

## APPROCHES CHIRURGICALES NOVATRICES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

par

G.D. DREYFUS\*

Bien que la transplantation soit extrêmement efficace, cela restera toujours une option limitée en raison du nombre décroissant de donneurs. Jusqu'à maintenant, la transplantation cardiaque a été la référence réalisant deux objectifs : a) restaurer une fonction ventriculaire gauche normale. b) apporter un fort taux de survie de 70 % à 5 ans. Avant les transplantations cardiaques, les équipes chirurgicales avaient développé quelques options alternatives à la transplantation cardiaque. Il est nécessaire d'analyser différemment les cardiomyopathies ischémiques et idiopathiques car l'implication cardiaque n'est pas identique et en conséquence les options chirurgicales ne seront pas les mêmes. En ce qui concerne les cardiomyopathies ischémiques, il est nécessaire d'identifier le myocarde viable et si possible de quantifier la fibrose. Le scanner au thallium, la tomographie par émission de positons (PET scan), l'échographie sous dobutamine et plus récemment l'IRM peuvent grandement aider. Dans une série personnelle de patients avec une fraction d'éjection moyenne de 23 %, la mortalité hospitalière était de 6 % et la survie véritable atteignait 72 % à 6 ans. Ces patients peuvent aussi présenter des zones akinétiques ou dyskinétiques principalement dans la partie antéroseptale du myocarde. La restauration d'une taille adéquate mais de façon plus importante d'une forme adéquate (restaurant une forme elliptique) peut améliorer leur statut fonctionnel, leur fraction d'éjection et encore, cela est en cours d'investigation, une éventuelle augmentation de l'espérance de vie. Finalement, la valve mitrale dans les cardiomyopathies ischémiques peut devenir régurgitante suite à une dilatation annulaire ou un infarctus du myocarde. La réparation de la valve mitrale a montré qu'elle améliorait la capacité à l'exercice ainsi que la survie. En ce qui concerne les cardiomyopathies idiopathiques, la réparation de la valve mitrale et la réduction du ventricule gauche ont été proposées. Ces deux options peuvent avoir certaines

\* Royal Brompton and Harefield NHS Trust, Harefield hospital, Harefield, Grande-Bretagne.  
Traduit de l'anglais par le Docteur Catherine Alamovitch.

indications choisies, mais ne peuvent pas être considérées comme une réponse définitive pour tous ces patients. Toutes ces options ne sont que palliatives car elles améliorent la capacité fonctionnelle, la fraction d'éjection, parfois la consommation du pic d'oxygène, mais rarement le débit cardiaque est amélioré. Au-delà de la transplantation cardiaque orthotopique, les dispositifs d'assistance ventriculaire offrent des percées majeures – le relais à la transplantation reste très efficace, mais augmente le problème d'attribution des organes – de façon très intéressante le relais vers la guérison représente l'association d'un support mécanique et d'impacts pharmacologiques. La suppression de l'hypertrophie pathologique est alors remplacée par une hypertrophie physiologique qui est stimulée par un agoniste  $\beta_2$  appelé clenbutérol. Les patients retrouvent leur fonction ventriculaire gauche normale, un débit cardiaque normal, ainsi qu'une capacité normale à l'exercice. On pourrait tout aussi bien espérer qu'à plus ou moins long terme les dispositifs d'assistance ventriculaire seront assez petits, biocompatibles dans le but de devenir une vraie alternative à la transplantation cardiaque et de devenir des options permanentes. L'essai Rematch a déjà montré une différence significative à un et deux ans avec le traitement médicamenteux. Cependant, le taux de complications liées aux dispositifs montre clairement qu'un autre type doit être trouvé.