

## Controverse en resynchronisation : QRS fin, insuffisance cardiaque légère et dysfonction diastolique

La resynchronisation existe depuis plus de 10 ans et a maintenant obtenu ses lettres de noblesse chez les patients avec dysfonction ventriculaire gauche sévère (FE ≤ 35%) qui sont très symptomatiques (NYHA ≥ III) et qui ont un élargissement du QRS sur leur ECG (≥ 120 ms). Deux études publiées récemment (REVERSE et MADIT-CRT) ont aussi démontré des bénéfices cliniques chez les patients moins symptomatiques (NYHA I et II), spécialement en termes de son efficacité pour améliorer le remodelage ventriculaire gauche (amélioration de la FE et des volumes). Un impact bénéfique modéré a aussi été observé sur les événements cliniques (insuffisance cardiaque mais non mortalité) dans MADIT-CRT. Ceci devrait fort probablement mener à une révision, à la hausse, des indications de resynchronisation et ainsi bénéficier à un plus grand nombre de patients, plus précocement dans le courant de leur maladie.

La situation est complètement différente pour les patients avec QRS étroits (même en présence de symptômes sévères, de QRS larges et d'asynchronisme). Les études RETHINK et ESTEEM-CRT n'ont démontré aucun bénéfice clinique ni échographique. Ceci est décevant, mais avant de conclure définitivement sur le sujet, les résultats des études en cours telle EARTH (étude de mécanismes multi-centrique canadienne menée par l'ICM) et ECHO-CRT (étude de mortalité internationale menée entre autres par le Dr Abraham) devront être attendus.

Bernard Thibault, MD  
Électrophysiologiste  
Institut de cardiologie de Montréal

### Babillard

- ♥ Il nous fera plaisir de publier votre texte. SVP, le faire parvenir en format électronique à : Yolande.Bourassa@USherbrooke.ca
- ♥ À surveiller dans les prochains mois notre site Web fera peau neuve. Faites nous part des informations que vous souhaiteriez y retrouver.
- ♥ Livre « Mieux vivre avec l'insuffisance cardiaque » - Nous avons eu quelques problèmes de livraison. Le tout est maintenant réglé ou rentrera dans l'ordre très bientôt ! Nous nous excusons pour les inconvenients qui ont pu vous être occasionnés.
- ♥ Tous commentaires et suggestions sont les bienvenus.
- ♥ À mettre à vos agendas dès maintenant : 7<sup>e</sup> Symposium de la SQIC, les 24 et 25 septembre 2010, au Château Bonne-Entente, Québec.

### Comité exécutif—2009-2010

D<sup>r</sup> Serge Lepage, Président  
D<sup>r</sup> Normand Racine, Président sortant  
D<sup>r</sup> Marc Frenette, Secrétaire-Trésorier  
D<sup>re</sup> Marie-Hélène LeBlanc



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.

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



## Mot de votre Président



Chers collègues,

Avec l'arrivée des couleurs d'automne, est venu le temps de notre congrès scientifique qui s'est déroulé les 25 et 26 septembre 2009, à Saint-Sauveur. Ce congrès, d'une durée de deux journées, fut rempli de présentations didactiques et d'échanges entre les membres de notre société et il connu un vif succès avec plus de 230 inscriptions. Je tiens à remercier personnellement toutes les personnes qui se sont déplacées pour assister à notre congrès ainsi que toutes celles, qui de près ou de loin, ont participé à son succès.

### Dans ce numéro

- ⇒ Mot du président.  
*D<sup>r</sup> Serge Lepage* p. 1
- ⇒ Mot de la rédactrice en chef  
*D<sup>re</sup> Anique Ducharme* p. 2
- ⇒ Les faits saillants du 6<sup>e</sup> symposium  
*D<sup>r</sup> Serge Lepage* p. 2
- ⇒ Cas clinique patient avec insuffisance cardiaque.  
*Simon de Denus, pharm* p. 2
- ⇒ L'approche du patient en fin de vie et soins palliatifs  
*D<sup>re</sup> Louise-Isabelle Rivard* p. 3
- ⇒ Lignes directrices de la SCC  
*D<sup>re</sup> Anique Ducharme* p. 3
- ⇒ Un témoignage vibrant !  
*M<sup>de</sup> Nathalie Nadon, inf.* p. 4
- ⇒ Mise à jour sur le diagnostique en insuffisance cardiaque aiguë et chronique  
*D<sup>r</sup> Philippe Meyer* p. 4
- ⇒ Résumé de la conférence du docteur William T. Abraham  
*D<sup>r</sup> Michel White* p. 5
- ⇒ Remplacement hormonal, testostérone, hormone de croissance et autres  
*D<sup>re</sup> Viviane Nguyen* p. 6
- ⇒ Controverse en resynchronisation  
*D<sup>r</sup> Bernard Thibault* p. 8
- ⇒ Babillard p. 8

Par ailleurs, tel que mentionné lors de l'assemblée générale annuelle qui s'est tenue durant ce congrès, soit le vendredi le 25 septembre 2009, la volonté du Comité exécutif de la Société Québécoise d'Insuffisance Cardiaque de voir déployer d'ici six à 12 mois le logiciel de Vision C+ dans l'ensemble de nos cliniques. Soyez convaincus que les efforts sont déployés pour voir ce projet mené à bien. La mise en commun de cette plateforme démontrera l'importance de notre réseau et ouvrira des possibilités d'évaluation de la qualité de l'acte et de protocoles rétrospectifs et prospectifs via notre Comité de la recherche.

J'aimerais profiter de l'occasion, également, pour vous inviter à participer au prochain numéro du Chroni-Coeur et ce de quelque façon que ce soit. Nous aimerions bien entendre parler de votre coin de la province, de vos expériences particulières, de vos bonnes idées et/ou de vos projets de développement.

N'hésitez surtout pas à communiquer avec nous et je vous invite à rester à l'affût des développements futurs de notre site web qui devrait voir apparaître sous peu, nous l'espérons du moins, une partie des conférences données durant le congrès de cette année.

En terminant, j'aimerais vous souhaiter à tous et toutes un bel automne!

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



## Un mot de la rédaction

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

Cette édition automnale du Chroni-Cœur prend un nouveau visage, puisque nous y publions les résumés des présentations effectuées lors du dernier congrès annuel. Ainsi, ceux d'entre vous qui y avez participé pourrez vous en servir comme aide-mémoire; alors que les autres seront à même de constater qu'ils ont manqué tout un événement. Pour ne pas être en reste, il vous faut donc marquer immédiatement votre agenda pour la réunion scientifique annuelle de 2010, qui se

tiendra à Québec, les 24 & 25 septembre prochains.

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 automne !**

## Les faits saillants du 6<sup>e</sup> Symposium 2009

Nous avons eu l'opportunité de revoir le traitement de l'insuffisance cardiaque, tant systolique que diastolique, dans sa prise en charge en aigu de même qu'en chronique, le rôle des bio marqueurs (BNP guidé) et le rôle de l'exercice dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

La fin d'année 2008-2009 s'est soldée essentiellement par des études négatives ou avec peu d'éléments positifs. Ceci représente la dualité de deux situations. La première, étant que le patient insuffisant cardiaque est bien traité et, deuxièmement, que malgré ce traitement l'évolution naturelle persiste avec

hospitalisation et mortalité. On note, par ailleurs, en plus une comorbidité progressive chez nos patients insuffisants cardiaques que ce soit avec l'anémie, l'insuffisance rénale, le diabète et l'âge avancé. Ces défis représentent les nouvelles lignes de traitement et les études s'adressent spécifiquement à ces issues. Finalement, le rôle en expansion des thérapies réfractives (resynchronisateur) a également été brièvement revue, mais fera l'objet d'un autre résumé.

Serge Lepage, MD  
Président  
SQIC

## Cas clinique patient avec insuffisance cardiaque

Au cours de cette présentation, divers intervenants (madame Chantal Bellerose, diététiste, monsieur Jean-Dominic Rioux, infirmier praticien, Dr Jean-Marie Ékoé, endocrinologue, Dr J. Robert Leroux, psychiatre-psychanalyste et moi-même) avons discuté d'un cas clinique de nos perspectives respectives. Cette discussion était animée par le docteur Normand Racine, cardiologue et président sortant de la SQIC.

Madame Bellerose a abordé l'importance de l'aspect nutritionnel dans la prise en charge du patient atteint de défaillance cardiaque et en particulier, elle a souligné la grande importance d'une alimentation saine et équilibrée chez ces patients tout en parta-

geant avec l'auditoire certaines approches afin de faciliter l'atteinte des objectifs nutritionnels de ces patients en pratique. J'ai par la suite abordé certaines particularités reliées à l'optimisation de la pharmacothérapie des défailants cardiaques comme le traitement de la goutte et l'anticoagulation. Par la suite, le docteur Jean-Marie Ékoé a discuté de façon exhaustive de l'importance du diabète chez nos patients et des différentes avenues thérapeutiques disponibles, incluant certaines nouvelles classes pharmacologiques et leur utilisation potentielle chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Monsieur Rioux a par la suite discuté de deux problèmes fréquents chez nos patients, soit la non-observance à leur traitement et la perte d'autonomie, en plus

luer leur sécurité et effets cliniques.

## Références :

1. Jankowska EA, Biel B, Majda J, et al. Anabolic deficiency in men with chronic heart failure: prevalence and detrimental impact on survival. *Circulation* 2006;114(17):1829-37.
2. Fazio S, Sabatini D, Capaldo B, et al. A preliminary study of growth hormone in the treatment of dilated cardiomyopathy. *The New England journal of medicine* 1996;334(13):809-14.
3. Frustaci A, Gentiloni N, Russo MA. Growth hormone in the treatment of dilated cardiomyopathy. *The New England journal of medicine* 1996;335(9):672-3; author reply 3-4.
4. Volterrani M, Desenzani P, Lorusso R, d'Aloia A, Manelli F, Giustina A. Haemodynamic effects of intravenous growth hormone in congestive heart failure. *Lancet* 1997;349(9058):1067-8.
5. O'Driscoll JG, Green DJ, Ireland M, Kerr D, Larbalestier RI. Treatment of end-stage cardiac failure with growth hormone. *Lancet* 1997;349(9058):1068.
6. Roman J, Villaizan CJ, Garcia-Foncillas J, Salvador J, Sierrasesumaga L. Growth and growth hormone secretion in children with cancer treated with chemotherapy. *The Journal of pediatrics* 1997;131(1 Pt 1):105-12.
7. Cittadini A, Saldamarco L, Marra AM, et al. Growth hormone deficiency in patients with chronic heart failure and beneficial effects of its correction. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 2009;94(9):3329-36.
8. Osterziel KJ, Strohm O, Schuler J, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial of human recombinant growth hormone in patients with chronic heart failure due to dilated cardiomyopathy. *Lancet* 1998;351(9111):1233-7.
9. Isgaard J, Tivesten A. The role of growth hormone and insulin-like growth factor I in the regulation of apoptosis. *Growth Horm IGF Res* 1999;9 Suppl A:125-8.

10. Smith RG, Leonard R, Bailey AR, et al. Growth hormone secretagogue receptor family members and ligands. *Endocrine* 2001;14(1):9-14.
11. Acevedo M, Corbalan R, Chamorro G, et al. Administration of growth hormone to patients with advanced cardiac heart failure: effects upon left ventricular function, exercise capacity, and neurohormonal status. *International journal of cardiology* 2003;87(2-3):185-91.
12. Khaw KT, Dowsett M, Folkard E, et al. Endogenous testosterone and mortality due to all causes, cardiovascular disease, and cancer in men: European prospective investigation into cancer in Norfolk (EPIC-Norfolk) Prospective Population Study. *Circulation* 2007;116(23):2694-701.
13. Caminiti G, Volterrani M, Iellamo F, et al. Effect of long-acting testosterone treatment on functional exercise capacity, skeletal muscle performance, insulin resistance, and baroreflex sensitivity in elderly patients with chronic heart failure a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *Journal of the American College of Cardiology* 2009;54(10):919-27.
14. Janssen I, Powell LH, Kazlauskaitis R, Dugan SA. Testosterone and Visceral Fat in Midlife Women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Fat Patterning Study. *Obesity* (Silver Spring, Md) 2009.

Viviane Nguyen, MD  
Cardiologue  
Hôpital Royal Victoria

... suite de la page 5

Les directions futures de la resynchronisation furent présentées, il s'agira d'expandre l'indication de cette technologie chez les patients avec insuffisance cardiaque moins avancée, tel les patients avec dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique, de même que chez les patients porteurs d'une défaillance cardiaque plus légère, d'augmenter l'utilisation de cette technologie chez les patients avec QRS étroit avec évidence de dysynchronisme, d'augmenter l'indication chez les patients avec une dysfonction ventriculaire moins sévère, telle une fraction d'éjection entre 36 et 50% et finalement, l'utilisation grandissante des appareils utilisant la resynchronisation combinée avec le monitoring du status volémique.

Dans le cadre de cette présentation, les études REVERSE, de même que MADIT-CRT furent présentées. L'étude REVERSE a démontré un impact significatif sur les volumes ventriculaires de même que sur les symptômes à 24 mois. Dans le cadre de l'étude MADIT-CRT évaluant des patients avec insuffisance cardiaque peu symptomatique et porteurs d'un QRS de plus de 130 mmsec, la resynchronisation couplée à l'utilisation de défibrillateur a diminué le point d'aboutissement de mortalité et d'hospitalisation pour des défaillances cardiaques de l'ordre de 34%. Les études EARTH, de même que ECHO-CRT devraient nous fournir des informations importantes sur le rôle de la resynchronisation cardiaque chez les patients avec QRS étroit, un sujet encore très controversé.

### Remplacement hormonal, testostérone, hormone de croissance et autres : pertinents pour l'insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque (IC) est associée à un état de déficience d'hormones anaboliques telles que l'hormone de croissance et la testostérone. Une atrophie musculaire s'ensuit menant parfois à la cachexie cardiaque. Une fois présente, cette déficience anabolique est marqueur de mauvais pronostic.<sup>1</sup>

L'hormone de croissance agit par l'intermédiaire de l'IGF-1 (Insulin Growth Factor-1) stimulant la croissance des organes et augmentant la performance des muscles tant cardiaque que squelettique. La cachexie cardiaque manifeste cependant une résistance à l'hormone de croissance s'illustrant par une diminution marquée d'IGF-1 malgré des niveaux normaux d'hormone de croissance. Les études sur le remplacement de l'hormone de croissance en IC sont petites et les données sont mixtes. Certaines études démontrent une augmentation de la masse et de la performance du ventricule gauche et une amélioration de la capacité fonctionnelle,<sup>2-7</sup> alors que d'autres sont moins encourageantes.<sup>8-11</sup> Cette inconsistency pourrait s'expliquer par le manque de distinction entre une *déficience* et une *résistance* à l'hormone de croissance dans les études.

Une déficience en testostérone est présente chez 25% des hommes souffrant d'IC, donnant lieu à une insensibilité à l'insuline, une atrophie des muscles

squelettiques, une réduction de la capacité fonctionnelle et une diminution du bien-être. En effet, un niveau élevé de testostérone est perçu de plus en plus comme un indicateur de bonne santé cardiovasculaire.<sup>12</sup> Les études sur le remplacement de la testostérone en IC sont également petites, démontrant une amélioration de la capacité d'exercice et du bien-être, surtout chez les hommes qui affichent une déficience en testostérone au départ. Une récente étude randomisée suggère que ces bénéfices cliniques résultent d'un effet direct de la testostérone sur les muscles squelettiques et non d'une action sur le cœur.<sup>13</sup> Aucune donnée sur la testostérone chez la femme avec IC n'est encore disponible. Certaines études suggèrent même que contrairement aux hommes, la testostérone aggrave le risque d'événements cardiovasculaires chez la femme après la ménopause.<sup>14</sup>

En conclusion, malgré une déficience en hormone de croissance et en testostérone en IC, les avantages d'une stratégie de remplacement ne sont pas encore prouvés et les effets secondaires sont potentiellement trop dangereux. Par conséquent, une utilisation clinique de ces hormones ne peut pas être recommandée actuellement. Des études randomisées de grande envergure seront nécessaires pour éva-

d'offrir des pistes de solution afin de minimiser ceux-ci. Finalement, le docteur Leroux nous a offert une fort intéressante discussion sur la dépression et l'anxiété chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, en plus d'aborder les différentes possibilités de traitement de ces maladies.

En somme, à travers les présentations des divers intervenants et des nombreuses questions et interac-

tions avec l'auditoire, la discussion de ce cas clinique a été un très bel exemple de la nécessité d'une approche interdisciplinaire lors la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Simon de Denus  
Pharmacien, MSc(Pharm), PhD, professeur adjoint  
Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal  
Institut de cardiologie de Montréal.

### L'approche du patient en fin de vie et soins palliatifs : Expérience à l'ICM

Les soins palliatifs (SP) représentent l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux patients atteints d'une maladie avec un pronostic réservé, ce qui inclut les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Actuellement à travers le monde, il n'y a malheureusement qu'une très faible proportion des patients insuffisants cardiaques ayant accès à des soins palliatifs spécialisés.

Les SP sont beaucoup plus que des soins aux mourants. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient être offerts beaucoup plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs de l'IC.

Des soins de qualité en fin de vie passent idéalement par l'intervention d'une équipe spécialisée et multidisciplinaire en soins palliatifs. Ainsi, toute équipe médicale œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable comme celle avec IC devrait mobiliser les ressources qu'elle possède afin de rendre digne et tolérable les derniers moments de vie de ses patients et de ses proches.

Louise-Isabelle Rivard, MD  
Urgentologue  
Institut de cardiologie de Montréal

### Lignes directrices de la SCC (Société Canadienne de Cardiologie)

Docteurs Nadia Giannetti, Marie-Hélène LeBlanc ainsi que moi-même avons présenté LA session désormais annuelle portant sur la dissémination des lignes de conduites de la SCC en insuffisance cardiaque (IC). Trois cas ont été exposés, représentant les sujets touchés cette année par les recommandations. Le premier cas, assez fréquemment rencontré en clinique, était celui d'un patient hypertendu, se présentant avec dyspnée de cause demeurant indéterminée après une évaluation de base. Ce cas illustre très bien l'apport supplémentaire que la mesure du peptide natriurétique (BNP) peut apporter au diagnostic, lorsque celui-ci demeure incertain. Le 2<sup>e</sup> cas était celui d'un patient avec myocardite aiguë/fulminante et mettait l'accent sur la nécessité d'une intervention extrêmement rapide, incluant le transfert vers un centre avec expertise en traitement de l'IC avancée (support mécanique (LVAD), transplantation) et la nécessité grandissante de recourir à une biopsie en-

domyocardique afin d'établir un diagnostic précis, le pronostic et le traitement agressif approprié. Le dernier cas représente, selon moi, le dilemme thérapeutique le plus difficile dans le traitement de ces patients, soit l'IC droite. Certains conseils pratiques ont été fournis afin d'améliorer la symptomatologie de ces patients tout en préservant leur fonction rénale. En conclusion, cette stratégie d'apprentissage basée sur des cas rencontrés en clinique permet, je l'espère, une meilleure assimilation des lignes de conduite pour le plus grand bénéfice, voire même la survie de nos patients. Avis à ceux qui ont manqué cette session en 2009. Marquez votre calendrier pour 2010 !

Anique Ducharme, MD MSc  
Membre du comité consensuel sur l'IC  
Société Canadienne de Cardiologie

## Un témoignage vibrant !

La première journée du congrès s'est terminée par une conférence de Nathalie Nadon, infirmière praticienne et de Madame Marie-Josée Fournier, patiente, porteuse d'un défibrillateur.

L'objectif était de sensibiliser les professionnels de la santé à l'impact d'un choc de défibrillateur sur le patient et ses proches.

Mme Fournier, est dans la jeune quarantaine, mariée et mère de 4 enfants. Elle a une dysplasie du ventricule droit, ce qui la prédispose aux arythmies ventriculaires.

Avec humour, humilité et émotion, elle a livré un vibrant témoignage pour expliquer aux professionnels de la santé son expérience avec le défibrillateur.

Recevoir des chocs, elle connaît. Elle a eu 9 chocs depuis qu'elle a son appareil, dont 6 consécutifs. Le premier choc, elle était sous la douche. Pour elle, la douche, c'est devenu angoissant. Rationnellement, elle savait que ça n'avait pas de lien avec les chocs, mais ce n'est que 6 mois plus tard qu'elle s'y est retrempée! Tout ce qui ressemblait de près ou de loin à une douche la stressait; les cabines d'essayage, les toilettes publiques...

Elle a expliqué que suite à un choc, il faut apprivoiser le fait de rester seule. Pour les enfants, c'est l'angoisse de la séparation, et il est difficile de quitter maman pour aller à l'école le matin. Tout à coup que...

Pour Mme Fournier, les relations sexuelles sont aussi devenues une source d'inquiétude. Est-ce trop exigeant pour le cœur? Et si j'ai un choc, mon mari sera-t-il blessé?

Et quel casse-tête de ne pas conduire pour 6 mois suite à un choc lorsque tu habites en banlieue! Il faut conduire les enfants à l'école, aux activités parascolaires, et continuer de faire l'épicerie! Nul doute, son conjoint est un homme extraordinaire!

Enfin, Madame Fournier, est bien consciente que son défibrillateur, lui a sauvé la vie, et ce plus d'une fois. Ça lui a pris un moment pour en prendre pleinement conscience et l'accepter. Elle a conseillé aux professionnels de la santé, de porter attention aux choix des mots en informant les patients. « *La thérapie du défibrillateur a fonctionné* » est beaucoup moins lourd pour le patient que « *votre appareil vous a sauvé la vie* ». Elle nous a aussi sensibilisé sur l'importance de l'information et du soutien psychologique suite à cette expérience.

Aujourd'hui, Mme Fournier, a un ange gardien. Elle célèbre la vie et a mille et un projets.

Mme Fournier, vous qui disiez n'avoir rien à apprendre aux professionnels de la santé, sachez que vous nous avez appris l'essentiel....

Merci du fond du cœur !

Nathalie Nadon  
M. Sc. Inf. IPS cardiologie  
[nathalie.nadon.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nathalie.nadon.chum@ssss.gouv.qc.ca)

## Mise à jour sur le diagnostique en insuffisance cardiaque aiguë et chronique : les consensus canadien, américain et européen.

Cette présentation a revu les grandes lignes directrices en insuffisance cardiaque des sociétés conjointes américaines ACCF/ACC, de la société européenne de cardiologie et de la société canadienne cardiovasculaire, en insistant sur les changements récents et les différences principales. Les principales divergences entre les consensus sont les suivantes (classe/poids des évidences) :

- 1) **Utilisation des bêtabloqueurs dans la dysfonction ventriculaire gauche systolique (FEVG <40%) asymptomatique (stade B)**  
ACCF/AHA : I/C  
CCS : IIa/C  
ESC : pas de recommandation

- 2) **Défibrillateur dans la dysfonction ventriculaire gauche systolique asymptomatique (stade B)**

**FEVG ≤30% ischémique :**

ACCF/AHA : IIa/B

CCS : I/A (recommandation générale comprenant aussi les symptomatiques)

ESC : pas de recommandation

**FEVG ≤30% non ischémique :**

ACCF/AHA : IIb/C

CCS : pas de recommandation

ESC : pas de recommandation

- 3) **Perte de poids en cas d'obésité dans l'insuffisance cardiaque à FEVG diminuée (stade C)**

ACCF/AHA : pas de recommandation

CCS : IIb/C

ESC : IIa/C

- 4) **Médicaments de base dans l'insuffisance cardiaque à FEVG diminuée (stade C)**

**IECA :**

ACCF/AHA : inclut aussi fosinopril, périndopril et quinapril

CCS : inclut aussi périndopril

ESC : n'inclut exclusivement que les IECA étudiés dans l'IC (captopril, énalapril, lisinopril, ramipril et trandolapril)

**ARA :**

Losartan recommandé par ACCF/AHA au contraire de CCS et ECS (en plus de candesartan et valsartan).

**BB :**

Nebivolol recommandé par ESC(ou la molécule est disponible) au contraire de ACCF/AHA et CCS (en plus de bisoprolol, carvedilol et succinate de metoprolol CR/XL)

- 5) **ARA en plus des IECA dans l'insuffisance cardiaque à FEVG diminuée (stade C)**

ACCF/AHA : IIb/B

CCS : I/A

ESC : IIa/B (diminution mortalité) et I/A (diminution hospitalisation)

Philippe Meyer, MD,  
Cardiologue

Institut de cardiologie de Montréal

## Résumé de la conférence du docteur William T. Abraham (« Resynchronisation cardiaque et défibrillateurs dans la défaillance cardiaque : *passé, présent et directions futures.* »)

présentée par le docteur Michel White

Cette conférence a été présentée par le docteur Michel White en l'absence du docteur William T. Abraham.

resynchronisation elle-même qui a contribué de façon significative à augmenter la qualité de vie du patient et sauver des vies.

Lors de cette présentation, nous avons présenté les évidences de la resynchronisation, de même que l'insertion de défibrillateurs, qui ont causé un impact dramatique sur l'évolution de l'insuffisance cardiaque de même que dans la prévention de la mort subite. Suivant le succès des inhibiteurs d'enzymes de convection, des bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine, des antagonistes d'aldostérone et des bêtabloqueurs, les développements les plus importants dans le traitement de l'insuffisance cardiaque ont été l'avènement des défibrillateurs cardiaques et de la

Dans le cadre de cette présentation, nous avons décrit l'impact de la resynchronisation sur l'amélioration de la capacité d'effort ainsi qu'un impact favorable au niveau du remodelling ventriculaire. Nous avons aussi présenté l'impact favorable de la resynchronisation sur l'expression de gènes myocardiques dans la cardiopathie. Les études les plus pertinentes démontrant le rôle de la resynchronisation chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont été l'étude CARE-HF, de même que COMPANION.

Suite ... à la page 6