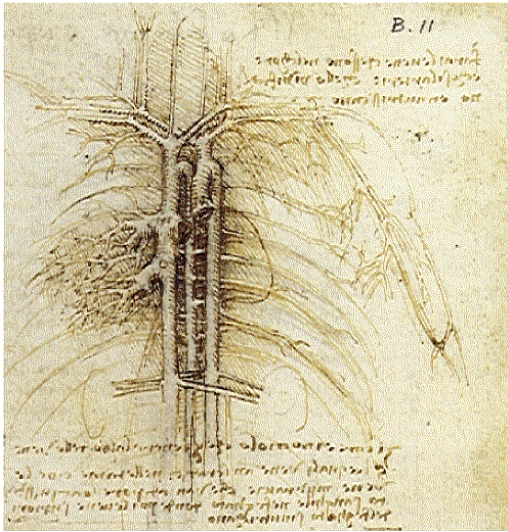




La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°33



NEWS – mai 2009

Edito : [Pourquoi une Fédération des Spécialités Médicales \(FSM\) ?](#)

J-F. Thébaut

Il y a à peine plus d'un an, nous étions heureux de vous annoncer la création du Conseil National Professionnel de Cardiologie. ...

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

NSFA : [La Lettre de la NSFA n° 43](#), avril 2009 : HDL et maladies neurodégénératives : A. Kontush, M.-J. Chapman, INSERM Unité 939, Hôpital de la Pitié, Paris

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

- VOLIBRIS 5 mg et 10 mg et Synthèse d'avis de la commission de la transparence
- AVANDIA 2mg et 5mg et synthèse d'avis de la commission de la transparence

- AVANDAMET 1mg/500mg, 2mg/500mg, 2mg/1000mg, 4mg/1000mg et synthèse d'avis de la commission de la transparence
- INEXIUM 20mg, 40mg, Injectable et argumentaire IPP
- INIPOMP 20mg (avis de la commission de la transparence)
- CONSULTA CRT-D modèle D234TRK + moniteur CARELINK, défibrillateur cardiaque implantable triple chambre à fréquence asservie
- SECURA DR modèle D234DRG + moniteur CARELINK, défibrillateur cardiaque implantable double chambre
- REVEAL DX modèle 9528, moniteur ECG implantable
- CYPHER SELECT PLUS, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de sirolimus (produit actif pharmacologiquement)
- ZENITH FENESTRATED, endoprothèse aortique fenêtrée
- TAXUS LIBERTE, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de paclitaxel (produit actif pharmacologiquement)
- ENDEAVOR Sprint RX, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus (produit actif pharmacologiquement)
- ENDEAVOR, endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus (produit actif pharmacologiquement)
- Coaguchek XS, dispositif d'automesure de l'INR

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale : [recommandations, synthèse, argumentaires...](#) Février 2009
- [Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte](#) (Janvier 2009)

SERVICE EVALUATION DES DISPOSITIFS

- [STIMULATEURS CARDIAQUES CONVENTIONNELS](#) : Place respective des stimulateurs simple et double chambre (révision de la nomenclature inscrite à la liste des produits et prestations remboursables) février 2009

EEP info

- n°34 avril 2009 : [La médecine centrée sur le patient : pas si simple !](#) *Pr Jean Carlet*
- n°35 mai 2009 : [La certification des établissements de santé V2010](#) est en route ! *Dr Isabelle Rullon*
[Un jour comme les autres...](#) Ce jour là, le pharmacien de l'hôpital appelle le docteur Livingstone *Dr Jean Brami*

Interview en ligne :

- [Pr Pascal Gueret](#) : Quelle est la contribution de la Société Française de Cardiologie à l'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde ?
- [Dr Jean-François Thébaut](#) : Quel est le rôle du cardiologue libéral dans la prise en charge d'un patient qui a subi un infarctus du myocarde ?

Assurance Maladie (point d'information 28 avril 2009) : [Infarctus du myocarde](#) : une prise en charge satisfaisante des malades pendant et après leur hospitalisation

UNE NOUVELLE RUBRIQUE : QUELQUES INDICATEURS POUR VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Dr Jean Louis GAYET

➤ ***Prevalence of low low-density lipoprotein cholesterol with elevated high sensitivity C-reactive protein in the U.S.: implications of the JUPITER (Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) study***

Les conséquences économiques (dans tous les sens du terme) des résultats principaux de l'étude JUPITER ont jeté un certain trouble. Ils ont montré que la rosuvastatine peut réduire de 44% le risque d'événements cardiovasculaires en prévention primaire chez des sujets ayant un LDL-cholestérol < 1,30 g/L mais une CRPu > 2 mg/L. Le nombre de patients concernés en pratique reste toutefois incertain. Les investigateurs du registre NHANES ont essayé de répondre à cette question en revoyant les profils cliniques et biologiques des patients inclus entre 1999 et 2004. Ils ont ainsi pu évaluer les taux de LDL-cholestérol et de CRPu pour 1110 sujets répondant par ailleurs aux critères d'inclusion et d'exclusion de JUPITER, notamment un âge ≥ 50 ans pour les hommes et ≥ 60 ans pour les femmes). Par extrapolation à l'ensemble de la population américaine, ils estiment que 14, 8 millions d'américains (4,8% de 306 millions) répondraient à tous les critères d'entrée dans l'étude (notamment LDL-c et CRPu). En extrapolant à notre tour aux 64 millions de français, on peut estimer qu'un maximum de 3 millions (4,8%) de sujets serait concerné. En étendant ce raisonnement à l'ensemble des adultes ≥ 20 ans, les auteurs de ce travail montrent qu'un total de 51,3 millions d'américains seraient concernés. En extrapolant la même proportion (17%) à la population française ceci représente plus de 8 millions d'individus sur un total de 48 millions de plus de 20 ans. En termes de risque cardiovasculaire (Framingham), ils montrent qu'aux USA, parmi les hommes ≥ 50 ans et les femmes ≥ 60 ans (répondant ou non aux autres critères d'inclusion de JUPITER), la CRPu serait supérieure à 2 mg/L chez 4,1 millions de ceux à bas risque, 1,5 millions chez ceux à risque modéré, 2,2 millions de ceux à risque modérément élevé et 0,3 millions de ceux à risque très élevé. L'équivalent serait respectivement de 37,8 millions, 5,8 millions, 2,5 millions et 0,5 millions sur l'ensemble des américains ≥ 20ans. Rappelons cependant que les seules données de JUPITER ne suffisent pas à faire de l'élévation de la CRPu un critère d'indication d'un traitement (ou de renforcement) par une statine.

Michos DE, Blumenthal SR. Prevalence of low low-density lipoprotein cholesterol with elevated high sensitivity C-reactive protein in the U.S.: implications of the JUPITER (Justification for the Use of Statins in Primary Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) study. J Am Coll Cardiol 2009;53(11):931-5.

Pour votre pratique. : En extrapolant sur 64 millions de français, on peut estimer qu'un maximum de 3 millions (4,8%) de sujets correspondraient aux patients de l'étude JUPITER !.

➤ ***Long-term trends in first hospitalization for heart failure and subsequent survival between 1986 and 2003: a population study of 5.1 million people***

L'organisation des soins en Ecosse a permis d'enregistrer pratiquement toutes les premières hospitalisations (116 556) pour insuffisance cardiaque entre 1986 et 2003 et de connaître le devenir de ces patients dans les 5 ans suivants ou jusqu'à leur décès. Exprimée par 100 000 habitants après ajustement sur l'âge, leur incidence a d'abord augmenté de 124 à 162 (pic maximal) de 1986 à 1994 avant de retomber à 101 en 2003 avec une évolution à peu près identique pour les hommes (47,4% des patients) et les femmes (52,%). A l'inverse, le taux des réhospitalisations a augmenté avec, à un an, 21% en 1986 et 31% en 2003. La médiane de survie, après une première hospitalisation est passée (en années) de 1,33 en 1986 à 2,34 en 2003 chez les hommes (p<0,0001) mais seulement de 1,32 à 1, 79 chez les femmes (p<0,0001). L'âge moyen du décès est passé de 74,0 ans en 1986 à 77,3 en 2004 chez les hommes et seulement de 79,1 à 81,4 chez les femmes. Quel que soit le sexe, après ajustements, c'est l'âge qui a le plus grand impact sur le pronostic. Globalement, y compris après ajustements sur l'âge et les pathologies associées, les hommes ont bénéficié d'une plus grande amélioration de leur survie à 30 jours et à un an que les femmes mais la différence, même si elle persiste, tend à s'estomper à 5 ans. L'amélioration porte essentiellement sur toutes les formes de mortalité cardiovasculaire. Les taux de prescription des IEC (H/F) sont passés de 32%/28% en 1996-97 à 54%/53% en 2002-03, ceux de bêtabloquants de 11%/11% en 1996-97 à 35%/37% en 2002-03 et ceux de spironolactones de 1%/1%1996-97 à 9%/11% en 2002-03. En résumé, on peut dire que malgré une progression très encourageante, les taux de mortalité restent tout de même encore élevés. Il est difficile de dire si les taux franchement suboptimaux de prescription des

La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°33

thérapeutiques de référence sont le reflet des conditions réelles, d'une insuffisance de prescription spécifique à l'Ecosse ou s'expliquent par l'ancienneté relative des données mais elles incitent à ne pas baisser la garde.

Jhund SP, Macintyre K, Simpson RC, et al. Long-term trends in first hospitalization for heart failure and subsequent survival between 1986 and 2003: a population study of 5.1 million people. Circulation 2009;119(4):515-23.

Pour votre pratique : les progrès constatés dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ne doivent pas masquer la gravité persistante de son pronostic

➤ **Appropriateness Criteria for Coronary Revascularization.**

Les recommandations des sociétés savantes donnent un cadre général dans lequel les praticiens doivent puiser des informations pour adopter une stratégie thérapeutique adaptée à chaque patient. Un collectif de sociétés savantes américaines impliquées dans la prise en charge des coronariens propose, pour la décision de revascularisation, une stratégie basée sur une série de 73 scénarios dans lesquelles les praticiens devraient pouvoir en trouver un correspondant à peu près à chaque situation clinique. Ils sont en grande partie fondés sur les recommandations mais avec une approche plus pragmatique et proche de la réalité clinique. Ces scénarios sont fondés sur le croisement de 5 variables : présentation clinique (syndrome coronarien aigu, angor stable etc.) ; sévérité de l'angor (classe CCS) ; extension de l'ischémie aux tests non invasifs (complétée par facteur aggravant comme insuffisance cardiaque, dysfonction VG ou diabète) ; niveau de traitement médical (optimal ou non) ; extension des lésions coronaires (mono, bi ou tritronculaire, IVA proximal, tronc commun, obstruction chronique). Ils se répartissent en 4 catégories correspondant à 4 entrées (syndromes coronaires aigus, coronariens stables jamais opérés, coronariens stables précédemment opérés et coronariens sévères). Au final, chaque scénario est coté de 1 à 9 pour permettre de donner un niveau d'opportunité de revascularisation : opportune (7-9), incertaine (4-6) ou inopportune (1 à 3). Les membres du groupe de travail, représentant à parts égales ceux qui revascularisent (angioplasticiens, chirurgiens) et ceux qui ne revascularisent pas (cardiologues mais pas seulement). Les différents critères sont également combinés sous forme de grilles, de lecture facile, dans lesquelles le praticien peut facilement situer le niveau d'opportunité d'un geste de revascularisation. Les auteurs insistent fermement pour dire qu'il ne s'agit que d'une aide à la décision et qu'au final le dernier mot doit rester au clinicien qui peut très bien avoir un avis divergent.

Patel RM, Dehmer JG, Hirshfeld WJ, et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 Appropriateness Criteria for Coronary Revascularization. Circulation 2009;119(9):1330-52. J Am Coll Cardiol 2009;53(6):530-53. Catheter Cardiovasc Interv 2009;73(3):E1-24.

Pour votre pratique : un nouvel outil d'aide à la décision pour les indications de revascularisation chez les coronariens.

➤ **Current use of beta blockers in patients with reactive airway disease who are hospitalized with acute coronary syndromes**

Le programme *Get with the guidelines* de l'AHA est destinée à évaluer les pratiques et la qualité des soins en cardiologie aux USA. La présente étude porte sur la prescription des bêtabloquants après syndromes coronaires aigus chez les patients ayant une pathologie broncho-pulmonaire obstructive (PBPO = asthme ou BPCO). L'analyse porte sur 12967 patients (14%) avec et 81140 sans PBPO. Dans les deux groupes, la prescription des bêtabloquants a été plus fréquente à la sortie qu'au cours des 24 premières heures : 77,2% vs 65,6% avec PBPO contre 88,7% et 78,5% sans PBPO. Alors que cette proportion de prescriptions a donc franchement augmenté, les taux de contre-indications ont proportionnellement peu diminué (19,4% vs 23,2% avec PBPO et 7,0% vs 11,8% sans PBO). Chez les patients avec antécédent de PBPO, la contre-indication aux bêtabloquants a pu être levée chez 40% de ceux qui en avaient une et 49% de ceux qui n'avaient pas eu de bêtabloquant en ont pu en recevoir un entre la 24^{ème} heure d'hospitalisation et leur sortie. L'équivalent chez les patients sans PBPO était de 63% et 66%. Après ajustements, la présence d'un antécédent de PBPO est le plus fort facteur prédictif de non prescription d'un bêtabloquant, suivi (d'assez loin) par l'âge et paradoxalement par les antécédents d'insuffisance cardiaque. Les principales raisons de ne pas prescrire un bêtabloquants avec un antécédent de PBPO sont la



U.F.C.V.

Union nationale de Formation et d'évaluation en médecine Cardio-Vasculaire

La lettre électronique de l'U.F.C.V. n°33

PBPO elle-même (7,0%), une hypotension symptomatique (10,3%) ou un « autre cause » mal identifiée (58,0%). Les équivalents en l'absence de PBPO sont de 2,4%, 20,4% et 32,6%). La prescription d'un bêtabloquant s'accompagne d'une réduction de 48% de la mortalité hospitalière chez les patients avec PBPO et de 62% chez ceux qui n'en ont pas.

Olenchock AB, Fonarow GG, Pan W, et al. Current use of beta blockers in patients with reactive airway disease who are hospitalized with acute coronary syndromes. Am J Cardiol 2009;103(3):295-300.

Pour votre pratique. Même avec un antécédent d'asthme ou de BPCO, la prescription d'un bêtabloquant lors d'une hospitalisation pour un syndrome coronaire aigu reste un facteur majeur de réduction de la mortalité.