

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Fibrillation auriculaire: anticoagulation ou fermeture de l'auricule gauche par voie percutanée?

La question

L'anticoagulation est le traitement reconnu pour la prévention des événements thromboemboliques en cas de fibrillation auriculaire (FA). Une proportion substantielle de patients n'est pourtant pas anticoagulée. Les études d'autopsie et par échographie ont montré que l'auricule gauche est la source majeure des caillots provoquant les accidents thromboemboliques. Il existe actuellement un dispositif (WATCHMAN Boston Scientific) introduit par voie fémorale qui permet l'obstruction de l'auricule gauche empêchant la fuite des caillots dans le système artériel. Comparé aux anticoagulants, quelle est l'efficacité et la sécurité de ce dispositif?

La méthode

Cette étude est randomisée, ouverte. Les critères d'inclusion étaient des patients en FA paroxystique, persistante ou permanente d'origine non valvulaire âgés de 18 ans ou plus et susceptibles d'être anticoagulés. Ces patients étaient à risque thromboembolique avec un score CHADS₂ 1 ou plus. Parmi les cri-

tères d'exclusion, on note une fraction d'éjection <30%, la présence d'un foramen ovale et une athéromatose aortique ou carotidienne symptomatique. Un groupe recevait le dispositif positionné dans l'auricule gauche par voie fémorale puis transseptale et expandu. Ils étaient anticoagulés par warfarine et aspirine pendant 45 jours (endothélialisation du dispositif) puis traités par clopidogrel et aspirine pendant 6 mois puis aspirine seule. Une échographie transœsophagienne a été réalisée à 45 jours, 6 mois et une année. L'autre groupe était anticoagulé par warfarine avec un INR visé entre 2 et 3. L'issue primaire était un composite d'AVC, d'embolie systémique ou un décès cardio-vasculaire. L'issue primaire de sécurité de l'insertion du dispositif était une hospitalisation prolongée, un épanchement péricardique important, un AVC périprocédural et, pour les deux groupes, une hémorragie sévère.

Les résultats

463 patients ont été appareillés et 244 anticoagulés. Après un suivi moyen de 3,8 ans, l'issue primaire est survenue chez 8,4% des patients avec le dispositif et 13,9% des patients anticoagulés (significatif). Les patients appareillés ont eu un taux significativement plus bas de décès cardio-vasculaires (HR 0,40,

$p = 0,005$). Les complications ont été les épanchements péricardiques importants chez les patients appareillés (5%) et les hémorragies chez les patients anticoagulés (4,1%).

Les problèmes

Il est possible que les patients recevant le dispositif aient été mieux suivis médicalement que les patients anticoagulés.

Commentaires

Cette étude démontre à la fois la non-infériorité et la supériorité de la fermeture de l'auricule gauche pour l'issue primaire comparée à l'anticoagulation. On note tout de même des complications précoces sous la forme d'épanchements péricardiques importants mais moins d'hémorragies graves. Cette étude est surtout intéressante parce qu'elle offre une voie alterne aux patients en FA et à haut risque thromboembolique qui ne veulent pas ou ne peuvent pas être anticoagulés à long terme. L'étude ne mentionne pas le prix mais les frais d'implantation se situent autour de \$ 16 000 aux Etats-Unis. A noter que le succès de la mise en place correcte du dispositif était de 88%, susceptible encore d'amélioration avec l'expérience des opérateurs.

Reddy VY, et al. *JAMA*. 2014;312:1988.

Blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) après remplacement de la valve aortique

Les opérations pour sténose aortique sévère sont en augmentation constante. Les données sur l'efficacité du blocage du SRAA après implantation d'une valve aortique sont minces. 741 patients ont bénéficié du blocage du SRAA par un IEC ou un sartan pendant au moins 6 mois. 1011 n'ont pas été traités. A 1 an, 5 ans et 10 ans, les patients traités ont une survie de 99, 90 et 60% vs 99, 81 et 53% respectivement ($p < 0,001$). C'est une étude rétrospective qui demande confirmation...

Goel SS, et al. *Ann Intern Med*. 2014;161:699-710. doi: 10.7326/M13-1505.

Diabète de type 2 et changement cognitif sur 20 ans

Environ 13 300 patients entre 48 et 76 ans avec un diabète de type 2, un prédiabète ou un diabète non diagnostiqué (catégories définies

par le taux de HbA_{1c}) ont subi des tests cognitifs simples au départ de l'étude. Après 20 ans d'évolution, les patients diabétiques ont subi une perte des facultés cognitives de 19% plus élevée que les non diabétiques. Moins le diabète était contrôlé (HbA_{1c} >7%) plus grande était la perte. Pas rassurant quand on assiste à l'augmentation spectaculaire du diabète dans le monde...

Rawlings AM, et al. *Ann Intern Med*. 2014;161:785.

Reins polykystiques de l'adulte au début de l'évolution: IEC + Sartan ou IEC seul?

La plupart des patients avec des reins polykystiques de l'adulte sont hypertendus et les kystes augmentent lentement mais implacablement. 558 patients avec un débit de filtration glomérulaire >60 ml/mn ont été randomisés dans un groupe basse pression visée (95/60-110/75 mm Hg) ou pression normale (120/70-130/80 mm Hg) avec comme

traitement une association de lisinopril et telmisartan ou lisinopril seul. A 60 mois, l'accroissement du volume rénal était significativement plus faible dans le groupe pression basse vs pression normale. Il n'y a pas d'avantage à utiliser un double blocage du SRAA plutôt qu'un blocage simple avec le lisinopril. Mais le message reste: baisser la pression!

Schrier RW, et al. *N Engl J Med*. 2014;371:255.

Plus on se sent jeune plus on vit longtemps!

6500 personnes se sont vues poser la question: quel âge ressentez-vous avoir? Après 8 ans de suivi, les personnes se sentant 3 ans plus jeunes que leur âge réel avaient une mortalité de 14%, ceux qui estimaient leur âge réel 19% et ceux qui sentaient plus âgées d'une année 25%. Mais il est bien probable que ces dernières étaient en moins bonne santé ce qui les faisaient surestimer leur âge réel...

Physician's First Watch. December 16; 2014.