

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 19 juin 2012

Hôpital cantonal de Genève

Fermeture d'un foramen ovale perméable dans l'AVC cryptogénique

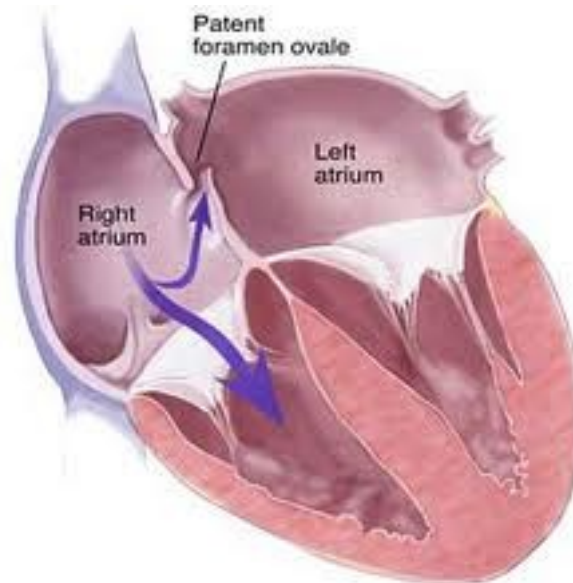
Prof. A. Perrier

Le papier provient du NEJM 2012, 366: 991-999

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la plupart du temps associés à une sténose carotidienne, à une athéromatose de l'arc aortique, à une sténose mitrale ou aortique, à une fraction d'éjection basse (<30%) ou à une fibrillation auriculaire (FA) ou un flutter.

Parfois, on ne trouve rien de tout ça et on parle d'AVC cryptogénique. On envisage une embolie cardiaque, ou de l'aorte ascendante, une FA subclinique, une atteinte non détectée des gros vaisseaux ou un foramen ovale perméable (FOP) avec un anévrysme du septum interauriculaire.

Dans le cas du FOP on parle d'embolie paradoxale (car va d'une chambre à basse pression vers une chambre à haute pression), dont l'origine serait les membres inférieurs ou le cœur.



Le FOP se retrouve chez 35% des personnes de moins de 30 ans et 20% de plus de 80 ans.

L'association entre l'AVC et le FOP reste très discutée...

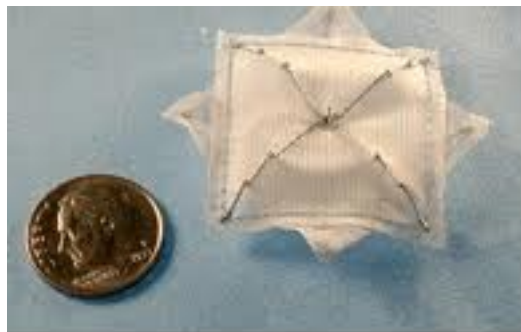
Dans les études cas/ témoins il y aurait un lien, dans les études de population ce ne serait pas le cas.

De même la présence d'un anévrisme du septum interauriculaire pourrait théoriquement être la source d'embols, mais là aussi...c'est présent chez 4-5% de la population.

Il y aurait une association avec les AVC cryptogéniques dans les études cas-témoins, là aussi...

Tout ça pour introduire l'article du NEJM qui cherche à voir si la fermeture du FOP chez des patients ayant eu un AVC cryptogénique, réduit le risque ultérieur d'AVC par rapport à ceux qui ne font pas la procédure.

Le «double parapluie» utilisé s'appelle «Starflex»



CardioSeal® for PFO closure. Image, With permission, from NMT Medical, Inc.

Et se positionne de part et d'autre du FOP (même si le dessin ci dessous concerne un autre modèle)



Donc, dans un groupe le Starflex et dans l'autre l'anticoagulation orale avec antivitamine K (AVK). Le follow up était de 2 ans.

A signaler qu'il y a eu un problème de recrutement, car pour certains médecins des patients concernés, avec un shunt apparemment important, il n'était pas envisageable de ne pas proposer la fermeture du FOP à leurs patients.

En ce qui concerne les résultats, pas de différence pour les AVC; 1% d'AIT de moins chez ceux dont le FOP a été fermé.

Il faut fermer 71 FOP pour éviter 1 AIT et plus de 300 FOP pour éviter 1 AVC.

Le biais qui est particulièrement abordé aujourd'hui est le «biais d'inclusion».

C'est à dire lorsque quelqu'un est convaincu qu'une intervention est efficace il lui est très difficile d'accepter que le patient ne soit pas traité, et ces patients échappent à l'étude et les résultats sont donc biaisés.

Si on veut faire de la science il faut accepter de jouer cartes sur table et d'inclure tout le monde, sinon on ne saura jamais que l'on fait quelque chose d'inutile et de cher.

Il faut dire que le marché pèse lourd.....80'000 FOP fermés aux USA pour le coût de 400 millions de dollars...

OK...c'est vrai que «Yes we can...» mais «Should we ...?» that is the question....

Un mot sur les excès en cardiologie, l'inflation des procédures et le gaspillage de ressources auquel un groupe de cardiologue américains a décidé de mettre un frein...(http://www.ptca.org/news/2012/0404_ACC.html)

1. Cardiac imaging tests (particularly, stress tests or advanced non-invasive imaging) should not be given if there are no symptoms of heart disease or high-risk factors like diabetes or peripheral arterial disease (PAD) are not present;
2. Cardiac imaging tests (particularly, stress tests or advanced non-invasive imaging) should not be given as part of a routine annual follow up in patients who have had no change in signs or symptoms.
3. Cardiac imaging tests (particularly, stress tests or advanced non-invasive imaging) should not be given prior to performing low-risk surgery that is not related to heart disease;
4. Echocardiography, which uses sound waves to create images of the heart, should not be used as routine follow-up care in adults with mild heart valve disease who have had no change in signs or symptoms;
5. Patients experiencing a heart attack and undergoing a procedure called percutaneous coronary intervention (PCI) should not have stents placed in an artery or arteries beyond those responsible for the heart attack.

(un mot sur la dernière procédure qui consiste à placer un stent dans une coronaire sténosée non concernée par le territoire ischémique, et qui selon A.Perrier s'effectue quotidiennement en Suisse)

Donc quelques pointes à l'encontre de nos collègues cardiologues grisés parfois par leur succès...et le travail ingrat du chef consistant à réfréner les enthousiasmes et à contrôler les coûts.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch