

Mot du président



Photo: Robert L. Lachance

La Société québécoise d'insuffisance cardiaque a évolué de façon phénoménale depuis sa création, en octobre 2003. C'est ce qu'ont bien compris plus d'une centaine de professionnels du milieu de la santé réunis le 1^{er} avril dernier dans le cadre d'un Atelier scientifique organisé par le Comité de réseautage de la SQIC. Ceux-ci ont partagé leurs connaissances scientifiques, trouvé des solutions à des problèmes rencontrés quotidiennement et ont été initiés à de nouveaux outils de travail qui seront bientôt mis à leur disposition pour faciliter le suivi des patients. Cette journée s'est terminée par l'Assemblée générale annuelle des membres de la SQIC qui a félicité le bon travail de ses administrateurs. L'occasion a aussi permis de regarder les projets en cours de réalisation et ceux à venir.

Parmi ces projets, je vous annonce que nous avons accepté une soumission pour le développement d'une application Web en remplacement du logiciel Vision C utilisé actuellement dans plusieurs hôpitaux du Québec. C'est l'équipe d'informaticiens de monsieur Charles Brochu attachée à l'Hôpital Sacré-Cœur qui sera la conceptrice de ce nouveau logiciel. Parallèlement à cette entente nous avons aussi conclu un contrat pour le développement d'un site Internet. De l'information de pointe y sera transmise et permettra une communication constante avec nos membres.

Le comité scientifique, sous la responsabilité du D^r Michel White, vient tout juste de terminer le programme du symposium annuel SQIC-2005. Celui-ci sera partagé en deux thèmes distincts. **Vendredi le 30 septembre** sera dédié principalement aux médecins de famille, infirmières, pharmaciens ainsi que d'autres intervenants de la santé. La journée aura pour titre « Médecine familiale et insuffisance cardiaque : Détection et prise en charge au bureau ». Le contenu du **samedi 1^{er} octobre** s'adressera aux spécialistes et autres professionnels intéressés au traitement de l'insuffisance cardiaque et s'intitulera « Mise à jour sur l'insuffisance cardiaque et les co-morbidités associées ».

Pour vous mettre en appétit permettez-moi de vous annoncer la venue du D^r Jonathan G. Howlett du Queen Elizabeth II d'Halifax. Celui-ci nous livrera une conférence sur "The Burden of Heart Failure Disease: What have we learned from ICON?" Autre fait intéressant une pléiade de conférenciers participera à un pot-pourri de sujets d'intérêt en insuffisance cardiaque.

Petites conférences de dix minutes, nous y retrouverons les D^{rs} Philippe Pibarot, Eileen O'Meara et les pharmaciens Sylvain Côté et Simon de Denus.

Un contenu de symposium qui reflète la cohésion qui se dessine à la SQIC dans le but de maintenir la qualité de l'acte professionnel !

Normand Racine, MD, FRCPC
Président de la SQIC
Normand.racine@icm-mhi.org

Dans ce numéro

- > Mot du président, D^r Normand Racine, p. 1
- > Mot de la rédactrice en chef, D^{re} Anique Ducharme, p. 2
- > Cas en insuffisance cardiaque, D^{re} Marie-Hélène Leblanc, p. 2
- > Les thiazolidinediones (TZD). La goutte d'eau qui fait déborder le vase ? Denis Brouillette et Simon de Denus, pharm., p. 3
- > Traitement prophylactique avec défibrillateur automatique implantable (DAI), D^{re} Anique Ducharme, p. 3 et 4
- > Update from the Committee of the Heart Failure Clinic Network, D^{re} Caroline Michel, p. 3
- > Nos membres partenaires : des coéquipiers indispensables ! p. 4
- > Agenda, p. 4
- > Membres partenaires (liste partielle), p. 4
- > Règlements, p. 4

Symposium/Exposition annuels SQIC 2005

Vendredi 30 septembre et samedi 1^{er} octobre
Hotel Loews Le Concorde – Québec



FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN LIGNE : <https://www.qvc.qc.ca/sqic/septembre>

Un mot de la rédaction

par Anique Ducharme MD, MSc.



Bienvenue à cette édition printanière du Chroni-Cœur !

Même si le beau temps tarde à se joindre à nous pour cette période de l'année, nous sommes fins prêts à vous livrer notre dernière mouture avant la pause estivale. Tout d'abord, notre président fera un retour sur la première « réunion réseau SQIC », impliquant à la fois les cliniques d'insuffisance cardiaque du Québec et les groupes de médecine familiale. Cette première rencontre a suscité énormément d'intérêts de part et d'autre, tout en permettant de débroussailler bien du chemin afin d'arriver à notre but ultime : la création d'un réseau intégré d'IC au Québec. Ensuite, D^e Marie-Hélène LeBlanc fera un retour sur le cas clinique qu'elle nous avait présenté au dernier numéro, tout en mettant en lumière les diverses suggestions reçues de votre part.

Ensuite, je vous présenterai brièvement la littérature récemment publiée touchant particulièrement les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Pour une fois, il ne sera pas question de pilules... D'ailleurs, comme vous le savez tous, nos patients ingurgitent quotidiennement une quantité impressionnante de médicaments, tous démontrés efficaces dans de grandes études cliniques. Mais vous savez également que les nombreuses co-morbidités qui les affligent les obligent à prendre d'autres types d'agents pour ces maladies concomitantes, lesquels peuvent avoir une influence sur la stabilité de leur insuffisance cardiaque. Un exemple bien connu constitue la prise d'anti-inflammatoires. Mais saviez-vous que certains agents qualifiés de révolutionnaires dans le traitement du diabète peuvent avoir des effets néfastes sur nos patients ?

Les thiazolidinediones (ou TZD) représenteraient-ils la goutte d'eau qui fait déborder le vase ? À vous de juger, après lecture du dossier de nos pharmaciens attirés, messieurs Denis Brouillette et Simon de Denus.

En terminant, je profite de l'occasion qui m'est donnée via le Chroni-Cœur pour vous souhaiter une très agréable lecture, mais surtout un repos estival bien mérité, vous artisans de la première heure qui avez travaillé avec acharnement pour faire de votre Société ce qu'elle est, et mieux encore, ce qu'elle est en voie de devenir. Merci.

***N'oubliez pas,
vos commentaires
sont toujours
les bienvenus.***



Cas en insuffisance cardiaque : ...suite

Merci à ceux qui m'ont écrit au sujet de M. Côté, patient que j'avais présenté lors du dernier numéro.

Vos suggestions et commentaires ont été appréciés.

Le patient a eu une cardioversion électrique en février dernier, qui n'a pas tenu le coup. Il est actuellement en FA bien contrôlée (avec un QRS fin).

Au bilan hémodynamique droit, on notait :

TVC 19, VD 57/2, AP 60/24 moyenne 36,
Wedge 26 onde V 37-40
DC 2.5 l/min., R pulm : 4 Wood

Le patient a reçu un bolus de Primacor qui a peu changé ses pressions pulmonaires. Le Wedge est passé de 28, l'onde V à 30 et la TVC à 15. Le DC est passé à 4 l/min et les RP ont Ø à 3 Wood. Les diurétiques ont été ajustés.

Il a actuellement une créatinine à 125 et une anémie à 110.

Nous avons discuté du patient en réunion médico-chirurgicale et le consensus a été de lui offrir un RVM ± PAC selon le résultat de la prochaine coronarographie. Le risque est évalué à modéré et ce patient n'est pas un candidat à la greffe pour d'autres raisons médicales. Je vous tiendrai au courant du suivi.

Marie-Hélène LeBlanc, MD, FACC

Cardiologue

Responsable de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation, Hôpital Laval
marie-helene.leblanc@med.ulaval.ca

Les thiazolidinediones (TZD). La goutte d'eau qui fait déborder le vase ?

Les cliniciens sont maintenant bien sensibilisés à l'importance du traitement agressif des patients diabétiques. Toutefois, parmi les options de traitement possibles, plusieurs facteurs feront en sorte qu'un agent sera sélectionné plutôt qu'un autre. Récemment, plusieurs rapports de cas ont lié l'utilisation des TZD (Avandia [rosiglitazone], Actos [pioglitazone]) à la rétention hydro-sodée et même à des œdèmes pulmonaires. Certains facteurs semblent prédisposer au développement de ces événements : insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 40 %, l'insuffisance rénale et l'insulinothérapie concomitante.

Plus récemment, une étude observationnelle rapporta que l'utilisation des TZD chez les insuffisants cardiaques pourrait être associée à une réduction de la mortalité, tout en notant quand même une augmentation significative des hospitalisations.

Les données associant la rétention liquidienne et les TZD ont été considérées suffisantes pour que l'American Heart Association et la American Diabetes Association émettent des recommandations sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chez qui on considère initier un traitement aux TZD. Une approche prudente sur l'utilisation des TZD chez ces patients est soulignée. Ainsi, bien que les TZD puissent demeurer une option de traitement chez certains patients judicieusement sélectionnés, l'importance du suivi du poids et des autres signes reliés à l'apparition de rétention liquidienne chez le patient devient encore plus importante dans ce contexte. Des études additionnelles sont nécessaires afin de clarifier la place des TZD chez cette population.

Simon de Denus, pharmacien, M. Sc.
Chargé d'enseignement, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal
Fellow en recherche cardiovasculaire,
Institut de Cardiologie de Montréal
simon.dedenus@imc-mhi.org

Denis Brouillette, pharmacien, D.Ph.
Institut de Cardiologie de Montréal
denis.brouillette@icm-mhi.org

Références suggérées :

American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care 2005; 28: S4-S6.

Nesto RW, et al. *Thiazolidinedione use, fluid retention, and congestive heart failure: a consensus statement from the American Heart Association and American Diabetes Association*. Circulation 2003;108:2941-8.

Update from the Committee of the Heart Failure Clinic Network

As winter came to a close we invited all of the members from GMF and Heart Failure Clinics across Quebec to join us in Montreal on April 1. We had a fantastic turnout of 150 participants for various scientific lectures and workshops aimed towards Heart Failure Management and delivery of heart failure care in this province. We now have close to 30 active clinics within the network and look forward to ongoing communication and teaching once our new software is completed and functioning. We hope to see you all in Quebec City on September 30th and October 1st for the 2005 Annual Symposium and Exposition where we will continue to work towards cohesive heart failure management within the province. In addition to that, the new software should be ready and we will most probably have a specialist at an exhibit booth to present its multiple capabilities. Mark your agenda for this exciting provincial event!



Photographie : Service audio-visuel du GHF

DRS. CAROLINE MICHEL, RICHARD SHEPPARD AND SCOTT JACKSON, HEART FAILURE CLINIC NURSE

Caroline Michel, MD, FRCPC
cmichel@cardio.jgh.mcgill.ca

Traitement prophylactique avec défibrillateur automatique implantable (DAI)

par Anique Ducharme MD, MSc.

Malgré l'amélioration du traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque, le décès par mort subite demeure la cause première de mortalité chez les patients avec symptômes légers à modérés (NYHA II). Les modèles actuels de défibrillateurs implantables possèdent plusieurs caractéristiques qui ne sont pas directement reliées à l'analyse de l'arythmie et la livraison de choc (ex. Thérapie de Resynchronisation Cardiaque ou TRC, plus communément appelée « pacemaker bi-ventriculaire » qui feront l'objet d'une discussion subséquente dans une prochaine livraison du Chroni-Coeur). La valeur des DAI en prévention secondaire de mort subite est reconnue depuis de nombreuses années. Des études cliniques ont récemment évalué la valeur d'un traitement prophylactique avec DAI avec dysfonction systolique. L'étude MADIT-II¹ incluait des patients ayant eu un infarctus du myocarde dans le passé et fraction d'éjection abaissée. Aucune évaluation arythmique, qu'elle soit invasive ou non n'était requise, et moins du tiers des patients avaient des symptômes de défaillances cardiaques sévères (NHYA III) ; les patients en classe IV en étaient exclus. 1 232 patients ont été étudiés, et une réduction globale de 31 % dans les risques de décès durant les quatre ans de suivi a été obtenue chez les patients avec défibrillateur lorsque comparé au traitement conventionnel, (RR absolu de 5,6 %). Les bénéfices de survie devenaient apparents seulement 9 mois après le début du traitement.

La valeur bénéfique d'implantation de DAI prophylactique pour les patients avec cardiomyopathie dilatée a été récemment démontrée dans l'étude SCD-HeFT², ou 2 521 patients de classe fonctionnelle NYHA II et III (sous traitement médical optimal, incluant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et beta-bloquants) et fraction d'éjection 35 % ont été étudiés. Les symptômes d'insuffisance cardiaque devaient être présents depuis au moins 3 mois. Il y avait répartition aléatoire entre l'implantation d'un défibrillateur, versus l'utilisation de l'amiodarone. Le DAI a mené à une réduction de 23 % de la mortalité après 2.5 années de suivi, alors que l'amiodarone ne présentait aucun bénéfice comparativement au placebo, et ce tant chez les patients souffrant de cardiopathie ischémique que non-ischémique.

EN AVONS-NOUS LES MOYENS ?

Malgré ces résultats probants, plusieurs cliniciens se questionnent encore sur la valeur coût/bénéfices d'un tel traitement. Un groupe de chercheurs de l'université **Duke** a récemment publié une analyse rétrospective de leur cohorte (1986-2001) de patients incluant dans leur **Duke's Cardiovascular Database** (suivi systématique de tous les patients ayant un cathétérisme cardiaque, à T0, 6 mois, 1 an puis suivi annuel) et répondant aux critères de MADIT-II afin d'évaluer les répercussions tant cliniques qu'économiques de l'implantation d'un défibrillateur³. L'étude a comparé le devenir de ces patients à la mortalité qu'ils auraient théoriquement eu après implantation d'un défibrillateur, selon les résultats de MADIT-II : « groupe défibrillateur virtuel ». Le suivi moyen des patients est de 3 ans (maximum de 15 ans). Les auteurs ont effectué un travail complexe de modélisations, ajustements, projections, calculs, etc. pour aboutir à un coût annuel par année de vie gagnée. Malgré certaines différences entre la population du registre de Duke et

(suite à la page 4)

(suite de la page 3)

celle de MADIT-II, leur survie était globalement comparable. Ils concluent que le coût de cette technologie est élevée: 50 500 dollars (US) par année de vie gagnée, mais elle prolonge l'espérance de vie de 1,8 ans. Ces coûts sont comparables à ceux de la dialyse pour un patient avec insuffisance rénale terminale en Amérique du Nord.

CONCLUSION :

L'utilisation de défibrillateurs implantables en prévention primaire de mort subite chez les patients avec insuffisance cardiaque et dysfonction systolique est un traitement reconnu efficace qui devrait être considéré chez nos patients dont l'espérance de vie « autre » semble adéquate. Son utilité dans les cas réfractaires (NYHA IV) est discutabile puisqu'on risque de changer uniquement le mode de décès (par insuffisance cardiaque plutôt que subitement), à moins d'y associer une thérapie de resynchronisation.

Avant de référer pour possible implantation, il est important de réévaluer la classe fonctionnelle du patient de même que sa fraction d'éjection. En effet, cette thérapie a été démontrée efficace en supplément aux traitements standards, chez des patients avec FEVG très abaissée malgré un traitement médical optimal.

- 1- Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, Klein H, Wilber DJ, Cannom DS et al. *Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction*. N Engl J Med 2002; 346(12): 877-883.
- 2- Bardy GH, Lee KL, Mark DB, Poole JE, Packer DL, Boineau R, Domanski M, Troutman C, Anderson J, Johnson G, McNulty SE, Clapp-Channing N, Davidson-Ray LD, Fraulo ES, Fishbein DP, Luceri RM, Ip JH; *Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure*. N Engl J Med. 2005 Jan 20;352(3):225-37.
- 3- Al-Khatib SM, Anstrom KJ, Eisenstein EL, Peterson ED, Jollis JG, Mark DB, Li Y, O'Connor CM, Shaw LK, Califf RM. *Clinical and economic implications of the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial-II*. Ann Intern Med. 2005 Apr 19;142(8):593-600.

Agenda

17 au 20 juin 2005	Annual Meeting of the European Society of Hypertension	Milan, Italie info@eshonline.org
17 au 21 juin 2005	International Society of Heart Valve Disease	Vancouver, CB congress@venuewest.com
26 au 30 juin 2005	1 ^{er} Congrès international interdisciplinaire sur les urgences l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)	Montréal, Québec Palais des Congrès de Montréal
16 au 19 juillet 2005	Academy of Cardiology 12th World Congress on Heart Disease-New Trends in Research, Diagnosis and Treatment	Vancouver, CB Klmedco@ucla.edu www.cardiologyonline.com/ /wchd05/more_info.htm
3 au 7 septembre 2005	Congrès annuel de la Société Européenne de Cardiologie	Stockholm, Suède congress@escardio.org www.escardio.org
30 septembre et 1 ^{er} octobre 2005	Symposium de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (SQIC)	Loews, Le Concorde, Ville de Québec Tél. : (514) 376-3330 # 3947 huguette.savard@icm-mhi.org
22 au 26 octobre 2005	58th Canadian Cardiovascular Congress	Montréal, PQ Tél. : (613) 569-3407 ccsinfo@ccs.ca, www.ccs.ca
25 au 27 novembre 2005	5 ^e congrès annuel de la Société des du Québec sciences vasculaires «Les nouvelles thérapies : une approche multidisciplinaire»	Marriott, Château Champlain, Montréal PQ ssvq@earthlink.net www.ssvq.org
13 au 16 novembre 2005	American Heart Association annual meeting	Dallas, Texas http://scientificsessions.americanheart.org
9 au 11 décembre 2005	38th Annual New York Cardiovascular Symposium: Major Topics in Cardiology Today	New York, New York www.acc.org/education/ programs/programs.htm
11 au 14 mars 2006	"American College of Cardiology" 55 ^e Session Scientifique Annuelle	Atlanta, Georgie, États-Unis www.acc.org/2006ann_meeting/home/home.htm

NOS MEMBRES PARTENAIRES : DES COÉQUIPIERS INDISPENSABLES !

D' Normand Racine et un certain nombre d'administrateurs de la SQIC rencontraient le 4 mai dernier des directeurs et représentants de compagnies pharmaceutiques, d'équipement et de fournitures du milieu de la défaillance cardiaque. L'occasion lui a été donnée de partager avec les participants les résultats des projets mis de l'avant au cours de la dernière année et de présenter les actions en cours et futures.

Lors de la période de questions, les participants ont soulevé certains points tels que :

- la traduction de documents;
- la façon de sélectionner les cliniques;
- le rôle du membre partenaire dans la création d'Ateliers ou de Préceptorats;
- l'augmentation du nombre de GMF au Québec;
- les communications de la SQIC en général.

Cette rencontre a permis de mieux se connaître, de consolider des liens et d'aider à poursuivre le développement de la SQIC dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité des soins pour les patients avec insuffisance cardiaque.

La SQIC demeure toujours ouverte aux commentaires de ses membres. Toute nouvelle idée qui rencontre les objectifs reliés à sa MISSION est la bienvenue !



Photos : Robert L. Lachance



SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
A/S D' Normand Racine
5 000, rue Bélanger Est
Bureau S-2410
Montréal (Québec)
H1T 1C8
Tél. : (514) 376-3330 #3947

Le bulletin d'information SQIC est tiré à 1 500 copies, trois fois par année. Les textes et illustrations ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite de l'éditrice de la SQIC. Les opinions exprimées dans le bulletin d'information SQIC ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditrice ou de la SQIC. De plus, les produits et services dont il est fait mention dans le bulletin d'information ne sont ni approuvés, ni recommandés par la SQIC, sauf quand il en est fait mention formellement.

Merci à nos membres partenaires pour leur don sans restriction à l'ÉMC.

