

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

Mardi 9 mars 2021

Hôpital cantonal de Genève

## Réadaptation cardiaque stationnaire : pourquoi ? pour qui ? et comment ?

Dre E. Hanna-Deschamps et Dre E. Tessitore

Les docteurs nous présentent la nouvelle unité de réadaptation cardiovasculaire stationnaire à Beau-séjour.

On nous rappelle que les maladies cardiovasculaires sont la 3<sup>e</sup> cause de décès en Suisse, malgré les progrès. Ainsi que la réadaptation cardiovasculaire peut réduire jusqu'à 20 % la mortalité à un an d'un infarctus.

Seulement, la réadaptation reste sous-utilisée. Sont mis en cause la distance géographique, les comorbidités, le sexe féminin et la perception des bénéfices par le patient et son médecin.

Le centre stationnaire le plus proche pour les Genevois se trouve à La Lignière (VD) et ne dispose que de peu de places pour nos patients car ceux de Vaud ont la priorité. C'est pourquoi ce centre a été mis sur pied.

Donc, quels sont les patients éligibles ?

Pour les patients avec une FEVG diminuée, moyenne et même préservée, la réadaptation est indiquée chez tout patient stable pour améliorer la qualité de vie et diminuer les réadmissions.

Tous les infarctus, insuffisances cardiaques, post-op, IAMI, transplantés...

A la différence de la réadaptation ambulatoire qui dure six semaines, la réadaptation stationnaire n'en dure que trois. Actuellement 6-8 lits sont disponibles, l'objectif étant de monter à 18.

Un patient entrant dans l'unité sera évalué à l'admission, puis participera à des séances individuelles et collectives, ce qui comprend des marches à l'extérieur et une piscine (jusqu'à maintenant fermée à cause de la pandémie). Le patient aura aussi droit à des séances d'éducatives thérapeutiques ainsi qu'un rdv hebdomadaire avec le cardiologue et ses proches pour préparer le retour à domicile. Ils ont même droit à des séances d'art-thérapie et d'aromathérapie.

Une équipe pluridisciplinaire est présente, avec diverses spécialités comme un hypnothérapeute, art-thérapeute, une pharmacologue clinique...

Les contre-indications à une réadaptation cardiovasculaire sont :

- Arythmies ventriculaires et insuffisances non contrôlées, infarctus menaçant, angor instable
- Maladies pulmonaires avec hypoxie grave
- Troubles locomoteurs avec potentiel d'autonomie insuffisant

- Troubles psychologiques graves et toxicomanie non contrôlée

Questions (ou plutôt les réponses) :

- Dans la situation actuelle, les patients stationnaires et ambulatoires doivent faire comme nous pour participer → Zoom :)
- La maladie hypoxémique grave est une indication formelle à une réadaptation ! (ce qui n'est apparemment pas possible à BS car il n'y a pas d'oxygène ?)
- Il est possible pour des médecins de ville de faire intégrer leur patient dans la réhabilitation stationnaire, sans passer par les soins aigus des HUG.
- Le coût est pris en charge par l'assurance, la durée est adaptable mais jusqu'à maintenant tous les patients ont suivi les 3 semaines complètes.
- Art-thérapeute agit sur trois sens : auditif, visuel et l'odorat puis permet au patient de s'exprimer sur un canevas. l'objectif étant de diminuer la fréquence cardiaque, respiratoire et le stress.

Prof. Bridevaux est pneumologue à l'hôpital du Valais.

[Les bêta-bloquants dans la BPCO : bénéfiques ou dangereux ?](#)

Il va nous parler de la place des  $\beta$ bloquants dans la BPCO et maladie CV, en analysant une revue systématique et méta-analyse publiée en 2020 dans l'ESC.

Ces affections ont de nombreux facteurs de risque en commun : tabac, pollution atmosphérique, âge, professions à risque...

L'association entre les deux maladies est forte, 1/4 des patients cardiaques souffrent de BPCO et ceux-ci sont sous diagnostiqués pour la BPCO. Il y a une forte prévalence des maladies cardiaques chez les patients BPCO et ceux-ci ont généralement moins le droit aux  $\beta$ bloquants, car il y a une peur de diminuer la fonction pulmonaire.

En effet, l'action des  $\beta$ b sur le poumon diminue la VEMS et augmente la réactivité bronchique.

Pourtant, dans des études prospectives, lors d'indication cardiaque reconnue aux  $\beta$ bloquants, on remarque une baisse de la fréquence des exacerbations (-38%) et une baisse de la mortalité (-28%).

C'est le contexte de la *méta-analyse de Yang et al.* Publiée dans l'ESC en novembre 2020. Il reprend la méthode avec nous :

- Critères de sélection : études observationnelles prospectives ou randomisées
- Exposition :  $\beta$ bloquants
- Contrôles : pas de  $\beta$ bloquants
- Coutume : RR d'exacerbation, mortalité globale et hospitalière, diminution de la fréquence cardiaque

En tout on a plus de 670'000 patients BPCO, le résultat est présenté en un seul tableau, très succinct.

Donc les  $\beta$ b diminuent les exacerbations, la mortalité et la fréquence cardiaques, selon le tableau.

Les auteurs tirent deux conclusions, peu nuancées selon l'orateur :

- les  $\beta$ bloquants peuvent réduire la mortalité toutes causes confondues chez les patients BPCO
- Ne causent pas des problèmes d'exacerbation.
  - Ils ajoutent qu'ils ont trouvé que les  $\beta$ bloquants n'aggravent pas la fonction pulmonaire. (Ce qui est faux, de nombreuses études randomisées contrôlées à ce propos sont disponibles.) Les auteurs citent une étude pour étayer ces propos :

*Métoprolol pour la prévention d'exacerbations aiguës de BPCO, Dransfield et al.*

C'est un essai randomisé contrôlé, avec 532 patients BPCO modérés à sévères sans maladie cardiovasculaire. Le groupe contrôle est le placebo. L'issue primaire est le temps jusqu'à la première exacerbation.

On a remarqué un RR d'exacerbation plus élevé dans le groupe métoprolol et de plus, une mortalité plus élevée, ce qui a causé l'arrêt de l'étude.

Donc la méta-analyse de Yang est surtout basée sur des études observationnelles : la plupart des BPCO incluses sont légères à modérées. Il y a aussi le biais du temps immortel (s'il faut prendre le traitement 3 mois et que le patient meurt avant, il sera placé dans le groupe contrôle).

La plupart des patients inclus dans l'étude avaient une indication forte à très forte pour des  $\beta$ bloquants.

La méta-analyse dit inclure des essais randomisés, mais ceux-ci ne parlent que de la fréquence cardiaque. Sur 670'000 patients+ il n'y a pas d'analyse des fonctions pulmonaires...

Cette méta-analyse a un haut risque de biais et ses apports semblent faibles.

### **Donc les conseils du pneumologue :**

- Dépister la BPCO chez les patients cardiaques → spirométrie et lecture de CT à la recherche d'emphysème
- Donner des  $\beta$ bloquants lorsque l'indication est claire, tout en effectuant un suivi spirométrique après introduction du médicament (↓ VEMS ?)
- On privilégie des  $\beta$ bloquants sélectifs ou alors l'ivabridine.
- Pour l'hypertension, lors de BPCO, il vaut mieux prendre une alternative aux  $\beta$ bloquants.

Le Dr Bridevaux nous parle de son voyage en chine de l'ouest, avec les caméras dans la rue et les avions de chasse à 150 m au-dessus de la ville. Une pensée pour eux.



Compte-rendu de la Dre Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

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