

On nous présente aujourd'hui les mises à jour 2021 des guidelines de la société européenne de cardiologie (ESC), basées sur celles de 2016.

Vous trouverez sous [ce lien](#), les différentes guidelines présentées, soit: la prévention cardiovasculaire, les indications à la pose d'un pacemaker et les recommandations pour l'insuffisance cardiaque.

La prévention cardiovasculaire - Dr D. Carballo

Le but de cette mise à jour est de faciliter l'application en clinique, et de rendre les soins plus personnalisés, en impliquant le patient dans les prises de décision.

La prévention individuelle

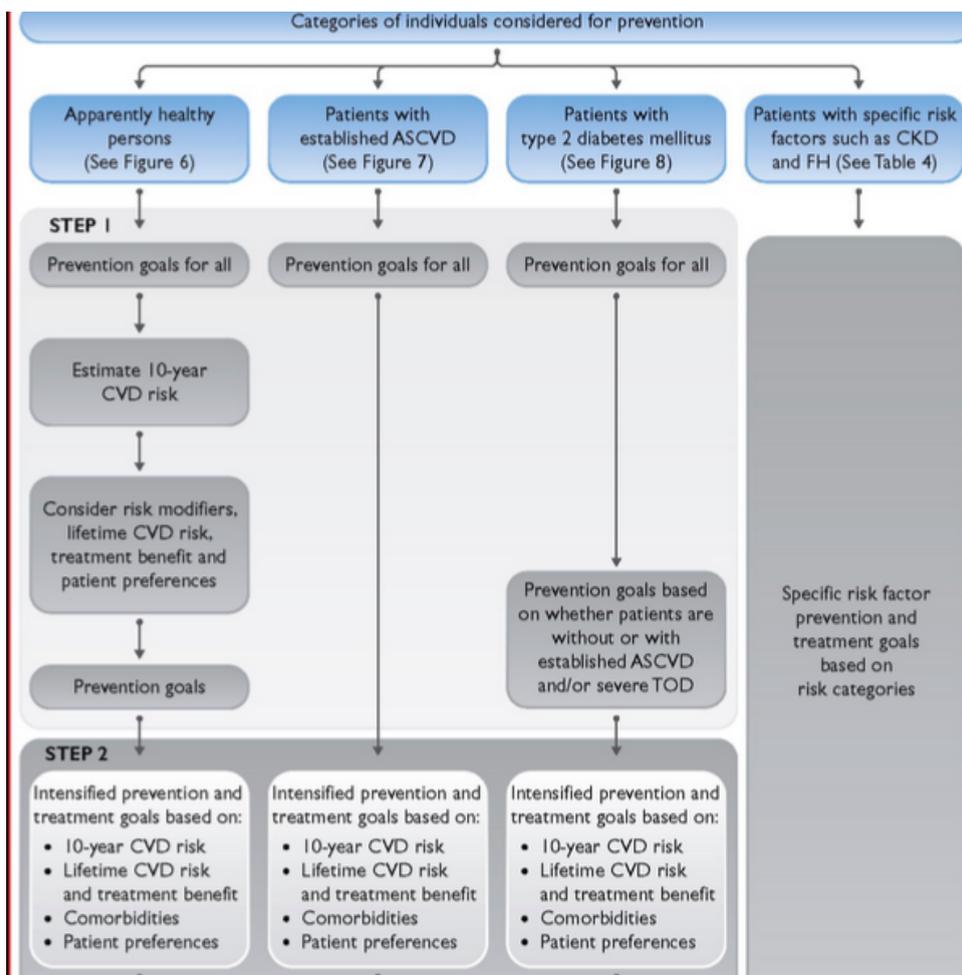
La prise en charge se fait maintenant "étape par étape":

La catégorie du patient est définie: bonne santé, maladie cardiaque, diabète ou maladie rénale, puis:

1. Détermination des objectifs de prévention valable pour tous et estimation du risque avec les nouveaux scores de prédiction du risque SCORE2 et SCORE2-OP
2. Intensification des objectifs et des traitements.

Est introduite une estimation du risque sur la durée de vie et aussi une estimation des bénéfices potentiels d'une prise en charge spécifique, ce qui peut aider le patient à prendre une décision.

le schéma qui résume l'ensemble:



Pour chaque catégorie de patients, on est menés à d'autres schémas où la catégorie est clairement définie.

Dans l'étape 1, les recommandations de bases sont des mesures d'hygiène de vie, avec l'arrêt du tabac et recommandation pour une TA < 160 mmHg.

Puis on catégorise en fonction de l'âge et estime la survie à 10 ans avec les scores: SCORE 2 et SCORE 2-OP (>70 ans).

Ces scores ont été inclus après coup dans les guidelines, ils sont stratifiés

par âge, sexe, status tabagique....

Les seuils de risques sont adaptés de façon dynamique à l'âge du patient.

La prise de décision partagée devient une recommandation officielle de l'ESC, en prenant en compte les risques et les préférences du patient mais aussi des bénéfices du traitement.

Un nouvel outil est ainsi introduit: Le score de stratification des bénéfices en termes d'années gagnées sans maladie CV.

A l'étape 2, en utilisant les outils précédemment cités, on détermine alors des objectifs définitifs et l'intensification du traitement.

On va trouver des tableau récapitulatifs du risque selon les comorbidités, et tableau qui résume le type de médicaments disponibles, selon les cibles définies.

Pour les patients qui ne rentrent pas dans la catégorie "en bonne santé", d'autres scores sont disponibles pour l'évaluation du risque.

Nouveauté: possible d'utiliser un anti-inflammatoire comme la colchicine pour un patient où l'on n'arrive pas à atteindre les objectifs.

Approche globale populationnelle

Il y a un chapitre entier pour l'approche en santé publique.

L'idée est de modifier l'environnement au sein de la société et certains déterminants sociaux de la santé, en fournissant des incitations pour changer les comportements individuels et l'exposition aux facteurs de risque.

La nouveauté dans ce chapitre concerne les expositions environnementales qui augmentent le risque CV, comme la pollution de l'air, les microparticules et le bruit.

Recommandations pour l'individu: éviter l'exposition

Population: mesures pour réduire la pollution de l'air, les micro particules etc..

Guidelines sur la stimulation cardiaque - Pr H. Burri

Il faut bien comprendre le mécanisme des brady-arythmies pour rechercher ou exclure les causes secondaires:

Pour les pauses nocturnes rechercher l'apnée du sommeil...

Imagerie pour exclure une maladie infiltrative (sarcoïdose)...

EPS: étude électrophysiologique

ET: Test d'effort

CSM: Massage du sinus carotidien
Il y a deux entités dans la stimulation anti-bradycardique:

dysfonction sinusale (SND) et le bloc atrio-ventriculaire (AV block), pour lesquels on utilise des pacemaker double chambre.

Le pacemaker simple chambre est réservé aux patient en FA pour lesquels une sonde atriale est inutile.

Indications

Dysfonction sinusale:

- Doit être symptomatique pour justifier une pose de pacemaker! Elle peut causer des syncopes mais pas de mort subite.
- Pas d'indication si la cause est transitoire, sauf lors de traitement contre la tachy-arythmie.

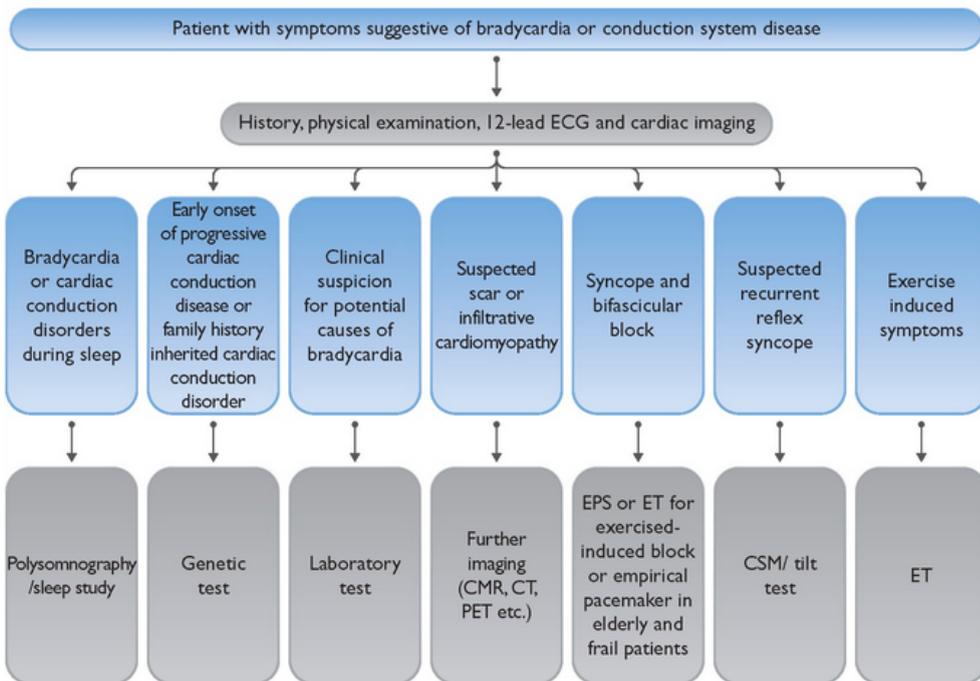
BAV:

- Pose selon la présence de symptômes ou le niveau du bloc.
- Un bloc infranodal de type Mobitz 2 ou 2:1 indique une pose de pacemaker même en l'absence de symptômes, ce qui n'est pas le cas si le bloc est nodal.
- Pas d'indication si la cause est transitoire.

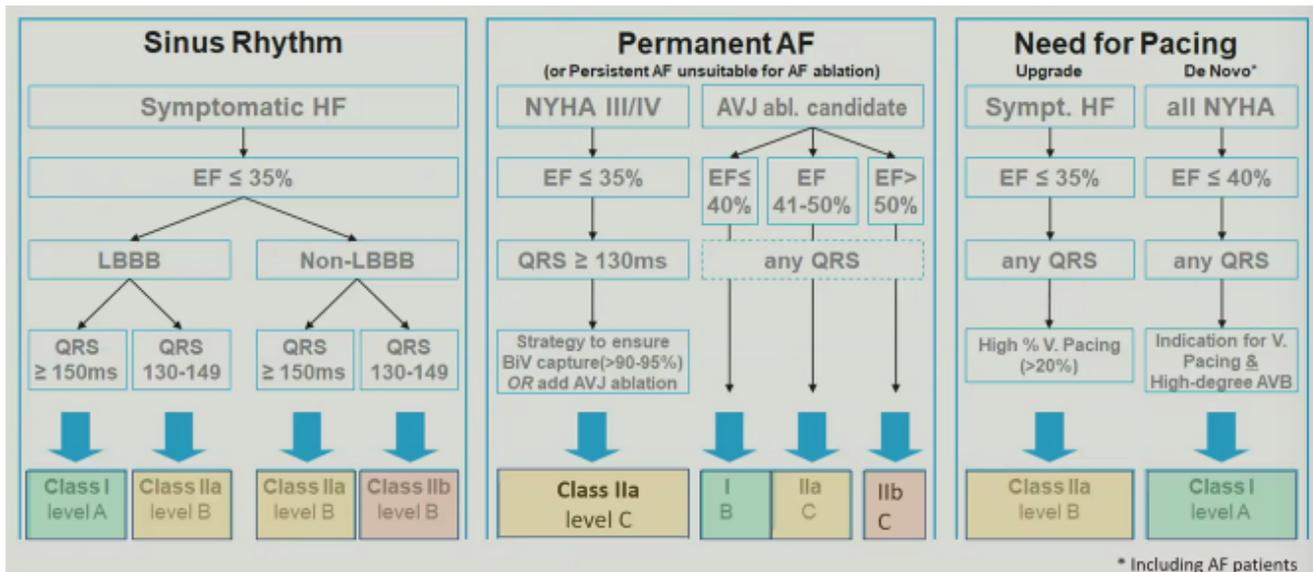
Algorithme de décision pour un patient avec syncope inexpliquée et un bloc de branche: ([figure 6](#))

- Si le patient à une dysfonction ventriculaire sévère c'était probablement une tachy-arythmie → défibrillateur implantable
- Si la fonction cardiaque est préservée, chez un patient âgé et fragile, on suppose que la cause est un BAV complet paroxystique et on implante l'appareil sans autre investigation.
- Si le patient est plus jeune, on va pousser l'investigation.

Algorithme pour les syncopes réflexes ou vaso vagale: ([Figure 7](#)) si fréquent et mise en évidence de pauses → indication pour un pace.



La stimulation dans le traitement de l'insuffisance cardiaque - Figure résumé qui ne se trouve pas dans les guidelines.



A ce stade, il y a beaucoup de détails et ça va assez vite. Je prendrais principalement note des indication de classe 1 (en vert), qui sont celles mentionnées par l'orateur:

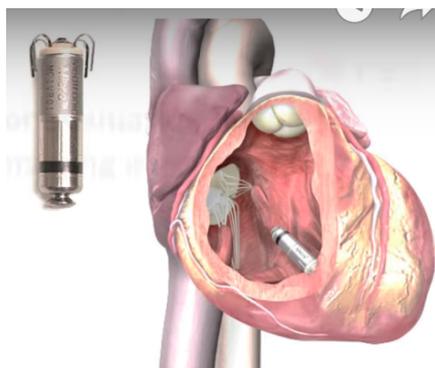
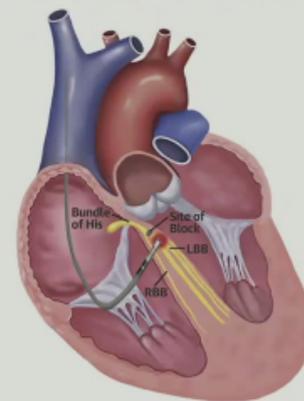
- Insuffisance gauche + bloc de branche gauche + QRS élargi = bonne indication
- Pour la FA, l'évidence est moins bonne, sauf dans le cas d'un patient candidat à une ablation et avec une fraction d'éjection diminuée.

Nouveautés 2021

La stimulation au niveau du système de conduction du cœur, directement sur le faisceau de His ou sur la branche gauche, se fait déjà aux HUG depuis un moment.

A l'ECG, cela donne un QRS normal après le choc. Cette synchronisation préserve la fonction long cours, mais il y a peu d'études randomisées, c'est pourquoi les classes de recommandation restent prudentes. (→)

Left bundle branch area pacing



Stimulations sans sonde:

Pour les patients avec mauvais accès veineux, ou encore atteints de démence avec un risque de triturer la poche du boîtier.

Ne permet pas de changer le boîtier externe, il faut le placer à nouveau. La durée de vie est de 8 ans. (←)

Placer un pacemaker dans une IRM, cela reste une mauvaise idée, sauf si celui-ci est "abandonné". Il y a maintenant un algorithme décisionnel.

On retrouve également dans les nouveautés des recommandations pour la technique d'implantation des pacemakers, dont les détails sont disponibles dans un document annexe.

Guidelines sur l'insuffisance cardiaque (IC) - Dr Ph. Meyer

Nouvelle approche qui va avoir un impact important sur les prises en charge ambulatoires et hospitalières.

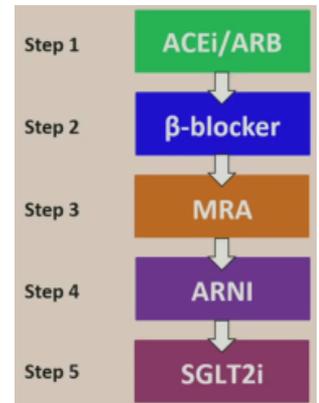
On nous rappelle de mettre un petit grain de sel dans nos guidelines, elles ne sont pas parole d'évangile et faut savoir garder un esprit critique..

Il y a quelques modifications mineures dans les classifications: les limites pour l'IC à fraction d'éjection diminuée (HFrEF) passe de <40% à ≤40%...

Type of HF	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
CRITERIA	1	Symptoms ± Signs ^a	Symptoms ± Signs ^a
	2	LVEF ≤40%	LVEF 41–49% ^b
	3	-	-
			Symptoms ± Signs ^a LVEF ≥50% Objective evidence of cardiac structural and/or functional abnormalities consistent with the presence of LV diastolic dysfunction/raised LV filling pressures, including raised natriuretic peptides ^c

Pour l'IC à fraction d'éjection réduite, qui représente 35% des patients avec IC aux HUG, le traitement actuel est un chemin de croix...long et laborieux:

Il faut introduire tous les traitements qui suivent, en les titrant à chaque fois à la hausse. Cela peut prendre jusqu'à 6 mois pour obtenir un traitement efficace. (→)

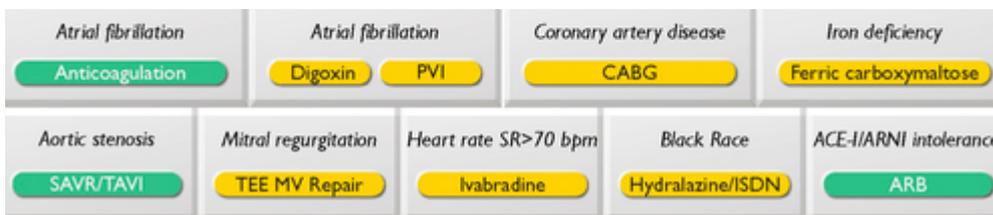


Nouvelles approche pour les IC

- Etape 1: Catégories de médicaments qui réduisent la mortalité, à choix

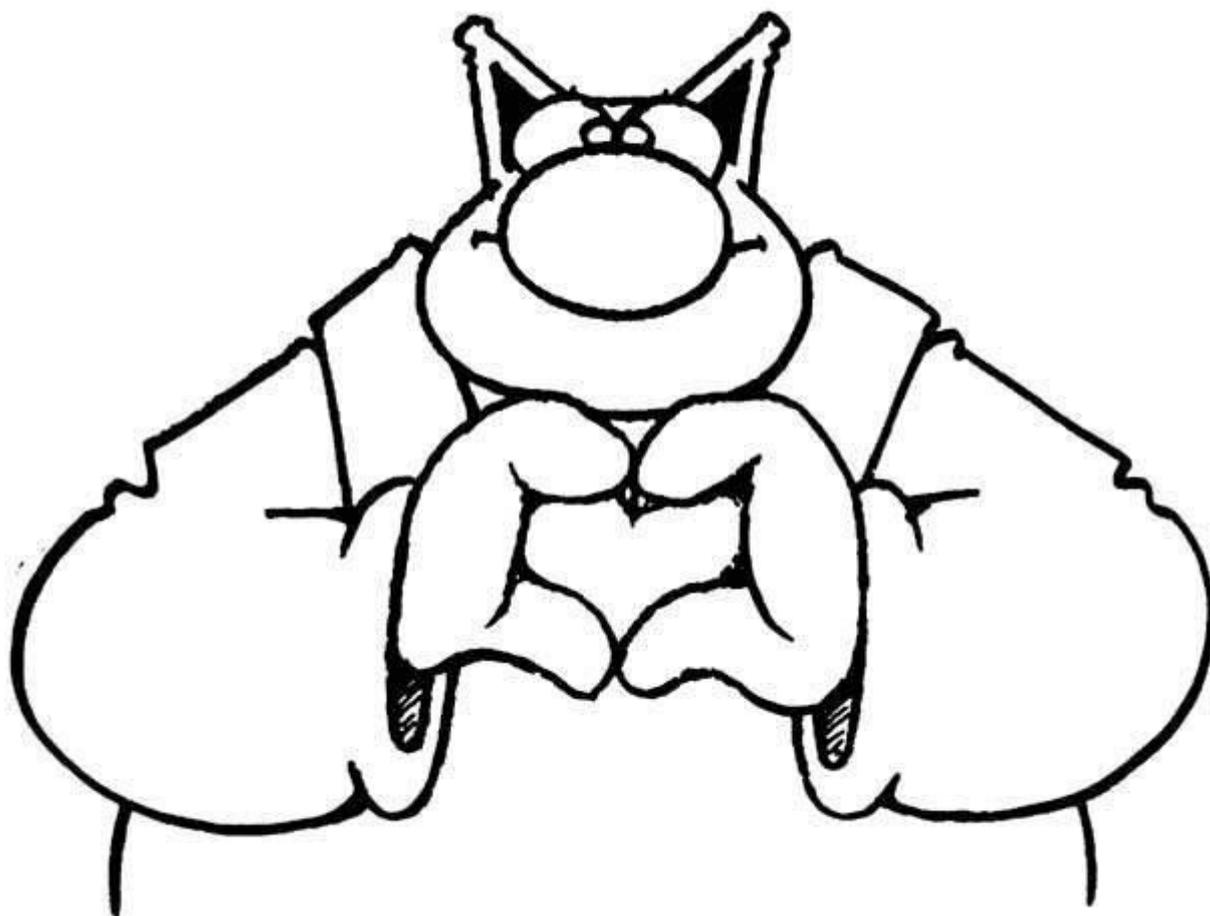


- Etape 2, pas une nouveauté: diurétiques de l'anse
- Etape 3: Utilisation des dispositifs implantables, valide dès ≤ 35% de FEVG
 - Rythme sinusal + BBG ≥ 150ms → pacemaker ± défibrillateur implantable si la FEVG est stable, particulièrement pour les étiologies ischémiques.
- Etape 4: selon le profil clinique du patient



PVI: pulmonary vein isolation (ablation)
 CABG: pontage coronarien
 SAR/TAVI: remplacement de la valve mitrale
 TEE MV Repair: réparation de la valve mitrale

- Etape 5: pour les patient qui sont toujours dans la galère: Transplantation, assistance ventriculaire gauche...
- Etape 6: tous ces patients sont éligibles à un programme de réadaptation cardiaque et d'éducation multidisciplinaire du patient, ce qui est fortement recommandé.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch