

N° 45
Avril 2017

Sommaire

- p.1 Échographie cardiaque :
un nouvel examen pour le
bilan cardiologique du CIEM
- p.2 Stratégies de dépistage du
cancer du sein
- p.3 Hypercholestérolémie, la
polémique est-elle légitime ?
- p.4 Que faire devant
une hyperuricémie ?

Échographie cardiaque : un nouvel examen pour le bilan cardiologique du CIEM

Dans un souci constant d'amélioration du bilan médical du CIEM, le bilan cardiologique a été complété par l'échographie cardiaque. L'équipe des cardiologues, soutenue par l'ensemble de l'équipe de direction, a développé ce projet pour lequel les premiers examens ont débuté en mars 2017.

L'échographie cardiaque est une technique d'imagerie non invasive et non irradiante utilisant les propriétés physiques des ultrasons. Elle permet la visualisation dynamique du cœur et notamment de ses cavités et des valves. Elle permet également, via le Doppler, de caractériser les flux sanguins et les déplacements tissulaires au niveau cardiaque.

Si l'épreuve d'effort reste l'examen de dépistage de la maladie coronarienne, responsable notamment de l'angine de poitrine et des infarctus du myocarde, l'échographie cardiaque quant à elle permet d'élargir les investigations à d'autres pathologies cardiovasculaires.

Les principales maladies dépistées par l'échographie cardiaque sont :

- Les maladies des valves cardiaques (notamment la valve mitrale située entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche, et la valve aortique située entre le ventricule gauche et l'aorte),
- Les maladies du muscle cardiaque (cardiomyopathie),
- Les dilatations (anévrismes) de l'aorte thoracique,

- L'appréciation du retentissement cardiaque de l'hypertension artérielle.

Certaines des pathologies révélées par l'échographie cardiaque ayant un caractère héréditaire, leur dépistage permettra non seulement une prise en charge adaptée pour le patient, mais également de prévoir une enquête familiale.

Afin de faire bénéficier l'ensemble de nos adhérents de la prestation d'échographie cardiaque, nous avons équipé chacune des salles d'examen de cardiologie d'un échographe de dernière génération. Après discussion collégiale, nous avons décidé de réaliser l'échographie cardiaque tous les 4 ans à la place du test d'aptitude à l'effort. Cependant, le rythme des examens n'étant pas figé, il pourra être redéfini par le cardiologue selon les antécédents, les symptômes ou les anomalies éventuelles de l'électrocardiogramme décelées lors de la consultation cardiologique.

Cette avancée, fruit d'un long travail de réflexion médicale et d'organisation, a pour principal objectif de toujours améliorer le niveau de qualité du bilan médical réalisé au CIEM.



**Docteur
Guillaume RICARD**
Cardiologue au
CIEM

Le CIEM
15, rue Jean Bart
75006 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 22 54 90
Fax : +33 (0)1 42 22 30 10

www.leciem.com

En bref

51 % des plus de 65 ans auraient une maladie méconnue des valves cardiaques

Une étude publiée dans l'European Heart Journal a inclus 2 500 personnes âgées de 65 ans et plus, à partir d'une population suivie en soins primaires. Ils ont recherché une valvulopathie non diagnostiquée en utilisant l'échographie cardiaque. Les résultats montrent qu'une valvulopathie nouvellement identifiée (principalement de forme légère) a été détectée chez 51 % des participants. Il s'agissait d'un rétrécissement aortique calcifié dans 34 % des cas, d'une insuffisance mitrale dans 22 % des cas et d'une insuffisance aortique dans 15 % des cas. En projetant ces résultats à l'aide de données démographiques, les auteurs estiment que les valvulopathies augmenteront considérablement au cours des cinq prochaines décennies, suivant le vieillissement de la population. En effet, dans les pays occidentaux, les causes rhumatismales des valvulopathies ont été remplacées par des causes dégénératives. La prévalence des valvulopathies cliniquement significatives devrait doubler avant 2050.

Quelle sera notre espérance de vie en 2030 ?

L'espérance de vie augmente de façon régulière dans les pays à hauts niveaux de revenus depuis plusieurs dizaines d'années. Une étude britannique parue dans The Lancet vient de publier les prévisions nationales de mortalité et d'espérance de vie de 35 pays industrialisés à l'horizon 2030. Ces projections indiquent qu'il y a une forte probabilité pour que l'espérance de vie continue d'augmenter dans les pays industrialisés comme les Amériques, l'Australie, l'Europe centrale et de l'Ouest et en Asie du Pacifique. Le gain d'espérance de vie le plus important sera obtenu en Corée du Sud, en Europe de l'Ouest et dans certains pays émergents d'Europe centrale. Ainsi, il existe une probabilité de plus de 50 % pour que l'espérance de vie des femmes dépasse les 90 ans en 2030, alors que cette limite paraissait inatteignable au début du 21^e siècle. À l'opposé, les gains les plus faibles sont attendus aux États-Unis, au Japon, en Suède, en Grèce, en Macédoine et en Serbie. L'essentiel de ce gain d'espérance de vie est lié à une augmentation de la longévité chez les plus de 65 ans, conformément au vieillissement observé de la population dans les pays à hauts niveaux de revenus.

Stratégies de dépistage du cancer du sein

Les estimations nationales françaises de 2012 font état de 49 000 nouveaux cas de cancers du sein invasifs.

Même s'il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme, puisqu'en 2012 il a entraîné 11 000 décès, le cancer du sein a un bon pronostic avec un taux de survie de 87 % à 5 ans pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010.

C'est l'un des taux de survie les plus élevés d'Europe. Ces chiffres encourageants sont la conséquence d'une part du dépistage à un stade précoce et d'autre part d'une amélioration des traitements et des protocoles de prise en charge thérapeutique.

L'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2005 puis a diminué. On suppose que cette diminution est due à la diminution massive de prescription de traitement hormonal de la ménopause à partir de cette date.

Par ailleurs, sur les 40 dernières années, le nombre de cancers a augmenté en Europe du Nord de façon parallèle à la généralisation du dépistage individuel et organisé. En raison de ce diagnostic précoce, l'âge de survenue du cancer du sein s'est abaissé en moyenne de 2 à 4 ans. Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer ce phénomène, outre les facteurs hormonaux et les facteurs environnementaux cités plus bas :

- Détection de petits cancers du sein préexistants de croissance lente (ce taux prévalent est de 50 % à 100 % fois plus élevé que celui des populations non dépistées).
- Découverte de tumeurs qui ne se seraient jamais « exprimées » du vivant des femmes (10 à 15 % par rapport aux populations non dépistées).

L'objectif principal du dépistage du cancer du sein est la diminution de la mortalité spécifique en détectant le cancer à un stade très précoce dans une population supposée en bonne santé. Le diagnostic de cancer dès le début de son développement permet d'éviter les traitements lourds et augmente les chances de guérison. Plusieurs études scientifiques ont démontré l'efficacité d'un tel dépistage sur la réduction de la mortalité féminine par cancer du sein.

Le risque de survenue du cancer du sein augmente avec l'âge : environ la moitié des cas est diagnostiquée entre 50 et 75 ans, 22 % avant 50 ans et 24 % après 75 ans. Son origine est multifactorielle. Outre l'âge, ses facteurs de risque connus ont une origine hormonale ou liés aux modes de vie (utilisation d'un traitement hormonal, surpoids, tabagisme, alcoolisme) ou liés à l'environnement (exposi-

tion aux rayonnements ionisants). Si la majorité des cancers survient chez des patientes qui n'ont pas de facteur de risque, il existe également des cancers qui surviennent chez des femmes ayant une prédisposition génétique ou un antécédent personnel de pathologie mammaire. Certains gènes mutés (BRCA1 et BRCA2) sont mis en cause dans la survenue de cancers chez des femmes très jeunes, et la stratégie de prise en charge de ces patientes est différente : à l'issue d'une consultation d'oncogénétique, qui évalue la pertinence d'un examen génétique, une surveillance spécifique et un traitement adapté sont proposés.

Il existe 3 façons de découvrir un cancer du sein :

- Par une mammographie systématique prescrite par un médecin traitant ou un gynécologue, sans symptôme particulier, appelé dépistage individuel.
- Par une mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé par la Sécurité sociale. Ces deux situations représentent 90 % des diagnostics.
- Par une mammographie réalisée après avoir découvert une boule dans un sein, ou parce qu'il est apparu un écoulement mamelonnaire (10 %).

Cette fréquence de la maladie, la possibilité de la traiter et sa survenue chez des patientes que l'on ne peut identifier a priori, a incité les autorités de santé (Assurance Maladie, Direction générale de la Santé et Institut national du cancer) à mettre en place au début des années 2000 un programme de santé publique. Entre 50 et 75 ans, toutes les femmes sont invitées à bénéficier d'une mammographie tous les 2 ans gratuitement ; l'efficacité d'un tel programme sur la diminution de la mortalité des femmes n'est plus à démontrer. Deux clichés radiographiques sont réalisés pour chaque sein et sont lus par deux radiologues différents : celui qui réalise l'examen d'une part et un second praticien qui l'interprète dans un second temps. Les conclusions sont rendues à la patiente à l'issue de cette seconde lecture. La patiente est reconvoquée si la mammographie montre une image suspecte, qui nécessite un prélèvement. Même si cet examen suscite une anxiété chez bon nombre de patientes, son intérêt n'est plus à démontrer et la totalité des femmes qui vit en France doit se soumettre à cet examen peu contraignant.



DOCTEUR
Véronique CAYOL
Gynécologue
au CIEM

Hypercholestérolémie, la polémique est-elle légitime ?

La publication d'un livre sur le cholestérol en 2013 a initié une polémique parfois amplifiée par les médias. Il est donc utile de rappeler quelques faits :

L'excès de cholestérol est réellement mauvais pour la santé des artères : la démonstration la plus éclatante est apportée par le modèle de l'hypercholestérolémie familiale d'origine génétique (défauts dans le métabolisme du cholestérol). Dans ce cas les accidents cardiovasculaires sont précoces avec un risque multiplié par 13 chez de jeunes adultes. À l'inverse, les sujets ayant une baisse génétique du LDL-cholestérol présentent moins d'accidents cardiovasculaires.

Le « bon » et le « mauvais » cholestérol sont des notions simplifiées mais réelles : ces notions sont le résultat d'un métabolisme complexe du cholestérol, essentiellement géré par le foie.

Le transport du cholestérol dans le plasma se fait principalement dans des « véhicules » LDL (Low Density Lipoprotein) et HDL (High Density Lipoprotein). C'est principalement l'excès de LDL-cholestérol qui est corrélé au risque cardiovasculaire et à chaque fois que l'on abaisse son taux, on entraîne un bénéfice cardiovasculaire proportionnel.

Les conséquences de l'élévation du LDL-cholestérol sont modulées par les autres facteurs de risque : certains facteurs sont non modifiables (âge, sexe masculin, femmes ménopausées, accidents cardiaques précoces dans la famille), d'autres sont modifiables (tabagisme, diabète, hypertension artérielle). Le cumul de ces facteurs de risque a un effet néfaste et la prise en compte globale de ces facteurs permet d'évaluer le risque cardiovasculaire (par exemple de faire un accident cardiovasculaire dans les 10 ans à venir) comme faible, intermédiaire ou élevé. Cette évaluation du risque est le principe de toutes les recommandations nationales et internationales et elle permet de déterminer les patients qui relèvent le plus d'un traitement.

Les médicaments hypolipémiants sont efficaces sur le risque cardiovasculaire : un article publié pour la revue Archives of Cardiovascular Diseases détaille les données indiscutables du rapport bénéfice/risque du traitement par statines. Par exemple le traitement pendant 5 ans de 10 000 personnes à risque très élevé évite 1000 accidents cardiovasculaires majeurs si le LDL-cholestérol est abaissé de 0.76 g/l (2 mmol/l). Cet effet n'est pas propre aux statines et concerne toutes les méthodes qui permettent d'abaisser le LDL-cholestérol.

Les indications du traitement, en particulier par statines : un traitement médicamenteux est nécessaire lorsque le risque de faire un accident cardiovasculaire est élevé (prévention primaire) et indispensable pour éviter une récurrence (prévention secondaire). Dans une population à risque, le bénéfice attendu est largement supérieur aux risques d'effets secondaires. Pour les sujets ayant un risque faible à intermédiaire, il peut exister une divergence entre bénéfice individuel potentiel et rapport coût/bénéfice pour la société. La discussion sera donc individuelle. Toutefois on peut rassurer les sujets concernés car le suivi au long cours a montré que les statines ne donnent ni cancer, ni altération cognitive et que les effets secondaires se limitent à des douleurs musculaires réversibles à l'arrêt du traitement.

Les critiques raisonnables sur l'utilisation des statines : les statines ne dispensent pas de suivre un régime (de type « méditerranéen ») qui, lui-même, réduit le risque cardiovasculaire. Ce régime peut être aussi efficace qu'une petite dose de statines et peut être suffisant pour traiter une élévation modérée du LDL-cholestérol.

L'utilisation des statines est réservée aux patients qui en tireront le plus de bénéfice, la régularité du traitement au long cours étant primordiale. Il existe donc des patients sous traitement qui ne devraient

pas l'être et d'autres qui ne le sont pas mais devraient l'être !

Les effets secondaires les plus fréquents sont les douleurs musculaires qui touchent 1 à 10 % des patients en France. Ces douleurs doivent être évaluées avec le patient. Elles ne représentent, sauf exception, aucun danger et sont réversibles à l'arrêt du traitement. À fortes doses, les statines puissantes augmentent légèrement la glycémie mais l'impact est jugé le plus souvent comme négligeable et ne modifie pas le bénéfice attendu même chez les patients diabétiques.

Cette polémique a nourri l'inquiétude et la confusion sur le traitement des hypercholestérolémies et a conduit à un certain nombre d'abandons de traitement, avec des conséquences parfois dramatiques. L'analyse de la base de données de l'Assurance Maladie est en faveur de la responsabilité de l'arrêt du traitement, secondaire à cette désinformation, dans le décès de milliers de personnes à risque cardiovasculaire élevé. Les données scientifiques sont solides et il faut donc se référer aux recommandations internationales qui préconisent de diminuer le LDL-cholestérol des sujets à risque cardiovasculaire élevé.



**DOCTEUR
Danielle ROSSIN,**
Médecin interniste
au CIEM



**DOCTEUR
Luc FOUBERT**
Médecin interniste
au CIEM

En bref

Où le risque d'AVC fond avec le chocolat

Une vaste étude de cohorte prospective a été réalisée au Japon qui ne peut... qu'alimenter le débat. L'objectif a été des plus simples sur le plan conceptuel : rechercher une association entre la consommation de chocolat et le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). La méthode : une étude de population composée de 84 597 sujets, dont 46 415 de sexe féminin, âgés de 44 à 76 ans au moment de la période d'inclusion, entre 1995 et 1998. A l'état basal, il n'existait aucune des pathologies suivantes : maladie cardiovasculaire, diabète ou encore cancer. La cohorte ainsi constituée a été suivie jusqu'en 2009. La consommation individuelle de chocolat a été estimée au moyen de questionnaires spécifiques remplis par chaque participant. Ces derniers se sont vus les plus exhaustifs possibles, puisqu'ils comportaient 138 items couvrant les apports d'aliments solides et de boissons.

Au cours d'un suivi d'une durée médiane de 12,9 années, 3 558 AVC ont été dénombrés. L'analyse a mis en évidence une corrélation significative entre la consommation de chocolat et le risque d'AVC qui est apparu moindre uniquement dans la population féminine, alors que chez les hommes, il n'y avait pas d'association significative. Ces résultats se sont avérés indépendants du type d'AVC, ischémique ou hémorragique. En bref, cette étude de cohorte prospective japonaise plaide en faveur d'une association inverse entre la consommation de chocolat et le risque d'AVC... uniquement chez la femme.

La cigarette électronique n'est pas sans risque cardiovasculaire

Menée au sein de l'Université de Californie, à Los Angeles, cette étude a porté sur 42 participants âgés de 21 à 45 ans, en parfaite santé. Parmi eux, 23 étaient utilisateurs quotidiens de la e-cigarette tandis que 19 témoins ne consommaient ni cigarettes classiques, ni e-cigarettes. Les tests réalisés sur l'ensemble des participants montrent que l'usage quotidien de la e-cigarette modifie l'équilibre entre les systèmes sympathiques et parasympathiques au bénéfice du premier, avec comme conséquence une fréquence cardiaque plus élevée et une augmentation des témoins biologiques du stress oxydatif. Les effets de la e-cigarette sont associés à une augmentation du risque cardiovasculaire. Certes, l'utilisation de la e-cigarette peut se défendre dans une stratégie de réduction des risques, son usage quotidien étant certainement bien moins néfaste que la consommation de cigarettes classiques, quel qu'en soit leur nombre. Recommander la e-cigarette à des fumeurs motivés pour s'engager sur la voie du sevrage tabagique reste une bonne option. Cependant, décrire la e-cigarette comme un produit anodin comme certains fabricants le font est une double faute. D'une part il est démontré que chez les jeunes, la e-cigarette peut être la porte d'entrée vers un tabagisme classique, d'autre part la e-cigarette accroît le risque cardiovasculaire.

Que faire devant une hyperuricémie ?

L'hyperuricémie (ou excès d'acide urique) est une définition biologique qui peut avoir des conséquences cliniques qui ne sont pas systématiques dès lors qu'il existe une hyperuricémie.

On peut doser l'acide urique circulant lors de la prise de sang. Celui-ci est le produit de transformation des bases purines contenues dans l'alimentation ou les boissons qui, sous l'effet de l'action d'enzymes, se modifient.

Cet excès d'acide urique est défini pour un dosage supérieur à 420 micromol/L ou 70 mg/L.

Conséquences de l'excès d'acide urique : Il s'agit d'une maladie de surcharge, c'est-à-dire que l'excès d'acide urique peut, sur la durée, entraîner une précipitation de l'acide urique vers des cristaux d'urate. Les conséquences cliniques sont de 2 types :

- **Manifestations articulaires : la crise de goutte (qui touche le plus souvent le gros orteil ou l'avant du pied) avec un tableau très bruyant : douleur, rougeur, gonflement.**
- **Manifestations rénales : formation de calculs d'urate dans les voies urinaires qui se manifestent par une colique néphrétique.**

Cependant, dans la majorité des cas, cette hyperuricémie est asymptomatique (c'est-à-dire sans manifestations cliniques).

Que faire devant une hyperuricémie ?

Il faut retenir les principes suivants :

- Une hyperuricémie n'ayant pas donné de complication ne doit pas être traitée par des médicaments ; sa prise en charge repose sur le régime.
- Le régime hypo-uricémiant repose sur :
 - Aliments à éviter : gibiers / abats, poissons gras (sardines, anchois, harengs), crustacés,
 - Boissons à éviter : alcools blancs (alcools forts, vins blancs / champagnes, bière) et boissons sucrées (type soda, limonades ...).
- Dès lors que des symptômes surviennent, le régime doit être associé au traitement médical :
 - À partir de la 3^e crise douloureuse articulaire,
 - Dès la première manifestation rénale.
- L'objectif du traitement médicamenteux est d'obtenir un taux d'acide urique inférieur à 360 micromol/L. Le dosage des médicaments sera adapté à cet objectif.



**DOCTEUR
Nicolas
LAXENAIRE**
Médecin interniste
au CIEM