

Mot de votre Président



Chers collègues,

La nouvelle année marque souvent le temps de faire le bilan des réalisations antérieures mais surtout de propulser notre association vers de nouveaux défis. Le premier défi de 2011 sera l'implantation du logiciel Vision C+ dans la plupart de nos cliniques. Il est à noter que le déploiement dans de multiples sites de ce logiciel sera favorisé par la présence d'une coordonnatrice provinciale, mais impliquera aussi la volonté de la majorité de nos centres de vouloir s'équiper de cette technologie. En effet, cet énoncé implique que chacun de nos centres devra trouver du financement à l'interne pour pouvoir payer l'installation du logiciel et le maintien du système dans leur milieu. Cette façon de faire n'est pas une idée primaire de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque mais bien une imposition des instances gouvernementales qui ont demandé un financement à partir de la

base du logiciel Vision C+. Ce logiciel a été installé avec succès dans plusieurs centres, avec un temps de réponse très acceptable pour ce qui est de la fonctionnalité quotidienne. Il permettra à notre association d'avoir une visibilité pan-provinciale, une force par le nombre de patients inscrits dans notre communauté et permettra à notre groupe de pouvoir procéder à une évaluation de la qualité de l'acte, à la possibilité de recherche prospective multicentrique et permettra de maintenir une qualité optimale.

Un autre sujet important cette année sera la diversification de nos sources de financement. En effet, la Société québécoise d'insuffisance cardiaque avait une sécurité financière importante suite au partenariat avec nos commanditaires pharmaceutiques. Il est à noter que ce partenariat, bien qu'encore extrêmement présent, se voit rendu plus difficile en raison de la crise économique. Compte tenu de ces limitations, certains choix s'imposeront. Le plus facile serait de diversifier nos sources de financement en impliquant nos membres ainsi les patients. Par ailleurs, si aucune source extérieure de financement n'est trouvée, la possibilité de moduler la formule de nos congrès est également envisagée. Je vous communiquerai de plus amples informations à mesure que le dossier évoluera.

Finalement, je vous rappelle que notre site web est opérationnel, que les dernières présentations sont maintenant disponibles et qu'une visite fréquente sur le site www.sqic.org vous permettra d'avoir différentes informations sur notre société et les « *meeting* » à venir.

Espérant pouvoir vous voir durant l'année ou sinon marquez vos calendriers pour le congrès de la SQIC en septembre 2011.

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

Dans ce numéro

- ⇒ Mot du président.
D^r Serge Lepage p. 1
- ⇒ Mot de la rédactrice en chef.
D^{re} Anique Ducharme p. 2
- ⇒ Deux cœurs, deux destins
D^{re} Marie-Hélène LeBlanc p. 2
- ⇒ Y aura-t-il une hormonothérapie en insuffisance cardiaque ?
M. Simon de Denus, Pharm.
M. Denis Brouillette, Pharm. p. 3
- ⇒ Le traitement de la dépression chez le patient insuffisant cardiaque
D^r P.A. Lamoureux p. 3
- ⇒ Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire (GTS) : La suite...
M^{me} Joanne Larocque p. 4
- ⇒ Saviez-vous que Vision C+
M^{me} Carole Drouin
D^r Normand Racine p. 5
- ⇒ Babillard



Un mot de la rédaction

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

En ce mois des amoureux, quoi de mieux que de vous conter des histoires de cœur? Surtout lorsque celles-ci proviennent directement de Québec, sous la plume du Dr Leblanc.

Pour un Saint-valentin efficace, un petit ange m'a dit que tout n'était qu'une histoire d'hormones (!) N'écoutez pas leur instinct scientifique et fort de cette rumeur, nos pharmaciens sont donc allés investiguer de ce côté afin d'en avoir le « cœur net ». Vous saurez donc tout (ou presque) sur les vertus (?) de la testostérone.

Toutefois, certaines histoires sont plutôt salées et une certaine modération est parfois requise. Comme

on dit souvent : « il faut se garder une petite gêne! »... C'est pourquoi Mme Laroque poursuivra avec les recommandations canadiennes concernant le sel.

Et si votre histoire n'est pas aussi emballante que prévue, vous pourrez bénéficier des judicieux conseils du Dr Lamoureux concernant la dépression.

Sur ce, bonne lecture!

Anique Ducharme, MD, MSc

Deux cœurs, deux destins

Un homme de 45 ans est transféré pour dyspnée rapidement progressive sur quelques jours dans un contexte d'IVRS avec fièvre à 40 °C et frissons.

Il y a une pancytopenie modérée et un microvoltage à l'ECG et les troponines augmentent de 1 à 12 en trois jours. À l'écho, on note des parois épaissies et une FE initialement à 40 % avec un VG non dilaté et une IM 2/4. Le VD est préservé. Il a de la surcharge et il nécessite l'introduction de Dobutamine et de Levophed. Le lendemain de son arrivée, il est tachycarde à 130/min, la FE diminue à 20 % avec un IM 3/4 et le VD est fortement hypokinétique. La coronographie effectuée est normale et un BIA est installé. On procède à une biopsie endomyocardique. Dans la soirée, on note une légère amélioration et il reçoit 1 g de Solumédrol et des gammaglobulines. Le lendemain, la biopsie révèle un infiltrat lymphocytaire compatible avec une myocardite fulminante. Il reçoit du Solumédrol et des gammaglobulines pour deux autres jours et il s'améliore. Le ballon intra-aortique est retiré et la FE augmente progressivement à 45 % sur une semaine. Le patient est libéré avec un traitement d'insuffisance cardiaque.

Au même moment, une dame de 65 ans est admise aux soins intensifs pour dyspnée progressive sur quelques semaines. Elle présente une diminution de l'état général, pas de température, une dysfonction biventriculaire avec une insuffisance mitrale et tricuspide sévère. Le VG est dilaté, elle a une créatinine à 150 et une FSC normale.

La fonction hépatique est perturbée. L'ECG est sans particularité.

Après préparation rénale, une coronographie faite est normale. La biopsie démontre une infiltration lymphocytaire peu marquée compatible avec une myocardite subaiguë. La patiente reçoit aussi du Solumédrol et des gammaglobulines sur trois jours. Son état continue à se dégrader, nécessitant support inotrope et dialyse puisque la créatinine augmente jusqu'à 350. La fonction biventriculaire ne récupère pas et la patiente décède après une semaine de défaillance multiorganes.

Les patients avec myocardite fulminante ont un très bon pronostic à long terme comparativement aux formes chroniques actives de myocardites.

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

Y aura-t-il une hormonothérapie en insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie complexe ayant des répercussions sur plusieurs systèmes. La piste hormonale est en exploration déjà depuis quelques années. On sait que plusieurs patients insuffisants cardiaques présentent certaines déficiences hormonales dont en l'hormone de croissance et la testostérone.

A l'heure actuelle, aucune étude randomisée d'envergure n'a évalué l'impact d'un traitement à l'hormone de croissance en IC. Toutefois, plusieurs petites études sont disponibles. Les résultats semblent variables et l'hétérogénéité des populations étudiées pourrait expliquer ces résultats. Ainsi, les bénéfices de l'hormone de croissance en IC restent encore à élucider.

En ce qui concerne la testostérone, on sait que jusqu'à près de 40% des patients atteints d'IC présenteraient une déficience en cette hormone. D'ailleurs, les symptômes de déficience en testostérone sont similaires à ceux retrouvés chez plusieurs défaillants cardiaques (dyspnée, fatigue, catabolisme musculaire,...) et une corrélation a été établie entre le degré de déficience et la classe fonctionnelle des patients.

Certaines études ont démontré que la supplémentation de testostérone permettait d'améliorer la capacité fon-

ctionnelle, l'hémodynamie et la force musculaire des patients, tout en améliorant la tolérance à l'exercice et la sensation de fatigue. Toutefois, la publication de l'étude *Testosterone in Older Men with Mobility Limitations* dans le *New England Journal of Medicine* en 2010, dont les résultats ont suggéré que l'application quotidienne de testostérone topique chez des hommes avec des concentrations de testostérone totale ou libre basses et une mobilité réduite était associée à une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires, nous incite à la prudence à l'heure actuelle par rapport à son utilisation.

En somme, la testostérone et l'hormone de croissance semblent des avenues thérapeutiques dont les bénéfices sont incertains. Des études de plus grande envergure sont nécessaires pour évaluer adéquatement leur impact en IC.

Denis Brouillette
Pharmacien, D.Ph.

Institut de cardiologie de Montréal

Simon de Denus

Pharmacien, MSc(Pharm), PhD, professeur adjoint
faculté de pharmacie de l'Université de Montréal



www.sqic.org



30 Septembre 2011
01 Octobre 2011

Estrimont Suites et SPA (Orford)
Réservations :
Sans frais : 1-800-990-8223

Comité exécutif—2010-2011

D^r Serge Lepage, Président
D^r Normand Racine, Président sortant
D^r Marc Frenette, Secrétaire-
Trésorier
D^{re} Marie-Hélène LeBlanc



a/s Dr Serge Lepage
688, rue Prospect, Bureau 209
Sherbrooke, Qc J1H 1A8
Tél. : 819-542-2750

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.

Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire (GTS) - La suite...

Réduire la consommation de sodium constitue une étape positive vers l'amélioration de la santé de la population canadienne. Le GTS a publié le rapport « Stratégie de réduction du sodium pour le Canada », en juillet 2010. Leur stratégie est en accord avec celles de l'OMS et d'autres pays. **L'objectif ultime** : atteindre un apport en sodium inférieur à l'apport maximal tolérable (< 2300 mg/jour) chez plus de 95 % de la population canadienne, d'ici 2016.

Secteur	Constats	Principales recommandations	Recherche	Fonctions du sel :	
Approvisionnement alimentaire Réduction volontaire de la teneur en sodium (produits alimentaires transformés et aliments vendus dans les services alimentaires et restaurants).	88 % du Na de l'alimentation est ajouté (fabrication, préparation) ≠ d'origine naturelle. Le goût est adaptable en quelques semaines.	⇒ Établir cibles de ↓ Na ⇒ Divulguer l'information nutritionnelle ⇒ Divulguer la teneur en K+ des aliments (sels K+) ⇒ Maintenir innocuité des aliments. ⇒ Étiquetage nutritionnel : ↓ la valeur quotidienne de référence (2400 à 1500 mg/ jour) ⇒ Uniformiser les portions		- rehausseur de goût - agent de conservation et antibactérien. - effet sur la structure et texture des aliments La réduction du sel de façon substantielle peut s'avérer difficile.	⇒ Étudier Na en : ⇒ Santé et physiologie humaine ⇒ Science de la nutrition et technologie alimentaire ⇒ Passage des connaissances à la pratique
			Surveillance et évaluation		⇒ Indicateurs de réussite ⇒ Surveiller la consommation Na au Canada ⇒ Évaluer : - effets à long terme sur la santé - économies réalisées
Sensibilisation et éducation	⇒ Consommation canadienne : 3400 mg Na /jour	⇒ Informer/éduquer sur les répercussions du Na sur la santé ⇒ Inciter les consommateurs à réduire leur apport en Na ⇒ Stimuler la demande de produits à faible teneur en Na	Réf. : « Stratégie de réduction du sodium pour le Canada », Recommandations du GTS, Santé Canada, juillet 2010.		

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

Nouvelle de dernière heure — Santé Canada a aboli le Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire
 « ... la mise en œuvre d'une stratégie nationale passera désormais par le Comité consultatif sur la réglementation des aliments de Santé Canada. »

Saviez-vous que Vision C+ ...

- ⇒ Est un outil informatique conçu spécifiquement pour le suivi ambulatoire de la clientèle atteinte d'insuffisance cardiaque;
- ⇒ Existe grâce à un projet de partenariat entre le CHUS et la SQIC;
- ⇒ Est un logiciel utilisant une technologie appelée « web-base » qui permet, avec l'autorisation des patients, la consultation de son dossier d'insuffisance cardiaque par des établissements partenaires et membres du réseau de VisionC+;
- ⇒ A obtenu du Ministère de la santé et services sociaux, le

- financement d'un superviseur clinique provincial pour aider les établissements qui désirent implanter cette application dans leur établissement;
- ⇒ Est né du logiciel VisionC, créé en 1999 par un groupe de cliniciens et gestionnaires de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et qui fut implanté dans plus d'une trentaine d'établissements au Québec;
- ⇒ Récupère la banque de données de VisionC pour les établissements qui l'utilisent;

Suite à la page 5....

Le traitement de la dépression chez le patient insuffisant cardiaque

La nécessité du traitement de la dépression chez le patient insuffisant cardiaque s'impose tant au titre de sa morbidité propre qu'à celui de son poids comorbide sur l'évolution de la cardiopathie. Ces dépressions peuvent être tout aussi polymorphes et sévères que celles rencontrées en clinique psychiatrique. Le risque suicidaire y est d'autant plus important que ces patients en parleront rarement de façon spontanée et que souvent ils se trouvent confrontés à un premier accès dépressif à un âge plus avancé et suite à un accident somatique.

Le traitement allie la pharmacothérapie à une approche psychothérapeutique dont l'importance sera fonction des caractéristiques psychologiques du patient. Alors que les antidépresseurs sont réputés efficaces pour toutes les dépressions, les psychothérapies sont réservées au traitement des dépressions légères à modérées. La pharmacothérapie est individualisée en fonction de symptômes cibles, d'une réponse antérieure à un antidépresseur, des interactions possibles et de la réceptivité du patient. Les méta-analyses récentes ne permettent pas d'identifier de classes d'antidépresseurs qui auraient une efficacité supérieure aux autres. Pour les patients cardiaques les ISRS (en particulier sertraline, paroxetine, citalopram et escitalopram) sont généralement utilisés comme traitement de première intention parce qu'ils ont fait l'objet de plusieurs essais cliniques randomisés avec des groupes de patients cardiaques déprimés, qu'ils ont peu d'effets secondaires cardiaques et qu'ils ont vraisemblablement des effets favorables sur les marqueurs inflammatoires, sur la variabilité cardiaque, sur les fonctions endothé-

liales et plaquettaires. Les interactions avec les médicaments cardiaques sont peu fréquentes quand ils sont introduits prudemment et à doses croissantes en particulier avec les beta-bloqueurs et la warfarine. Les autres antidépresseurs utilisables incluent les antagonistes 5HT₂ (trazodone et mirtazapine), bupropion ou les inhibiteurs de la double recaptation norépinéphrine-sérotonine (venlafaxine, duloxétine); ces derniers étant susceptibles d'augmenter la tension artérielle. Alors que l'efficacité des antidépresseurs est établie pour le traitement de la dépression chez ces patients, il n'y a pas, à ce jour, d'indications probantes de leur efficacité pour diminuer la morbidité cardiaque et la mortalité.

L'identification de facteurs de risque psychologiques ou comportementaux (personnalité de type A, dépression, stress, isolement social, statut socio-économique et niveau d'éducation bas) a donné lieu à des études cliniques évaluant l'efficacité de différentes interventions psychosociales susceptibles de réduire le risque cardiaque. Elles ont dans l'ensemble donné des résultats mitigés. Toutefois certaines approches, en particulier cognitivo-comportementales (dans l'étude ENRICH) ont démontré une efficacité pour traiter efficacement la dépression et d'autres formes de détresse psychologique comme l'isolement social.

P.A. Lamoureux, md
Psychiatrie

Institut de cardiologie de Montréal

Saviez-vous que Vision C+ ... suite de la page 4

- ⇒ Permet la production de rapports cliniques et de gestion;
- ⇒ Est actuellement implanté dans les établissements suivants (par ordre de date d'implantation) : CSSS des deux Montagnes, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CSSS de la MRC-de-Coaticook, CSSS des Sources, CSSS du Granit, CSSS-Institut universitaire de Sherbrooke, Institut de cardiologie de Montréal, CSSS de la Haute-Yamaska, CSSS de Laval, CSSS de Sept-Iles, Centre hospitalier universitaire de Québec – pavillon CHUL, CSSS de Chicoutimi et CSSS sud de Lanaudière;
- Est en cours d'implantation au Centre hospitalier universitaire de Québec – pavillon Hotel-Dieu de Québec, et St-François d'Assise.

Plusieurs autres établissements sont à différentes étapes dans le processus de signature de l'entente entre le CHUS, et la SQIC. Un vrai réseau de CLIC est en voie de devenir, avec un outil informatique unique.

Si vous désirez implanter le nouveau logiciel VisionC+ pour votre clinique d'insuffisance cardiaque nous vous invitons à appeler Mme Carole Drouin au numéro de téléphone suivant 514-222-4661 ou par courriel (carole.drouin@csssl.ca). L'équipe de la SQIC en collaboration avec le CHUS et le CRED sont heureux de vous aider dans vos démarches pour l'obtention de Vision C+.

Carole Drouin, superviseur provincial – volet clinique
Docteur Normand Racine

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

