

Défibrillateur automatique

■ Tantôt sources d'une fibrillation qui impose une prise en charge urgente, tantôt témoins d'une fonction rythmique désorganisée nécessitant une resynchronisation, les troubles du rythme relèvent d'une prise en charge thérapeutique non médicamenteuse qui mériterait d'être généralisée.

En détectant, confirmant et corrigeant les troubles du rythme, le défibrillateur automatique semi-implantable (DAI) s'impose comme un outil de survie qui écarte le risque de mort subite cardiaque.

Mort subite : une pluralité de significations...

Considérée tantôt comme une pathologie symptomatique, tantôt comme un facteur de risque latent lorsqu'elle est asymptomatique, la fibrillation expose les patients à une dégradation vers la fibrillation auriculaire permanente en l'absence de traitement. Ses complications ont un impact significatif qui impose le recueil d'informations fiables. Cliniquement la mort subite d'une cardiopathie en grande asystolie diffère d'un infarctus du myocarde ancien et asymptomatique. Aussi importe-t-il de rechercher avec exactitude les mécanismes et les circonstances du décès. S'agit-il d'une mort naturelle, d'une perte brutale de connaissance, survenue dans l'heure, d'une maladie sous-jacente ou non ?

La mort subite est-elle liée à :

- une défaillance du muscle cardiaque, associée ou non à une insuffisance cardiaque clinique ?
- un infarctus massif qui prive le cœur d'oxygène et interrompt la circulation dans les artères coronaires ?
- une brusque accélération, voire une désorganisation totale du rythme cardiaque (fibrillation), cause de loin la plus fréquente, néanmoins réversible sous réserve d'une réanimation urgente ?

Dossier médical

■ Petite histoire des troubles du rythme.

Mis en évidence dès le 18^e et le 19^e siècle par des cardiologues britanniques, les troubles du rythme résument toutes les anomalies de conduction auriculoventriculaire et intra-ventriculaire et les perturbations du rythme normal (bradycardies et tachycardies). Avec l'émergence de la rythmologie au 20^e siècle apparaissaient en 1959 et en 1961 les premiers stimulateurs cardiaques implantables. Le traitement des troubles du rythme reposait jusqu'en 1970 essentiellement sur la prescription d'anti-arythmiques. Se confirmaient entretemps les possibilités du choc électrique externe pour arrêter une tachycardie ou défibriller.

Etat des lieux de la défibrillation en France : un constat catastrophique

Attirant l'attention des cardiologues, réunis à Cardiostim 2000, sur la pénurie française en DAI, le Pr. Massimo Santini a dressé un état des lieux catastrophique. L'Europe enregistre 7,9 millions de victimes de morts subites chaque année et seulement 5% de survivants à cet épisode aigu.

La France accuse un retard paradoxal avec seulement 12 implantations par million d'habitants. Elle arrive à égalité avec la Grèce loin derrière l'Allemagne avec 67 DAI par million d'habitants, et les U.S.A qui enregistrent 185 implantations par million d'habitants. Et cependant, chacun semble convaincu, de l'efficacité de cet appareil de survie, inventé et mis au point par le Docteur Michel Mirowsky de Baltimore (USA) en 1980.

“Rien n'a changé en 15 ans dans l'attitude des Français vis-à-vis de l'arrêt cardiaque”, s'indigne le Pr. R. Luceri (USA) “La mort cardiaque, reste encore à leurs yeux synonyme de belle mort”



implantable : la maîtrise des troubles du rythme

Défibrillateur implantable : le cœur sous haute surveillance

Les appareils actuellement sur le marché associent à une source d'énergie, un micro-processeur qui reconnaît le trouble du rythme avant de délivrer le message de défibrillation à partir de la source d'énergie. Leur durée de fonctionnement oscille entre 3 et 4 ans et demi.

Particulièrement recommandé aux patients, victimes de troubles du rythme ventriculaire graves qui échappent aux anti-arythmiques, aux méthodes ablatives ou à la chirurgie, et non-candidats à la transplantation, le défibrillateur réduit significativement la mortalité chez les patients implantés. Ceux-ci reprennent à court terme une vie professionnelle normale dans le meilleur des cas.

Mort subite et défibrillation
Première cause d'arrêt cardiaque en termes de fréquence, la fibrillation ventriculaire dont l'incidence est corrélée au vieillissement de la population est grevée d'un risque de mortalité élevé en l'absence de correction par choc électrique externe. Elle peut survenir chez un sujet jeune, cardiaque connu avec antécédent d'infarctus, ou porteur d'une hypertension évolutive). On dénombre seulement 2% de survivants à la fibrillation qui continue à faire des ravages avec 50 000 à 60 000 morts subites annuelles en France, qui soulignent une prise en charge inadéquate ou trop tardive.



Dossier médical

4 minutes pour sauver une vie
Lors d'une fibrillation, une minute de perte équivaut à 10% de chances de survie en moins. Il est donc essentiel de donner aux premiers intervenants la possibilité de défibriller le plus tôt possible. La délivrance d'un courant électrique dans le myocarde reste la seule thérapeutique réellement efficace pour stopper l'anarchie électrique qui caractérise la fibrillation ventriculaire. Certains pays ont bien compris l'ampleur de cette priorité et n'hésitent pas à équiper hôtels et lieux publics en défibrillateurs semi-automatiques utilisables par tout un chacun. Une fois encore, la France s'obstine à réserver l'usage des DAI aux médecins et personnel para-médical formé à la RCP.

Toutes les études économiques réalisées aux Pays-Bas, en Suisse et aux Etats-Unis concluent à un rapport bénéfice-risque nettement supérieur aux thérapeutiques médicamenteuses... Faut-il que l'hécatombe se poursuive alors qu'en multipliant par quatre le nombre de défibrillateurs, on épargnerait 2000 vies supplémentaires ?

Carole Brossard