



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

THE BEAT™

UN RECUEIL D'INFORMATION SUR L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

FAITS SAILLANTS

« Il s'agit de la plus importante étude menée par un seul centre et utilisant la tomographie à 64 coupes. »

- D^r Ben Chow, codirecteur du Service de radiologie cardiaque, ICUO
(C'est confirmé : la tomographie cardiaque peut contribuer à anticiper et à prévenir la crise cardiaque, page 1-2)

« Notre nouvelle clinique de prise en charge du diabète est un pas important vers la création d'une infrastructure de gestion de la maladie. »

- D^r Richard Davies, cardiologue, ICUO
(Des pratiques exemplaires pour la prise en charge du diabète, page 3)

La première initiative pour y parvenir est la création d'une clinique de prise en charge du diabète.

(La prochaine frontière : le Modèle d'Ottawa pour le diagnostic du diabète, page 3-4)

« Mais dans bien des cas, en particulier chez les femmes, les symptômes ressemblent davantage à un malaise. »

- D^{re} Kathy Ascah, directrice du Laboratoire des épreuves d'effort, ICUO
En conversation, page 4)

DANS CE NUMÉRO

- P. 1-2** C'est confirmé : la tomographie cardiaque peut contribuer à prévenir la crise cardiaque
- P. 2** La délicate prise en charge du diabète
- P. 3** Des pratiques exemplaires pour la prise en charge du diabète
- P. 3** La prochaine frontière : le Modèle d'Ottawa pour le diagnostic du diabète
- P. 4** En conversation avec la D^{re} Kathy Ascah

Le bulletin « The Beat » est publié par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO). Veuillez faire part de vos questions et de vos commentaires concernant le bulletin à Jacques Guérette, vice-président du Service des communications, en composant le 613 761-4850 ou en écrivant à jguerette@ottawaheart.ca. Pour de plus amples renseignements sur l'ICUO, visitez le www.ottawaheart.ca.

© Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa 2009

« The Beat » est une marque de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.



Le D^r Ben Chow, à côté d'un tomographe cardiaque à haute résolution, a dirigé une étude à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa qui a démontré que la technologie permet de repérer les patients présentant un risque de crise cardiaque. L'Institut de cardiologie est chef de file en ce qui a trait à l'emploi de la TDM comme solution de rechange aux examens effractifs comme le cathétérisme cardiaque.

C'est confirmé : la tomographie cardiaque peut contribuer à anticiper et à prévenir la crise cardiaque

Une recherche publiée dernièrement montre que la tomographie (TDM) cardiaque permet d'identifier les patients qui présentent un risque de crise cardiaque et de décès. L'étude, menée à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO), est l'une des plus étendues à ce jour à se pencher sur la valeur clinique de cette technologie d'imagerie à haute vitesse.

En Amérique du Nord, l'Institut de cardiologie est un chef de file en imagerie diagnostique, notamment en recherche sur la nouvelle technologie de tomographie comme solution de remplacement plus rapide et plus efficace aux tests effractifs comme le cathétérisme cardiaque. Une tomographie cardiaque, qui dure de sept à dix secondes, reproduit en images à trois dimensions la totalité du cœur et des artères. Les images à haute résolution font apparaître les dépôts lipidiques qui peuvent s'accumuler pour obstruer les vaisseaux, bloquer l'apport sanguin au cœur et provoquer une crise cardiaque.

« Il s'agit de la plus importante étude menée par un seul centre et utilisant la tomographie à 64 coupes à haute résolution. Les résultats antérieurs sur la valeur de la tomographie pour poser un diagnostic cardiaque sont très limités, mais notre recherche confirme

l'importance de cet outil prometteur », explique le D^r Ben Chow, codirecteur du Service de radiologie cardiaque. Les détails de l'étude ont été publiés sous forme électronique cette semaine dans le *Journal of the American College of Cardiology (J Am Coll Cardiol, vol. 55, 2010, p. 1017-1028)*.

L'Institut de cardiologie emploie une technologie perfectionnée de tomographie à 64 coupes. Installée en 2006, c'était alors la première unité de ce type au Canada réservée aux soins cardiaques. Chaque année, l'Institut réalise quelque 6 000 examens de tomographie. Ce volume élevé a fourni à l'équipe de recherche du D^r Chow une substantielle base de données de patients pour faire le suivi des causes de décès et d'autres problèmes cardiaques, comme une crise cardiaque, après un examen de tomographie. Pour ce projet de recherche, plus de 2 000 patients ont été suivis par l'équipe du D^r Chow sur une période de 2 ans.

Dans de nombreux centres de cardiologie, on a recours au cathétérisme pour examiner les patients. Pour ce faire, on insère un mince cathéter dans un vaisseau sanguin pour obtenir une image mettant en évidence les blocages des artères qui réduisent l'apport sanguin au cœur. L'intervention peut prendre jusqu'à 40 minutes et

les patients doivent souvent rester à l'hôpital jusqu'à 6 heures après cette intervention, qui comporte également certains risques.

« Notre objectif principal est de faire bénéficier nos patients de la plus récente technologie et de réduire les listes d'attente le plus possible tout en étant en mesure d'identifier les plus importants indicateurs de maladie coronarienne. Si nous pouvons identifier les patients à risque plus tôt et leur fournir un traitement médical approprié, nous pensons que cela diminuera la probabilité de crise cardiaque ou de décès. Notre recherche démontre l'importance de la tomographie cardiaque comme outil diagnostique », précise le D^r Chow.

Encore aujourd'hui, la tomographie est considérée comme une nouvelle technique en médecine cardiaque. Habituellement employée pour l'imagerie du cerveau et d'autres organes, la tomographie cardiaque procure de très fins détails du travail qui se fait à l'intérieur du cœur, y compris des images des plaques calcifiées et d'autres types de plaques mixtes observées à l'intérieur de la paroi des vaisseaux. Avant que la tomographie à 64 coupes existe, la technologie n'était pas utilisable sur un cœur battant.

(Suite à la page 2)

(suite de C'est confirmé: la tomодensitométrie peut contribuer...)

« En cas de crise cardiaque ou de mort subite d'origine cardiaque, la cause est souvent attribuable à la rupture de plaques indéterminées, qui bloquent l'apport sanguin et provoquent une crise cardiaque. Plus vous avez de plaques, plus vous êtes susceptible de souffrir d'un problème cardiaque. La tomодensitométrie nous permet de voir l'accumulation de plaques et de prendre les mesures appropriées », explique le Dr Chow.

La tomодensitométrie à 64 coupes de l'Institut de cardiologie intègre des fonctions sophistiquées de traitement d'images qui permettent à un médecin de manipuler les images de façon à obtenir des vues rapprochées des zones d'intérêt, sous différents angles. La résolution plus élevée permet de cartographier en trois dimensions et avec force détails le système vasculaire et les tissus mous environnants. Qui plus est, la tomодensitométrie peut mesurer simultanément la fraction d'éjection, une mesure fonctionnelle de la capacité du cœur à pomper le sang hors du ventricule.

L'importante question de savoir si la tomодensitométrie cardiaque à haute résolution est un outil diagnostique efficace a récemment été soulevée, en partie parce que la TDM cardiaque est une technologie très nouvelle, mais aussi en raison de l'inquiétude liée à l'exposition aux radiations. Au début de février, la Food and Drug Administration des États-Unis a annoncé l'entrée en vigueur de nouvelles exigences pour les fabricants de tomодensitomètres et d'autres dispositifs d'imagerie afin de protéger les patients d'une exposition excessive aux radiations.

Exposition aux radiations

Les radiations font partie de notre vie quotidienne. Les radiations ionisantes ont deux sources principales : les radiations naturelles et l'exposition médicale (p. ex., tomодensitométrie, radiographie). Les radiations naturelles proviennent de sources cosmiques (soleil et autres corps extraterrestres), de la terre (radon) et des substances radioactives de nos corps. L'unité de mesure scientifique d'une dose de radiations est le millisievert (mSv).

Voici quelques faits sur l'exposition aux radiations :

- La dose de radiations d'une radiographie des poumons est de 0,1 à 0,2 mSv.
- L'exposition aux radiations provenant de notre environnement sur une période de 10 jours équivaut à celle d'une radiographie des poumons.
- L'exposition aux radiations d'une tomодensitométrie cardiaque est de 15 mSv. ☞

Source : *RadiologyInfo* (American College of Radiology et Radiological Society of North America)
www.radiologyinfo.org/en/safety/index.cfm

« La communauté médicale comprend que certains critères doivent être respectés avant qu'une nouvelle modalité ou épreuve entre en jeu, rappelle le Dr Chow. Ces critères n'existaient pas pour les épreuves moins récentes, et nous sommes maintenant tenus de respecter des normes beaucoup plus élevées. »

De plus, l'Institut de cardiologie a l'un des programmes d'imagerie cardiaque les plus complets au monde. Le Dr Chow et l'équipe médicale se penchent sur un ensemble de facteurs avant de recommander une quelconque épreuve diagnostique. Cela inclut ce qu'on appelle la « probabilité prétest », fondée sur un certain nombre de facteurs de risque qui permettent de déterminer si une personne a des prédispositions à la maladie du cœur et devrait subir une épreuve. Les facteurs de risque sont basés sur l'âge, le sexe et les symptômes ainsi que sur les antécédents familiaux, l'usage du tabac, le diabète, le cholestérol et l'hypertension.

« Selon la taille de la personne, la fréquence cardiaque et la probabilité prétest, nous choisirons une modalité, une épreuve, précise le Dr Chow. Nous sommes prudents lorsque nous décidons d'effectuer une épreuve diagnostique afin de ne pas le faire inutilement. »

Cette étude est l'un des nombreux projets de recherche du Dr Chow et de son équipe depuis que le premier tomодensitomètre à 64 coupes a été installé à l'Institut de cardiologie. À la fin de 2009, on a publié des résultats au sujet de la probabilité de faire des découvertes fortuites dans des régions autres que le cœur du fait de l'utilisation accrue de la tomодensitométrie.

Selon le Dr Chow, il est fréquent pour les radiologues de faire des découvertes fortuites, mais le plus important est de les classer adéquatement. La plupart des découvertes ne sont pas significatives sur le plan clinique et devraient tout simplement être notées dans le dossier du patient.

Des découvertes importantes nécessitant une intervention ont été observées chez

1,2 p. 100 des patients suivis, tandis que chez 7 p. 100 de ces patients, des découvertes indéterminées ont nécessité des épreuves diagnostiques approfondies qui ont permis d'identifier d'autres maladies, comme un cancer du poumon.

La recherche sur la tomодensitométrie menée à l'Institut de cardiologie s'est révélée à la fois utile et importante, mais d'autres recherches devront être menées afin d'étudier des patients de différents centres. Pour le Dr Chow, la tomодensitométrie est le nec plus ultra de la cardiologie. Et la recherche montrera à quelle vitesse la tomодensitométrie deviendra un outil indispensable. ☞

Pour plus de détails sur les recherches du Dr Chow, visionnez une entrevue en ligne sur le site de l'American College of Cardiology (site en anglais seulement) au <http://cardiosource.com/cvn/index.asp> (voir la rubrique « JACC Journal » et la vidéo « Prognosis of Cardiac CT »).

La délicate prise en charge du diabète

La maladie cardiovasculaire est à l'origine d'environ 70 p. 100 des décès associés au diabète. Les diabétiques dans l'ensemble affichent un plus haut taux de coronaropathie. Le fait que le diabète soit une maladie concomitante courante chez les patients cardiaques hospitalisés n'est donc pas surprenant. Quelque 20 p. 100 des patients qui reçoivent leur congé de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) sont diabétiques.

Malgré les améliorations en matière de prévention et de traitement de la maladie du cœur, la prise en charge des patients cardiaques atteints de diabète – et inversement, les patients diabétiques atteints de coronaropathie – demeure un réel défi. Cette situation est sérieuse, car si rien n'est fait, elle risque de continuer à se détériorer.

L'Association canadienne du diabète prédit que d'ici la fin de la présente décennie, le nombre de diabétiques au Canada augmentera de 50 p. 100. Des études ont démontré que le diabète a augmenté dans la population générale et qu'en 2000, environ 12 p. 100 des Canadiens de plus de 50 ans en étaient atteints.

À titre de chef de file en matière de nouvelles approches en médecine cardiovasculaire, l'Institut de cardiologie lance deux importants programmes visant, en premier lieu à repérer les patients diabétiques et en second lieu, à aider les patients à prendre en charge leur diabète après le départ de l'hôpital.

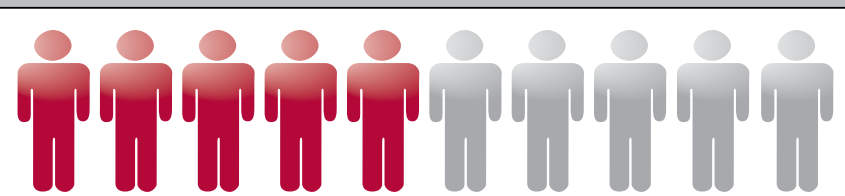
« L'objectif, explique Heather Sherrard, vice-présidente des Services cliniques, est de créer un continuum de soins pour juguler l'épidémie croissante de diabète. Une partie du programme repose sur le repérage précoce des patients et leur orientation vers une stratégie thérapeutique adaptée. L'autre volet vise à aider les patients diabétiques hospitalisés à prendre en charge leur diabète pendant le traitement de leur maladie du cœur. »

Les récits qui suivent visent à mieux informer les médecins et les patients sur le diabète et sa relation à la maladie du cœur, de même qu'à leur donner des renseignements sur les nouveaux traitements et programmes de recherche de l'Institut de cardiologie. ☞


Le diabète et la maladie cardiovasculaire en chiffres



Décès attribuables à la maladie cardiovasculaire chez les diabétiques



Personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic de diabète, donc non conscientes de leur état



Nouveaux diagnostics de diabète ou cas suspectés parmi les patients hospitalisés chez qui la maladie n'avait pas été diagnostiquée jusque-là (Données préliminaires provenant de l'étude sur le Modèle d'Ottawa)

Des pratiques exemplaires pour la prise en charge du diabète

Chaque profession possède son propre langage. En médecine, le terme « pratiques exemplaires » signifie que le traitement des patients est conforme aux lignes directrices qui régissent les soins correspondant à leur état. Le terme « soins complexes », quant à lui, désigne la prise en charge des patients atteints de plusieurs affections et le fait de coordonner les soins de façon à ce que le traitement de chaque maladie respecte les pratiques exemplaires.

Le diabète est une cause majeure de maladie du cœur. Il est établi que plus de 20 p. 100 des patients atteints de maladie du cœur sont également diabétiques. Le traitement simultané de ces deux maladies est complexe d'un point de vue médical. De plus, il représente un fardeau pour les patients, puisque ceux-ci jouent un rôle majeur dans la prise en charge de leurs maladies pour que leur état s'améliore.

En ce qui a trait au diabète, les patients doivent apprendre à mesurer leur glycémie et à gérer l'apport en glucides dans leur alimentation et la prise des médicaments visant à maîtriser leur taux de glucose. Concernant la maladie du cœur, l'autogestion des soins peut comprendre une réadaptation cardiaque, un programme d'exercices bien structuré, l'abandon du tabac et la gestion d'un traitement médicamenteux adapté à leur cardiopathie.

Tout cela semble simple en théorie. Mais la réalité est parfois plus

complexe. En pratique, on observe des « écarts thérapeutiques » lorsque les soins que reçoit le patient ne respectent pas les lignes directrices de pratiques exemplaires. Plusieurs études publiées récemment ont démontré l'existence de tels écarts chez les patients cardiaques atteints de diabète, établissant du même coup qu'un grand nombre d'entre eux ne reçoivent pas les traitements éprouvés qui pourraient améliorer leur état et accroître leur longévité.

« Il a été démontré à maintes reprises que l'éducation des médecins ne peut à elle seule corriger ces écarts. Il faut que le système et les procédures en place permettent de repérer les patients à risque dans toute la communauté, de créer et d'instaurer des programmes de traitement adaptés et de mesurer et surveiller leur efficacité », explique le Dr Richard Davies, cardiologue à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO).

Chez les patients qui présentent ces deux maladies, un traitement efficace repose sur une approche en équipe qui comprend des cardiologues, des endocrinologues et des médecins de famille, avec l'appui des infirmières enseignantes, des diététistes, des spécialistes de la réadaptation et d'autres professionnels de la santé.

Bien que l'Institut de cardiologie s'efforce d'atteindre l'excellence en matière de diagnostic, de traitement et de réadaptation des patients cardiaques, il faut reconnaître que des écarts subsistent

dans les soins aux patients diabétiques. C'est une situation que l'Institut de cardiologie compte régler rapidement. « Nous avons comme objectif d'améliorer l'offre de soins aux patients en collaborant avec des spécialistes d'autres domaines, comme l'endocrinologie, pour établir un programme de prise en charge coordonnée de la maladie. Nous visons en particulier à faciliter la transition et la continuité des soins après une hospitalisation liée à un épisode aigu de maladie du cœur dans les cas de pathologie complexe », indique le Dr Davies.

La première initiative pour y parvenir est la création d'une clinique de prise en charge du diabète – un partenariat entre l'équipe de soins cardiaques de l'Institut de cardiologie et l'équipe de soins aux diabétiques de la Division d'endocrinologie et métabolisme de l'Hôpital d'Ottawa. « Notre objectif à long terme est d'améliorer les processus d'intervention pour que tous les patients de l'Institut de cardiologie reçoivent par défaut un traitement conforme aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires », explique le Dr Davies, responsable de la mise sur pied de cette clinique.

« Notre nouvelle clinique de prise en charge du diabète est un pas important vers la création d'une infrastructure de gestion de la maladie. Le principe de la clinique et du programme est l'approche collaborative, selon laquelle une équipe de soins assure des soins continus et complets aux patients. Les trois mois qui suivent le congé de l'hôpital sont

une période critique pour les patients cardiaques. »

Outre les soins courants aux patients cardiaques – examens diagnostiques, traitement médicamenteux, surveillance et ajustement posologique du traitement médicamenteux –, il existe un besoin criant d'éducation tant pour les patients que pour leurs médecins de famille. L'alimentation et la nutrition, l'exercice et les modifications au mode de vie en général sont des aspects importants dans la prise en charge de la maladie, et un médecin de famille ne peut en aucun cas agir seul.

« Dans ce programme, notre objectif est de concentrer nos efforts sur les patients diabétiques qui sont hospitalisés dans notre établissement en raison d'une maladie du cœur, et d'améliorer tous les aspects des soins qui leur sont offerts », explique Heather Sherrard, vice-présidente des Services cliniques à l'Institut de cardiologie. « Il s'agit d'améliorer les soins offerts à ces patients et de favoriser une meilleure transition pour qu'ils soient pris en charge par une équipe en collaboration avec leur médecin de famille ».

« La prise en charge de ces patients est complexe. Nous comptons leur fournir les meilleurs soins existant à l'heure actuelle, et la seule façon d'y parvenir est de miser sur la prise en charge de la maladie par une équipe », conclut le Dr Davies.

La prochaine frontière : le Modèle d'Ottawa pour le diagnostic du diabète

L'expression « épidémie de diabète » fait référence à une augmentation du nombre de cas de cette maladie dans l'ensemble des établissements de santé. Les études montrent qu'en Amérique du Nord, 50 p. 100 des diabétiques n'ont pas encore reçu de diagnostic et ne sont donc pas au courant de leur état. Plus alarmant encore, le diabète est un facteur de risque particulièrement important de la maladie du cœur.

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) participe à un projet de recherche visant à dépister systématiquement les patients nouvellement hospitalisés pour repérer ceux qui sont passés entre les mailles du filet et qui pourraient être atteints de diabète sans le savoir. « Il s'agit de la première étude canadienne dont l'objet est d'évaluer une approche systématique visant à diagnostiquer un diabète potentiel chez les patients hospitalisés et à s'assurer qu'ils sont orientés vers des ressources communautaires appropriées », indique Bob Reid, Ph. D., directeur associé du Centre de prévention et de réadaptation Minto de l'Institut de cardiologie.

« À l'heure actuelle, un diabétique passe en moyenne 10 ans avec la maladie avant d'être repéré. Ce retard de diagnostic entraîne souvent des complications, y compris une maladie cardiovasculaire ou d'autres problèmes, comme une affection rénale », explique Bob Reid.

L'approche imaginée par Bob Reid est fondée sur les principes du Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac de l'Institut de cardiologie – un programme largement utilisé au Canada en raison de sa grande efficacité. Les mêmes outils sont en train d'être adaptés pour créer une approche systématique permettant de repérer, de prendre en charge et d'assurer le suivi des patients dont le diabète n'a pas encore été diagnostiqué.

Le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac repose sur le dépistage systématique de tous les patients admis à l'Institut de cardiologie. Une équipe formée d'un médecin et d'un membre du personnel infirmier évalue le statut tabagique de chaque patient, offre des conseils appropriés, prescrit des médicaments facilitant l'abandon du tabac si nécessaire et propose un suivi à long terme après le congé.

Le programme, qui entraîne un taux d'abandon du tabac allant jusqu'à 50 p. 100, a permis de rejoindre 20 000 patients dans les nombreux centres qui l'ont adopté partout au pays.

Lorsque le Modèle est appliqué au diabète, tous les patients font l'objet d'un examen visant à dépister une hyperglycémie (taux élevé de glucose sanguin). Le cas échéant, une surveillance et un traitement seront entrepris durant leur hospitalisation. De plus, les patients présentant des signes de prédiabète font l'objet d'un suivi et reçoivent des conseils en plus d'être réorientés vers leur médecin de famille.

Le Modèle d'Ottawa pour le diagnostic du diabète est un programme de 26 semaines financé par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, en collaboration avec la Division d'endocrinologie et métabolisme de l'Hôpital d'Ottawa. L'étude portera sur 250 patients cardiaques, dont les résultats seront ensuite examinés. Les chercheurs cherchent à déterminer si le modèle est valable pour le diabète et s'il permet d'établir clairement la prévalence de diabète non diagnostiqué dans certains milieux hospitaliers.

D'autres renseignements importants seront récoltés pour constituer une base de données exhaustive sur les caractéristiques des patients, leur progression après le congé de l'hôpital et la capacité du système de santé à fournir de l'aide aux patients chez qui la maladie n'avait pas été diagnostiquée jusque-là.

« Essentiellement, nous mettons sur pied un système d'alerte pour que les patients prennent le bon chemin et que tout soit fait pour enrayer l'épidémie croissante de diabète. Le projet, mené en partenariat avec l'Hôpital d'Ottawa, est dirigé par l'Institut de cardiologie », précise Heather Sherrard, vice-présidente des Services cliniques à l'Institut de cardiologie. « Il arrive qu'un patient hospitalisé présente une glycémie variable. Ce phénomène peut être un signe de stress ou de prédiabète. Le patient ne souffre pas encore de diabète, mais la maladie peut se déclencher en l'absence de supervision médicale ».

Le projet de dépistage des patients se déroulera comme suit :

- Les patients hospitalisés en raison d'une maladie du cœur passent un examen pour mesurer leur glycémie

au moment de leur admission, puis une deuxième analyse sanguine par la suite. Ces tests constituent la norme en matière de dépistage du diabète, conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne du diabète. Le dosage de l'hémoglobine A1C permet d'évaluer la glycémie moyenne du mois précédent. La glycémie peut varier chez les personnes soumises au stress. Il arrive que le taux de glucose sanguin soit artificiellement élevé, ce qui indique un problème potentiel;

- Pour alerter l'équipe médicale, une lettre est apposée sur le dossier des patients potentiellement diabétiques;

- En cas de suspicion de diabète, un troisième examen est prescrit pour vérifier la présence de diabète. Une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale est réalisée six semaines après le congé;

- En cas de résultat positif, le médecin de famille du patient reçoit une lettre accompagnée de lignes directrices lui indiquant la marche à suivre pour réaliser un dépistage approfondi du diabète;

L'objectif de ce projet est d'adapter le Modèle d'Ottawa pour repérer et prendre en charge d'autres patients présentant un risque élevé.

Le diabète et le tabagisme comptent parmi les plus importants facteurs de risque de la maladie du cœur. Cette collaboration avec la Division d'endocrinologie, sous la direction des docteurs Erin Keely, chef de division, et Janine Malcolm, directrice de programme, a facilité la mise au point des protocoles en matière d'exams, d'intervention et de conseils entourant la prise en charge des patients.

« Avec le Modèle d'Ottawa, nous en avons appris beaucoup sur l'utilisation systématique de protocoles comme le suivi téléphonique. Ces méthodes ont un impact significatif sur la prise en charge des patients qui passent un court séjour

en chirurgie cardiaque », explique le Dr Andrew Pipe, chef du Centre de prévention et de réadaptation Minto de l'Institut de cardiologie. « Nous avons contribué à modifier l'approche des soins aux patients. Nous avons orienté la pratique professionnelle dans les établissements de tout le district de santé de notre région et au-delà, partout au Canada, soit dans près de 80 hôpitaux qui ont adopté le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac », conclut-il. 🌸

En conversation



Dr^e Kathy Ascah : Les femmes et les maladies du cœur

La maladie du cœur est la principale cause de décès chez les femmes. Pourtant, elle demeure sous-diagnostiquée et ses symptômes passent souvent inaperçus. En mars 2010, le périodique spécialisé *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* a publié une revue des études réalisées par l'American Heart Association au cours des 12 dernières années visant à évaluer le degré de sensibilisation et de connaissance sur la maladie du cœur chez les femmes.

Cette analyse a montré que près de la moitié d'entre elles ne savent toujours pas que les cardiopathies représentent la principale cause de décès chez les femmes et que seule

une femme sur deux composerait le 9-1-1 si elle ressentait les symptômes d'une crise cardiaque.

Le bulletin *The Beat* a rencontré la Dr^e Kathy Ascah pour faire le point sur les femmes et la santé cardiaque. La Dr^e Ascah est cardiologue à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) depuis 1986, où elle dirige en outre le Laboratoire des épreuves d'effort.

Bulletin « The Beat » : La maladie du cœur est la principale cause de décès chez les femmes, mais elle demeure sous-diagnostiquée et n'est pas toujours reconnue. Comment expliquez-vous ce phénomène?

Dr^e Ascah : Je crois que tant les hommes que les femmes ont une idée préconçue selon laquelle la coronaropathie ou les crises cardiaques entraînent nécessairement des douleurs intenses. Mais dans bien des cas, en particulier chez les femmes, les symptômes ressemblent davantage à un malaise – comme une pression ou une indigestion. Sans compter que l'emplacement de ces manifestations est parfois atypique. De même, l'essoufflement est un symptôme courant. Pourtant, de nombreuses personnes n'associent pas l'essoufflement à la maladie du cœur; ils croient à tort que leurs poumons sont défaillants ou simplement qu'il est causé par leur embonpoint. Pourtant, dans certains cas, en particulier chez les diabétiques, l'essoufflement constitue le seul symptôme de la cardiopathie.

Je pense qu'il y a des lacunes en matière de sensibilisation aux symptômes de la maladie, même chez les patients atteints de coronaropathie qui ont été traités. Parfois, même ceux-là n'arrivent pas à comprendre que leurs symptômes sont d'origine cardiaque. Il est vraiment très important d'accroître la sensibilisation et de mieux éduquer la population. Lorsque ces organismes ont amorcé leurs campagnes de sensibilisation dans les années 1990, la plupart des femmes ne savaient pas quels signes rechercher –, mais ces progrès ont semblé-t-il rencontré certains obstacles. En particulier, nous n'avons pas réussi à informer suffisamment les personnes qui échappent au suivi médical, surtout celles issues de l'immigration.

Chez les femmes, il existe d'autres freins au diagnostic, comme le fait que celles-ci ont tendance à minimiser leurs symptômes. Elles vivent en outre généralement plus longtemps que leur conjoint. Par conséquent, les hommes peuvent toujours compter sur leur femme pour remarquer qu'ils vont moins bien ou présentent

des signes inquiétants et les encourager à consulter un médecin. Comme les femmes âgées sont souvent seules, personne ne s'aperçoit que leur autonomie diminue. Qui plus est, les femmes ont l'habitude de banaliser leurs symptômes – à 75 ou 80 ans, il est normal de ressentir de la douleur et de l'inconfort de temps à autre. Cette attitude constitue en fait un obstacle psychosocial au diagnostic.

Bulletin « The Beat » : En matière de diagnostic, y a-t-il des particularités selon le sexe des patients?

Dr^e Ascah : En ce qui concerne l'épreuve d'effort courante, oui. Surtout chez les femmes plutôt jeunes. Certaines variations visibles sur l'électrocardiogramme qui surviennent à la suite d'une diminution de l'apport sanguin en raison d'une ischémie peuvent être attribuables aux oestrogènes. L'examen est tout de même très utile, mais il est parfois moins précis chez les femmes – on observe davantage de faux positifs. Des examens supplémentaires sont donc parfois nécessaires pour éliminer ou confirmer un diagnostic de cardiopathie.

L'épreuve d'effort est toutefois un examen de dépistage efficace chez les femmes. Si nous en revenons aux symptômes atypiques que nous observons souvent, l'épreuve d'effort est vraiment utile par rapport aux autres examens spécialisés. Il existe un lien évident entre les symptômes atypiques et la diminution de l'apport sanguin. J'ai vu des patientes qui présentaient simplement une douleur au coude ou au poignet, ou encore au sommet du crâne. Et c'est très significatif – les mêmes douleurs reviennent au cours de l'épreuve d'effort.

Bulletin « The Beat » : Une fois la cardiopathie diagnostiquée, le traitement est-il globalement le même pour les femmes?

Dr^e Ascah : Il est évident que les femmes ont de plus en plus accès aux traitements efficaces au même titre

que les hommes, surtout depuis que nous disposons d'endoprothèses dont la taille convient aux femmes. Anciennement, le pontage aortocoronarien donnait de moins bons résultats chez les femmes – le calibre de leurs vaisseaux sanguins est plus petit, ce qui complique l'intervention. Mais avec l'adaptation de la taille des endoprothèses et les progrès technologiques, nous avons maintenant la capacité de proposer ces traitements efficaces aux femmes. La pose d'une endoprothèse est d'ailleurs souvent préférée au pontage.

Bulletin « The Beat » : Existe-t-il des facteurs de risque de cardiopathie propres aux femmes?

Dr^e Ascah : Je dirais le diabète parce qu'il est un facteur de risque plus important chez les femmes. Le risque de coronaropathie est faible avant la ménopause, mais en cas de diabète, ce risque rejoint celui d'un homme du même âge. Un taux élevé de triglycérides, souvent associé à l'obésité et au diabète, est un facteur de risque généralement plus important chez les femmes que chez les hommes. Le tabagisme constitue un facteur de risque identique chez les hommes et les femmes, mais ces dernières semblent éprouver plus de difficultés à cesser de fumer.

Par ailleurs, et ce point touche à la prévention, les femmes endossent souvent un rôle de soignante – enfants, conjoint ou parents âgés – en plus d'occuper un emploi à temps plein dans bien des cas. Elles manquent parfois de temps pour sortir et faire de l'exercice, alors que c'est très important. Il m'arrive de prescrire des séances d'exercice.

Comme le risque de cardiopathie est faible avant la ménopause, les femmes ne ressentent pas le besoin d'apporter les changements requis au mode de vie pour prévenir la maladie du cœur. Il faudrait peut-être nous y prendre autrement pour les amener à consulter et à réaliser l'importance d'adopter un mode de vie sain, et ce, suffisamment tôt pour qu'elles puissent apporter ces modifications essentielles. 🌸