

Mot du président



Photo : Robert L. Lachance

L'automne 2005 s'avère plein d'activités pour la Société québécoise d'insuffisance cardiaque. Parmi celles-ci, le 2^{ième} Symposium annuel de la SQIC, tenu à Québec le 30 septembre et 1^{er} octobre 2005, a été un grand succès avec 267 professionnels de la santé. Le docteur Jonathan Howlett fut notre invité spécial et nous a entretenu sur le projet ICON et l'expérience acquise par le réseau d'insuffisance cardiaque en Nouvelle-Écosse. Nous prévoyons faire le 3^{ième} Symposium annuel de la SQIC à Montréal les 29 et 30 septembre 2006 avec des invités provenant du Canada, des États-Unis et d'Europe.

Par ailleurs, la SQIC a développé son site web : www.sqic.org. De façon parallèle, le Comité de validation, présidé par le docteur Martine Montigny, travaille sur un projet qui implique l'uniformisation de l'information transmise aux patients et leur famille et vise la création d'un livre qui leur sera remis gratuitement.

Au cours des prochains mois, nous prévoyons faire des ateliers régionaux afin de mieux connaître les besoins des membres et des omnipraticiens. De plus, un projet de préceptorat est maintenant disponible pour les médecins de famille désirant se familiariser avec le suivi et le traitement ambulatoire des patients avec insuffisance cardiaque.

L'un de nos projets les plus actifs demeure la création d'un dossier patient informatisé. Le Comité de réseautage travaille actuellement sur l'élaboration d'un logiciel « web-based » sécurisé qui permettra aux cliniques d'insuffisance cardiaque, les GMF, CMA et autres cliniques médicales d'être en réseau et de partager des dossiers médicaux communs. À noter, le concours pour trouver un nom pour ce logiciel demeure actif. Faites-nous parvenir vos suggestions à : sqic@icm-mhi.org. Le gagnant se verra offrir un ordinateur de poche de type « PALM ». Le concours se terminera le 2 décembre 2005.

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^r Anique Ducharme, p. 2
- > Cas en insuffisance cardiaque,
D^r Marie-Hélène Leblanc, p. 2
- > Utilisation contemporaine de
la digoxine, Denis Brouillette et
Simon de Denus, pharm., p. 3
- > Question d'assiduité, Sonia Heppel
et Nathalie Nadon, inf., p. 3
- > Web site News,
D^r Richard Sheppard, p. 3
- > Un nouveau venu,
le comité de validation
D^r Martine Montigny, p. 3
- > Études de la Société Européenne de
Cardiologie, D^r Michel White, p. 4
- > Le symposium 2005 en photos, p. 4
- > Membres partenaires
(liste partielle), p. 4

Symposium/Exposition annuels SQIC 2005 Hôtel Loews Le Concorde – Québec

Photos : M^{me} Louise Leblanc

Un mot de la rédaction

par Anique Ducharme MD, MSc.



Bienvenue à cette nouvelle édition du Chroni-Cœur !

Tout d'abord j'aimerais souhaiter la bienvenue à M^{me} Lorraine Dépelteau, qui prend la relève de M^{me} Savard et devient en quelque sorte la colonne vertébrale de la SQIC, de même que le bras droit de son président. On peut

la joindre à : sqic@icm-mhi.org.

Dans ce numéro, vous trouverez un peu de tout. Évidemment, notre président fait un retour sur le symposium annuel, tout en présentant certains comités. Ensuite, le docteur Martine Montigny discutera brièvement du comité de validation qu'elle préside. Par ailleurs, le docteur Michel White nous livrera les dernières découvertes scientifiques, alors que nos pharmaciens (Messieurs Simon de Denus et Denis Brouillette) tenteront de nous livrer les secrets d'un des plus vieux médicaments en cardiologie, le lanoxin, et son utilité dans notre arsenal thérapeutique à l'aube de 2006. Ensuite, Mesdames Sonia Heppell et Nathalie Nadon nous entretiennent d'un

problème courant, l'assiduité. Finalement, le docteur Marie-Hélène Leblanc nous relatera le suivi du cas clinique de Monsieur Coté qu'elle nous avait présenté lors de notre dernière parution. Vous avez été nombreux à lui envoyer vos suggestions et elle vous livre enfin les décisions qui ont été prises pour ce patient.

En terminant, je vous invite personnellement à visiter en grand nombre notre site internet : www.sqic.org. Sous la gouverne du docteur Richard Sheppard, ce site est activé en français depuis septembre 2005 et nous prévoyons avoir une version anglaise au cours des prochains mois. Ce site se veut un outil tant d'informations cliniques que de références, tel des algorithmes de traite-

ment. Vous y trouverez également « Le Chroni-cœur » en version pdf, et des liens utiles, dont l'un en collaboration avec le groupe « The Heart ». D'ailleurs, l'AGENDA, s'y retrouvera en exclusivité.

Bonne lecture!

**VENEZ VISITER
EN GRAND NOMBRE
NOTRE SITE INTERNET : WWW.SQIC.ORG**



Cas en insuffisance cardiaque : ...suivi

Voici la suite de l'histoire de Monsieur Côté.

Il a été hospitalisé fin juin pour syncope. Aucune cause précise n'a été démontrée. Il a subi un RVM (St-Jude), procédure de Maze, et quintuple pontage aorto-coronarien en juillet, tel que décidé en mai après sa coronarographie. Le post-opératoire immédiat a été compliqué de bas débit cardiaque et de FA. Puis il a fait une médiastinite qui a été traitée avec antibiothérapie I.V., suivie d'une plastie-sternale. Actuellement, il évolue bien. Il est chez lui depuis la fin d'août. Il doit avoir une réévaluation de sa fonction ventriculaire prochainement et si la FE demeure inférieure à 30 %, il aura un pacemaker défibrillateur ± biventriculaire. Sa créatinine est à 90, l'hémoglobine est à 110. Nous avons repris sa médication habituelle et nous avons fait l'essai de Monacor 1.25 die. On se rappelle qu'il avait mal toléré les bêta-bloqueurs dans le passé.

J'attends vos commentaires.

Marie-Hélène LeBlanc, MD, FACC
Cardiologue
Responsable de la clinique d'insuffisance cardiaque
et de transplantation, Hôpital Laval
marie-helene.leblanc@med.ulaval.ca

Utilisation contemporaine de la digoxine

Il est surprenant de constater qu'après plus de 200 ans, les bénéfices et l'utilisation optimale de la digitale/digoxine dans le traitement de l'insuffisance cardiaque ne font toujours pas consensus. Ceci est particulièrement vrai dans le contexte d'une pharmacothérapie incluant un bêta-bloqueur et un antagoniste de l'aldostérone.

Malgré tout, il est important de souligner les avancements des connaissances reliées à sa pharmacologie et à son utilisation. Ainsi, il est maintenant clair que la glycoprotéine-P, un transporteur membranaire, joue un rôle capital dans l'absorption et l'élimination de la digoxine et que son inhibition par divers agents, dont l'amiodarone et la clarithromycine, est responsable des hausses fulgurantes des concentrations de digoxine observées lors de l'administration concomitante de ces agents. L'importance de détecter de telles interactions au quotidien ne peut pas être sous-estimée. De plus, notre compréhension des mécanismes responsables des effets bénéfiques de la digoxine ont été éclaircis au cours de la dernière décennie, dépassant nettement ses effets sur la contractilité myocardique. Finalement, des analyses rétrospectives des études PROVED, RADIANCE et DIG ont illustré que l'utilisation de hautes doses de digoxine n'avait aucun bénéfice clinique. Les données présentement disponibles suggèrent qu'un index thérapeutique de 0.6-1.2 nmol/L devrait être utilisé dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. L'ancien intervalle de 1.0-2.6 nmol/L devrait être relégué aux oubliettes! Des doses de 0.25 mg/jour devraient être réservées uniquement aux jeunes patients ayant une fonction rénale normale, tandis que des doses de 0,125 mg/jour et moins devraient être utilisées chez les patients âgés, ayant une fonction rénale diminuée, un petit poids en présence d'une interaction médicamenteuse significative.

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@icm-mhi.org

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

Web site News

The Quebec Heart Failure Society (QHFS) has several important goals, including

- 1) broadening the communication among health care professionals providing for heart failure patients and
- 2) education of both patients and health care providers regarding the management of heart failure.

The QHFS has established a website (www.sqic.org) which is currently under construction, and will attempt to achieve these goals in keeping with the mandate of the QHFS. A Committee has been formed to make this website user friendly for all health care professionals and provide educational tools and useful links to related websites. The Committee is looking for members of the QHFS interested in joining this effort, in addition to contributing ideas for website links of interest. Please forward all ideas for the website to sqic@icm-mhi.org.

Richard Sheppard, MD,

Question d'assiduité

Qu'est-ce que l'adhérence au traitement? Devrions-nous plutôt parler de « compliance » ou d'assiduité au traitement? Est-ce que la non adhérence existe vraiment? Comment la définir? Comment l'évaluer? Y a-t-il des conséquences (et pour qui?) à la non assiduité au traitement ou aux recommandations? Comment la favoriser, plus particulièrement chez la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque? C'est ce sur quoi les prochains articles tenteront de faire la lumière. En 2003, l'OMS a défini l'adhérence au traitement comme suit (permettez-nous de vous donner la version originale anglaise) : « Adherence is defined as the extent to which a person's behavior (taking medications, following a recommended diet, and/or executing lifestyle changes) corresponds with the agreed recommendations of a healthcare provider ». Qu'en pensez-vous? Et qu'en penseraient les patients? Est-ce que la non adhérence s'avère parfois une étiquette que nous apposons un peu rapidement à certains patients? Croyez-vous que le non respect des recommandations est soit associé à un manque de compréhension, voire de collaboration, ou bien pourrait-il s'agir d'une décision tout à fait raisonnée ou réfléchie, aux yeux du patient? Nous poursuivrons la discussion lors de la prochaine parution!

Sonia Heppell, inf. M.Sc.
Institut de cardiologie de Montréal

Nathalie Nadon, inf. M.Sc. cand. IPS cardiologie

Références :

De Geest, S. (2005). Another perspective in understanding adherence. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, 25, p. 164-165.

Riegel, B. & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. **Patient Education and Counselling**, 46, p. 287-295.

Un nouveau venu, le comité de validation

Ce comité, mis sur pied depuis cet été, a pour objectif de procurer aux CLIC de la SQIC des outils pertinents à la pratique clinique : documents d'enseignement pour les patients, algorithmes de traitement, protocoles de suivi. Nous voulons valider des documents existants, éditer des documents communs, les mettre à jour régulièrement, et les diffuser.

Un projet a débuté, l'édition du cahier d'enseignement aux patients, que nous pensons pouvoir mettre à votre disposition en 2006-2007. Il sera préparé à partir des documents déjà utilisés dans plusieurs cliniques, par des sous-comités de travail multidisciplinaires. Les participants ont été sollicités dans différents milieux, pour refléter les besoins de tous. Si vous avez des suggestions ou des propositions, elles seront les bienvenues à Martine_Montigny@ssss.gouv.qc.ca.

Au plaisir de vous lire.

Martine Montigny, MD,
Présidente du comité.

Deux grandes études intéressantes publiées dans le cadre de la rencontre annuelle de la Société Européenne de Cardiologie

La rencontre annuelle de la Société Européenne de Cardiologie s'est récemment déroulée à Stockholm, Suède du 3 au 7 septembre 2005. Dans le cadre de cette rencontre internationale, deux grandes études susceptibles d'intéresser les membres de la SQIC ont été présentées. La première étude IMAGINE (Ischemia Management with Accupril-Post Bypass Graft via Inhibition of Converting Enzyme) et l'étude CIBIS-III (Cardiac Insufficiency bisonolol study).

L'étude IMAGINE : 2,553 patients ayant subi une chirurgie de revascularisation coronarienne furent randomisés dans les 7 jours de l'intervention à recevoir le quinapril, un IECA à haute affinité tissulaire à 40 mg die versus un placebo. Les patients avec fraction d'éjection inférieure à 40 % furent exclus. Les patients furent suivis sur une durée médiane de 2.95 années. L'administration de quinapril n'a pas diminué de façon significative le point d'aboutissement primaire qui consistait en un composé des éléments suivants: mortalité cardiovasculaire ou mortalité par arrêt cardiaque réanimé, infarctus du myocarde non fatal, revascularisation coronarienne, hospitalisation pour angine instable, angine documentée ne nécessitant pas l'hospitalisation, ACV, et défaillance cardiaque nécessitant une hospitalisation. Le taux d'événements dans cette étude était très bas soit un taux de 0.86 % versus 2.4 % dans l'étude HOPE. Cette étude n'enlève rien aux recommandations précédentes concernant l'administration des IECA aux patients souffrant de dysfonction ventriculaire et/ou souffrant d'athéromatose coronarienne et à haut risque. IMAGINE est vraisemblablement la dernière étude clinique d'envergure évaluant l'impact d'un IECA versus placebo dans une large cohorte de patients.

L'étude CIBIS-III : L'étude CIBIS-III a randomisé 1,010 patients avec insuffisance cardiaque légère à modérée et fraction d'éjection ventriculaire gauche de 28.8 %. Les patients furent randomisés à recevoir un beta-bloqueur dans une première intention soit bisoprolol à une dose ciblée de 10 mg die ou énalapril 10 mg per os bid pour 6 mois. Après 6 mois, les patients furent randomisés à recevoir la combinaison des deux agents pour 10 mois. Le point d'aboutissement primaire était le temps au premier événement de mortalité ou hospitalisation de toute cause à 24 mois. La tolérabilité et les points d'aboutissements primaires suite au traitement du bisoprolol ou de l'énalapril ont été similaires. Cette étude conclue donc qu'il est sécuritaire et efficace d'initier un traitement pour la défaillance cardiaque par un beta-bloqueur en l'occurrence le bisoprolol ou encore l'énalapril selon la tolérabilité sans causer de préjudices aux patients. Par ailleurs, les résultats de l'étude CARMEN récemment publiés suggèrent que la combinaison des deux agents produirait un effet optimal au niveau du remodelage ventriculaire.

Michel White, MD, FRCPC
m_white@icm-mhi.com

LE SYMPOSIUM ANNUEL SQIC 2005 EN PHOTOS!



Photos : M^{me} Louise Leblanc

Les visiteurs du Salon des Exposants étaient invités à participer à un tirage de deux ordinateurs de poche.

Les gagnantes ont été :



Amélie Chouinard
Pharmacienne,
Hôtel-Dieu de Lévis



Marie-Carmel Gédéon
Physiothérapeute,
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Heureux temps des fêtes!



L'équipe de rédaction du Chroni-Cœur profite de la publication de ce numéro pour vous offrir ses Meilleurs Vœux à l'occasion du temps des Fêtes. Santé, bonheur et amour pour l'année 2006!



**SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
A/S D' Normand Racine
5000, rue Bélanger Est
Bureau S-2410
Montréal (Québec)
H1T 1C8
Tél. : (514) 376-3330 #2216

Le bulletin d'information SQIC est tiré à 1700 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.

