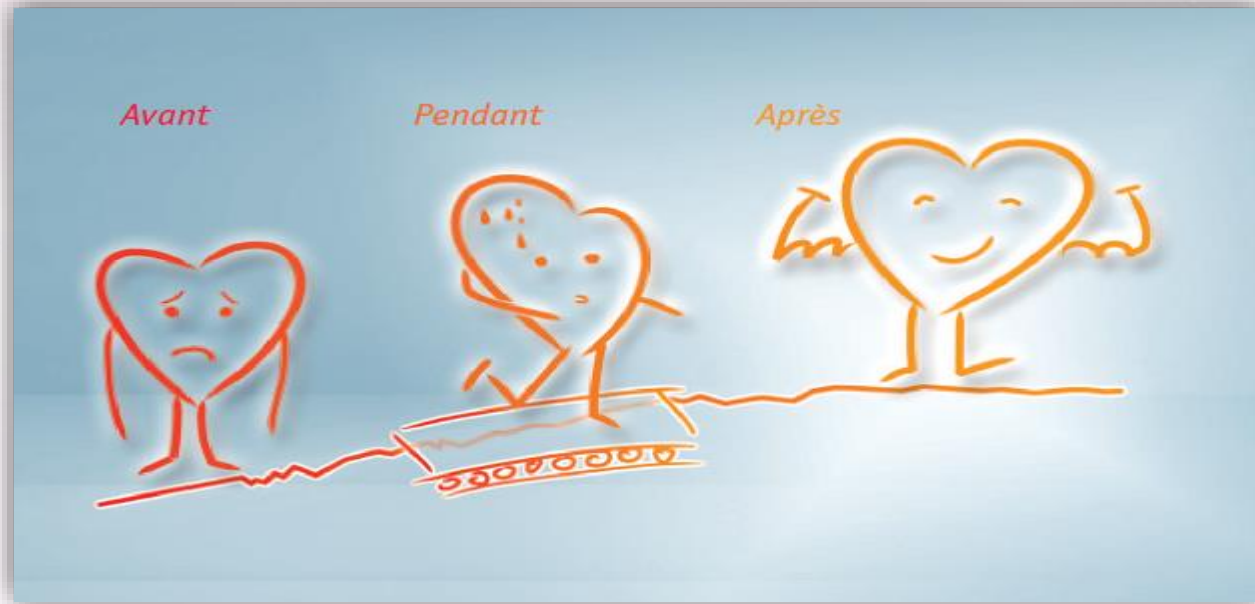


- ▶ **Atelier 14 : Prévention secondaire et réadaptation cardiaque: assurer la continuité de la prise en charge**

► Réadaptation du coronarien : pourquoi est ce indispensable ?



► Conflits d'intérêt

- **Conseil scientifique, présentations: Servier, Astra, Daichi**
- **Bourses de recherche: SFC, FFC, Sanofi**

Conflit d'intérêt à propos de la présentation d'aujourd'hui:

mon employeur principal est un centre de réadaptation

► La réadaptation est « obligatoire » chez tous les coronariens: Recommandation de grade I

- Après un événement aigu
- Après angioplastie
- Stables, symptomatiques ou non
- A bon ou mauvais VG

Car elle réduit au long cours¹ :

- La mortalité totale de 17 %
- La mortalité cardiovasculaire de 23 %
- Le taux de réhospitalisations de 31 %

► Question: Pourquoi réadapter



Un coronarien stable qui va bien ?

Un coronarien hospitalisé 3 jours pour un SCA ?

puisqu' ils ne sont pas déconditionnés ?

Homme 38 ans, cuisinier d' entreprise, tabac (30 cigarettes/j)

Idm inférieur inaugural ; coronarographie H2 :

- Occlusion monotronculaire S2 CD; FEVG normale
 - ATL + stent
- Retour à domicile J3 sous :
 - Bêtabloquant, IEC, aspirine, prasugrel, statine, patch nicotine 21 mg

► Evolution

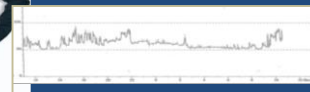
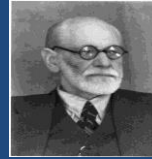
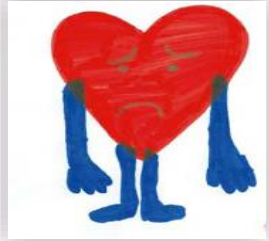
- Réhospitalisation urgences puis USIC à J 9 pour douleurs thoraciques
 - Coronarographie normale ; sortie J11 en ajoutant amlodipine (spasme ?)
- Réhospitalisation en Urgence J 18 pour lipothymies :
 - Hypotension artérielle
- Reprise tabagisme J 25
- Syndrome dépressif
- Reprise travail J95

Le raccourcissement de la durée moyenne de séjour en service aigu peut s'accompagner de :

- L'absence de relai rapide en ville :
 - Complications modérées mais invalidantes non ou mal prises en charge
 - Sentiment d'isolement
- La dédramatisation/négation :
 - Facteurs de risque négligés
- La dramatisation et la perte de repères
 - Je suis un grand cardiaque
 - Que puis-je faire (travail, sexe...) ?

► Le séjour en réadaptation permet une Prise en charge multidisciplinaire

Premier jour



► Un centre de réadaptation cardiaque n'est pas (qu') un club de gym...

- **Traitement des complications éventuelles**
 - Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, événements thromboemboliques, récives ischémiques...
- **Tabac et facteurs de risque** → **Réduction de mortalité**
- **Traitements : instauration, titration**
- **Education thérapeutique** → **Réduction de mortalité**
- **Exercice physique** → **Réduction de mortalité**
 - Etalonnage +++ (que puis je faire ?)
- **Psy, sexualité, réinsertion professionnelle**
-



Réadaptation: des risques ?

► Sécurité (1)

Y a-t-il un risque de thrombose de stent à l'exercice ?

Pourquoi cette question ?

- **Support physiopathologique (en particulier Idm sur coronaires saines)**
 - Majoration de l'agrégation plaquettaire à l'effort
 - Spasme d'effort et de récupération
 - Rupture de plaque
- **Quelques cas publiés**

► Sécurité (1)

Y a-t-il un risque de thrombose de stent à l'exercice ? ≈ non

- **1000 patients stentés**
- **Randomisation:**
 - EE maximale à J + 1
 - (n = 500) ou non (n = 500)
 - Fc max moyenne = 130 bpm
 - 9,5 METS
 - (9 METS ≈ 150 watts)
- **Endpoint: SCA avec thrombose de stent à J14:**
 - Groupe EE: n = 5
 - Groupe pas d'EE: n=5

► Sécurité (1)

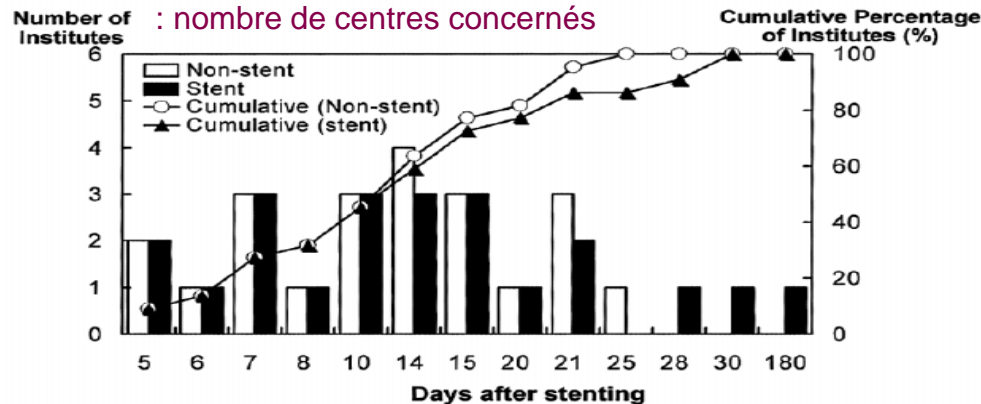
Y a-t-il un risque de thrombose de stent à l'exercice ?

• Etude Goto¹

- 1060 Idm stentés réadaptés
- Aucune occlusion liée à la réadaptation

• Etude Iliou²

- 1821 patients stentés
- EE à J17 (4-30)
- 18 sessions de reconditionnement



2 occlusions de stent
(0,8/10⁶/h d'entraînement)

► Sécurité (2)

Y a-t-il un risque de dégradation de la fonction VG à cause de l'exercice ?

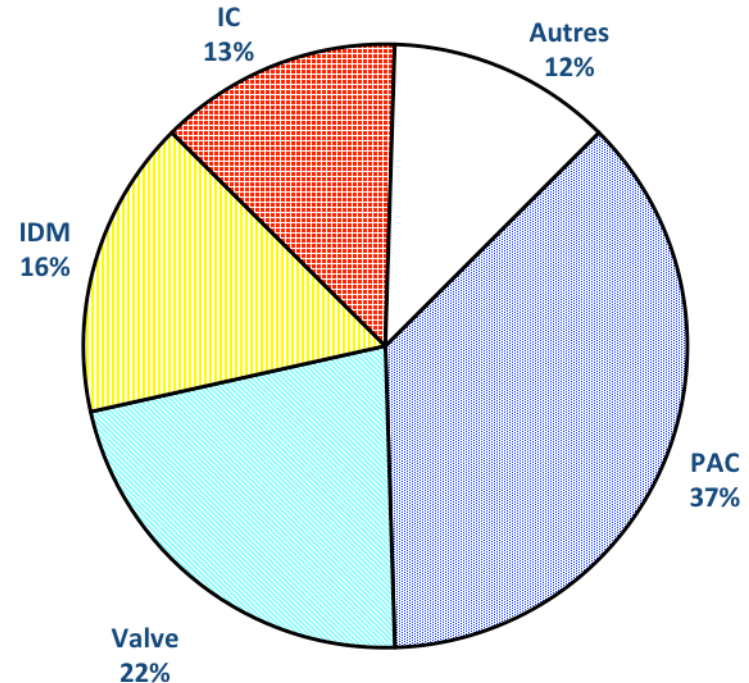
Méta-analyse de 12 études portant sur 500 patients:

- VTDVG et VTSVG réduits (modestement)
- Plus le reconditionnement débute tôt (1 semaine et plus il est prolongé (6 mois) plus l'effet est bénéfique

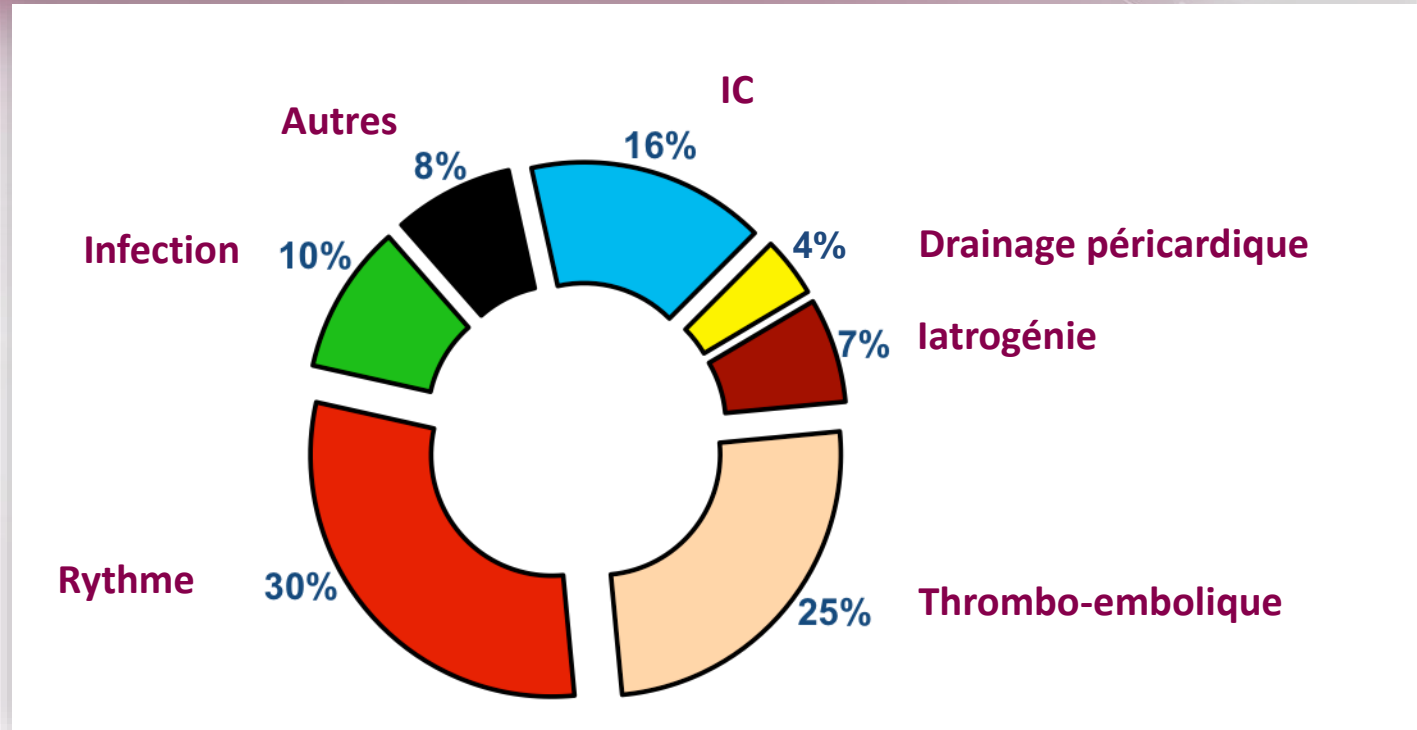
► Sécurité (3): le séjour en réadaptation permet le dépistage et la prise en charge de complications

Etude sur 1000 patients consécutifs en CRC

- Age : 61, 3 (23-89)
- Hommes : 63,5 %
- Femmes : 36,5 %
- Date d'entrée :
J11,2 ± 4,5 après un évènement aigu



► 1000 patients : 250 événements graves pendant les 3 semaines de suivi

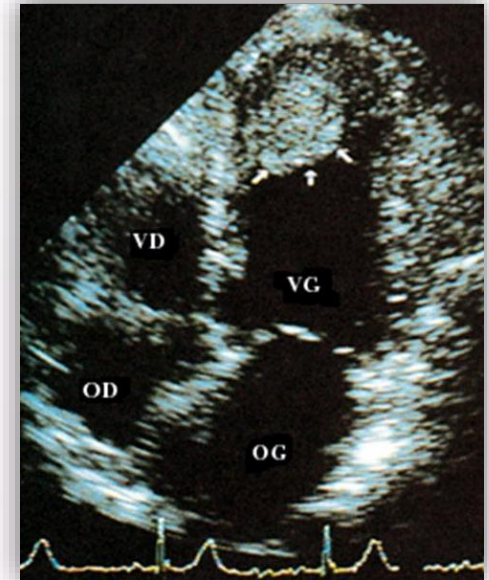


25 % des patients présentent un événement médical qui justifierait une ré-hospitalisation dans un service « aigu » s'ils n'étaient pas déjà en CRC

► Sécurité (4): Exemple: les Thrombus intra VG

Les TIVG:

- Rares depuis la généralisation des techniques de reperfusion (Idm plus petits)
- Mais
 - Mal dépistés car réduction des durées de séjour
 - Non prévenus par les antiagrégants
- Découverte d' un TIVG récent :
 - 6% des post Idm ant hospitalisés en réadaptation¹

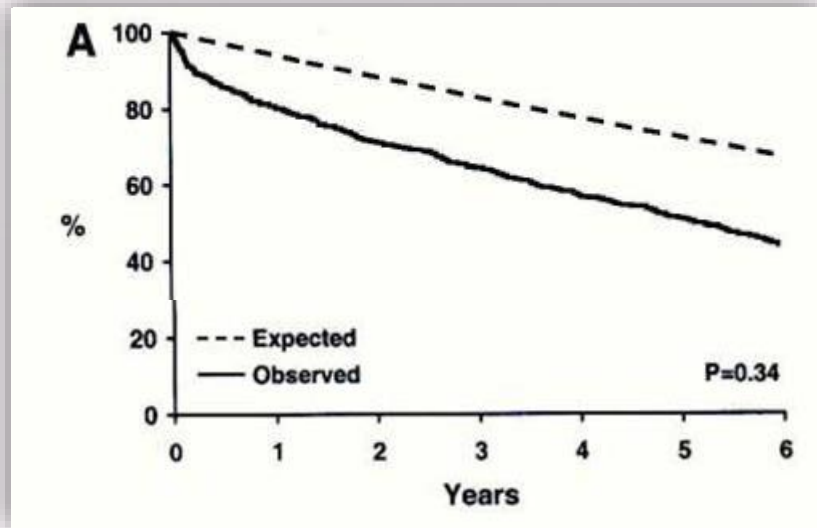


► Conclusion

- **Persistance des effets bénéfiques à long terme**

Car Réadaptation ≠ Exercice

1821 Infarctus dont 55 % participent à un programme de réadaptation



Mortalité à 3 ans :

- patients réadaptés : 5%

- patients non réadaptés : 36%

▶ Back up

eSCA le
coronaires

Liste des indicateurs de pratique clinique

13. Taux de prescription de réadaptation cardiovasculaire

Taux de patients IDM* ayant une prescription de réadaptation cardiovasculaire au décours d'un IDM

Numérateur	Nombre de patients IDM* : <ul style="list-style-type: none">- avec prescription de réadaptation cardiovasculaire- sans prescription, avec contre-indication ou refus du patient documentés
------------	---

18. Taux de réalisation de réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* avec réalisation d'un programme de réadaptation cardiovasculaire

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* ayant bénéficié d'un programme de réadaptation cardiovasculaire en hospitalisation ou en ambulatoire
------------	--

21. Taux d'information sur la nécessité d'une activité physique régulière en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* ayant été informés de la nécessité d'avoir une activité physique régulière lors de la 1^{ère} consultation

25. Taux de suivi de l'activité physique en post-infarctus 3 à 6 mois après la sortie

Taux de patients en post-infarctus* dont l'activité physique est évaluée 3 à 6 mois après la sortie

► La France n'est pas leader....
A nous de jouer !

Vous

Taux de réadaptation aux USA (Mayo Clinic) :

- Après Idm : 55 %¹
- Après angioplastie :
40 % dans les 3 mois², 60 % à 6 ans³

Taux de réadaptation en France⁴

- Après IDM : 23 %....

**L'absence de réadaptation d'un coronarien est
une « perte de chance »**

Witt. J Am Coll Cardiol 2004; 988-96.

Goel. Circulation 2011; 2344-52

Krishna. Am Heart 2011;161: 544-51

Bongard. Ann Cardiol Angeiol 2004; 93: 217-23