à fonction systolique conservée même chez les plus âgés, mais hélas aussi de souligner une nouvelle fois le manque de thérapeutiques pour les formes à fonction systolique conservée qui partagent un pronostic tout aussi péjoratif.

*Hernandez FA, Hammill GB, O'Connor MC, et al. Clinical effectiveness of beta-blockers in heart failure: findings from the OPTIMIZE-HF (Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure) Registry. J Am Coll Cardiol 2009;53(2):184-92.*

**Pour votre pratique.** Même chez les insuffisants cardiaques très âgés, les bêtabloquants améliorent le pronostic mais uniquement dans les formes à fonction systolique altérée