



# Retour vers le futur... ou vers le présent

Editorial

M. Zimmermann

P. Urban

**F** rangos et coll. décrivent de manière très complète des bénéfices de l'accès radial pour investiguer et traiter la maladie coronaire. Il s'agit là d'un pas de plus vers la graduelle simplification de la cardiologie invasive et il est effectivement probable que l'accès radial se généralise peu à peu, même si chaque opérateur conserve une préférence basée sur sa propre expérience: mieux vaut un examen rapide et bien réalisé par voie fémorale qu'une procédure radiale laborieuse avec une

**«... Mieux vaut un examen rapide et bien réalisé par voie fémorale qu'une procédure radiale laborieuse ...»**

irradiation excessive et des images de piètre qualité. Cette évolution vers une approche radiale plus systématique se confirme actuellement aux Etats-Unis ce qui aura certainement un impact important sur la promotion «planétaire» de cette voie d'abord.

Blanche et coll. rapportent l'expérience acquise à l'hôpital de La Tour avec l'utilisation du *CT coronaire* en pratique clinique courante. Ils confirment les données rapportées ces dernières années concernant la meilleure indication à cet examen ainsi que l'excellente qualité des images qui sont maintenant obtenues avec les appareils les plus récents. Les patients (et surtout les patientes) très jeunes ne devraient toutefois pas être investigués par CT coronaire de manière trop systématique, en raison du risque oncologique associé à une irradiation thoracique et mammaire. Les patients très âgés, quant à eux, sont plus souvent porteurs de calcifications coronaires et si celles-ci sont importantes, elles gênent beaucoup la quantification d'éventuelles sténoses.

Du fait de la rapidité et de la simplicité de l'examen, il est raisonnable de penser que le CT va progressivement remplacer la coronarographie invasive lorsqu'il s'agit avant tout d'exclure une maladie coronaire. A l'inverse, si la probabilité d'une maladie coronaire est élevée, il reste plus approprié de réaliser un bilan invasif d'emblée, puisque celui-ci permettra de traiter les lésions dans le même temps opératoire.

De Benedetti refait le point sur le *foramen ovale perméable* (FOP), son implication dans les accidents vasculaires «cryptogéniques» et ce que l'on considère aujourd'hui comme les indications à sa fermeture percutanée. Le paradoxe de la situation actuelle est que nous disposons d'un traitement percutané techniquement simple et très sûr mais que nous sommes le plus souvent incapables d'identifier de manière fiable les patients individuels chez qui un FOP a effectivement été impliqué dans un premier accident embolique. En l'état, il est vraisemblable que les cas les plus évidents (patients jeunes, passage important, imagerie cérébrale positive, etc.) vont rester candidats à une intervention.

L'hypotension chronique ne déchaîne pas les passions chez les cardiologues, preuve en est la maigre littérature consacrée à ce sujet, mais c'est pourtant un problème clinique important comme le souligne le Dr Ciaroni. Dans ce domaine, comme dans d'autres d'ailleurs, une des lois de la médecine doit être impérativement respectée: *primum non nocere*. L'hypotension n'ayant pas d'impact réel sur la survie, seuls un soutien psychologique

Articles publiés  
sous la direction des docteurs



**Marc Zimmermann**

Département cardiovasculaire  
Hôpital de La Tour  
Meyrin (Genève)

**Philip Urban**

Médecin responsable du Service  
de cardiologie invasive  
Hôpital de La Tour  
Meyrin (Genève)



et des mesures hygiéno-diététiques simples (fluides, bas de contention, jambes croisées...) devraient être proposés, avec l'abstention thérapeutique comme premier pilier du traitement.

Le suivi automatique à distance des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs illustre pleinement l'impact des nouvelles technologies d'information sur les soins médicaux. Si les avantages de ce type de suivi sont bien décrits dans l'article des Drs Ganière et Burri, il faut être conscient du risque de surcharge de travail pour les centres qui assument les contrôles

■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■

**«... Le modèle est efficace  
mais surtout admirable car  
il est basé sur des valeurs  
humaines fortes ...»**

de ces appareils: énorme masse d'informations techniques dont la majorité sont sans grand intérêt, gestion quasi quotidienne de ces informations par du personnel hautement spécialisé, fausses alertes, très grande disponibilité du cardiologue responsable recevant les données directement sur son

téléphone portable... Enfin, la visite médicale, contrairement à une transmission de données par téléphone, ne se limite pas à une interrogation technique de l'appareil: elle inclut un examen physique, une inspection du site d'implantation, et surtout une relation directe, humaine entre le médecin et le patient.

Le travail effectué par le Dr Velebit et coll. pour *le développement de la chirurgie cardiaque dans les pays émergents* est un modèle pour tous ceux qui souhaitent mettre en place des programmes d'aide efficace dans le domaine cardiovasculaire: identification des besoins et des ressources locales, responsabilisation des collègues, établissement d'un plan de formation, retrait progressif de l'aide directe, accès rapide à l'indépendance totale, documentation précise et scientifique des résultats obtenus. Le modèle est efficace mais surtout admirable car il est basé sur des valeurs humaines fortes et sur un respect mutuel. Seule ombre au tableau pour que le modèle soit plus largement appliqué, la corruption, qui ruine tous les efforts mais aussi tous les espoirs... trop souvent... ■