



Munich : la Neuesrathaus (Hôtel de ville).

© Cookimedia

L'ESC, un passage obligé...

CHRISTIAN ZICCARELLI

Le congrès de l'ESC sera-t-il un grand cru? On peut en douter, si l'on ne retient que la présentation des grands essais cliniques. Autrefois, les grandes études faisaient la une de nos quotidiens et souvent étaient à l'origine d'une modification de nos pratiques. Qu'en sera-t-il à Munich? **PROTECT** s'intéresse, en particulier, au risque de thromboses tardives des stents actifs. Est-ce un mythe ou une réalité? L'étude **WOEST** va, on peut l'espérer, apporter une réponse à un problème quotidien. Quel traitement antiplaquettaire faut-il donner à un patient chez lequel on vient de poser un stent et qui est sous anticoagulants? Nous suivrons les conclusions de **FAME II** sur l'intérêt, chez les coronariens stables, de mesurer le FFR avant une angioplastie. Élever le HDL-c apporte-t-il un bénéfice clinique (**Hps2-THRIVE**)? En cas d'ischémie myocardique sévère, chez un diabétique de type 2, est-il préférable de poser un stent actif ou de faire un pontage aorto-coronaire (**CARDia**)? Avec un recul de 5 ans, **REVERSE** nous précisera si la resynchronisation apporte un bénéfice. Particulièrement intéressantes sont les

données recueillies dans les registres, le reflet de la « vraie vie ». Seront particulièrement instructifs les derniers résultats de **FRANCE 2 (TAVI)**, de **RE-LY AF** (complications de la FA), de **CLARIFY** (les causes déterminantes du pronostic chez les coronariens stables), de **AFib Ablation Pilot** (ablation de la FA), de **FAST MI** (évolution de la mortalité des STEMI). Toutefois, il faudra bien étudier le programme. Sa richesse est telle que tous les sujets de notre spécialité font au moins l'objet d'une session. Les rencontres avec les experts, les débats sur les problématiques actuelles, en fait la grande diversité des thèmes abordés ne se limitant pas à l'imagerie et la cardiologie interventionnelle, font que le congrès de l'ESC est devenu aujourd'hui « incontournable », permettant à chacun d'entre nous de mettre à jour ses connaissances. Prenez le temps à l'issue du congrès d'aller admirer les oeuvres de Rosalba Carriera à l'Alte Pinakothek, certainement la plus grande pastelliste de tous les temps. Cette artiste ne fut-elle pas à l'origine de l'engouement, au XVIII^e, de nos artistes pour le pastel! ▣

le Cardiologue

À l'ESC

sur le stand A2-C603

Quotidien réalisé avec
le soutien institutionnel de



COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Christian ZICCARELLI (CZ)

Équipe scientifique

Victor ABOYANS (VA),
Najmaddine ECHAHIDI (NE),
Robert HAIAT (RH), Dania MOHTY
(DM), Eric PERCHICOT (EP).

Équipe technique

 Christian
GAUFFRE, Annick LE BOHEC.

Les articles publiés sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ceci est un compte rendu et/ou un recueil de résumés de communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche; les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché de l'Agence du Médicament, et ne doivent donc pas être mises en pratique.

Faites votre programme!

Abréviations

- **CLIN. SEM.** : Clinical Seminar
- **DEB. SESS.** : Debat Session
- **ABST. SESS.** : Abstract Session
- **SYMP** : Symposium
- **MAIN SESS.** : Main Session
- **SYMP SAT.** : Symposium Satellite

Nous avons sélectionné

● 25 AOÛT

▶ 14 h 45-16 h 15

SYMP. SAT. Choix du traitement dans l'hypertension : preuves versus opinion conventionnelle. LONDON & THE HAGUE - VILLAGE 10

● 26 AOÛT

▶ 8 h 30-10 heures

CLIN. SEM. Contrôler l'HTA dans les

situations particulières. ALGIERS - VILLAGE 2
DEB. SESS. Débat sur le traitement antiplaquettaire. PRAGUE - VILLAGE 4

CLIN. SEM. FFR, du laboratoire à la pratique. CAIRO - VILLAGE 6

DEB. SESS. Controverses sur la prophylaxie du traitement antithrombotique en cas de FA. BRUSSELS - VILLAGE 7

ABST. SESS. Diagnostic et pronostic de l'embolie pulmonaire. ROME - VILLAGE 8

SYMP. Les dernières actualités sur la péricardite constrictive.

SARAJEVO - VILLAGE 8

▶ 11 heures-12h30

SYMP. Bénéfice de l'activité physique dans l'insuffisance cardiaque. NICOSIA - VILLAGE 3

SYMP. Le HDL-c doit-il être la nouvelle cible thérapeutique? YEREVAN - VILLAGE 3

Posters VILLAGE 10

LES 26, 27 ET 28 AOÛT

8H30-12H30 ET 14-18 HEURES

LE 29 AOÛT 8 H 30-10 HEURES

MAIN SESS. Un patient très âgé peut-il prendre un traitement cardiovasculaire?

ZAGREB - VILLAGE 2

ABST. SESS. Tests génétiques de l'inhibition plaquettaire. Pourquoi ne pas les faire? BUDAPEST - VILLAGE 4

CLIN. SEM. Les dernières actualités sur la signification clinique d'un BBGc.

BAKU - VILLAGE 5

CLIN. SEM. Occlusion chronique totale; un challenge pour l'angioplastie percutanée. CAIRO - VILLAGE 6

CLIN. SEM. Événements rythmiques et activité sportive. BRUSSELS - VILLAGE 7

SYMP. Ablation par RF des tachyarythmies ventriculaires. TALLINN - VILLAGE 7

ABST. SESS. Stratification du risque de mort subite: un continuum...

TEL AVIV - VILLAGE 7

ABST. SESS. Les nouveautés dans la physiopathologie et le traitement des myocardites et des CMD inflammatoires.

ROME - VILLAGE 8

► **14 heures-15 h 30**

ABST. SESS. La dénervation rénale dans l'HTA. BERLIN - VILLAGE 2

ABST. SESS. Patient NSTMI: intérêt de l'imagerie et prise en charge du risque. BUDAPEST - VILLAGE 4

SYMP. TAVI: les questions habituelles. PRAGUE - VILLAGE 4

MAIN SESS. Traitement pharmacologique de l'IC: mise à jour 2012. BAKU - VILLAGE 5

ABST. SESS. Les défis du traitement percutané des valvulopathies. DUBLIN - VILLAGE 6

SYMP. Les zones d'ombre dans les interventions sur les coronaires. MINSK - VILLAGE 6

SYMP. Le syndrome de Brugada: du laboratoire à la pratique. BRUSSELS - VILLAGE 7

ABST. SESS. Ablation des TV: nouvelles approches technologiques. TALLINN - VILLAGE 7

ABST. SESS. Les syncopes: évaluations et résultats. TEL AVIV - VILLAGE 7

SYMP. HTAP. La comprendre et ses conséquences sur les deux ventricules.

ROME - VILLAGE 8

SYMP. PET: avantages en pratique quotidienne. PARIS - VILLAGE 9

► **16-18 heures**

SYMP. La circulation coronaire collatérale: une cible thérapeutique émergente. RIGA - VILLAGE 1

SYMP. 1,56 milliard d'hypertendus en 2025: meilleure méthode de mesure, prévention efficacité du traitement non pharmacologique... ALGIERS - VILLAGE 2

ABST. SESS. Les leçons des scores cliniques et des registres dans les STEMI. BUDAPEST - VILLAGE 4

MAIN SESS. IC à fonction systolique préservée: de la physiopathologie au traitement. BAKU - VILLAGE 5

SYMP. Fibrose cardiaque dans les cardiomyopathies et insuffisance cardiaque, un nouveau regard. COPENHAGEN - VILLAGE 5

SYMP. Pathologies artérielles périphériques: options endovasculaires et résultats cliniques. CAIRO - VILLAGE 6

CLIN. SEM. Informations sur le suivi des patients implantés avec un CRT.

Clinical Trial • Registry

🕒 **14-15 h 30**

MUNICH CENTRAL VILLAGE

● **26 AOÛT**

PRoFESS

Impact de la fréquence cardiaque résiduelle sur la récurrence d'AVC, les événements CV, le handicap, le déclin cognitif chez 20 165 patients ayant fait un AVC ischémique.

CLARIFY

Registre observationnel international (45 pays) et prospectif sur la maladie coronaire stable. Le pronostic à un an est-il différent entre les hommes et les femmes, parmi les 30977 coronariens stables suivis en ambulatoire?

Hps2-THRIVE

Etude randomisée, internationale et multicentrique. Le traitement du HDL-c par la niacine permet-il de réduire à long terme l'incidence des MACE et des AVC? Plus de 25 000 personnes incluses.

TRA2°P-TIMI 50

Cet essai randomisé, en double aveugle a inclus 26 449 patients ayant des antécédents d'IDM, d'AVC ischémique ou d'AOMI. Le vorapaxar, chef de file des antagonistes du PAR-1, est comparé au placebo. Critère primaire composite: mortalité CV, IDM, AVC.

● **27 AOÛT**

SHIFT

L'étude a inclus des insuffisants cardiaques, en classe NYHA II à IV, quelle que soit l'étiologie, avec une FEVG < 35 %, en rythme sinusal avec une FC > 70 bpm. Les hospitalisations itératives pour aggravation de l'insuffisance cardiaque sont-elles davantage réduites sous ivabradine?

REVERSE

Résultats à 5 ans de la resynchronisation cardiaque chez les patients insuffisants cardiaques peu ou asymptomatiques avec une FE < 40 %, et une durée de QRS > 120 ms, sous traitement optimal.

THAOS

THAOS est un registre observationnel international sur l'histoire naturelle des patients atteints de l'amylose de la transthyrétine responsable en particulier de CMD. Suivi à 10 ans.

ATLAS ACS2-TIMI 51

Étude multicentrique en phase III, lancée fin 2008 pour évaluer l'intérêt du rivaroxaban, ajouté au traitement standard, chez 15 526 patients STEMI.

CARDia

Essai randomisé, multicentrique, en phase 4, comparant chez 790 diabétiques ayant une ischémie myocardique sévère, la revascularisation coronaire

par angioplastie avec mise en place d'un stent actif, au pontage aorto-coronaire.

● **29 AOÛT**

🕒 **8 h 30-10 heures**

RELY

Une sous-étude de RELY analyse les déterminants génétiques des taux de dabigatran dans le plasma et leur relation avec la réponse clinique.

ARISTOTLE

Nouveautés concernant cette étude: l'efficacité chez les patients en FA de l'apixaban par rapport à la warfarine, selon la fonction rénale.

RE-LYAF

Les variations mondiales dans une année de la fréquence des décès et des AVC de 15 432 patients se présentant en FA aux services d'urgence.

EORPTCVT Sentinel Pilot Registry

Registre européen des remplacements valvulaires percutanés: fenêtre sur un mois du traitement des valvulopathies aortiques et mitrales.

FRANCE2

Registre prospectif des TAVI, dans lequel les patients bénéficient d'une évaluation échographique à 30 jours, 6 mois, 1, 2 et 3 ans et d'une évaluation clinique jusqu'à 5 ans. Dernières données.

BRUSSELS - VILLAGE 7

CLIN. SEM. L'imagerie pour aider au diagnostic et stratifier le risque chez les patients en insuffisance cardiaque.

SOFIA - VILLAGE 9

▶ 18-20 heures

SYMP SAT. Réduire le risque d'AVC dans la FA. TIRANA - CENTRAL VILLAGE

SYMP. SAT. Actualités sur la prise en charge de l'anémie dans l'insuffisance cardiaque. NICOSIA - VILLAGE 3

● 27 AOÛT

▶ 8-10 heures

SYMP. L'axe cardiorénal, un acteur sous estimé en path. CV. RIGA - VILLAGE 1

SYMP. Traitement des path. CV chez la femme enceinte. ALGIERS - VILLAGE 2

CLIN. SEM. Évaluer les athlètes suspects de pathologies cardiaques.

NICOSIA - VILLAGE 3

CLIN. SEM. Problèmes familiaux et sexuels en pathologie CV.

YEREVAN - VILLAGE 3

Late Breaking Trials

🕒 11-12h30

MUNICH CENTRAL VILLAGE

● 26 AOÛT

PURE

Cette étude épidémiologique a été menée de 2003 à 2009 dans 17 pays, chez 153 996 adultes âgés de 35 à 70 ans (5 650 ont rapporté un événement coronarien et 2 292 un AVC). L'analyse porte sur la prévalence des FR en fonction de l'urbanisation, du sexe, du statut économique individuel et du pays.

DeFACTO

Essai prospectif, international, multicentrique menée chez 238 patients pour déterminer la performance diagnostique de l'angioscanner coronaire. Le but est de comparer la mesure du FFR par ce nouvel outil, avec sa mesure standard par coronarographie invasive.

ALTITUDE

Essai phase 3, multicentrique, randomisé, en double aveugle, mené chez 8 600 patients diabétiques de type 2, ayant une altération de la fonction rénale et au moins un FRCV traité par aliskiren en association avec un IEC ou un ARA II.

TRILOGY-ACS

Cette étude phase 3, randomisée, en double aveugle compare l'efficacité et la tolérance de l'association prasugrel-aspirine à celle du clopidogrel-aspirine chez 10 300 patients en angor instable/NSTEMI traités médicalement chez lesquels une revascularisation n'est pas envisagée.

PARAMOUNT

Présentation des premiers résultats, chez des patients en insuffisance cardiaque à FE préservée, de cette étude phase 2 randomisée, en double aveugle, sur l'efficacité et la tolérance du LCZ696, médicament d'une nouvelle classe thérapeutique agissant sur l'inhibition de la néprilysine et du récepteur de l'angiotensine II.

Aldo-DHF

Essai contrôlé, randomisé, en double aveugle, multicentrique comparant l'efficacité de la spironolactone au placebo à 12 mois, sur l'activité physique (pic de VO₂) et la fonction diastolique (par ECG), chez 351 patients (≥ 50 ans) en IC (NYHA II ou III) à FE préservée (≥ 50 %).

● 27 AOÛT

IABP-SHOCK II

Cet essai randomisé, multicentrique, en ouvert, analyse la mortalité à 30 jours de 600 patients ayant un infarctus en choc cardiogénique revascularisé précocement par angioplastie ou pontage. L'ajout d'un ballon de contre-pulsion aortique a-t-il un avantage ?

PROTECT

Cette vaste étude randomisée de 8 800 patients compare à 5 ans le stent actif Endeavor (à libération de zotarolimus) à son homologue le stent Cypher (à libération de sirolimus). Critère primaire : fréquence des thromboses ; critères secondaires : mortalité totale, CV, MACE.

GARY

Ce registre prospectif sur le traitement de la valve aortique (IAO et RAO) en Allemagne évalue les nouvelles approches thérapeutiques prenant en compte le bénéfice risque. Critère primaire : mortalité toute cause. Critères secondaires : EIG, qualité de vie, etc.

ACCESS-EUROPE

Compare le MitraClip® à 12 mois (800 patients en insuffisance mitrale sévère) aux thérapeutiques alternatives. Critères primaires : modifications de la qualité de vie, du test de marche de 6 mn et des critères échocardiographies.

FAST-MI

Registre français des IDM avec ou sans sus-décalage du segment ST. Présentation des données sur la mortalité des STEMI en France sur plus de 15 ans.

GRACE

Étude internationale observationnelle

étudiant les effets de l'insuline Glargin (Lantus) et des acides gras polyinsaturés sur l'épaisseur intima média carotidienne chez les diabétiques à haut risque CV.

● 28 AOÛT

PRAGUE-12

Évaluation à long terme, chez 220 patients, de l'ablation chirurgicale (procédure MAZE) de la FA. Essai ouvert randomisé multicentrique comparant la chirurgie cardiaque avec ou sans MAZE chez les patients coronariens ou valvulaires ayant une FA documentée dans les 6 mois précédant la chirurgie.

WOEST

Premier essai (phase 4) multicentrique, randomisé évaluant chez les patients sous anticoagulant oral (warfarine) et après stenting, le traitement optimal antiplaquettaire, en comparant 2 groupes, avec clopidogrel + aspirine ou sans aspirine. Critères primaires : hémorragies mineures, modérées, sévères au cours de la première hospitalisation et à 1 an.

AFib Ablation Pilot

Registre prospectif observationnel sous l'égide de l'European Heart Rhythm Association de l'ESC. Suivi à un an de l'ablation de la FA dans 72 centres et 10 pays européens incluant 1 410 patients..

CORE320

Cette étude multicentrique observationnelle évalue la performance diagnostique d'une angiographie coronaire non invasive en lien avec une imagerie de perfusion myocardique en utilisant un scanner 320 barrettes, en la comparant avec celle de la coronarographie ou l'imagerie de perfusion par TEP. Le but est d'identifier les sténoses coronariennes ≥ 50 % et le défaut de perfusion correspondant.

FAME II

Essai comparant les procédures d'angioplasties guidées par le FFR associées au traitement médical, au seul traitement médical optimal, chez les coronariens stables. 1 219 patients ont été randomisés dans 28 centres (Europe, États-Unis, Canada).

SYMP. Plaquettes et fibrines. Comprendre la formation et la propagation du thrombus.

PRAGUE - VILLAGE 4

MAIN SESS. NSTEMI chez les octogénaires et au-delà. VIENNA - VILLAGE 4

MAIN SESS. Les nouvelles techniques de réparation de la valve mitrale.

CAIRO - VILLAGE 6

ABST. SESS. L'OCT a-t-elle une place en pratique clinique?

DUBLIN - VILLAGE 6

MAIN SESS. L'anticoagulation dans la FA en 2012. BRUSSELS - VILLAGE 7

SYMP. CMH: prise en charge actuelle des situations difficiles.

SARAJEVO - VILLAGE 8

ABST. SESS. Explorer la FSVG: du 2D au 3D strain. PRISTINA - VILLAGE 9

▶ **11 heures-12h30**

SYMP. Le stéthoscope du futur: l'échocardiographe de poche.

TBILISI - CENTRAL VILLAGE

SYMP. Mort subite et sport.

NICOSIA - VILLAGE 3

DEB. SESS. La réhabilitation cardiaque conserve-t-elle une place à l'ère moderne des interventions percutanées et des PAC?

YEREVAN - VILLAGE 3

CLIN. SEM. IM ischémique: questions brûlantes sur les investigations et le traitement. VIENNA - VILLAGE 4

SYMP. Revascularisation endovasculaire et chirurgicale de l'artère carotide.

CAIRO - VILLAGE 6

CLIN. SEM. La revascularisation chez les pluritronculaires.

MINSK - VILLAGE 6

ABST. SESS. Nouvelles approches du traitement antiarythmique.

TEL AVIV - VILLAGE 7

▶ **13 heures-13h45**

SAT. SYMP. Optimiser le traitement en se basant sur les tests de réactivité plaquettaire. BAKU - VILLAGE 5

SAT. SYMP. Mort subite: comment identifier et protéger les patients à risque.

PRISTINA - VILLAGE 9

🕒 **14 heures-15h30**

SYMP. SAOS, un FR majeur méconnu en pathologie CV. ALGIERS - VILLAGE 2

CLIN. SEM. Les biomarqueurs sont-ils utiles dans l'insuffisance cardiaque.

COPENHAGEN - VILLAGE 5

CLIN. SEM. La FA chez les octogénaires et au-delà.

BRUSSELS - VILLAGE 7

MAIN SESS. TAVI: 10 ans de recul.

SARAJEVO - VILLAGE 8

▶ **16h30-18 heures**

SYMP. Facteurs nutritionnels et pathologies CV. YEREVAN - VILLAGE 3

CLIN. SEM. Traiter l'insuffisance car-

diacque aiguë. Que devons-nous savoir?

BAKU - VILLAGE 5

CLIN. SEM. L'imagerie dans la FA: valeur ajoutée? SOFIA - VILLAGE 9

▶ **18h30-20 heures**

SYMP. SAT. HTA et pathologie coronaire: associations fixes.

LONDON & THE HAGUE - VILLAGE 10

📅 **28 AOÛT**

▶ **8h30-10 heures**

SYMP. Manger, boire et être joyeux.

YEREVAN - VILLAGE 3

CLIN. SEM. Insuffisance cardiaque du sujet âgé: un syndrome différent?

BAKU - VILLAGE 5

CLIN. SEM. Régénération myocardique. Quelles cellules sources utiliser?

COPENHAGEN - VILLAGE 5

ABST. SESS. Résultats et complications de l'ablation par RF de la FA.

TEL AVIV - VILLAGE 7

SYMP. IRM de stress en pathologie coronaire. SOFIA - VILLAGE 9

▶ **11 heures-12h30**

SYMP. Comprendre les arythmies, les leçons de la génétique. BEIRUT - VILLAGE 1

CLIN. SEM. Les leçons à retenir des essais

negatifs. ALGIERS - VILLAGE 2

ABST. SESS. Cardiologie du sport - examens systématiques avant la pratique: conséquences et pièges.

ATHENS - VILLAGE 3

CLIN. SEM. Les dernières nouveautés sur les antithrombotiques dans les syndromes coronaires.

BUDAPEST - VILLAGE 4

SYMP. Les tests génétiques des cardiomyopathies en pratique clinique.

ROME - VILLAGE 8

SYMP. Apport décisionnel de l'imagerie dans l'insuffisance coronaire chronique.

SOFIA - VILLAGE 9

▶ **13 heures-13h45**

SAT. SESS. Fermeture de l'auricule gauche en prévention des AVC, les raisons de la considérer comme une alternative.

COPENHAGEN - VILLAGE 5

▶ **13 heures-14 heures**

SAT. SYMP. Améliorer et optimiser les bénéfices de la resynchronisation cardiaque. HELSINKI - VILLAGE 8

▶ **14h45-16h15**

SAT. SYMP. Les étapes de la prise en charge de l'insuffisance coronaire stable.

VIENNA - VILLAGE 4



Valeur pronostique des hospitalisations pour insuffisance cardiaque

PAR ROBERT HAIAT

L'insuffisance cardiaque (IC) chronique connaît des poussées évolutives qui exposent à de multiples réhospitalisations; elles altèrent la qualité de vie et pèsent lourdement sur le budget des structures de soins. Selon l'étude de Stewart et al.¹ menée au Royaume Uni, les hospitalisations dans le cadre de l'IC représentent plus de 2/3 du coût de la prise en charge de l'IC. Ces notions ont été soulignées et quantifiées par des publications récentes. Solomon et al.² ont montré, à partir des 7 599 patients inclus dans l'étude CHARM, que le risque de décès était maximal dans les 4 semaines qui suivaient la sortie d'une hospitalisation pour IC et qu'il était directement lié à la durée et la fréquence de ces hospitalisations. Setoguchi et al.³, dans le même ordre d'idée, ont montré chez 14 374 patients hospitalisés pour IC, (quel que soit son type, à savoir IC à FEVG diminuée ou conservée) que la mortalité augmentait significativement après chaque nouvelle hospitalisation pour IC. Après ajustements pour les facteurs confondants, le nombre d'hospitalisations pour IC était fortement prédictif de la mortalité totale,

le taux moyen de survie après la 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e hospitalisation étant respectivement de 2,4 ans, 1,4 an, 1,0 an et 0,6 an. Le registre **OPTIMIZE-HF**⁴, portant sur 48 612 patients (âge moyen: 73,1 ans; femmes: 52 %), a en outre montré que la mortalité hospitalière des patients hospitalisés pour IC était de 4 % (8 % dans le registre français **OFICA**⁵); et ce d'autant plus, qu'ils étaient âgés et qu'à l'admission, leur PAS, leur natrémie étaient basses et leur fréquence cardiaque, leur créatininémie étaient élevées. L'ensemble de ces données plaide en faveur d'une prise en charge rigoureuse et d'une surveillance accrue de ces patients, particulièrement dans les semaines qui suivent une hospitalisation pour IC. Un suivi attentif permet d'éviter des hospitalisations itératives qui finissent par peser sur le pronostic de l'affection et sur le budget des systèmes de santé.

1 *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 361-371. 2 *Circulation* 2007; 116: 1482-1487. 3 *Am Heart J* 2007; 154: 26026. 4 *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 347-56. 5 *OFICA Abstract P2775* accepté à l'ESC 2012.

