

Cardiologie: Joyaux de cardiologie interventionnelle

Bernhard Meier

Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Bern

La technique du remplacement de la valve aortique par voie de cathétérisme a mis plus de cinq ans pour se frayer un chemin jusqu'à nous (première mondiale le 6 avril 2002 à Rouen en France; première intervention de ce type en Suisse le 14 août 2007 à Berne). La voilà maintenant définitivement ancrée dans nos mœurs. Pour la première fois, on a davantage parlé en 2008 de cette technique que de l'angioplastie coronarienne, qui fête cette année ses 31 ans (la première remonte au 16 septembre 1977 à Zurich). Il est vrai que la technique de l'angioplastie continuera à prédominer pendant quelque temps encore en termes de chiffres. Le remplacement valvulaire non chirurgical en est encore davantage impressionnant. Il nécessite en effet une prothèse relativement volumineuse, qui doit en outre pouvoir fonctionner durant de nombreuses années. Un stent coronarien est un implant simple, qui colle les fragments d'intima à la paroi vasculaire après la dilatation au ballonnet, tout en garantissant une ouverture maximale à la lumière artérielle. Le stent disparaît sous l'endothélium en quelque

semaines, après quoi on peut l'oublier puisqu'il n'a alors plus de fonction à exercer et ne peut d'ailleurs plus non plus dysfonctionner (exception faite des thromboses de stent tardives). Il en va tout autrement d'une nouvelle valve cardiaque. Elle doit être en mesure d'assurer en continu des mouvements complexes à une fréquence pouvant aller jusqu'au-delà de 100 répétitions par minute et ceci sous des contraintes de pression considérables et ceci en plus sans freiner l'écoulement sanguin, ni permettre de régurgitation. Et contrairement au stent coronarien, le risque de déplacement secondaire reste toujours présent. Le retard atypique pris par la Suisse dans l'adoption de cette nouvelle méthode est justifié. Aujourd'hui encore les deux modèles de valves disponibles (fig. 1) sont susceptibles d'amélioration et l'intervention n'a pas encore atteint le niveau de la chirurgie classique en termes de fiabilité et de résultats à long terme. On peut par conséquent s'attendre à ce que les améliorations futures entraînent un glissement progressif des indications au remplacement valvulaire aortique vers la méthode non chirurgicale et que le remplacement de la valve aortique par voie ouverte soit réservé dans une dizaine d'années aux cas complexes nécessitant encore d'autres corrections. Puis, un jour ou l'autre, ce sera au tour de la valve mitrale.

Le nombre d'angioplasties coronariennes a globalement diminué de quelques pourcents au cours des dernières années, mais on continue à pratiquer en Suisse près de 40 000 angiographies coronariennes chaque année avec quelques 20 000 dilatations coronariennes. Le stent est aujourd'hui une partie intégrante de la dilatation coronarienne, même s'il n'est en fait vraiment indispensable que chez une minorité de patients. Les stents imprégnés de substances médicamenteuses avaient quelque peu cédé du terrain dans leur combat contre les stents conventionnels en raison d'un risque accru de complications tardives. Mais ils représentent actuellement à nouveau environ 80% des stents posés en Suisse et les jours des stents conventionnels sont désormais comptés.

Des données suggérant que la dilatation coronarienne n'aurait plus guère d'indication ont été publiées ces derniers mois sur les deux fronts des indications traditionnelles de l'angioplastie coronarienne (par rapport au traitement conventionnel d'une part et à la chirurgie de revascularisation d'autre part). Ces publications ignorent cependant complètement à propos du traitement conserva-

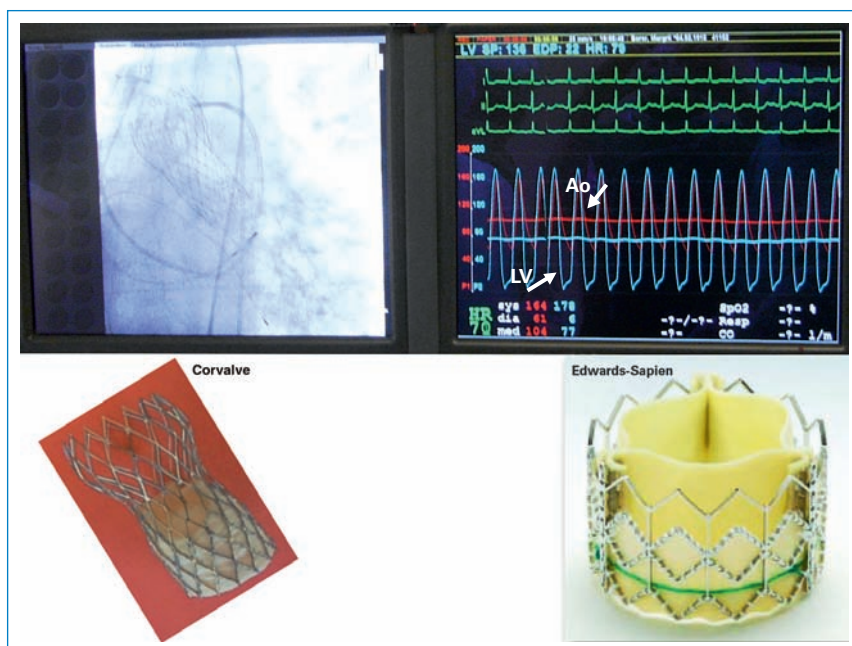


Figure 1

Premier remplacement de la valve aortique par voie percutanée en Suisse (14 août 2007 à Berne chez une patiente de 89 ans). On a eu recours à une valve de type Corevalve (en bas à gauche). Depuis lors, on a également traité des patients par voie percutanée avec des valves Edwards-Sapien (à droite en bas). Les courbes systoliques presque superposables de l'aorte (Ao, flèche) et du ventricule gauche (LV, flèche, en haut à droite) prouvent l'excellent résultat hémodynamique de la valve qui est bien démontrée sur la radiographie. Les différents cathéters également mis en évidence en haut à gauche ont été retirés à l'issue de l'intervention.

teur qu'il vaut infiniment mieux pour le patient – et pas seulement pour son psychisme – qu'il soit encore en vie et puisse mener une existence sans symptômes avec un problème réglé que de rester en vie et mener une existence a priori normale, mais sans que le problème de base n'ait été résolu. La démonstration est également boiteuse vis-à-vis de la chirurgie, lorsqu'on ne s'intéresse qu'aux seuls taux de survie des patients et à l'absence de nouveaux événements cardiaques. Le fait d'avoir évité une opération à cœur ouvert constitue un avantage à plusieurs égards dont ces comparaisons ne tiennent aucun compte. Des études comparatives remettant en question l'angioplastie coronarienne ont été régulièrement publiées au cours de ses trois décennies d'existence, mais ont tout aussi régulièrement été ignorées – à juste titre – par ceux qui avaient à poser les indications aux examens invasifs et aux interventions de revascularisation dans la maladie coronarienne.

L'acceptance générale de la fermeture du foramen ovale perméable (FOP) se fait encore attendre, même si la technique percutanée a d'ores et déjà atteint depuis quelque temps un degré de perfection unique dans le domaine de la cardiologie interventionnelle et une absence presque totale de complications. L'établissement de la preuve de l'efficacité de la méthode s'avère cependant difficile. Le FOP comporte comme la maladie coronarienne un risque d'infarctus du cerveau et du myocarde potentiellement fatal. Comme dans la

maladie coronarienne, le phénomène est toutefois (par chance pour les patients) très lent et les suivis sur moins de dix ans restent en règle générale négatifs sur ce plan. Il serait dommage d'analyser trop tôt les données des études randomisées sur l'accident vasculaire cérébral et de renoncer prématurément à cette méthode en raison d'un effet non significatif. Ce serait un peu comme lancer une étude au cours de laquelle on ferait sauter d'un avion des sujets randomisés avec et sans parachute et qu'on déciderait d'arrêter avant que le premier participant ait touché le sol – et déclarer après que l'utilité du parachute n'avait pas pu être démontrée et qu'on pouvait donc parfaitement sauter sans. L'astuce consistant à justifier la fermeture du FOP par un effet favorable sur l'incidence des crises de migraine ne semble pas porter ses fruits, même si on avait pensé auparavant pouvoir obtenir rapidement des résultats significatifs sur ce plan. Les quelques rares essais sur le sujet FOP/migraine qui n'ont pas encore été interrompus laissent clairement entendre qu'il va encore falloir attendre plusieurs années. Les autorités ont d'ailleurs décidé que seuls pouvaient être randomisés des patients réfractaires aux substances antimigraineuses modernes. Or, ces patients, qui doivent en outre encore présenter le nombre de crises de migraines imposé par le protocole et être d'accord de se soumettre dans le cadre du groupe traité conservativement à une fausse intervention, ne sont pas faciles à dénicher.

Correspondance:
Prof. Bernhard Meier
Universitätsklinik für Kardiologie
Departement Herz und Gefässe
Inselspital
CH-3010 Bern
bernhard.meier@insel.ch