

La sexualité chez le patient insuffisant (suite de la p. 3)

Certains facteurs sont associés à un risque plus élevé de souffrir de DE tels :

- Diabète
- HTA
- MCAS
- Dyslipidémie
- Tabagisme
- Dépression

Certains médicaments utilisés dans le traitement de l'IC peuvent aussi y contribuer ou l'aggraver (diurétiques thiazidiques, spironolactone, digoxine, bêta-bloqueurs).

L'étude de Schwarz et coll. (2008) sur la prévalence de dysfonction sexuelle chez les patient IC est fort révélatrice de la problématique :

- 82% des patients rapportent ne pas être satisfaits de leur sexualité actuelle.
- 52% des hommes et 38% des femmes admettent que la sexualité est une part importante de leur qualité de vie.

- 62% des femmes ne sont pas capables d'atteindre l'orgasme
- 62% des hommes et 45% des femmes déclarent que leur conjoint est compréhensif et supportant.
- 36% des hommes ont déjà essayé un traitement sans ordonnance ou sur Internet pour améliorer leur performance sexuelle.

Rôle des professionnels

Il est préférable d'évaluer d'emblée le sujet de la sexualité plutôt qu'attendre que le patient pose des questions. Cette discussion permet souvent de rassurer le patient et d'évaluer la pertinence de traiter la dysfonction sexuelle.

Le sildénafil peut être utilisé chez certains patients stables qui n'utilisent pas de nitrates. Le cardiologue, lorsqu'il est au courant de la problématique, jugera de

la sécurité et de la pertinence de le prescrire.

Références

- 1- Riegel, B. Moser, B., Powell, M. et al. (2006). Non pharmacologic care by heart failure experts. *Journal of cardiac Failure*, 12 (2): 149-153.
- 2- Schwarz, ER, Kapur, V., Bionat, S. et al. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Jnl of Impotence Research*, 20, 85-91.
- 3- Steinke, E.E., Mosack, V., Wright, D. W., Misook, L. et al. (2009). Risk Factors as Predictors of Sexual Activity in Heart Failure. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28 (3) pp.123-129.

Nathalie Nadon
IPSC, CHUM
Nathalie.nadon.chum@ssss.gouv.qc.ca
Sonia Heppell
IPSC, ICM

Sonia.heppell@icm-mhi.org

Boissons d'été

Pour nos patients insuffisants cardiaques, soleil et chaleur sont synonymes de soif. La canicule les amènent à consommer divers breuvages pour se rafraîchir. Les eaux embouteillées constituent à elles seules, tout un marché. Voici un bref survol de divers breuvages commerciaux :

BREUVAGE	CARACTÉRISTIQUES
Eau naturelle	Eau de source souterraine Sels minéraux < 500 mg/L
Eau traitée : eau d'aqueduc 1. Minéralisée : style Dasani ¹ 2. Déminéralisée : Aquafina ¹ 3. Enrichie de vitamines et minéraux : Dasani Essentials ¹ , Aquafina Plus ¹ 4. Aromatisée : Dasani fraise ¹ , Aquafina éclat des saveurs ¹	1. retrait des sels minéraux puis ajout de Mg, Na et K+ 2. Pauvre en sels minéraux < 10 mg/L 3. Vitamines et minéraux : variété et quantité ajoutées selon le produit. Consommation à limiter. 4. Essence naturelles, succédanés sucre
Eau minérale	Sels minéraux > 500 mg/L; peut excéder 3000 mg/L. La teneur en Na peut être faible; consulter les étiquettes.
Boisson désaltérante : Gatorade ¹	Pour sportifs Eau, sucre, sels minéraux. Sucre > sodium
Boisson énergisante : Red Bull ¹	Sucre, vitamines, taurine, caféine (guarana). Effets indésirables si consommation abusive.
Boisson aux fruits enrichie en vitamines, antioxydants et électrolytes : Fuze Vitalize ¹	Eau, sucre, concentré jus de fruits et ajout de vitamine et Ca, Mg, K+ ... Consommation à limiter car comparable à une multivitamine.

1 : les marques sont données à titre d'exemple.

Notre recommandation : Pour se rafraîchir, privilégier l'eau du robinet à laquelle on ajoute des tranches de lime ou de citron. Les raisins congelés sont également gagnants. Éviter les boissons sucrées qui stimulent le soir.

Joanne Larocque
Diététiste clinicienne, ICM
Joanne.larocque@icm-mhi.org



A/S Dr Serge Lepage
688, rue Prospect
Bureau 209
Sherbrooke, Qc J1H 1A8

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 reflète 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.

Le chroni coeur

BULLETIN OFFICIEL
DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE



Vol. 6 n° 1

Mot de votre nouveau Président

Chers collègues,



C'est avec plaisir et enthousiasme que j'ai accepté le poste de Président de la Société Québécoise d'Insuffisance Cardiaque du Québec. C'est un défi de taille que j'espère bien relever. Il est à noter, cependant, qu'il est clair dans mon esprit que ce défi comporte le ralliement de toutes les forces qui luttent pour le bien-être de nos patients, soit les intervenants, infirmières, pharmaciens et autres spécialistes et cardiologues dans le but d'optimiser les soins à nos patients, tout au long de leur devenir avec cette condition.

J'aimerais, en premier lieu, féliciter, en votre nom et en mon nom personnel, le docteur Normand Racine qui a présidé la Société depuis sa fondation. Comme membre fondateur, j'ai assisté à la mise en place de la SQIC et à la nomination du docteur Normand Racine. Son dynamisme, ses

qualités de rassembleur et son acharnement ont fait que cette société, qui au début ne regroupait que quelques membres, soit aujourd'hui une société florissante tant par son rayonnement que par son membership. J'avais cru, comme vous, que Normand serait président à vie mais j'ai bien compris qu'il était temps pour lui de passer le flambeau. Ce passage s'est effectué le 1^{er} janvier 2009 et nous pourrions toujours compter sur la collaboration du docteur Racine pour tous nos projets. Merci encore Normand pour toutes ces années à la tête de notre société.

En tant que nouveau président, je ne propose pas une révolution de notre organisme mais je vais tenter d'y insuffler un souffle nouveau. En plus de maintenir les acquis actuels, nous allons tenter d'améliorer notre service sur le site internet, maintenir les symposiums satellites et notre symposium annuel, et également poursuivre la mise en réseau du logiciel Vision C+.

Nous tenterons également un rapprochement plus étroit avec les départements d'électrophysiologie, un maintien de la collaboration avec la Société Canadienne de Cardiologie et une visibilité plus grande de notre association en particulier du gouvernement pour les sensibiliser à cette condition, de la nécessité de mise en place de cliniques d'insuffisance cardiaque partout sur le territoire et au besoin du soutien à distance de ces cliniques (télé-médecine).

N'hésitez surtout pas à m'approcher ou à approcher l'un de nos membres ou le secrétariat de la société si vous avez des idées ou des désirs de collaboration sous toute forme.

Sur ces mots, à bientôt et à la prochaine.

Serge Lepage, MD
Président de la SQIC
Serge.Lepage@USherbrooke.ca

Dans ce numéro

- ⇒ Mot du président.
Dr Serge Lepage p. 1
- ⇒ Mot de la rédactrice en chef
D^{re} Anique Ducharme p. 2
- ⇒ L'inhibition du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) préservée.
Simon de Denus et Denis Brouillette p. 2
- ⇒ Cas clinique
D^{re} Marie-Hélène LeBlanc p. 2
- ⇒ Connaissez-vous les pré et les probiotiques ?
Joanne Larocque p. 3
- ⇒ La sexualité chez le patient insuffisant cardiaque.
Nathalie Nadon et Sonia Heppell p. 3
- ⇒ Boissons d'été.
Joanne Larocque p. 4

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





Un mot de la rédaction

Par Anique Ducharme, MD, MSc.
Monique.masse@icm-mhi.org

Bienvenue à cette édition estivale 2009 du Chroni-Cœur. Celle-ci s'inscrit dans un nouveau règne, puisque le Docteur Serge Lepage a pris les rennes de notre société depuis le début de l'année. Cette transition s'est effectuée toutefois dans la continuité, tel que vous avez pu le constater à la lecture du mot de notre nouveau président.

Pour mettre la table, nos pharmaciens, messieurs de Denus et Brouillette, discutent d'une condition clinique très fréquente, dont souffre près de la moitié de nos patients: l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée. De façon surprenante, encore en 2009, nous avons très peu de traitements prouvés efficaces pour modifier le devenir de ces patients, contrairement à sa cousine avec dysfonction systolique.

Par la suite, Dr Leblanc nous livrera son cas clinique, madame Joanne Larocque, nutritionniste abordera les sujets des pré et probiotiques. Suivra le texte de nos infirmières praticiennes, Mmes Heppel et Nadon, qui parleront de sexe, mais en portant leur attention plutôt sur les dysfonctions sexuelles. Finalement, des suggestions de boissons d'été.

En terminant, j'aimerais réitérer l'invitation qui vous est faite de nous soumettre vos articles ou sujets d'intérêt; nous nous efforcerons d'y répondre rapidement.

Passez un merveilleux été!

L'inhibition du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) avec fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) préservée

Les bénéfices des inhibiteurs du SRAA en IC systolique (IECA, ARA, antagonistes de l'aldostérone) ont été démontrés dans de multiples essais cliniques de grande envergure. Ces études ont permis de souligner simultanément l'importance du SRAA en IC systolique. Plus récemment, 3 études (CHARM-Preserved, I-Preserve, PEP-HF) ont évalué les bénéfices d'utiliser des inhibiteurs du SRAA chez les patients atteints d'IC avec une FEVG préservée (FEVG≥40-45%). Malheureusement, aucun bénéfice significatif n'a été noté dans ces études avec le candésartan, l'irbésartan et le périndopril, respectivement. Ainsi, on ne peut recommander l'utilisation des IECA ou des ARA de façon routinière chez les patients atteints d'IC et une FEVG préservée. Évidemment, ces agents peuvent être utilisés chez certains patients lorsqu'ils présentent d'autres indications à leur utilisation comme l'hypertension ou une maladie coronarienne stable à haut risque. D'un point de vue physiopathologique, ces études indiquent que l'angiotensine II ne joue pas un rôle majeur dans l'IC avec FEVG préservée. Les investigateurs

de l'étude TOPCAT évaluent présentement les bénéfices de la spironolactone, un antagoniste de l'aldostérone, chez cette population de patients.

De façon plus globale, l'absence de succès dans les études effectuées chez les patients atteints d'IC avec FEVG préservée illustre notre manque de compréhension de la physiopathologie de cette maladie qui affecte 40 à 50% des patients atteints d'IC. Une meilleure connaissance de cette maladie semble donc une première étape primordiale dans la recherche de traitements efficaces pour traiter celle-ci.

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

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



Cas clinique

Un patient de 72 ans vous est référé par un collègue pour détérioration de sa FA. Il est connu porteur d'une CMP avec coronaires normales depuis 2006. La FE est de 25% à ce moment. En 2007, il a eu un CDI prophylactique. Il n'a jamais eu d'arythmie maligne, et est demeuré CF II/IV. Au moment où vous le voyez, il a une CF 3/4. Il se plaint d'une dyspnée plus marquée depuis 2 mois et il ne peut plus faire ses activités comme avant. Il doit arrêter en montant un escalier. L'écho démontre une FE de l'ordre de 10-15% avec une IM 4/4, une IT 2/4 et des pressions pulmonaires à 64 mm Hg plus TVC.

La modification médicamenteuse entraîne une amélioration de sa dyspnée mais malheureusement de l'hypotension orthostatique et un épisode de syncope. L'interrogation du défibrillateur ne révèle pas d'arythmie. L'ECG révèle un rythme sinusal

et une anomalie de conduction intra-ventriculaire avec un QRS à .114. Une demande de pacemaker bi-ventriculaire est faite étant donné l'asynchronisme de contraction mesuré à l'échocardiogramme et la symptomatologie.

Quelques semaines plus tard, après le rehaussement, votre patient dit se porter très bien. Il voudrait recommencer à faire du ski de fond. Une épreuve d'effort (Bruce) est effectuée et donne 6 minutes (7 mets) sans douleur et peu de dyspnée. Une échographie de contrôle démontre un VG très dilaté, une FE 20-25% avec IM 2/4 et diminution des pressions pulmonaires à 42 mm Hg plus TVC. La resynchronisation cardiaque lorsque le patient y répond peut donner des résultats cliniques très intéressants.

Marie-Hélène LeBlanc, MD
Hôpital Laval
Marie-helene.leblanc@med.ulaval.ca

Connaissez-vous les pré et les probiotiques ?

	PRÉBIOTIQUE	PROBIOTIQUE
COMPOSITION	Ingrédient alimentaire non digestible • FOS : Fructo-oligosaccharides • Inuline	Micro-organisme vivant non pathogène • Bactéries : Bifidobactérie et Lactobacille • Levure : Saccharomyces
PROPRIÉTÉ	Effet bénéfique sur le métabolisme intestinal	Effet bénéfique pour la santé lorsque ingéré par voie orale en quantité suffisante.
ACTION	Stimule la croissance et l'activité de certaines bactéries bénéfiques de la flore intestinale. Améliore : • l'absorption de calcium • le système immunitaire	Améliore l'équilibre de la flore intestinale (compétition avec les bactéries pathogènes). Améliore : • l'absorption des nutriments • la digestion du lactose • le transit intestinal • le système immunitaire
PRÉSENTATION	En suppléments ou ajoutés aux aliments. Symbiotique : produit contenant à la fois des pré et des probiotiques.	
INDICATIONS	Diarrhée Constipation	Effets bénéfiques variables selon le type de probiotique : • diarrhée • constipation • maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MISE-EN-GARDE	Troubles gastro-intestinaux si consommation > 20 grammes/jour.	Non recommandé pour les : • greffés • patients des soins intensifs • porteurs de valve mécanique • patients avec valvulopathie.

Références

- Les prébiotiques et les probiotiques, mai 2002, Denis Roy, Centre de recherche sur les aliments Canada.
- Les probiotiques et les prébiotiques, décembre 2004, G.Pelletier, M. Lannes, ICM .
- Passeportsanté.net

Joanne Larocque
Nutritionniste clinicienne, ICM
joanne.larocque@icm-mhi.org

La sexualité chez le patient insuffisant cardiaque

Nous sommes porté à croire que les dysfonctions sexuelles sont courantes chez les patients insuffisants cardiaques (IC) et que la sexualité devient moins importante avec l'apparition de la maladie. Qu'en est-il vraiment? Il est difficile de tirer un juste portrait de la situation car les professionnels de la santé (PFS) interrogent peu leurs patients sur le sujet. Un sondage mené auprès de PFS rapporte que seulement 23% discutent régulièrement de sexualité avec leurs patients IC, alors que 48% le font quelquefois et 24,5% en discutent seulement à la demande du patient (Riegel et coll. 2006). Parallèlement, l'étude de Schwarz et coll. (2008) révèle qu'au cours des trois dernières années où ils ont consulté pour une question de santé, 60% des hommes et 75% des femmes ont rapporté qu'aucun PFS n'avait abordé le sujet de la sexualité. Pourtant, 61% des hommes et 38% des femmes souhaitent discuter de leurs inquiétudes et

seraient intéressés à recevoir un traitement pour améliorer leur dysfonction sexuelle.

La dysfonction sexuelle

Chez la femme, la dysfonction sexuelle est évaluée selon différents critères tels la sécheresse vaginale, la diminution de la libido, la douleur durant la pénétration ou la difficulté à atteindre l'orgasme.

Chez l'homme, la dysfonction sexuelle est souvent évaluée par la présence de dysfonction érectile (DE). La DE se définit par une incapacité à avoir ou maintenir une érection suffisante pour obtenir une performance sexuelle satisfaisante. La dysfonction endothéliale est un des principaux dénominateurs causant la DE. La prévalence de la DE est élevée chez les hommes souffrant d'IC. Selon Schwarz et coll. (2008), 84% des hommes avec IC stable classe I-III remplissent les critères de la DE.

Suite... p. 4