

Les nouveaux visages de l'infarctus du myocarde en France

Avec le temps les pathologies peuvent évoluer dans leur symptomatologie comme dans leur pronostic. C'est souvent un phénomène d'évolution lente, peu aisé à percevoir à hauteur d'une vie de praticien. Parfois, le mouvement est plus rapide. C'est le cas aujourd'hui, en France, avec l'infarctus du

... L'enjeu de santé publique des prochaines années va donc résider avant tout dans la prévention primaire ...

myocarde comme viennent de le démontrer les auteurs d'une communication présentée devant l'Académie nationale de médecine.¹

En France, comme dans les pays comparables, les maladies cardiovasculaires demeurent une cause majeure de mortalité prématurée. L'infarctus du myocarde en constitue une complication particulièrement grave. Mais cette complication évolue. A travers quatre enquêtes nationales réalisées entre 1995 et 2010, les auteurs observent une diminution de la gravité des infarctus (avec sus-décalage du segment ST) survenant chez des personnes plus jeunes – et ce alors que l'âge de survenue des infarctus sans sus-décalage du segment ST ne varie pas. «De profonds bouleversements sont observés dans l'organisation des soins et les traitements, avec notamment une utilisation beaucoup plus fréquente de l'angioplastie coronaire et des médicaments de prévention secondaire, soulignent les auteurs. La mortalité à un mois recule de 13,7 à 4,4% pour les infarctus avec sus-décalage du segment ST et de 10,9 à 3% pour les infarctus sans sus-décalage.»

Si elle est en décroissance l'incidence de l'infarctus du myocarde correspond encore à 60 000 - 70 000 hospitalisations annuelles en France. Durant le dernier quart de siècle, le contexte de la prise en charge thérapeutique s'est profondément modifié. Ce fut, d'abord, l'apparition de nouveaux traitements de reperfusion myocardique (et notamment l'angioplastie coronaire pratiquée en urgence). Ce fut encore, dans l'Hexagone, une meilleure organisation des circuits de prise en charge et des bouleversements dans l'utilisation précoce des traitements médicamenteux. Ce fut, enfin, une modification des critères de diagnostic de nécrose myocardique

– avec l'utilisation généralisée de nouveaux marqueurs de nécrose particulièrement sensibles que sont les troponines.

On sait que l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST correspond aux formes les plus classiques d'infarctus, autrefois dénommées infarctus transmural ou infarctus avec onde Q. Il est caractérisé par une anomalie ECG (sus-décalage du segment ST permanent) qui traduit une ischémie myocardique intense. Il s'agit de la forme initialement la plus grave (troubles du rythme ventriculaire sévères pouvant aller jusqu'à la fibrillation ventriculaire) – elle nécessite une prise en charge en extrême urgence, sans attendre l'élévation des marqueurs biologiques de nécrose myocardique.

L'infarctus sans sus-décalage du segment ST correspond quant à lui soit à des occlusions spontanément moins prolongées, soit à des périodes d'ischémie par subocclusion d'une artère coronaire. Il s'accompagne d'une augmentation des marqueurs sériques de nécrose myocardique et survient généralement sur des plaques athéromateuses plus serrées. Cet infarctus survient généralement chez des personnes plus âgées, ayant des lésions coronaires plus diffuses, ce qui en fait la gravité à long terme.

De 1995 à 2010, quatre grandes enquêtes nationales ont été réalisées en France. Il s'agissait à chaque fois de mieux connaître les caractéristiques, la prise en charge et le devenir des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde en France. Ce sont ces enquêtes qui permettent de prendre aujourd'hui la mesure des évolutions.

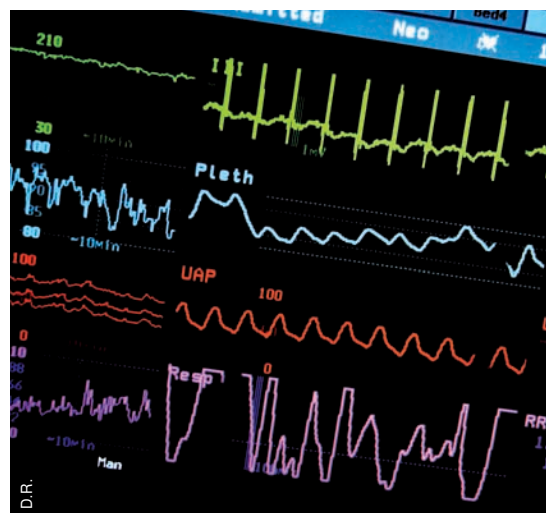
Infarctus avec sus-décalage du segment ST

Au total, 6707 patients ont été inclus entre 1995 et 2010. Au fil du temps, leurs caractéristiques se sont modifiées avec une diminution régulière de l'âge moyen (66 ans en 1995 – 63 ans en 2010) et un doublement de la proportion de femmes de moins de 60 ans (de 11,8 à 25,5%). «En parallèle, on constate une augmentation très importante de la proportion de fumeuses actives, dans le groupe des femmes jeunes: 37% en 1995, 73% en 2010» observent les auteurs.

On assiste à une évolution considérable

de la prise en charge initiale d'une enquête à l'autre. En 1995, seuls 49% des patients recevaient un traitement de reperfusion; 15 ans plus tard, la proportion est de 75%. L'angioplastie primaire devient la principale méthode, passant de 11% en 1995 à 61% en 2010; à l'inverse, la fibrinolyse intraveineuse régresse, de 37,5% en 1995 à 14% en 2010. La fibrinolyse était très rarement utilisée en pré-hospitalier en 1995; en 2000, elle représente 10% de la population, soit le tiers des traitements fibrinolytiques.

La mortalité à un mois diminue de 68% en l'espace de quinze ans, passant de 13,7 à 4,4%. La baisse de mortalité n'est pas liée uniquement à l'augmentation d'utilisation de l'angioplastie. Elle concerne tous les types d'établissements; la diminution absolue du risque est de 4,5% dans les hôpitaux universitaires (qui avaient la mortalité la plus faible en 1995), de 10% dans les hôpitaux généraux, et de 12,8% dans les cliniques. «Le type d'établissement n'est pas un prédicteur indépendant de la baisse de mortalité, confirmant un effet uniforme des progrès de la



prise en charge, quel que soit le lieu d'admission» soulignent les auteurs de cette publication.

Infarctus sans sus-décalage du segment ST

Ici, la prise en charge hospitalière des patients évolue considérablement: la réalisation d'une coronarographie progresse de 71 à 90% entre 2000 et 2010; la réalisation d'une angioplastie est cinq fois plus fréquente en 2010 (65%) qu'en 1995 (12,5%). La mortalité à 30 jours diminue de manière continue au fil des enquêtes, de 10% en 1995 à 3,2% en 2010. Cette amélioration pronostique apparaît liée à la fois à l'utilisation de l'angioplastie et des traitements médicamenteux précoces.

«L'évolution constatée en France est à rap-

procher des constatations faites dans d'autres pays tels que les Etats-Unis, la Suède ou la Grande-Bretagne, observent les auteurs. Pour la France, les progrès enregistrés au cours des quinze dernières années ont été considérables. L'amélioration pronostique constatée résulte d'une conjonction d'efforts remarquables qui va de décisions générales de politique de santé, à l'application généralisée par les médecins urgentistes et les cardiologues de la plupart des recommandations proposées par les sociétés savantes.»

Se réjouir, donc? «Ce tableau optimiste doit cependant être nuancé par deux constatations principales, modèrent-ils aussitôt. Il y a d'abord l'augmentation de certains facteurs de risque directement liés à notre mode de vie, l'obésité et le diabète, dont on peut craindre des conséquences graves à moyen terme sur l'incidence de l'infarctus et sur son pronostic à long terme. Il y a surtout la croissance inquiétante de la population de femmes jeunes touchées par les formes graves d'infarctus.»

On doit impérativement ici faire le lien avec le tabagisme des femmes jeunes, un phénomène inquiétant constaté avec une fréquence de plus en plus grande dans les enquêtes épidémiologiques. Mais les cardiologues français estiment qu'il est fort possible que d'autres facteurs de risque puissent aussi intervenir, liés aux modifications importantes du mode de vie des femmes dans la société française au cours des dernières décennies. «Il conviendra sans doute de mettre en œuvre des mesures spécifiques dirigées vers cette population précise» soulignent-ils en conclusion.

Et demain? «La mortalité précoce des malades hospitalisés pour infarctus atteint des niveaux très faibles, qu'il sera difficile d'améliorer beaucoup plus, concluent-ils. L'enjeu de santé publique des prochaines années va donc résider avant tout dans la prévention primaire, qui permettra de poursuivre le mouvement observé de réduction de l'incidence de l'infarctus.» Il s'agira désormais de prévenir la survenue des arrêts cardiaques préhospitaliers. Et de s'intéresser d'un peu plus près au tabagisme féminin.

Jean-Yves Nau
jeanyves.nau@gmail.com

1 «L'infarctus du myocarde en France métropolitaine de 1995 à 2010 : évolution de la typologie des patients, de la prise en charge et du pronostic à court terme». Nicolas Danchin et Etienne Puymirat (Hôpital Européen-Georges Pompidou, Université Paris Descartes, Paris), Pierre Carli (Hôpital Necker, Université Paris Descartes), Jean Ferrières (Hôpital Rangueil et Université Toulouse) et Tabassome Simon (Hôpital Saint-Antoine et Université Pierre et Marie Curie, Paris).

carte blanche

Le retour des morts-vivants

The Return of the Living Dead est un film d'horreur des années quatre-vingt fort amusant, qui met en scène des morts revenus à la vie du fait d'une sinistre expérimentation militaire. Ces zombies mangent le cerveau des vivants, un comportement regrettable sur le plan éthique et gastronomique. Retour au présent : deux histoires à la fois tragiques et grand-guignolesques défraient la chronique états-unienne et ressuscitent autour des frontières de la mort des frayeurs ancestrales ainsi que des perplexités bien modernes au sujet de la mort cérébrale. Tempête dans les médias et sous le crâne des éthiciens.¹

Jahi McMath, 13 ans, est décédée le 12 décembre 2013 à l'Hôpital des enfants d'Oakland (Californie) des complications d'une tonsillectomie. Elle reçoit les soins qui seraient appropriés chez un patient en mort cérébrale en vue d'un prélèvement d'organe. Mais les parents croient que seul l'arrêt cardiaque signe la mort et obtiennent le transfert de Jahi vers le *New Beginnings Community Center* de Medford (New York). Cette institution de rééducation pour patients cérébrolésés estime que Jahi «a été définie comme une personne décédée alors qu'elle a tous les attributs d'une personne vivante malgré ses atteintes au cerveau» et que «ce petit ange mérite une chance d'être soignée avec dignité et respect».² Notons que le diagnostic de mort cérébrale n'est pas sérieusement contesté par des experts.

Marlise Munoz, 33 ans, enceinte de 14 semaines fut trouvée inconsciente par son mari dans leur cuisine, réanimée et hospitalisée à Forth Worth (Texas) le 26 novembre 2013. Elle décède 2 jours après mais la réanimation se poursuit malgré la volonté présumée de la patiente et celle, unanime, de la famille. L'hôpital invoque une loi texane qui interdit tout retrait thérapeutique chez une femme enceinte et cela quels que soient ses vœux ou ceux des proches. Le conflit s'envenime, surdéterminé qu'il est par le radicalisme «pro-life» fort vigoureux au Texas. A la fin, un juge, dont le cerveau n'a pas été dé-



voré par le fanatisme vitaliste des conservateurs au pouvoir, fait preuve de bon sens : la loi concerne des femmes enceintes vivantes et non les cadavres qui, même au Texas, n'ont pas vocation à être traités comme des incubateurs fœtaux. Il enjoint à l'hôpital d'interrompre les mesures de «survie», ce qui est fait le 26 janvier. Le corps est remis à la famille. Bien entendu, la loi elle-même est vivement critiquée et sa constitutionnalité est douteuse, puisqu'elle abroge de façon discriminatoire une liberté essentielle du patient, celle de refuser un traitement non voulu.

Les commentateurs ont souligné l'incompréhension qui entoure la définition et les critères de la mort cérébrale dans le public et ils ont bien sûr raison. Mais ce qui est encore plus inquiétant, c'est l'idée avancée de plus en plus souvent aux Etats-Unis que la limite entre la vie et la mort est négociable en fonction des croyances privées de chacun. Ce libéralisme pour les nuls ne semble pas encore avoir traversé l'Atlantique et les législateurs européens conservent heureusement leur prérogative de définir la mort et les critères de son diagnostic. Cette définition est un enjeu de sécurité juridique fondamental, voire une composante du lien social, car on ne doit pas traiter les vivants comme s'ils étaient morts, ni les morts comme s'ils étaient vivants. De plus, les procédures concrètes de détermination du décès sont à juste titre confiées au corps médical, pour qui il en va d'une question d'intégrité professionnelle. On ne doit pas pouvoir contraindre les médecins à administrer des traitements futiles à des cadavres aux dépens de patients vivants chez qui ces soins sont indiqués. Sauf si l'on considère que la distribution des soins médicaux est juste une affaire de marché. C'est que la privatisation de la définition de la mort a partie liée à la privatisation tout court.



Pr Alex Mauron
iEH2 (Institut Ethique Histoire Humanités)
Centre Médical Universitaire
Rue Michel-Servet 1
1211 Genève 4
alexandre.mauron@unige.ch

1 <http://thebioethicsprogram.wordpress.com/2014/01/25/introducing-an-online-symposium-on-the-munoz-and-mcmath-cases/>

2 www.nbli.org/