

Les Nouveaux AntiCoagulants Oraux (NACO) sont-ils trop chers ?

L'avènement des NACO, dont les preuves cliniques reposent sur 4 études randomisées (RELY, ROCKET-AF, ARISTOTLE, ENGAGE-AF), a créé une inquiétude justifiée sur un potentiel mésusage. S'il faut insister sur le Bon Usage des Médicaments (BUM) auprès des médecins, en rappelant que la relative facilité de prescriptions des NACO doit reposer sur une évaluation systématique du risque thrombo-embolique (score de CHADS 2 voire de CHADSVasc même s'il est moins validé), et du risque hémorragique (score HASBLED), et implique une éducation du patient au long cours, l'argumentaire reposant sur le coût des NACO est nettement plus critiquable. En effet, une étude pharmaco-économique de RELY montre que les NACO ont un profil coûts-bénéfices favorable dans le système de santé américain, et qu'une analyse pharmaco-économique des coûts ne saurait se limiter au coût journalier d'un traitement, mais aussi prendre en compte les dépenses de santé liées à l'absence de ce traitement. A ce titre, la récente méta-analyse de Ruff a observé une réduction significative du risque relatif d'hémorragies intracérébrales de 51%, avec une réduction de

10% de la mortalité versus l'AVK de référence, la Warfarine, dans la FA non-valvulaire. On peut donc comprendre que les médecins, une fois le diagnostic de FA non-valvulaire posé, opte plutôt pour un traitement qui réduit la mortalité totale de 10% et les HIC de plus de 50% pour leurs nouveaux patients en FA, dont les critères cliniques se superposent à ceux des patients inclus dans les études, ce qui n'est pas toujours le cas. Le coût journalier favorable est déterminé par les commissions d'experts et se trouve hors des champs d'expertise des cardiologues cliniciens.

Conclusion : Le prix journalier d'un médicament fait l'objet d'une évaluation précise par des experts au niveau américain, européen, et national. Une analyse pharmaco-économique bien menée permet d'évaluer le juste prix, en l'ajustant si besoin en cas d'erreurs d'estimation sur l'incidence et la prévalence de la pathologie visée. Toute autre approche reposant sur les médias visant à apeurer le grand public, ou au contraire conduisant à un excès d'enthousiasme, serait incorrecte scientifiquement et dommageable pour les patients, que ce soit par excès ou par défaut.

ASSOCIATIONS...

ARLOD (Association pour le Recensement et la Localisation des Défibrillateurs) ensemble un atout supplémentaire pour la chaîne de survie



à tous les SAMU. Elle travaille en accord avec la Direction Générale de la Santé et construit la base de données nationale que souhaitent un jour mettre en place les pouvoirs publics. Elle bénéficie du soutien des principales sociétés médicales.

COMMENT SIMPLEMENT DÉCLARER LES DÉFIBRILLATEURS ?

Chaque médecin peut déclarer ou les défibrillateurs qu'il connaît sur le site internet : www.arlod.fr Il peut également demander de le faire à toutes les personnes qui savent où se trouvent des défibrillateurs : Collectivités, Administration, Ehpad, Maisons de retraite, Ensemble sportif, Entreprise, Immeuble, Particulier ...

Déclarer ou faites déclarer les défibrillateurs sur le site internet : www.arlod.fr

ADHÉREZ au CNCF



CONTACT : info@cncardio.org
tél. 01 43 20 00 20

ARRÊT CARDIAQUE : VOUS POUVEZ DÈS AUJOURD'HUI AGIR ! En cas d'arrêt cardiaque, les recommandations sont claires :
 > Appeler le 15,
 > Masser,
 > Défibriller.

Malheureusement, beaucoup de services d'urgence sont aujourd'hui dans l'incapacité d'indiquer au témoin où se trouvent les défibrillateurs proches du lieu de l'arrêt cardiaque. **ARLOD** (Association pour le Recensement et la Localisation des Défibrillateurs), structure indépendante à but non lucratif, a été créée afin de recenser et localiser les DAE, et de rendre les informations les concernant accessibles

QUIZ-ECHO ? / Réponse

Réponse : n°2
 Il s'agit en fait un aspect très inhabituel de fibrose caséuse de la mitrale.

Devant le caractère très pédiculé et très mobile de cette masse, il a été décidé d'opérer la patiente, un scanner préalable n'ayant retrouvé aucun argument pour une embolie systémique. Le diagnostic pré opératoire posé était celui de fibro élastome ou de myxome valvulaire mitral. L'anatomo pathologie a démenti ce diagnostic en retrouvant un aspect compatible avec une nécrose caséuse de la mitrale. Une plastie a pu être réalisée sans problème et sans fuite post opératoire.

La nécrose caséuse de la mitrale se développe au dépens de calcification annulaire mitrale avec une nécrose centrale ressemblant à du caséum. C'est une lésion très rare ressemblant à une tumeur composée de calcium et de cholestérol. Son évolution est habituellement bénigne. Certains cas de dissolution de cette tumeur ont été décrits.

www.cncardio.org



AOÛT 2014
N°29

EDITO

Olivier HOFFMAN
Président du CNCF



Longue vie aux ateliers d'imagerie du collège

Dans un contexte économique difficile, Christine Malergue et Arnaud Maudière nous ont offert un superbe programme scientifique sur le futur en imagerie cardiovasculaire.

Je remercie l'industrie du médicament et du matériel qui nous a soutenu et le Collège des Cardiologues d'Ile de France et leurs Coprésidents Philippe Jauffron et Yves Glucklich, qui a fusionné son congrès.

Notre Conseil d'Administration a voté le renouvellement de nos Ateliers en 2015 au Méridien Etoile à Paris les 20 et 21 mars dans une version rénovée qui vous séduira.

Je remercie au nom du Collège celles et ceux qui ont fait leur DPC lors de ces Ateliers.

Le Collège vous donne rendez-vous au déjeuner du What's Up de l'ESC à Barcelone le dimanche 31 Août et bien sur pour son Congrès d'automne à Lyon du 23 au 25 octobre avec l'association ARHOCARD qui nous reçoit et son Président Marc Ferrini.

Je vous souhaite au nom du Collège et de son conseil d'administration de très bonnes vacances à vous toutes et tous.

Très Amicalement.

"Toutes les religions promettent des récompenses pour les qualités de cœur ou de volonté, mais aucune pour les qualités d'intelligence ou de compréhension."

Arthur Schopenhauer

Les articles publiés sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Les informations sur l'état actuel de la recherche et les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'AMM.

Avec le soutien institutionnel de



NOS PRÉSIDENTS ONT LA PAROLE

Interview de Grégory PERRARD, Président de l'INFORCARD

Quel a été votre parcours ?

Grégory Perrard : Je suis issu d'une longue lignée de médecins, et représente la 7^{ème} génération, avec entre autres un éminent cardiologue le Pr Swynghedauw. Chef de clinique de JM Lablanche, je me suis formé à la cardiologie interventionnelle coronaire. Je suis maintenant installé en libéral depuis 10 ans à Bailleul, où j'allie la cardiologie clinique et interventionnelle. D'emblée je me suis impliqué dans le syndicalisme et la FMC au plan régional, dans le nord, et national.



Parlez nous de l'INFORCARD et de vos principales réalisations / GP : Cette association, principalement orientée sur la FMC, en lien étroit avec le CHRU de Lille, réussit à fédérer, dans une optique de formation de qualité, le "public" et le "privé", sous l'impulsion du Pr Maréchaux et du Dr Mouquet. Elle est devenue une référence en terme d'enseignement même pour nos étudiants et internes (nos FMC sont même validées comme des cours du DES en tant que tels). Malheureusement, en 2012/2013, le rythme de nos réunions a légèrement chuté. Nous allons repasser en 2014 à notre rythme habituel avec 4 à 6 réunions annuelles toujours très fréquentées et appréciées par les 150 adhérents libéraux (au Syndicat et à l'Inforcard), auxquels sont associés entre 50 à 100 participants (internes en médecine et cardiologues du secteur public)

Un parcours bien ancré dans la cardiologie, pour quel type de cardiologie ? / GP : Ma pratique professionnelle me permet d'allier avec un grand intérêt la consultation, la prévention, l'interventionnel, les astreintes et gardes en clinique... Parallèlement, j'ai l'honneur d'être dans la lignée en tant que président de l'INFORCARD de son fondateur le Dr Waché, du Dr Perrard (mon oncle)... et ainsi tisser et entretenir avec plaisir des liens médicaux et de FMC avec mes collègues tant du libéral que des hôpitaux publics. Tout cela allié au syndicalisme me permet de me battre pour le maintien d'une cardiologie libérale reconnue pour sa qualité.

Comment voyez-vous la FMC ? / GP : Positivement, je ne suis pas inquiet car l'arrivée du DPC actuel va libérer la traditionnelle FMC. D'un côté, chacun choisira 1 ou 2 thèmes de DPC à réaliser via des organismes nationaux comme CNCF ou UFCV; de l'autre, il y aura totale liberté d'assister à des séances de FMC organisées par des associations comme la nôtre en se basant uniquement

ment sur leur valeur scientifique

Et la cardiologie de demain ? / GP : Les jeunes cardiologues ne sont pas encore assez informés actuellement sur ce qu'est le monde libéral. Il est donc important de leur faire mieux connaître notre mode d'exercice notamment durant l'internat comme cela se met en place petit à petit via un stage en libéral. Cela est d'autant plus nécessaire que, une fois informés, ils trouvent souvent un grand intérêt à notre pratique gage de liberté d'horaires, de pratiques et pouvant offrir une grande qualité technique. Certains d'entre eux une fois installés n'hésitent pas d'ailleurs à intégrer les structures de FMC et/ou syndicales pour défendre à leur tour ce mode d'exercice. En parallèle, nous devons aussi savoir faire évoluer nos cabinets car ils souhaitent plutôt de grosses structures dont la taille permet l'exercice de certaines spécialités, avec un point d'attache dans une grande ville, une gestion globale type SELARL... A terme, ce type de recrutement ne peut être qu'un contrat gagnant-gagnant entre les libéraux actuels, les internes "futurs libéraux" et les patients notamment de zones déficitaires.

Votre pratique actuelle ? / GP : Elle est propre à notre région, à haute densité démographique, à taux important de pathologies et avec une patientèle plutôt rurale (je suis à 80 Km de Dunkerque et 25 de Lille). C'est dire l'importance du service médical et cardiologique rendu avec nos plateaux techniques "libéraux" de proximité, ce d'autant plus que les hôpitaux régionaux sont saturés. Il faut signaler une tendance à un taux de patients, environ un à deux par jour qui n'honorent pas leurs consultations, avec des délais par ailleurs de RV à 4 mois. C'est dire notre rôle dans la "formation" aussi de nos patients et de notre rôle primordial en tant qu'acteurs dans le système actuel de santé.

Et votre implication dans le Syndicat ? / GP : Elle est essentielle et forte, "nous ne devons pas lâcher", maintenir le paiement à l'acte, valorisant tant pour le patient que pour le praticien, seul garant de la qualité des actes que nous pratiquons. En un mot, "pas de tiers payant généralisé", utopie politique et démagogique, et de surcroît, non économique.

Trois points clés pour conclure... / GP : 1/ Poursuivre les activités de l'Inforcard, de sa formation de qualité et de ses échanges et partage d'expériences avec nos confrères du public, en veillant sur sa neutralité. 2/ Au plan syndical, "ne pas lâcher" notre rôle libéral, ce que nous faisons DOIT être reconnu par les autorités comme il l'est par les patients. 3/ Nous réorganiser de façon optimale et nous structurer pour devenir de petites entreprises performantes et au service de la Santé et des patients.

Un grand merci Grégory Perrard, pour votre implication dynamique au sein de l'Inforcard et du CNCF, et vos propos positifs, stimulants et résolument optimistes dans ce monde actuellement un peu "gris"

Vos réactions, vos commentaires sur notre Newsletter
info@cncardio.org

Le sexe peut aussi être une affaire de cœur

La valeur pronostique d'une dysfonction érectile pour la survenue d'événements CV est considérablement plus grande chez les hommes jeunes. Dans cette excellente revue de l'AJM, les auteurs proposent comme évaluation initiale de distinguer des autres causes la dysfonction érectile vasculogénique (diminution de la fréquence et de la rigidité des érections de la nuit ou du matin tôt). Dans ce cas, une stratification initiale du risque CV devrait être basée sur le score de risque de Framingham (ou SCORE) : pour ceux à faible risque ($\leq 5\%$) de maladies CV, se concentrer sur le contrôle des facteurs de risque ; pour ceux à risque élevé ($\geq 20\%$),

y compris ceux présentant des symptômes CV, ils devraient être adressés à un cardiologue ; quant à ceux à risque intermédiaire (entre 5 et 20 %), ils devraient subir une évaluation non invasive de l'athérosclérose infra-clinique : d'abord, un test d'effort et s'il est normal : mesure de l'épaisseur media-intima, de l'IPS ou du score calcique coronaire ; en cas de normalité enfin, prise en charge des facteurs de risque et considération des facteurs pronostiques émergents (testostérone, ...).

Miner M. et al. All Men with Vasculogenic Erectile Dysfunction Require a Cardiovascular Workup The American Journal of Medicine (2014) 127, 174-182

FLASH ECG DU SPORTIF

• Danny Michel MARCADET, Paris

Quand arrêter un test d'effort ?

Pour être interprétable un test d'effort doit être maximal ou arrêté par des symptômes.

Le premier cas est le plus difficile. Quand peut-on considérer que le test est maximal ? La réponse repose sur un ensemble d'éléments et non un seul. La première idée est de dire "lorsque la fréquence maximale théorique est atteinte (FMT)", cependant la FMT atteinte ne représente qu'un des arguments. Pour certains patients et notamment chez les sportifs, il n'est pas rare d'obtenir des chiffres de fréquence cardiaque 10 ou 20 battements supérieurs à ceux calculés par la formule d'Astrand. Quelques auteurs ont proposé d'ailleurs d'autres moyens d'évaluation de la FMT. Tanaka : $208 - \text{âge} \times 0,7$, Brawner pour les sujets sous bêtabloquants : $164 - 0,7 \times \text{âge}$ ou Gulati pour les femmes : $206 - 0,88 \times \text{âge}$, pour compléter la formule d'Astrand.

A l'inverse, certains sujets n'atteignent pas la FMT alors que l'exercice est maximal, traduisant ainsi une insuffisance chronotrope. Il faut donc alors rechercher de nouveaux arguments en faveur d'un effort maximal. Ce peut être déjà l'impossibilité de continuer à la cadence imposée. Par exemple, sur vélo, une vitesse de pédalage entre 60 et 80 tours/min est requise. On considère qu'il existe un épuisement musculaire (en dehors d'un problème moteur) lorsqu'elle devient inférieure à 40 tours/min. Il peut s'agir aussi de la difficulté à maintenir une course rapide sur le tapis roulant. Lorsque que l'activité musculaire est maximale on constate une augmentation très importante de la ventilation. Cette hyperventilation est un bon moyen d'évaluer la fin de l'effort tout comme quand la puissance prédite (évaluée par un questionnaire d'activité et des calculs basés sur l'âge, la taille, le poids et le sexe) est atteinte voire dépassée.

Si le test a été pratiqué en même temps qu'une mesure des gaz expirés on estime que l'effort est maximal lorsque le rapport de la consommation d'oxygène sur la production de gaz carbonique est supérieur à 1,1 (mais atteindre 1,2 est assez fréquent). L'arrêt du test en raison de l'apparition de symptômes ne pose habituellement pas de problèmes. Encore que parfois il peut être utile de discuter avec le patient pour savoir s'il est indispensable d'arrêter ou non, l'anxiété étant un facteur à ne pas négliger. Sur le plan clinique, une douleur thoracique typique ou une dyspnée importante sont les signes les plus fréquents. Un malaise, une lipothymie, un vertige, une démarche ataxique voire une syncope sont plus rares.

On n'oubliera pas la chute ou la non-élévation de la pression artérielle (PA). Si les chiffres de PA ont été

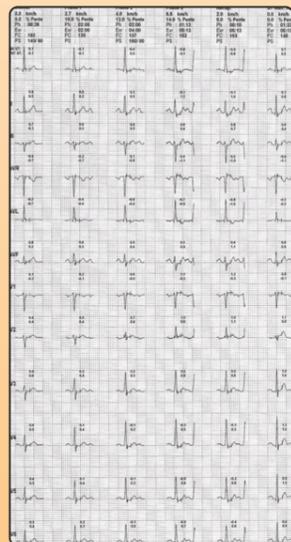
mesuré avec un appareil automatique, il faudra valider les valider par une prise manuelle.

Sur le plan électrique, les complications habituelles ou des signes ischémiques importants impliquent un arrêt immédiat. Il peut s'agir :

- d'un sous décalage de ST ample ($>3\text{mm}$), étendu, précoce, rapidement évolutif ou d'un sus décalage de ST.
- de troubles de la conduction (bloc de branche gauche complet, bloc de branche droit complet, bloc auriculo-ventriculaire ou hémibloc droit ou gauche).
- De trouble du rythme supra-ventriculaire (AC/FA, tachycardie jonctionnelle, Flutter) ou ventriculaires comme les extra-systoles lorsqu'elles sont fréquentes ($>10\%$ des QRS normaux) polymorphes ou précoces (surtout si la fraction d'éjection est basse).
- A fortiori s'il apparaît une tachycardie ou une fibrillation ventriculaire.

En conclusion, pour pouvoir bien interpréter un test d'effort, s'il n'apparaît pas de symptôme, il est indispensable d'obtenir un exercice musculaire maximum. Celui-ci sera déterminé par un ensemble d'arguments que l'on peut résumer ainsi : FMT atteinte ou dépassée, épuisement musculaire, hyperventilation en fin d'effort, puissance prédite atteinte ou dépassée et $QR > 1,1$ si une mesure des gaz expirés a été effectuée.

AHA/ACC Guidelines Update for Exercise Testing 2002. Froelicher V, Myers J. Exercise and the Heart WB Saunders Company. Marcadet DM Electrocardiogramme d'effort EMC 2005



Chez ce patient coronarien apparaît au palier 3 du protocole de Bruce un sus décalage de ST en V1 et V2 modéré associé à une déviation axiale gauche et un trouble de conduction intra-ventriculaire localisé en V2 alors que les symptômes étaient très modérés. A la coronarographie il existait une sténose sub-occlusive de l'interventriculaire antérieure proximale.

CHECK LIST :

Pièges dans l'évaluation par échodoppler des sténoses de l'artère rénale et des stents rénaux. Comment les éviter ?

- 1/ Les critères de sténose des artères rénales sont bien connus. Il y a 3 critères directs : vitesse systolique $> 200\text{ cm/s}$, rapport réno-aortique $> 3,5$, rapport réno-rénal $> 2,7$. Tous ces critères ont une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Il y a 3 critères indirects : diminution de la taille du rein $> 1\text{ cm}$ du côté de la sténose, diminution de l'indice de résistance $> 15\%$ par rapport au côté opposé ou $IR < 0,40$, allongement du temps de montée systolique $> 100\text{ ms}$ (spécificité 100% mais peu sensible). Néanmoins, il existe de nombreux pièges qu'il conviendra d'éviter. Il s'agit de :
 - 2/ La mauvaise visualisation des artères rénales. La sensibilité de dépistage des sténoses de l'artère rénale par échodoppler se situe autour de 85%. La mauvaise visualisation peut être due à : une préparation insuffisante (patient non à jeun, pas de régime sans résidus), des incidences trop peu nombreuses (utiliser la voie médiane, les voies latérales, la voie dorsale, la voie ventrale), une machine mal réglée (utiliser des PRF de l'ordre de 2500 Hz au niveau du tronc et de 1500 Hz au niveau du hile), une sonde mal adaptée (privilégier une sonde barrette courbe), un opérateur peu entraîné.
 - 3/ La surestimation du degré de sténose : C'est l'erreur la plus fréquente. Plus les vitesses sont élevées, plus la correction d'angle les affectent. Il est nécessaire de bien se positionner dans le sens du flux et de faire une correction d'angle d'environ 45° .
 - 4/ Le diagnostic établi sur l'absence de signes indirects. Dans 25% des cas, d'authentiques sténoses serrées de l'artère rénale ne s'accompagnent d'aucun signe indirect. L'absence de signe indirect ne permet donc pas d'exclure le diagnostic de sténose en cas de mauvaise visualisation des ostia.
 - 5/ On ne voit pas une artère rénale surnuméraire. Elles existent pourtant dans 25% des cas. Se placer en coupe transversale et monter le plus haut possible. Multiplier les incidences.
 - 6/ On rate une occlusion de l'artère rénale. Y penser quand on ne voit pas une artère rénale ou lorsque les flux sont démodulés au niveau du hile rénal. Effectuer un balayage soigneux. En cas de doute, chercher le rein qui peut être ectopique.
 - 6/ On porte à tort le diagnostic de dysplasie localisée. Se méfier des accélérations de l'artère rénale droite rétro-cave qui sont le plus souvent des faux positifs. Ne pas hésiter à utiliser les voies latérales pour bien dégager l'artère rénale.
 - 8/ On fait le diagnostic de resténose intra-stent : Ne pas utiliser les critères des artères natives qui porteraient à tort le diagnostic de resténose. Exiger une vitesse systolique $> 280\text{ cm/s}$ avec turbulences et un rapport réno-aortique > 4 .

• Serge COHEN, Marseille

LE CHIFFRE DU MOIS

Léon OUAZANA, Paris

87,5%

Les nouvelles recommandations US sur le cholestérol devraient faire passer de 30,4% à 87,4% le nombre d'hommes de 60 à 75 ans sans maladie cardiovasculaire qui devraient être traités par des statines sur la base du risque de survenue d'un événement cardiovasculaire à dix ans (de 21,2 à 53,6% pour les femmes)

Application of New Cholesterol Guidelines to a Population-Based Sample. NEJM March 19, 2014 M.J.Pencina et al

COACH CARDINAL

Novartis est engagé depuis de nombreuses années en cardiologie et en diabétologie et s'inscrit comme partenaire des professionnels de santé et des patients dans l'aide à la reprise de l'activité physique via la démarche **CARDINAL**.

Le nouveau-né de cette démarche est l'application mon **"COACH CARDINAL"** : 1^{ère} application de coaching d'activité physique spécialement conçue pour les personnes souffrant d'hypertension artérielle et/ou de diabète de type 2.

Mon **"COACH CARDINAL"** accompagnera tous vos patients dans leur reprise d'activité physique et vous aidera au quotidien à les motiver en dehors du cabinet médical.

Grâce à l'application mon **"COACH CARDINAL"**, vos patients pourront :

- **Suivre un planning personnalisé et adapté** : en fonction de vos conseils et/ou de leur choix d'activités, l'application propose un planning motivant qui encourage progressivement à être plus actif au quotidien.

C05183 - Juillet 2014



QUIZ-ECHO ?

• Marie-Christine MALERGUE, Paris

Madame BOU... est née en 1951. Elle n'a pas d'antécédent notoire si ce n'est une HTA modérée traitée par des inhibiteurs calciques. Elle est adressée pour bilan d'une image échographique anormale découverte de façon fortuite. Elle n'a aucun symptôme d'ordre cardiovasculaire, le bilan biologique est normal

L'écho permet de visualiser une masse anormale appendue à la valve mitrale postérieure, rattachée à celle-ci par un pédicule très fin. Cette masse est mesurée à 13 mm de longueur ; elle est très mobile, prolabant largement dans la cavité ventriculaire gauche en systole. Il existe une calcification peu étendue annulaire postérieure.

Le reste du tracé est normal en particulier il n'y a pas de fuite mitrale associée. L'ETO confirme cet aspect (Fig.2), l'ensemble des structures cardiaques étant par ailleurs normal. L'ETO 3D (Fig.3) permet de juger d'un meilleur rendu volumétrique, la masse étant mesurée de 15 sur 10 mm.



Fig.1

2D coupe apicale 4 cavités en systole et en diastole



Fig.2



Fig.3

ETO 3D vue en face de la valve mitrale retrouvant un aspect tumoral inséré sur la valve postérieure dans sa partie médiane

Réponse page 4

Quel est votre diagnostic :

1. D'une endocardite
2. D'une nécrose caséuse de la mitrale
3. D'un fibro élastome de la mitrale
4. D'un myxome valvulaire mitral.



AIR DU TEMPS

Bêtabloquant et chirurgie non cardiaque : que doivent faire les médecins ?

Dire que c'est en lisant la revue Forbes en ligne (numéro du 15 janvier 2014) que l'on apprend un nouveau scandale qui a de quoi laisser les cardiologues perplexes : l'utilisation des bêtabloquants chez des patients devant avoir une chirurgie non cardiaque serait à l'origine d'un nombre de décès que le journaliste médical de Forbes n'hésite pas à comparer à un meurtre de masse et qu'il a quantifié comme étant de 800 000 décès imputables.

Des données divergentes - L'effet jugé bénéfique des bêtabloquants chez les patients à risque CV élevé provient pour partie des études DECREASE coordonnées par Don Poldermans. En 2008, un essai thérapeutique contrôlé, l'étude POISE, conduite chez plus de 8000 patients semble confirmer le bienfondé de ce traitement en observant une réduction du risque d'IDM de 27% ($p=0,017$) mais enregistre toutefois une augmentation de la mortalité totale de 33% ($p=0,031$) et une augmentation du risque d'AVC multiplié par 2,17 ($p=0,005$). En 2009, Poldermans est le président du groupe de recommandations de la Société européenne de cardiologie (ESC) pour la prise en charge du risque cardiaque per-opératoire. Afin de juger de la valeur des études discordantes, il utilise une méta-analyse montrant qu'en incorporant l'étude POISE, les bêtabloquants n'ont pas d'effet sur la mortalité et peuvent être utilisés lors de la chirurgie non cardiaque.

Une fraude scientifique - Peu après, il a été démontré que les études menées par Poldermans ont été trompeuses, utilisant de fausses données et l'universitaire a été démis de ses fonctions. En 2013, le journal Heart a fait paraître une méta-analyse excluant les études DECREASE et qui montre que les bêtabloquants utilisés en péri-opératoire augmentent significativement la mortalité de 27% (IC : 1,01-1,60). Dans ce contexte, le 1^{er} août 2013, l'ESC faisait savoir qu'elle allait mettre à jour les recommandations sur le risque péri-opératoire.

D'où vient le scandale ? - Il semble que le temps mis pour prendre en compte la fraude autour du problème des bêtabloquants et donc pour mettre à jour des recommandations décrites comme dangereuses par des journalistes médicaux ait été trop long et inadapté. Comme a été inadaptable, mais là, très rapide, la disparition du site Web de l'ESC d'un article de janvier 2014 dénonçant cet état de fait. Une alerte remettant en cause les recommandations aurait dû être formulée dès la fraude reconnue. Quoiqu'il en soit, dans ce domaine complexe, les cardiologues ne savent toujours pas quoi faire : faut-il utiliser ou non des bêtabloquants en péri-opératoire ? A priori, non. Mais, si les cardiologues ne savent quoi faire, il n'est pas exclu que des juristes sachent déjà ce qu'ils pourraient faire...

• François DIÉVART, Dunkerque

