

# 10 minutes d'exercice physique quotidien sont bénéfiques après implantation d'un DAI

Batya Swift Yasgur

16 août 2021

**Fairfax, Virginie USA** – Un modeste accroissement de l'activité physique journalière est garant d'un bénéfice significatif en termes de survie à un an chez les patients avec une insuffisance cardiaque (IC) et une maladie coronaire ayant reçu l'implantation d'un défibrillateur automatique (DAI).

« Notre étude a regardé quel niveau d'activité physique était nécessaire pour générer une meilleure évolution à des patients précédemment implantés avec un DAI et pour chaque séquence de 10 minutes d'exercice, nous avons constaté une diminution de 1% dans la survenue des décès et des hospitalisations, cela s'avère être impact particulièrement intéressant sur l'évolution avec seulement un léger niveau d'activité physique supplémentaire chaque jour » commente le **Dr Brett Atwater**, premier auteur de l'article, pour [theheart.org/Medscape Cardiology](https://www.theheart.org/Medscape_Cardiology).

« Ces effets bénéfiques ont été obtenus en dehors d'un programme de réadaptation cardiaque (RC) classique suggérant que les bénéfices liés à l'augmentation de l'activité physique en dehors d'un programme peuvent être aussi obtenu à domicile. »

Les programmes de réadaptation cardiaque ont permis d'améliorer le pronostic à court et long termes chez les patients ayant une insuffisance cardiaque mais ils sont encore sous utilisés, notamment chez les femmes, les patients âgés et les minorités. La RC à domicile pourrait surmonter cette carence, mais les données scientifiques sous-jacentes sont relativement nouvelles, remarque le Dr Atwater, directeur du département d'électrophysiologie et de la recherche électrophysiologique à Inova Heart and Vascular Institute (Fairfax, Virginia).

L'étude publiée dans *Cardiovascular Quality and Outcomes* a inclus 41 731 patients bénéficiant de l'assurance de santé *Medicare* (âge moyen : 73,5 ans) et ayant un DAI implanté entre 2014 et 2016 <sup>[1]</sup>.

Les capteurs du rythme cardiaque et du niveau d'activités du DAI ont été utilisés afin d'établir un seuil personnalisé d'Activité Physique (AP) au cours des 3 semaines suivant l'implantation du DAI. Ensuite, le DAI enregistrait l'AP quand ce niveau seuil était dépassé. L'activité physique basale moyenne était de 128,9 minutes par jour.

Durant les trois ans de suivi, un quart des patients sont décédés et la moitié a été hospitalisée pour défaillance cardiaque. Sur leur population totale, seulement 3,2% avaient participé à une RC.

Comparés aux non-participants, ceux qui avaient effectué le programme étaient plus volontiers d'origine caucasienne (91,0% vs 87,3%) de sexe masculin (75,5% vs 72,2%)

diabétiques (48,8% vs 44,1%) et étaient atteints d'une cardiopathie ischémique (91,4% vs 82,1%) ou d'une insuffisance cardiaque congestive (90,4% vs 83,4%).

Les participants à la RC ont effectué en moyenne 24 séances, permettant une augmentation de la durée moyenne quotidienne de l'AP de 9,7 minutes. Dans le même temps, chez les patients non-participants à la RC, la durée moyenne journalière de l'AP a diminué de 1,0 minute ( $P < 0,001$ ).

Le niveau de l'AP est resté « relativement constant » pendant les premiers 36 mois du suivi chez les participants à la RC avant de diminuer. Alors que chez les non-participants, à l'inverse, le niveau de l'AP a diminué graduellement au cours du suivi, avec une décroissance annuelle médiane de - 4,5 min/jour.

Après ajustement, l'analyse a montré que chaque augmentation quotidienne de 10 min d'AP était associée à une réduction de 1,1% du risque de décès (Hazard Ratio [HR] 0,989 ; IC 95% : 0,979-0,996) et d'une diminution du risque d'hospitalisation de 1% (HR : 0,99 ; IC 95% : 0,986-0,995) à un an de suivi ( $P < 0,001$ ).

A l'aide du score de propension en appariant les patients participants au CR avec les non-participants en fonction de critères démographiques, des comorbidités et du niveau moyen d'AP, les participants au programme RC avaient un risque significativement moindre de décès à 1 an (HR : 0,76 ; IC 95% : 0,69-0,85). Cette différence de risque a persisté à 2 et 3 ans de suivi.

Cependant, quand les chercheurs après ajustement supplémentaire sur les changements de l'AP durant la RC ou sur la même période de temps après l'implantation, il n'y avait pas de différence de mortalité à 1 an que les patients aient suivi ou non la RC (HR : 1,00 ; IC 95% : 0,82-1,21).

Le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ne diffèrait pas entre les deux groupes dans les deux modèles du score de propension.

Contrairement aux enregistreurs portables, les appareils implantés « ne donnent pas aux patients de renseignements concernant le niveau d'AP – seulement aux fournisseurs – et il serait intéressant de savoir si en informer les patients les motiveraient pour accomplir plus d'activité physique » a commenté le Dr Atwater.

L'équipe est actuellement en train d'enrôler des patients dans une étude de suivi, dans laquelle les patients auraient par l'intermédiaire de leur DAI de telles informations « pour transformer ces intéressantes données d'observation en un moyen conduisant à des améliorations » explique-t-il.

Commentant pour [theheart.org/Medscape Cardiology](http://theheart.org/Medscape_Cardiology), le **Dr Melissa Tracy**, Rush University Medical Center, Chicago, déclare que l'étude réitère « l'abyssale sous-utilisation de la RC ».

« Seulement environ 3% des patients relevables de la réadaptation cardiaque en bénéficient, de ce qui est considéré comme une recommandation de classe 1, de niveau d'évidence A, en termes d'utilité » insiste-t-elle.

Pour le Dr Tracy qui est également membre de l'*American College of Cardiology's Prevention of Cardiovascular Disease Section Leadership Council* l'étude « apporte de l'eau au moulin de l'indispensable réadaptation cardiaque » et souligne l'importance de proposer une offre alternative au domicile.

« Une des raisons pour lesquelles les femmes, les minorités et les patients âgés ne participent pas à la réadaptation est qu'il faut s'y rendre, trouver une personne pour les y conduire, ou bien ils ont d'autres responsabilités-spécialement les femmes, qui sont souvent les premières à prendre soin des autres » dit-elle. « Pour les femmes et les hommes, la pression du retour au travail et des charges familiales signifie qu'elles (ou ils) ne peuvent pas s'offrir le luxe de participer à la réadaptation cardiaque ».

Les limites de cette étude sont une participation féminine de 24% et la présence de seulement 6 % de patients d'origine africaine, de plus les résultats ne peuvent probablement pas être généralisés aux patients de moins de 65 ans, notent les auteurs. Il est aussi possible que l'implantation préalable ait, en un sens, protégé la cohorte de la survenue de décès de cause arythmique et il n'est pas sûr que des résultats équivalents puissent être obtenus chez des patients non porteur de DAI.