

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 24 mai 2016

Hôpital cantonal de Genève

**Cardiology : challenges and opportunities**

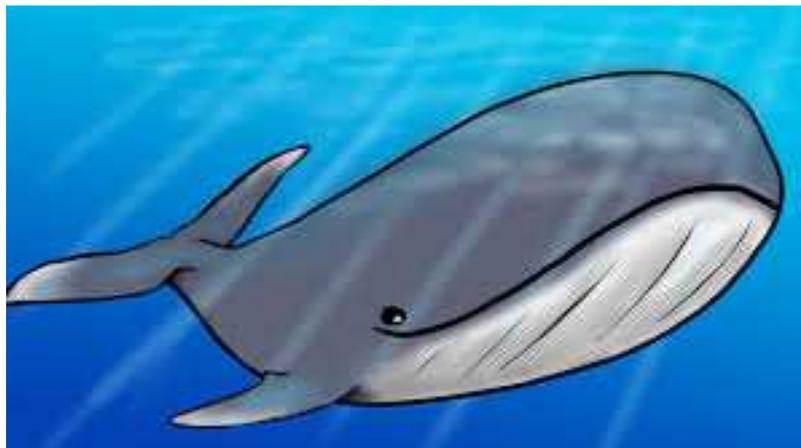
Prof. Salim Yusuf

Le Prof. Salim Yusuf dirige le département de cardiologie de la Mc Master University à Hamilton, au Canada.

Il est président de la World Heart Federation.

En 2011, c'était le 2e chercheur scientifique le plus cité au monde pour ses travaux... Bref...

Nous sommes en présence d'un très gros poisson de la cardiologie mondiale...



Il nous parle en anglais...ça va vite...et je vous restitue ce que je peux...à vos risques et périls...

En 2020, les maladies coronariennes seront les 1ères causes de mortalité, alors qu'elles étaient au 5e rang en 1990...En 2e position, il y aura les états dépressifs majeurs, alors qu'ils étaient en 4e position...

La mortalité cardiovasculaire (si j'ai bien compris...) est plus importante dans les pays à faible revenu (low income) que dans les pays développés (high income).

Mais aussi bien les facteurs de risque que leur impact sur la mortalité est la même où que l'on se trouve sur la planète, et quelle que soit votre ethnie...(ApoA/ApoB, tabac, diabète, HTA, obésité, facteurs psychosociaux, manque de fruits et légumes dans le régime alimentaire, manque d'activité physique).

Juste l'alcool et le régime riche en fruits/légumes qui n'a pas toujours les mêmes répercussion...Pour ce qui est des légumes, sans doute à cause de leur préparation différente au Nord (plutôt crus) et en Asie (plutôt très cuits ou alors lavés dans de l'eau

contaminée par de l'arsenic comme au Bangladesh). Pour l'alcool, je n'ai pas bien compris...

On parle des accidents coronariens, et des AVC...c'est-à-dire 17% d'AVC hémorragiques et 83% d'AVC ischémiques (lacunaires 25%, athéroscléreux 20%, cardioemboliques 20%, cryptogéniques 35%).

Mais là aussi, il me manque un morceau...

L'étude PURE - Prospective Urban and Rural Epidemiological Study, cherche à mettre en évidence « the causes of the causes » dans 22 pays différents à travers le monde...par exemple, les effets de la société sur l'incidence de la maladie...p.ex. les lois sur le tabac, le prix de la nourriture, la pollution, l'environnement, le style de vie...

Pourquoi est-ce que la majorité des maladies cardiovasculaires ont lieu dans des pays « low income » ?

En comparant les pays riches avec les pays pauvres, en comparant la ville avec la campagne...L'étude PURE met en évidence que la mortalité cardiovasculaire est plus importante dans les pays pauvres, la détection est plus précoce dans les pays riches...et les traitements (antiplaquettaires, bêta-bloquants, IEC, statines) ne sont pas utilisés dans les pays pauvres.

La disponibilité des médicaments est insuffisante dans les pays pauvres (sauf en Inde qui a beaucoup développé l'industrie des génériques), le prix est trop élevé, et dans la plupart des cas, les gens ne peuvent tout simplement pas se les payer...

L'étape la plus importante serait d'une part d'avoir les médicaments à disposition et d'autre part que n'importe quel médecin de 1<sup>er</sup> recours puisse les prescrire...

On reparle donc de la polypill (A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ 2003;326:1419)....la pilule qui fait tout ce que le cardiologue attend).



La pilule idéale devrait contenir un antiagrégant, un IEC, un bêta-bloquant, un diurétique, et une statine.

Là, on nous parle de l'étude HOPE 3 : « Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease, Salim Yusuf, April 2, 2016DOI: 10.1056/NEJMoa1600176 » ...qui commence par tester la statine en prévention primaire....et qui a comparé 10 mg de Rosuvastatine au placebo chez des patients avec un risque cardiovasculaire moyen.

Pourquoi la Rosuva et pas une autre...parce qu'elle est offerte... !!).(No comments)

Ça c'était la 1<sup>ère</sup> partie...ensuite il y en a eu une autre qui combine 10 mg de Rosuvastatine et/ou 16 mg de candesartan + 12.5 mg d'hydrochlorothiazide à des patients non cardiaques, avec un risque CV moyen et, en les comparant à 1 groupe recevant un placebo, + rosuva, ou placebo + candesartan, ou placebo + placebo...ce qui fait donc 4 groupes...

Si j'ai bien compris...c'est surtout dans le groupe des patients hypertendus que le bénéfice a été observé, avec une baisse des événements coronariens et des AVC...mais je n'ai pas eu le temps de noter les chiffres...

Il semble que l'effet principal provenait malgré tout des statines...

Donc on se rapproche du concept de « polypill » pour transformer aussi bien le devenir de la prévention 1<sup>ère</sup> comme de la 2<sup>ème</sup> chez les patients hypertendus...

C'est simple, efficace, et réduit de 40-50% les maladies cardiovasculaires lors d'HTA...ça n'empêche pas de combiner avec l'arrêt du tabac, et l'exercice physique...

En théorie ça permettrait d'éviter 5-10 millions de maladies cardiovasculaires chaque année...

On retiendra donc que les maladies cardiovasculaires augmentent en nombre et en gravité sur la planète...Que les diagnostics sont plus tardifs, et la mortalité plus importante dans les pays « low income »...Qu'en prévention 1aire aussi bien qu'en 2aire la polypill comprenant pour le moment Rosuvastatine+Candesartan+HCTZ a montré son efficacité dans tous les continents et chez toutes les ethnies...Restera à y ajouter un antiagrégant et un bêta-bloquant...et pour finir, qui sait ...un peu de SSRI (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) ?...mais avant d'y arriver il faudra montrer l'efficacité de tout ça à grande échelle...

C'est vrai que c'est un peu désolant de voir la victoire des pharmas, et en particulier des statines...mais il faut sans doute se rendre à l'évidence...de l'Evidence...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)