

Pas de «recette» universelle

Le défibrillateur portable: quels patients en profitent?

PD Dr méd. Sven Reek

Praxis für Kardiologie, Hirslanden Medical Center, Aarau

La présentation de cas «Défibrillateur cardiaque portable comme protection contre la mort subite cardiaque» de Krisl et al. [1], qui est publiée dans le numéro actuel du *Forum Médical Suisse*, décrit l'utilisation d'un gilet défibrillateur portable (LifeVest®, ZOLL Medical Switzerland, Zoug) chez un patient avec insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiquée sur un terrain de cardiopathie ischémique et rythmogène.

Le défibrillateur cardiaque portable («wearable cardioverter defibrillator [WCD]») a été développé et autorisé dans de nombreux pays à travers le monde afin de surmonter un risque d'arythmie temporairement augmenté lorsqu'un défibrillateur automatique implantable (DAI) n'est pas (encore) indiqué ou ne peut pas être implanté rapidement. Il ne s'agit pas d'une alternative au DAI, mais d'un instrument supplémentaire visant à protéger les patients contre une mort subite cardiaque par arythmies.

Depuis son introduction dans la pratique clinique en 2001, plus de 100 000 patients à travers le monde ont utilisé le défibrillateur cardiaque portable. Environ 40 000 ont été inclus dans des études de registre et dans une étude randomisée. Il s'agit dans la grande majorité des cas de patients ayant été victimes d'un infarctus aigu du myocarde et ayant subi une revascularisation ou, comme dans le cas présenté dans cet article, de patients avec insuffisance cardiaque nouvellement découverte. Le défibrillateur cardiaque portable a été utilisé pour combler le délai d'attente préconisé dans les lignes directrices jusqu'à ce que la décision quant à l'indication d'une implantation d'un DAI puisse être prise. Pendant la période d'utilisation, qui est le plus souvent comprise entre un et trois mois, des chocs ont été délivrés de façon adéquate chez 1–2% des patients en raison de tachyarythmies ventriculaires hémodynamiquement pertinentes. Le défibrillateur cardiaque portable s'est avéré être hautement efficace, dans la mesure où la délivrance automatique du premier choc a dans la majorité des cas permis de mettre fin aux arythmies. Fait intéressant, le taux d'implantation d'un DAI après la fin du port du défibrillateur cardiaque portable était d'environ 40% dans les différents collectifs de patients. Le principal motif de non-implantation d'un DAI était l'obtention d'une

amélioration de la fonction ventriculaire gauche après reperfusion, après revascularisation ou sous traitement médicamenteux optimisé de l'insuffisance cardiaque. Etant donné que le risque de mort cardiaque par arythmies est souvent nettement augmenté durant cette phase, le défibrillateur cardiaque portable peut être utile pour surmonter cette phase à risque, tout en évitant les implantations prématurées et non indiquées d'un DAI.

Avec des coûts de location de 124 CHF par jour sur une période de 30–90 jours, il ne s'agit pas d'un traitement bon marché. Les coûts incluent l'instruction et la formation des patients par du personnel de l'entreprise, une assistance technique joignable 24 heures/24, ainsi que le LifeVest®-Network, qui permet au médecin responsable d'avoir un accès en ligne permanent aux données du patient.

Mais qui devrait utiliser un défibrillateur cardiaque portable? Le patient «idéal» a un risque élevé de décéder d'une mort subite cardiaque par arythmies et un faible risque actuel de décéder d'autres causes et il n'a pas d'indication actuelle pour l'implantation d'un DAI d'après les lignes directrices. Chez d'autres patients, un DAI ne peut pas être implanté dans l'immédiat pour des raisons médicales ou l'évaluation du risque individuel nécessite du temps (par ex. test génétique dans le cadre de syndromes d'arythmie héréditaire). Il devient évident qu'il n'existe pas de «recette» universelle pour définir ces personnes et que ce sont finalement les expériences et estimations des médecins traitants qui sont déterminantes. Les lignes directrices de la Société européenne de cardiologie stipulent une indication de classe IIb pour «...les patients adultes avec fonction ventriculaire gauche systolique limitée, chez lesquels le risque de mort subite cardiaque par arythmies est temporairement augmenté et qui ne sont pas des candidats à un DAI (solution transitoire jusqu'à une transplantation cardiaque ou jusqu'à une (ré-)implantation d'un DAI planifiée, cardiomyopathie du péripartum, myocardite active et arythmies dans la phase précoce après un infarctus du myocarde)...» [2]. En Suisse, le défibrillateur cardiaque portable est dans la majorité des cas utilisé chez des patients avec fonction de pompe ventriculaire gauche limitée dans le cadre



Sven Reek

d'une cardiomyopathie ischémique après infarctus du myocarde, intervention coronarienne percutanée ou chirurgie de pontage.

Outre le risque actuel de mort subite par arythmies, l'observance des patients est décisive pour l'efficacité de ce traitement. A la différence du DAI, le défibrillateur cardiaque portable nécessite une action de la part du patient, qui doit le mettre et si possible le porter en continu. C'est la seule manière de garantir une protection contre la mort subite cardiaque par arythmies. L'accès au LifeVest®-Network permet de vérifier la durée quotidienne de port au moyen de mesures d'impédance automatiques et ainsi d'intervenir en cas d'observance insuffisante. D'une manière générale, l'acceptation par les patients est bonne, avec une durée de port du défibrillateur cardiaque portable d'environ 22 heures par jour. Il a été constaté que la durée quotidienne de port augmentait avec la durée d'utilisation du dispositif. Une distribution bimodale de la durée de port a cependant été identifiée. Cela signifie que la majorité des patients portaient le défibrillateur cardiaque portable pratiquement toute la journée, tandis que ceux avec une faible durée d'utilisation du dispositif ne le portaient en majorité pas du tout. Parmi les principaux motifs d'arrêt de l'utilisation du défibrillateur cardiaque portable qui sont cités figurent les irritations cutanées, le poids de l'unité de défibrillation et les dérangements nocturnes par l'alarme. Chez 5% des patients, le traitement a dû être interrompu en raison des motifs cités plus haut.

Outre la pose de l'indication médicale, il est dès lors déterminant que l'équipe soignante discute en détails

avec le patient des preuves disponibles au sujet du défibrillateur cardiaque portable et de ses limitations et qu'elle l'accompagne intensivement pendant la durée d'utilisation afin de garantir l'efficacité et la rentabilité de ce traitement. D'après mon expérience, lorsque les personnes à haut risque sont informées et motivées, il est possible de parvenir à ce qu'elles n'enlèvent le défibrillateur cardiaque portable pratiquement que pour leur hygiène corporelle, garantissant ainsi une protection efficace et quasiment continue contre la mort subite cardiaque durant la période d'utilisation.

Pour le cas présenté dans ce numéro, il serait intéressant de savoir comment ce patient avec mauvaise adhérence médicamenteuse préalable a été sélectionné, quelle était la durée quotidienne de port réelle et quelles mesures ont éventuellement été prises afin d'améliorer l'observance.

Disclosure statement

The author reports educational grants from Abbott, Amgen, Bayer, Biotronik, BMS, Daiichi Sankyo, Merck MSD, Novartis, Sanofi-Aventis, Servier, Zoll.

Références

- 1 Krisl A, Imbach S, Breitenstein A, Rudiger A. Défibrillateur cardiaque portable comme protection contre la mort subite cardiaque. *Forum Med Suisse*. 2021;21(21-22):369-72.
- 2 Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Europace*. 2015;17:1601-87.

Correspondance:
PD Dr méd. Sven Reek
Praxis für Kardiologie mit
Schwerpunkt Rhythmologie
Hirslanden Medical Center
Rain 34
CH-5001 Aarau
sven.reek[at]hirslanden.ch