

Traitement pharmacologique et programme d'exercices : les deux c'est mieux!

Longtemps les professionnels de la santé ont craint que l'exercice soit néfaste pour les patients insuffisants cardiaques (IC). Plusieurs études, de petits nombres, tendent à démontrer des bénéfices certains chez cette population. La faible puissance statistique limite les conclusions que nous pouvons tirer de l'impact d'un programme d'exercices sur la mortalité et la morbidité. L'âge avancé des patients, le transport, le manque de subvention pour effectuer ce type de recherche, ne sont que quelques uns des facteurs en cause pour expliquer les difficultés de recrutement et de suivi pour les études en réadaptation cardiaque auprès de cette clientèle.

Les méta-analyses démontrent qu'un programme d'exercices chez un patient IC stable n'entraîne pas de risque accru de mortalité. Au contraire, certaines études tendent à démontrer que les patients qui adhèrent à un programme d'exercices ont une meilleure qualité de vie, une amélioration de leur tolérance à l'effort et une diminution de la sensation de fatigue. Objectivement, on note aussi une diminution du seuil anaérobie comparativement aux patients qui ont un traitement standard et une augmentation de la VO2max.

Nous attendons, le cœur battant, les résultats de l'étude HF-ACTION qui recrutera 3 000 patients. Cette étude évaluera l'impact de l'exercice chez les patients IC en regard de la mortalité et des hospitalisations.

Pour l'instant, nous devons encourager les patients IC stables à demeurer actifs. Il importe de les guider vers la reprise d'activités en les incitant à marcher, par exemple, 5-15 minutes, tous les jours pour une semaine et de réévaluer lors du prochain rendez-vous l'impact de cette recommandation. Il ne faut pas hésiter, de concert avec le cardiologue, à référer le patient à un programme de réadaptation cardiaque.

Le patient bénéficiera

- D'une épreuve d'évaluation fonctionnelle (test de marche de six minutes ou épreuve d'effort standard)
- Prescription d'un programme d'exercices supervisé ou dans la communauté. (types aérobique, musculaires et de flexibilité)
- Suivi à intervalle régulier
- Si porteur d'un défibrillateur : programme d'exercices prescrit sous le seuil de détection d'arythmie afin d'éviter les chocs inappropriés.
- Si symptômes angineux : entraînement à une fréquence cardiaque 10 battements sous le seuil ischémique lors de l'épreuve d'effort.

Nathalie Nadon, inf., M.Sc.
IPS cardiologie CHUM
nathalie.nadon.chum@sss.gouv.qc.ca

Sonia Heppell, inf., M.Sc.
IPSC cardiologie ICM
sonia.heppell@icm-mhi.org

Le bulletin d'information SQIC est tiré à 1 700 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.



La dysfonction érectile chez l'insuffisant cardiaque

2^{ème} partie – Traitement

La première étape de la prise en charge du patient présentant une dysfonction érectile repose dans l'évaluation du risque de l'activité sexuelle. Chez les patients dont l'évaluation du risque est favorable, le traitement de la dysfonction érectile passe d'abord par un traitement optimal de la maladie. La cessation tabagique et le contrôle du diabète semblent également importants puisqu'il a été démontré, dans certaines études, comme ayant un impact sur la fonction sexuelle. L'entraînement physique est aussi une avenue intéressante puisqu'on a pu mettre en évidence un effet positif sur l'activité sexuelle et la qualité de vie des patients. Finalement, les états dépressifs se doivent aussi d'être diagnostiqués puis traités afin d'éliminer cette cause potentielle.

Du côté pharmacologique, seul le sildénafil (Viagra®) a été évalué dans le traitement de la dysfonction érectile chez l'insuffisant cardiaque. Des patients de classes I à III stables ont été recrutés dans ces études. L'utilisation du sildénafil a provoqué une amélioration significative de la fonction érectile, une diminution des symptômes de dépression et une meilleure qualité de vie. L'utilisation de nitrates demeure une contre-indication absolue à un traitement de sildénafil. Le suppositoire urétral d'alprostadil (Muse®) n'a pas démontré d'impact négatif sur la fonction cardiaque et demeure une possibilité de traitement, de même que l'hormonothérapie substitutive à l'aide d'androgène chez des patients sélectionnés.

En conclusion, le sildénafil constitue l'option de traitement principale de la dysfonction sexuelle dans l'insuffisance cardiaque une fois la condition cardiaque stabilisée et le traitement optimisé. Toutefois, son utilisation sécuritaire nécessite une stratification du risque des patients.

Simon de Denus, pharmacien, M.Sc.
Professeur adjoint
Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal
simon.dedenus@icm-mhi.org

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



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 #2216

Le Chroni cœur

BULLETIN OFFICIEL
DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

été 2008
Vol. 5 n°2



Mot du président



Chers collègues,

L'été qui arrive amène avec elle la nouvelle édition de notre journal. Nous l'accompagnons, encore une fois cette année, du programme du 5^{ème} symposium annuel de notre société. Nous sommes fiers de vous inviter à assister nombreux à ces deux journées de formation à contenu scientifique spécialement conçues selon vos commentaires et souhaits.

Selon notre coutume, l'horaire du vendredi s'adresse particulièrement aux infirmiers(ères), aux omnipraticiens et aux pharmaciens et le contenu de la journée du samedi, en plus d'avoir été préparé pour l'ensemble des professionnels de la santé, vise un auditoire de spécialistes et cardiologues.

Sous le thème « Focus sur la défaillance cardiaque et le patient vieillissant », les sujets abordés traiteront de malnutrition, de l'approche du traitement et de pharmacologie axé sur le patient âgé. Des sujets scientifiques variés et un débat a été prévu à l'horaire du samedi en plus de la présence de D' John Teerlink de l'Université de San Francisco. Bref, une panoplie de conférenciers de renom qui sauront, au cours de ces deux journées, vous apporter un éclairage nouveau sur les particularités à traiter une clientèle âgée.

Je suis fier de vous annoncer que nous vous présenterons en grande première la nouvelle version web du logiciel Vision C+. Après l'avoir attendu de nombreux mois, voici enfin venu le temps de son implantation dans les cliniques d'insuffisance du Québec.

J'aimerais également attirer votre attention sur la tenue de l'assemblée générale annuelle de notre société. Elle se tiendra en fin de journée le vendredi 26 septembre et il serait opportun que bon nombre d'entre vous soyez présents. C'est un rendez-vous annuel où les orientations de la prochaine année sont élaborées et votre présence est essentielle. On compte donc sur votre participation.

En terminant, permettez-moi de vous inviter à une soirée souper-conférence le vendredi 26 septembre. Offert gracieusement par la compagnie AstraZeneca, ce souper-conférence nous permettra de fraterniser et d'assister aux conférences de D' Lepage et D' White.

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

Dans ce numéro

- > Mot du président
D' Normand Racine, p. 1
- > Mot de la rédactrice en chef
D' Anique Ducharme, p. 2
- > Le cas clinique
D' Marie-Hélène Leblanc, p. 2
- > La greffe cardiaque : y penser...
quand et pour qui?
D' Dominique Auger, p. 3
- > Les friandises glacées
Joanne Larocque, p. 3
- > Traitement pharmacologique
et programme d'exercices :
les deux c'est mieux!
Nathalie Nadon et Sonia Heppel,
infirmières, p. 4
- > La dysfonction érectile chez
l'insuffisant cardiaque – 2^{ème} partie
Simon de Denus et
Denis Brouillette, pharm., p. 4

PP 41123554

Un mot de la rédaction

par Anique Ducharme MD, MSc.
chroni-coeur@icm-mhi.org



Bienvenue à cette édition estivale du Chroni-Cœur.

Le menu de cette version comprend nos chroniques estivales allégées pour être de saison. Comme hors d'œuvre, nous vous offrons la section de notre président qui vous permettra de réaliser à quel point notre société est active, tout en vous conviant au symposium annuel, et en présentant les dernières réalisations des différents comités. Ensuite, nos pharmaciens nous livreront leurs réflexions pharmacologiques

sur la dysfonction érectile afin que nos patients passent un été des plus enlevant. Puis, nos infirmières praticiennes nous parleront de mise en forme et des bénéfices escomptés. Le plat de résistance se présentera avec le cas clinique du D^e Marie-Hélène Leblanc et celui de notre recrue, D^r Dominique Auger, qui traitera de greffe cardiaque. Comme dessert, M^{me} Larocque nous parlera de friandises glacées, très populaires lors des journées de canicule.

Avec les vacances et la chaleur parfois accablante qui l'accompagne, il est bon de se

rappeler que nos patients doivent poursuivre au quotidien leur restriction hydro-sodée, sous peine de décompensation, voire même de réadmission.

J'aimerais vous souhaiter de très belles vacances.

Bonne lecture!

**N'OUBLIEZ PAS
LA VENUE PROCHAINE
DU 5^{ème} SYMPOSIUM
ANNUEL DE LA SQIC**

Le cas clinique



Patient de 82 ans, avec sténose aortique sévère et épisodes fréquents de surcharge. Il est atteint d'un poumon du fermier avec diminution significative de sa capacité respiratoire. Il a subi un triple pontage aorto-coronarien en 1992. Lors de cette chirurgie, le patient avait eu une intubation prolongée (2 semaines) en raison de problèmes respiratoires.

Après consultation avec le pneumologue et compte tenu de ses problèmes respiratoires, une chirurgie conventionnelle est contre-indiquée.

Il a été évalué en vue d'une implantation d'une valve aortique percutanée s'il n'y avait pas de revascularisation possible chez lui. La procédure a été un succès puisqu'elle a permis à mon patient de reprendre ses activités à son rythme, de diminuer la dyspnée et la fatigue. L'aire valvulaire aortique est maintenant de 1.5 cm² avec un gradient maximal de 10 mm Hg. Il se dit très amélioré depuis sa procédure, il y a 6 mois.

L'évolution de la technologie nous permet maintenant d'envisager d'autres solutions chez nos patients âgés avec de multiples comorbidités.

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

Au cours des deux dernières années, il note une diminution progressive et marquée de sa classe fonctionnelle. Cet homme était habituellement actif puisqu'il a une terre à bois et une érablière qu'il entretient à son rythme. Cependant, en raison de la dyspnée, des étourdissements et de la fatigabilité marquée, il a cessé presque toute activité. Une évaluation hémodynamique démontre une perméabilité de l'artère mammaire gauche mais les autres PAC's sont occlus de même que les vaisseaux natifs. Il n'y a pas d'autre vaisseau atteint.

L'échocardiogramme démontre une sténose aortique sévère avec un gradient max de 70 mm Hg, moyen de 38 mm Hg et une surface à 0,6 cm². La fonction VG est de l'ordre de 45-50 % compte tenu qu'il est en FA. Il est porteur d'un pacemaker permanent depuis 8 ans pour maladie du sinus.

La greffe cardiaque : y penser... quand et pour qui?

On pourrait se demander en 2008, à l'ère des bêta-bloquants, de la spironolactone et de la resynchronisation, quelle place réserver à la transplantation cardiaque? Nous sommes souvent freinés par la rareté des greffons et des comorbidités médicales de nos patients. Révisons ensemble les situations où une greffe pourrait être contemplée.

D'abord, l'option de transplantation cardiaque s'offre à des patients insuffisants cardiaques de toutes cardiomyopathies, de fraction d'éjection diverses, mais de classe fonctionnelle de la NYHA III ou IV malgré un traitement médical optimal comprenant resynchronisation et réadaptation. Ils sont généralement âgés de moins de 65 ans, car les complications post greffe et l'incidence de cancer sont plus élevés chez les plus âgés. De plus, une évaluation par cathétérisme cardiaque est mandataire pour évaluer les pressions et résistances pulmonaires. Des résistances supérieures à 5 unités de Woods sont considérées comme une contre-indication à la greffe, à moins que ces dernières ne soient réversibles à l'utilisation de vasodilatateurs. Des données récentes semblent nous indiquer que le Sildénafil permet de réduire l'hypertension pulmonaire chez ces patients. Une créatinine supérieure à 200 µmol/l est généralement trop élevée pour le patient pré greffe, le plaçant à risque de dialyse en post opératoire et de détérioration sous médication immunosuppressive dont la pierre angulaire restent les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus, cyclosporine). Un IMC inférieur à 30 est idéal et minimise les complications. Le diabète sans atteinte d'organe cible ne constitue plus en une contre-indication. La compliance médicamenteuse, l'abandon définitif de tabac, alcool et drogues sont de la plus grande importance. Les patients jeunes sans comorbidité importante qui demeurent en choc cardiogénique (d'origine ischémique ou non) sous thérapie intraveineuse optimale devraient être référés sans délai pour considération de VAD (assistance ventriculaire mécanique) en pont vers une possible transplantation ou guérison. Quelques cas de tempête arythmique ont aussi pu bénéficier d'une telle thérapie.

Le statut du patient sur la liste de greffe est en ré-évaluation constante. Les patients qui s'améliorent pourraient être délistés temporairement ou de façon permanente. Il faut continuer de bien suivre les patients, et les préparer à une attente de greffe qui demeure longue.

Voici la liste des indicateurs et contre-indicateurs à une transplantation cardiaque.

Indications :

- Instabilité hémodynamique avec choc cardiogénique
- Insuffisance cardiaque sévère persistante et inotropes dépendant
- VO2 max inférieur à 10 ml/kg/min ou inférieur à 50 % de valeur prédite pour l'âge
- Angine sévère réfractaire malgré traitement optimal
- Arythmie ventriculaire réfractaire
- Défaillance cardiaque et limitations importantes de la vie quotidienne (classe fonctionnelle III ou IV de NYHA)
- Absence d'alternative médicale ou d'option chirurgicale conventionnelle

Contre-indications relatives ou absolues :

- Infection active
- Non compliance médicamenteuse.
- Consommation active d'alcool, tabac, drogues malgré sensibilisation
- Hypertension pulmonaire (résistance > 5 U Woods) malgré un traitement avec agents vasodilatateurs
- Insuffisance rénale (créat > 200 µmol/l)
- Obésité significative (> 140 % poids idéal) ou cachexie marquée (< 60 % poids idéal)
- Diabète avec atteinte multi-organes
- Âge de 65 ans et plus
- Néoplasie active dans les 5 dernières années
- Maladie vasculaire périphérique significative

D^r Dominique Auger
domauger@sympatico.ca

Référence : 2001 Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference on cardiac transplantation. Can. J. Cardiol. Vol. 19, No.6, May 2003

Les friandises glacées

Avec le retour de la canicule, nos patients essaient divers moyens pour étancher leur soif. Plusieurs consomment des friandises glacées. Font-ils les bons choix? Pour certains, ces friandises ont un effet rafraîchissant mais elles apportent calories, sucre, mauvais gras et liquide. Attention, les plus sucrées peuvent augmenter la soif!

Voici donc un guide pour s'y retrouver.

Produits	Calories kcal	Sucre	Gras	Liquide ml
Sucette glacée à saveur de fruits	40-50	10 g (2 sachets)	aucun	50
Sucette de yogourt glacé	50-60	10 g (2 sachets)	négligeable	55
Sucette glacée style fudge	80-100	10 g (2 sachets)	5 g (1 carré de beurre)	50
Sorbet en bâtonnet	87	15 g (3 sachets)	aucun	90
Sucette de lait glacé enrobée	100	10 g (2 sachets)	5 g (1 carré de beurre)	60
Sucette de crème glacée enrobée	250	20 g (4 sachets)	15 g (3 carrés de beurre)	85

Recommandations :

- Le meilleur choix est la sucette faite de vrai jus de fruits. Pour les produits commerciaux, vérifier la liste des ingrédients; les fruits devraient figurer en tête de liste. Il est préférable de faire un produit maison avec un jus de fruits sans sucre ajouté.
- Le yogourt glacé peut être un bon choix mais la quantité de sucre peut varier beaucoup d'une marque à l'autre. Consulter le tableau de la valeur nutritive.
- Opter pour les petits formats; éviter les garnitures superflues.
- Rappeler au patient, la partie liquide à considérer.

Bon été!

Joanne Larocque, Diététiste clinicienne,
Institut de Cardiologie de Montréal
joanne.larocque@icm-mhi.org

Référence : www.extenso.org