

LU POUR VOUS Souffle cardiaque physiologique chez l'enfant en âge scolaire? Auscultez le cœur debout!

Soixante-cinq à 80% des enfants en âge scolaire ont un souffle cardiaque physiologique. Un souffle physiologique est typiquement décrit comme systolique de durée courte, de tonalité musicale, de faible intensité, diminuant ou disparaissant lorsque l'enfant se met debout,

localisé en parasternal gauche et sans irradiation chez un enfant par ailleurs asymptomatique. Le fait d'adresser un enfant chez un cardiologue pour investiguer un souffle physiologique est encore actuellement très fréquent et entraîne des coûts injustifiés. Dans

cette étude réalisée dans deux services de cardiologie pédiatrique d'hôpitaux universitaires français, tous les enfants présentant un souffle cardiaque, âgés de 2 à 18 ans, ont été inclus prospectivement. Les auteurs ont cherché à savoir si la disparition du souffle lors de l'auscultation en position debout était un critère fiable pour exclure un souffle pathologique, par comparaison à l'échocardiographie, prise comme examen de référence. Parmi 194 enfants inclus, 15% avaient un souffle cardiaque pathologique. La disparition complète du souffle en position debout excluait un souffle pathologique avec une bonne spécificité de 93% et une valeur prédictive positive de 98%, mais avec une moindre sensibilité de 60%.

Commentaire: La disparition du souffle en position debout chez un enfant asymptomatique, âgé

de plus de deux ans, est un test simple pour exclure une pathologie cardiaque avec un bon degré de certitude puisque, dans cette étude, seuls deux enfants avec cette caractéristique auscultatoire avaient un souffle d'origine organique. Les enfants avec une maladie génétique ou systémique relevante ou une anamnèse familiale de cardiopathie étaient exclus de l'étude. Il semble aussi prudent d'exclure les enfants provenant de pays à faible PIB ou de milieu défavorisé au vu du plus haut risque d'antécédents de rhumatisme articulaire aigu dans ces groupes.

Pr Nicolas Blondel
HFR Fribourg, Hôpital cantonal

Lefort B, et al. Auscultation while standing: a basic and reliable method to rule out a pathologic heart murmur in children. *Ann Fam Med* 2017;15: 523-8.



D.R.

AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE**ACTUALITÉS CARDIOLOGIQUES: SPASME CORONAIRE; NOUVELLES SPÉCIFICITÉS FÉMININES**

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Les 28^{es} Journées européennes de la Société Française de Cardiologie (SFC) se sont tenues du 17 au 20 janvier 2018 au Palais des Congrès de Paris. Cette manifestation réunit près de 8000 professionnels de santé et fédère les différentes composantes de la cardiologie française et européenne: cardiologues, universitaires et non universitaires, hospitaliers et libéraux – mais aussi les généralistes et autres spécialistes concernés par la médecine cardiovasculaire (diabétologues, angiologues, urgentistes, gériatres, anesthésistes-réanimateurs et hématologues). «Le caractère fédérateur de ces Journées européennes se retrouve également au travers de l'organisation de nombreuses sessions communes avec les sociétés savantes alliées, françaises, européennes, maghrébines, nord-américaine, d'Asie du Sud-Est et d'Afrique subsaharienne» soulignent les organisateurs.

Au sommaire du programme, on notait, cette année, la présence de Boris Cyrulnik, neurologue, psychiatre et éthologue, auteur de nombreux ouvrages à succès. Intitulé de sa conférence originale: «Les cœurs blessés».

Parmi les thèmes d'actualité abordés lors de ces rencontres figuraient «les spécificités du risque cardiovasculaire chez la femme», chapitre traité notamment par le Dr Stéphane Manzo-Silberman (Hôpital Lariboisière-Fernand Widal, Paris). On oublie trop souvent encore que la pathologie cardiovasculaire constitue aujourd'hui, dans de nombreux pays développés, la première cause de mortalité chez la femme, loin devant les pathologies cancéreuses. En France, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 51,4 décès pour 100000 femmes de 35 à 74 ans, dont 11,9 sont liés à la maladie coronaire. «Près de 40% des cas de syndromes coronaires aigus (SCA) admis dans les unités de soins intensifs, sont des femmes, a rappelé le Dr Stéphane Manzo-Silberman. Cependant,

ce sont les femmes qui présentent les taux de complications les plus élevés et les pronostics les plus défavorables. Dans les différents travaux publiés s'intéressant aux disparités de sexe dans le SCA, force est de constater que les femmes présentent plus de facteurs de risque et de comorbidités que les hommes.»

Jusqu'ici, l'âge moyen des femmes lors de leur premier événement coronaire était de 5 à 10 ans supérieur à celui des hommes. Il fallait compter, après la cinquième décennie, avec les modifications hormonales liées à la ménopause (niveaux de cholestérol total plus élevés, et surtout de LDL-cholestérol; fréquence plus élevée de patientes hypertendues et diabétiques). «Non seulement ces facteurs de risque sont plus fréquents, mais ils sont également à des niveaux de sévérité supérieurs au pronostic plus sombre, notamment pour le diabète, souligne le Dr Manzo-Silberman. Le taux de mortalité cardiovasculaire de la femme diabétique n'a pas régressé, alors que de nettes améliorations ont pu être consta-

tées chez l'homme diabétique.»

Jusqu'à présent, seul le tabagisme semblait moins présent, mais les tendances mises en évidence dans FAST-MI (French registry on acute ST-elevation and non ST-elevation myocardial infarction) sont assez alarmantes: de moins de 40% de femmes tabagiques actives en 1995, elles étaient plus de 70% en 2010. Cette forte progression concerne principalement les femmes les plus jeunes: plus de 80% des femmes présentant un infarctus avant l'âge de 50 ans sont des fumeuses... Et parallèlement à cet inquiétant phénomène, des nouveaux facteurs ont été mis en évidence dans le risque athéromateux:

le niveau d'inflammation supérieur, le déficit en œstrogènes, la résistance à l'insuline, une forme androïde d'obésité, l'inflammation chronique liée aux maladies systémiques. De même, le stress et la précarité semblent impacter plus significativement les femmes que les hommes.

Comment traduire ces données en pratique? «Devant une inflation des cas de SCA chez les femmes, notamment les plus jeunes (près de 20% d'augmentation de 2008 à 2013), les facteurs de risque doivent être activement recherchés et traités efficacement: contrôle de l'hypertension, recherche et équilibre du diabète, de l'hypercholestérolémie, lutte contre le tabagisme afin de contrecarrer l'évolution actuellement constatée» préviennent les spécialistes. On retiendra ici que plus de 80% des femmes présentant un infarctus avant 50 ans sont des femmes devenues dépendantes du tabac.

Autre thème traité lors de ces Journées européennes de la Société Française de Cardiologie: «Spasme coronaire: un défi diagnostique et thérapeutique». «Bien plus rare que l'athérosclérose (amenant à une sténose coronaire), le spasme coronaire, en diminuant le débit coronaire, reste l'une des principales causes d'hypoperfusion myocardique, a rappelé le Dr Benoît Lattuca (CHU de Nîmes). Sa prévalence est difficile à évaluer avec précision devant un diagnostic largement sous-estimé et souvent secondaire à des erreurs diagnostiques (avec près de 60% de coronarographies annoncées initialement "normales").»

Le développement de ce spasme coronaire est secondaire à l'association d'une dysfonction endothéliale et d'une hyperactivité des cellules musculaires lisses dont les stimuli peuvent être multiples. Ces derniers peuvent être médicamenteux, pharmacologiques mais surtout toxiques

(avec en particulier le tabac et la prise de cocaïne). «Bien que de diagnostic difficile, la présentation clinique joue un rôle prépondérant avec une douleur thoracique oppressante, parfois prolongée, de repos, particulièrement nocturne ou au petit matin, et pouvant être déclenchée par une hyperventilation, souligne le Dr Lattuca.

Cette douleur est habituellement résolutive sous dérivés nitrés ou inhibiteurs calciques – contrairement aux bêtabloquants qui ont tendance à augmenter les crises. Cette douleur se doit d'être associée à des modifications électriques transitoires (sus-décalage du segment ST, sous-décalage du segment ST ou

apparition d'une onde T ou U négative).»

Le «test de provocation» reste encore controversé même s'il demeure un critère diagnostique fort. L'induction pharmacologique d'un spasme coronaire est définie par une occlusion ou subocclusion (> 90%) d'une artère coronaire de manière transitoire. La constatation d'un spasme de plus faible intensité avec une sténose artérielle plus limitée ne doit donc pas, ici, conduire au diagnostic de spasme coronaire. Le spasme peut atteindre plusieurs troncs dans un tiers des cas, avec une prédominance d'atteinte de la coronaire droite. Dans tous les cas, le diagnostic ne doit pas se limiter à l'évaluation angiographique. Les principales indications actuellement re-

commandées du test de provocation (bien que de classes différentes selon les sociétés savantes) sont les suivantes: suspicion clinique forte devant des douleurs thoraciques répétées, résolutive sous dérivés nitrés sans relation à l'effort et apparaissant en fin de nuit; SCA en l'absence de lésion angiographique significative et d'autre diagnostic retenu; syncope inexplicable avec antécédent de douleur thoracique; persistance de douleurs thoraciques après un succès d'angioplastie coronaire.

«Il ne doit pas, en revanche, être réalisé en cas de sténose coronaire sévère, et particulièrement du tronc commun, ou de lésions instables au décours d'un SCA, souligne le spécialiste nîmois. Le test de provocation pharmacologique reste très peu proposé aujourd'hui et arrive souvent après un traitement empirique inefficace.»

Une fois le diagnostic posé, le traitement doit associer: un contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaire (avec un effort tout particulier porté sur le sevrage du tabac ou des autres toxiques); l'administration de dérivés nitrés sublinguaux en cas de crises; un traitement au long cours par inhibiteurs calciques. «L'implantation d'un défibrillateur en prévention secondaire reste discutée, conclut le Dr Lattuca. Elle peut être proposée en cas de spasme coronaire compliqué de troubles du rythme ventriculaire, si le test de provocation reste positif, sous traitement médical optimal et après sevrage du tabagisme.»

**PLUS DE 80%
DES FEMMES
PRÉSENTANT
UN INFARCTUS
AVANT L'ÂGE DE
50 ANS SONT
DES FUMEUSES**



D.R.