



PFO – Philosophie pour personnes ordinaires

Christian Seiler

Klinik für Kardiologie, Universitätsspital, Bern, Schweiz

L'abréviation PFO est celle de persistance du foramen ovale. La PFO est l'«ouverture sans importance dans l'organisme humain», comme l'a dit un jour le Prof. Dr Otto Hess, éminent collègue cardiologue décédé beaucoup trop prématurément en avril 2011. Avec l'attribut «sans importance» dans toute l'acception du terme, la polémique est programmée vu qu'une «malformation» présente chez une personne sur 4 peut parfaitement être considérée superficiellement comme un argument pour la disparition de l'espèce. Cet article présente une vision préconçue, désaxée, pas toujours sous le bon angle de la guerre de savants qui s'est déclarée après une publication pionnière sur la PFO [1].

Prévalence de la PFO au cours des 10 premières décennies de vie

«Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life» est le grand titre de ce travail. Parmi les publications enjolivées d'acronymes péniblement composés, celle-ci ressort du lot depuis bientôt 30 ans et fait du bien avec son titre qui fait réfléchir: combien de décennies y a-t-il dans une vie s'il y est question des 10 premières? Dans 27% en moyenne des cœurs soit-disant normaux examinés à l'autopsie, une PFO a pu être découverte entre le *septum primum* et le *secundum* auriculaire, la tendance diminuant avec l'âge (fig. 1A ). Dans leur confusion hypothèse avec conclusion assurée, les défenseurs de la PFO attribuent à cette tendance une relation de cause à effet. A partir de la 4^e décennie, mais sans aucun doute à partir de la 8^e, les gens avec une PFO sont victimes d'embolies paradoxales ubiquitaires. Selon cette optique, la prévalence de la PFO devrait déterminer l'âge des gens et pratiquement sans contourner de règle statistique cela signifie que l'âge varie presque exclusivement en fonction de la présence ou de l'absence d'une PFO (fig. 1B ). Conséquence: une réduction de la prévalence de la PFO à 15% déjà nous fait atteindre environ 110 ans en moyenne, ce qui correspond à un bon départ dans la deuxième dizaine de décennies d'existence.

Ceci et la facilité de la fermeture interventionnelle de la PFO peuvent donner lieu à des considérations sur l'apprentissage de l'Être. Donc: philosophie pour gens ordinaires. L'adjectif «ordinaire» sans sa signification dépréciative; il signifie simplement «étant en ordre», «moyen», et se rapporte au status d'amateur de 5^e ligue en philosophie de l'auteur. Soit dit en passant, «ordinaire» a vraiment un sens trop négatif si l'on pense avec quelle facilité il passe de péjoratif à mélioratif «dans les

ordres» ecclésiastiques. Les questions qui se posent sur l'Être se rapportent à la naissance et à la mort et illustrent le rapport de ces repères avec la PFO.

Y a-t-il une vie avant la naissance sans PFO?

Oui, mais ce n'est pas une vie. C'est vrai, pas parce que la vie ne commence qu'avec la naissance mais que l'existence du fœtus avec un *foramen ovale* fermé a un pronostic très sombre. La fonction fœtale du FO, à savoir le passage de sang placentaire oxygéné du côté veineux vers l'artériel, est archiconnue. L'autre shunt de la circulation pulmonaire chez le fœtus est le *canal de Botal*, qui se ferme peu après la naissance. S'il y a une malformation cardiaque avec shunt auriculaire obligatoire, le risque léthal d'une fermeture intra-utérine du FO augmente très nettement pour le fœtus. A ce propos un message à l'adresse des coqs de combat PFO: en fonction de l'âge de l'humanité, la PFO n'est pas le moins mais l'un des plus importants trous de l'organisme humain. Même chez les fœtus sans malformation cardiaque congénitale, il est inimaginable de penser à la fermeture interventionnelle prénatale d'une PFO.

Y a-t-il une vie avant la mort avec PFO?

Oui, mais ce n'est pas une vie. Le porteur d'une PFO doit subir sa «maladie». L'opinion parfois exprimée que la PFO n'est pas un inconvénient évolutionnaire du fait qu'elle ne se manifeste négativement qu'après la reproduction des porteurs est fautive. Après chaque manœuvre de compression abdominale, les porteurs d'une PFO ont des oreilles qui deviennent bleues. Ce qui doit avoir des conséquences négatives dans la recherche d'un partenaire, malgré que la reproduction puisse avoir lieu dans le noir. Les oreilles deviennent bleues suite à l'augmentation de la pression déjà élevée dans l'oreillette droite, qui provoque un bref shunt droite-gauche avec une légère diminution de la saturation d'oxygène dans le sang artériel qui était encore rouge clair l'instant d'avant, mesurable au lobule de l'oreille. Si la personne ainsi marquée recherche pour sa récupération psychique la solitude de la haute montagne ou des profondeurs marines, elle court un nouveau risque sous forme d'œdème pulmonaire d'altitude ou de maladie de décompression. Il n'est pas non plus question de jouer du cor des alpes, pas seulement à cause des oreilles bleues mais surtout de l'augmentation de diamètre du FO. Se préserver de tels dadas facultatifs ne résout que partiellement le problème



Christian Seiler

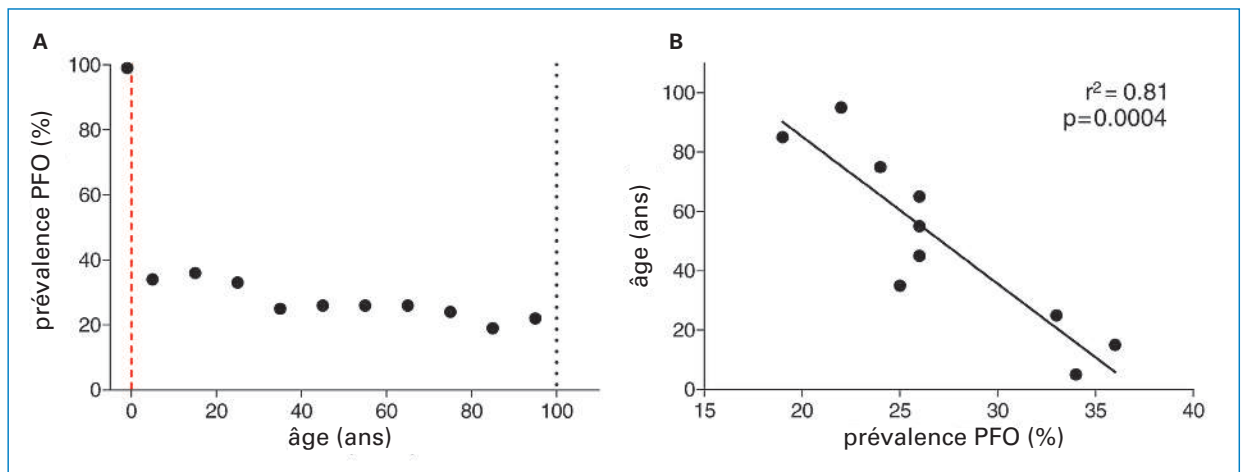


Figure 1

A La prévalence de la PFO diminue avec l'âge.

B L'âge varie presque exclusivement en fonction de la présence ou de l'absence de PFO...

de la PFO car elle est également associée à des problèmes plus sérieux, qui n'ont rien à voir avec les loisirs, tels que migraine, apnées du sommeil et épisodes amnésiques transitoires.

L'ischémie vasculaire cérébrale cryptogénique (= sans étiologie connue), au premier plan en raison de son incidence, de sa morbidité et de sa mortalité, a une prévalence plus élevée dans la PFO que dans la population normale (50 contre 25%). La fermeture interventionnelle percutanée de la PFO est pratiquée depuis 20 ans environ dans le but de prévenir les récurrences ischémiques. Leur incidence est de 1–5% par an. Rien qu'avec ces chiffres, la dispute sur l'efficacité d'une fermeture préventive secondaire de la PFO est garantie, car pour rendre encore plus rare un accident relativement rare et le démontrer, il faut avoir un important collectif, qui avec la durée ou le nombre des collecteurs aura des répercussions négatives sur la qualité des résultats.

Pour par exemple avoir 50 récurrences, il faudrait suivre jusqu'à 1000 patients ayant eu une ischémie cérébrale pendant 5 ans. A cet égard, il n'est pas étonnant qu'une étude randomisée avec 909 patients récemment publiée sur l'efficacité de la fermeture d'une PFO sur une nouvelle ischémie cérébrale en l'espace de 2 ans n'a trouvé aucune différence entre les groupes avec et sans fermeture: 5,5 contre 6,8% de récurrences d'accidents ischémiques cérébraux [2]. Le total des récurrences de 52 dans l'étude CLOSURE 1 avec absence de preuve d'efficacité de la fermeture d'une PFO illustre la puissance statistique insuffisante même du côté du nombre d'accidents. En termes macabres, cela signifie: ce qui compte dans la comparaison de différentes «méthodes de traitement», ce sont les *body counts*. Dans le vrai sens du terme martial et pour le bonheur des patients concernés, il n'y a eu aucun accident fatal dans l'étude CLOSURE 1. Les «bodies» invalides ou nouveaux accidents vasculaires cérébraux comptent aussi, mais ils sont naturellement moins fiables que les décès constatés.

La question se pose donc de savoir si une pathologie relativement rare et donc difficilement saisissable vaut la peine d'être traitée par autre chose qu'une Aspirine par jour. Cela doit être réfléchi indépendamment de l'équipement, de la performance statistique et du résultat des études en cours sur la fermeture de la PFO (RESPECT et PC trial) et malgré la simplicité technique de ladite fermeture.

Y a-t-il une vie après la mort, indépendamment de la PFO?

J'espère que oui – cela concerne les deux parties de la question. Une qualité paradisiaque voudrait obtenir la vie éternelle par l'indépendance de la PFO, et les avalanches de textes sur ce sujet, comme la présente et celles récemment publiées dans cette revue, présomptueuses, haineuses [3], feraient défaut à cause d'une envahissante lucidité.

Correspondance:

Prof. Dr Christian Seiler
Klinik für Kardiologie
Universitätsspital
CH-3010 Bern
[christian.seiler\[at\]insel.ch](mailto:christian.seiler[at]insel.ch)

Références

- Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD. Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life: An autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc.* 1984;59:17–20.
- Furlan AJ, Reisman M, Massaro J, Mauri L, Adams H, Albers GW, et al. Closure or medical therapy for cryptogenic stroke with patent foramen ovale. *N Engl J Med.* 2012;366:991–9.
- Küchler R, Meyer BJ. PFO-Verschluss – vom Schlaglicht zum Irrlicht? *Schweiz Med Forum.* 2012;12(27–28):569–71.