

Les actualités DU CŒUR

Le bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*
une initiative de la Fondation des maladies du cœur du Québec

Volume 6, numéro 1
Hiver 2001

Dans ce numéro

| | |
|--|---|
| Nouvelles du Forum | 1 |
| La défaillance cardiaque : l'étude Val-HEFT | 1 |
| Colloque « Nutrition, cholestérol et santé cardiovasculaire : controverses et nouveauautés » (suite) | 2 |

CAHIER SPÉCIAL

| | |
|--|---|
| Résumé des recommandations canadiennes de l'an 2000 sur l'hypertension | 7 |
|--|---|

Kino-Québec

| | |
|--|---|
| L'activité physique de loisir au Québec : des gains... et des pertes..... | 3 |
|--|---|

La Société québécoise d'hypertension artérielle

| | |
|--|---|
| La maladie vasculaire artérielle périphérique, cette grande oubliée.... | 6 |
|--|---|

Cholestaction Québec

| | |
|---|----|
| Statines et ostéoporose : qu'en est-il ? | 12 |
|---|----|

Conseil québécois sur le tabac et la santé

| | |
|---|----|
| Les barons du tabac et leurs victimes : les enfants..... | 14 |
|---|----|

Informations à partager

| | |
|--|----|
| Sites Internet : formation médicale continue..... | 13 |
| Nouvelles de la FMCO | 15 |
| Colloques à venir | 16 |

- Le bulletin est aussi disponible
sur le site Internet du Forum :
www.forumscv.qc.ca

La Mission

La mission du bulletin vise à diffuser les connaissances les plus récentes, permettre la discussion et l'échange d'information à propos des différents champs d'intervention en prévention vasculaire cérébrale et cardiaque et ce, auprès des médecins et autres professionnels de la santé du Québec.



Sondage sur le site web du Forum

La compilation des réponses au sondage présent sur le site Internet du Forum, nous révèle que celui-ci est surtout fréquenté par les instructeurs

RCR (40%), les professionnels de la santé (31%), les étudiants (8%) de même que les omnipraticiens et les cardiologues (5%). Les rubriques les plus populaires sont la section Soins d'urgence (43%) et le bulletin Les actualités du cœur (24%). Le site est fréquenté plusieurs fois par mois par 26% des répondants et 52% sont de nouveaux visiteurs. Le site est autant fréquenté par les hommes (53%) que par les femmes (47%) âgés de 15 à 49 ans (88%).

Merci à tous ceux qui ont participé à ce sondage! **AC**



Denis Drouin M.D.
Médecin conseil
Organisation des Services, Santé cardiovasculaire
Direction de la Santé publique de Québec

La défaillance cardiaque : l'étude Val-HEFT (Valsartan Heart Failure Trial)

Les résultats de l'étude Val-HEFT ont été présentés par le docteur Jay N. Cohn, co-chercheur principal. Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'efficacité du valsartan, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA), sur la morbidité et la mortalité chez des patients avec insuffisance cardiaque de (ICC) classe II à IV. Les patients étaient au départ traités avec des agents thérapeutiques conventionnels, c'est-à-dire, selon le cas, diurétiques, digitale, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IECA), bêta-bloquants, nitrates et/ou autres et ce, aux doses optimales. Les patients du groupe traité ont reçu du Valsartan à raison de 160 mg BID en plus du traitement conventionnel.

Cette étude a regroupé 5 200 patients souffrant d'ICC en majorité de classe II, ayant une fraction d'éjection inférieure à 40 % et un élargissement du diamètre du ventricule gauche en fin de diastole supérieur à 2,9 cm/m², le tout, mesuré par échocardiographie. Bref, des patients très malades dont l'espérance de vie est gravement diminuée.

L'hypothèse de l'étude était la suivante. L'angiotensine, en exerçant un effet sur les mécanismes de l'insuffisance cardiaque, peut influencer la croissance cardiaque ainsi que le remodelage. Malgré l'administration d'IECA, l'angiotensine persiste dans la circulation et

suite p 2 ▶

* Le terme cardiovasculaire inclut celui de cérébrovasculaire

Résumé de conférence

Odette Navratil, Dt.P. M.Sc
Centre de Recherches sur les
maladies lipidiques du CHUL (CHUQ)
Roxane Guindon, Dt.P
Fondation des maladies du cœur du Québec

Colloque « Nutrition, cholestérol et santé cardio-vasculaire : controverses et nouveautés » suite...

Groupe de Recherche en Nutrition Humaine (GRENH) de l'Université Laval, mai 2000.

Voici la suite des conférences présentées au Colloque « Nutrition, cholestérol et santé cardiovasculaire : controverses et nouveautés ». Dans le dernier numéro du bulletin « Les actualités du cœur » (vol 5, no3), Cholestaction Québec a malencontreusement omis de présenter deux résumés de conférence. Le comité scientifique de Cholestaction Québec s'excuse sincèrement pour tous les inconvénients que cette erreur a pu occasionner auprès des conférenciers, les Drs Hélène Jacques et Paul Paquin.

Influence d'une matière grasse laitière modifiée sur le profil lipidique d'hommes normolipidémiques.

Hélène Jacques Ph.D, Dt.P. et coll.

Il s'agit d'une étude préliminaire prometteuse sur une matière grasse laitière modifiée (MGLM), produite par le Département des sciences des aliments et de nutrition, contenant 93 % moins de cholestérol et un peu moins de gras saturés que la matière grasse laitière régulière (MGLR). Cette étude qui répartissait les sujets selon un chassé-croisé de 3 périodes expérimentales, a permis d'observer les effets de différents régimes alimentaires dont la source principale de gras provenait soit d'une margarine non hydrogénée (MNH), d'une MGLR ou d'une MGLM.

Après 4 semaines, le régime avec MGLM a réduit significativement les triglycérides sanguins (20 %) comparativement aux deux autres régimes. Chez les sujets normotriglycéridémiques ayant des taux plus élevés, la baisse a été encore plus significative (25 % à 40 %). Comme prévu, le régime avec MNH a réduit les taux de cholestérol total et des LDL, tandis que les régimes à base de la MGLR ou de la MGLM n'ont entraîné aucune réduction de la cholestérolémie. Cette matière grasse laitière modifiée pourrait s'avérer avantageuse pour les individus hypertriglycéridémiques.

Aliments fonctionnels et maladies cardiovasculaires : stratégies et développement.

Paul Paquin, Ph.D


Le secteur des aliments fonctionnels et des produits nutraceutiques est en pleine croissance. De nouvelles données sur le mode d'action de plusieurs molécules nutraceutiques ont permis l'introduction de produits destinés à des marchés niches dont celui de la prévention des maladies cardiovasculaires. Ces produits de première génération ne sont cependant que la pointe de l'iceberg : les nombreuses recherches en cours laissent entrevoir un potentiel de développement titanesque.

Les chercheurs de l'Institut de Recherche sur les Aliments Fonctionnels et les Nutraceutiques (IRAFN) à l'Université Laval, s'attaqueront aux nombreux défis qui se posent afin de développer de nouvelles générations de nutraceutiques et d'aliments fonctionnels.

Aliments fonctionnels :

Semblable en apparence aux aliments conventionnels, il fait partie de l'alimentation normale et il procure des bienfaits physiologiques démontrés et (ou) réduit le risque de maladie chronique au-delà des fonctions nutritionnelles de base.

Aliments Nutraceutiques :

Fabriqué à partir d'aliments, mais vendu sous forme de pilule ou de poudre (potions) ou sous d'autres formes médicinales qui ne sont pas généralement associées à des aliments et il s'est avéré avoir un effet physiologique bénéfique ou assurer une protection contre les maladies chroniques. 

suite : La défaillance cardiaque : l'étude Val-HEFT

les tissus, probablement en partie dû à des mécanismes alternatifs de conversion. L'hypothèse était qu'un blocage supplémentaire sur les récepteurs AT₁ de l'angiotensine pouvait avoir un effet favorable sur l'évolution de la maladie.

Résultats:


L'étude n'a pas démontré de réduction de la mortalité totale. Cependant, une réduction de 13,3 %, très significative de la mortalité et de la morbidité combinées et une diminution des réhospitalisations de 27,5 %, également très significatives sur le plan statistique (p = 0.00001) furent observées. De plus un sous-groupe intolérant ou n'ayant pu recevoir d'IECA, mais ayant reçu du valsartan, a pu bénéficier d'une réduction de mortalité de 44,5 %.

Que retenir?

Plusieurs questions demeurent : Est-ce que tous les patients souffrant d'ICC devraient recevoir du valsartan en plus du traitement conventionnel ? L'usage combiné d'un IECA, d'un bêta-bloquant et d'un ARA bloque-t-il trop le tonus adrénergique et peut-il être nuisible ? Dans quel ordre ces trois médicaments devraient-ils être prescrits à l'avenir ? Un IECA à très haute dose pourrait-il produire les mêmes résultats ?

L'étude Elite II avait jeté une douche froide sur la communauté médicale puisque l'ARA s'était avéré comparable à l'IECA utilisé sans démontrer de supériorité. Val-HEFT confirme qu'un blocage plus important de l'angiotensine apporte des bénéfices supplémentaires et de plus, lorsqu'un IECA n'est pas toléré, le valsartan peut représenter une alternative thérapeutique de grande valeur.

On peut donc s'attendre à ce que les patients traités pour ICC verront leur traitement pharmacologique progressivement modifié dans les mois qui viennent.

En cette période de l'année où les urgences de la province sont engorgées de malades souffrant de défaillance cardiaque, un traitement qui aide à stabiliser la condition des patients souffrant d'ICC et réduire les réhospitalisations est le bienvenu. Enfin, l'analyse de sous-groupes permettra de mieux comprendre les implications de Val-HEFT. 

L'activité physique de loisir au Québec : des gains... et des pertes

Quelques résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998

Bertrand Nolin, M.Sc.

Unité connaissance / surveillance, Institut national de santé publique du Québec

L'activité physique, composante incontournable de notre vie quotidienne, est depuis longtemps identifiée comme un facteur important de maintien, d'amélioration et même de recouvrement de la santé. Néanmoins, l'identification du type et de la quantité (intensité, durée et fréquence) d'activité physique souhaitable est un phénomène plus récent et les recherches se poursuivent afin de préciser encore davantage ces recommandations (*U.S. Department of Health and Human Services* [USDHHS], 1996; Bouchard, Shephard et Stephens, 1994).

L'activité physique, dans son sens strict,

se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme de repos » (USDHHS, 1996, p. 20). Cependant, toutes les activités ou mouvements possibles peuvent être regroupés dans quatre grandes catégories, soit l'activité physique domestique, l'activité physique de travail, l'activité physique de transport et l'activité physique de loisir (voir schéma).

Les quatre catégories d'activité physique peuvent, à des degrés divers, influencer positivement ou négativement la santé d'un individu. Cependant, l'activité

physique domestique et l'activité physique de travail ne sont pas vraiment sous le contrôle de l'individu, donc sont très peu modifiables, et plusieurs des exigences physiques liées à celles-ci ont diminué au cours du vingtième siècle (USDHHS, 1996), du moins dans les pays industrialisés. Ainsi, seulement l'activité physique de loisir et celle associée au transport demeurent majoritairement sous le contrôle de l'individu bien que, dans le cas du transport, les choix individuels peuvent souvent être très limités.

L'Enquête sociale et de santé 1998 (ESS-1998) nous permet d'obtenir, entre autres, une estimation de la proportion de la

suite p 4 ►

SCHEMA : Catégories regroupant toutes les activités physiques^a potentiellement incluses dans une journée

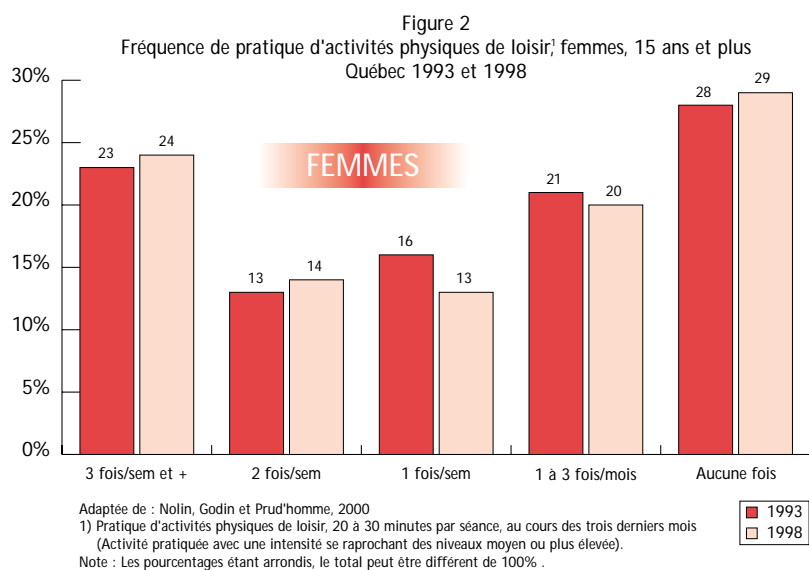
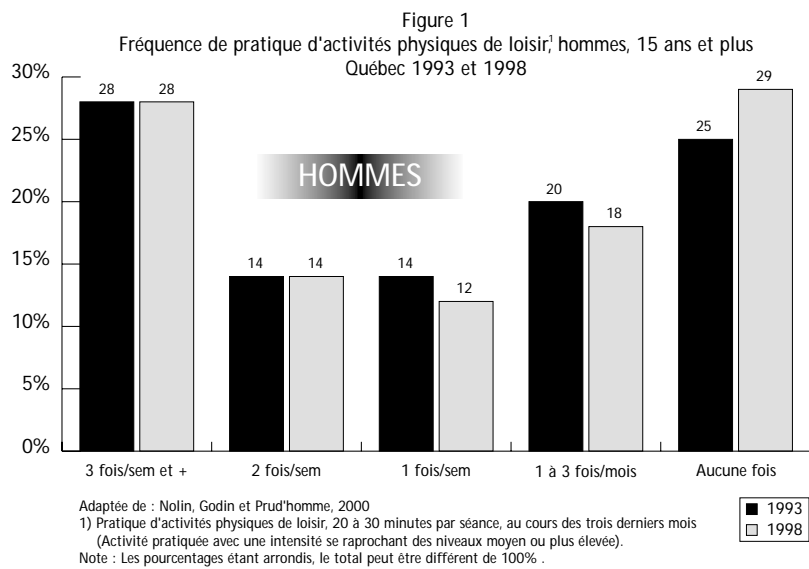
| L'activité physique DOMESTIQUE ^b | L'activité physique DE TRAVAIL ^b « l'occupation principale » | L'activité physique DE TRANSPORT | L'activité physique DE LOISIR ^c |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se laver • Habiller les enfants • Passer l'aspirateur • Bricoler • Pelleter • Faire le marché • etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Classer du matériel • Faire le service aux tables • Transporter des colis • Pelleter de la terre • etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Se rendre au travail en marchant • Se rendre à l'école à bicyclette • Se rendre chez une amie en patins à roulettes • etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Marche • Bicyclette • Conditionnement physique individuel • Hockey sur glace • Danse sociale • etc. |

a Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et produisant une dépense énergétique plus élevée que le métabolisme au repos (U.S.D.H.H.S., 1996, p. 20).

b Beaucoup d'activités de ces deux catégories sont physiquement très semblables, ou même identiques. Ce qui les différencie principalement est le fait d'être rémunérées ou non rémunérées, ainsi que l'endroit où elles sont faites.

c Activités physiques pratiquées durant les temps libres (sports, conditionnement physique, plein air, etc.).

Source: Nolin, Godin et Prud'homme, 2000



population pratiquant des activités physiques à une intensité se rapprochant des niveaux moyen ou plus élevé (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996 ; Gionet et Godin, 1989). L'influence de ce type d'activité physique sur les déterminants de la condition physique et, de manière plus large, sur la santé, est très bien documentée (American College of Sports Medicine [ACSM], 1998). L'indicateur utilisé fournit un éventail détaillé de la fréquence de pratique au cours des trois

derniers mois, soit trois fois et plus par semaine, deux fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois et aucune fois.

La fréquence de pratique : une vue d'ensemble

Les figures 1 et 2 présentent une vue d'ensemble de la pratique d'activité physique de loisir chez les Québécois et les Québécoises de 15 ans et plus, au cours d'une période de trois mois. En

1998, plus de la moitié de la population se situait aux deux extrémités du continuum de pratique. Environ le quart de la population (28 %, hommes et 24 %, femmes) pratique ces activités à une fréquence de trois fois et plus par semaine et 29 %, aucune fois. Pour l'autre partie de la population, la fréquence varie de une à trois fois par mois (18 %, hommes et 20 %, femmes) une à deux fois par semaine (26 %, hommes et 27 %, femmes). Donc, près de la moitié de la population a une fréquence de pratique occasionnelle ou nulle (1 à 3 fois par mois ou aucune fois) pour ce type d'activité physique de loisir.

La comparaison avec les données de 1993 permet d'observer une diminution de la fréquence de pratique, laquelle se concrétise plus particulièrement par l'augmentation de la proportion de la population qui ne fait pas de telles activités (« aucune fois »). Cependant, l'analyse de ces résultats selon le sexe (figures 1 et 2) fait ressortir que cette diminution de pratique se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 29 % : figure 1). Les femmes, pour leur part, ont plutôt fait des gains entre 1993 et 1998 avec une diminution de la fréquence une fois par semaine (16 % c. 13 %), au profit des fréquences de deux et trois fois et plus par semaine (35 % c. 38 %) (figure 2).

Les variations selon le sexe et l'âge

(Données non présentées graphiquement¹)

a) Chez les hommes

Des variations importantes apparaissent selon l'âge parmi la population masculine. Ainsi, en 1998, les hommes de 15 à 24 ans sont ceux qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir pratiqué ce type d'activités physiques de loisir à une fréquence de trois fois et plus par semaine (43 %) au cours d'une période de trois mois, alors que les hommes de 25 à 44 ans sont les moins nombreux (21 %). Environ le quart (26 %) des hommes de 45 à 64 ans et le tiers (33 %) des hommes de 65 ans et plus en font à une fréquence de trois fois et plus par semaine. Ces résultats sont semblables à ceux de 1993, à l'exception des hommes de 65 ans et plus où l'on semble perdre un peu d'adeptes, mais cette

différence n'est pas statistiquement significative.

Pour les hommes qui ont une pratique occasionnelle (1 à 3 fois par mois au cours d'une période de 3 mois), on observe une diminution à partir du groupe d'âge de 45 ans et plus, et cela, majoritairement au profit de la catégorie « aucune fois ». En effet, la proportion d'hommes qui ne pratiquent pas ce type d'activités physiques de loisir augmentent progressivement avec l'âge, passant de 10 % chez 15 à 24 ans à 42 % chez les 65 ans et plus. La situation demeure semblable à celle de 1993, à l'exception d'une augmentation de la proportion d'hommes qui n'en font pas (« aucune fois ») chez les personnes de 45-64 ans (31 % c. 37 %).

b) Chez les femmes

L'analyse des résultats, chez les femmes, fait également ressortir des variations importantes selon l'âge quoique assez différentes de celles des hommes pour la fréquence la plus élevée. En effet, les résultats des plus jeunes (15-24 ans) et des plus âgées (65 ans et plus) sont semblables pour la fréquence de trois fois par semaine et plus au cours d'une période de trois mois (26 % et 25 %). Les différences significatives se situent entre le groupe des 15 à 24 ans et celui de 25 à 44 ans (26 % c. 20 %), ainsi qu'entre celui de 25 à 44 ans et celui de 45 à 64 ans (20 % c. 28 %). Les résultats pour la fréquence de trois fois par semaine et plus sont comparables entre 1993 et 1998. Cependant, comme nous l'avons souligné plus haut, les femmes ont fait des gains entre 1993 et 1998 et ceux-ci se concentrent chez les 25-44 ans et les 45-64 ans, pour la fréquence de deux fois par semaine et plus.

Dans le cas de la pratique occasionnelle (1 à 3 fois par mois), celle-ci diminue de manière importante entre les femmes de 25 à 44 ans et celles de 65 ans et plus (26 % c. 15 % c. 9 %). Pour la fréquence « aucune fois », la proportion de la population féminine augmente graduellement à tous les âges, passant de 12 % parmi les femmes de 15 à 24 ans à 49 % parmi celles de 65 ans et plus, soit environ une femme sur deux. La comparaison avec les résultats de 1993,

pour les fréquences inférieures à une fois par semaine, ne fait ressortir aucune variation statistiquement significative même si la proportion de femmes qui n'en font pas (« aucune fois ») semble augmenter chez celles de 65 ans et plus.

Les variations selon le sexe

La différence entre les hommes et les femmes se situe majoritairement aux deux extrémités du continuum de pratique. Les jeunes hommes (15-24 ans) pratiquent en plus grande proportion que les jeunes femmes ce type d'activités physiques de loisir trois fois par semaine et plus (43 % c. 26 %) au cours d'une période de trois mois, ce qui est également le cas chez les 65 ans et plus (33 % c. 25 %). Pour les deux groupes d'âge intermédiaires, les prévalences sont semblables. Ainsi, la différence entre les hommes et les femmes est majoritairement expliquée par la différence chez les plus jeunes (15-24 ans).

Les autres différences entre les sexes se situent également chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus. Pour les fréquences une fois par semaine et une à trois fois par mois, chez les 15-24 ans, les prévalences sont plus élevées chez les femmes soit, (19 % c. 13 %) et (25 % c. 18 %) respectivement. Pour la fréquence aucune fois, chez les 65 ans et plus, il y a également une proportion plus élevée de femmes (49 % c. 42 %). En ce qui concerne les autres fréquences et les autres groupes d'âge, aucune différence significative entre les hommes et les femmes n'est décelée.

Conclusion

Les résultats font ressortir qu'environ le quart des personnes de 15 ans et plus sont suffisamment actives (3 fois par semaine et plus au cours d'une période de 3 mois) pour en retirer des bénéfices importants sur leur condition physique et, de manière plus globale, sur leur santé. Cependant, environ la moitié (47 %, hommes et 49 %, femmes) ne pratiquent pas ce type d'activités physiques de loisir sur une base hebdomadaire, ce qui laisse encore place à des gains substantiels.

La comparaison avec les données de 1993 montre une augmentation pour la fréquence « aucune fois », donc une

diminution de pratique, mais ce phénomène ne semble pas exclusif au Québec (Stephens, 1998). De plus, il est important de souligner que cette diminution se concentre exclusivement chez les hommes (25 % c. 29 % : figure 1) et que, dans le cas des femmes, on observe plutôt une amélioration depuis 1993.

Finalement, il est bon de préciser que les résultats décrits plus haut ne couvrent pas l'ensemble du continuum de pratique d'activités physiques de loisir. En effet, la pratique d'activités physiques à une intensité plus faible, en volume suffisant et sur une base régulière, peut aussi apporter des bénéfices substantiels sur le plan de la santé. Donc, les pourcentages présentés sous-estiment le niveau de pratique de la population.

Les résultats d'une enquête détaillée (Nolin, Prud'homme et Godin, 2001, à paraître), réalisée la même année et auprès de la même population, nous apportera l'information pour l'ensemble du continuum de pratique d'activités physiques de loisir. Cependant, les analyses préliminaires nous indiquent que la diminution du niveau d'activités physiques, entre 1993 et 1998, semble là aussi se confirmer. ^{AC}

[[†] L'ensemble des résultats, et plusieurs autres, sont présentés dans le rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Nolin, Godin et Prud'homme, 2000).]

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM) (1998). The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Adults : Position Stand. Med. Sci. Sports Exer., vol. 30, no 6, p. 975-991.
- BOUCHARD, C., R.J. Shephard, et T. Stephens (eds) (1994). Physical Activity, Fitness, and Health : International Proceeding and Consensus Statement. Champaign, Human Kinetics, 1055 p.
- GIONET, N.J., et G. Godin (1989). Self-reported exercise behavior of employees : A validity study. Journal of Occupational Medicine, no 31, p. 969-973.
- NOLIN, B., D. Prud'homme et G. Godin (2001). Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé. Québec, direction Santé Québec, Institut de la Statistique du Québec et Kino-Québec. Secrétariat au loisir et au sport, (à paraître).
- NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME (2000). « Activité physique », dans : Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1998. Québec. Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7.
- STEPHENS, T (1998). International Trends in the Prevalence of Physical Activity and Other Health Determinants. Présentation, congrès mondial de la Fédération internationale de médecine sportive (FIMS), Orlando, (Floride), U.S.A.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS) (1996). Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.



La maladie vasculaire artérielle périphérique, *cette grande oubliée...*

La maladie athérosclérotique peut se manifester tant au niveau cardiaque, cérébral qu'aux membres inférieurs. La claudication intermittente ou l'ischémie critique peut être l'unique symptôme d'une maladie athérosclérotique - cette maladie systémique potentiellement létale - contre laquelle on se doit d'intervenir agressivement. La maladie vasculaire artérielle périphérique est fréquemment rencontrée, aussi bien par le médecin de première ligne que par divers sur-spécialistes médicaux, chirurgicaux ou radiologiques. Elle reste malgré tout une maladie un peu « orpheline », souvent traitée de façon ponctuelle par le chirurgien vasculaire ou le radiologiste d'intervention sans qu'une prise en charge globale du patient se fasse. Le but de cet article est de réviser les principes de base de l'évaluation et du traitement du patient avec une maladie vasculaire artérielle périphérique.

La maladie vasculaire périphérique peut être de sévérité variable. Ainsi, 75 % des patients atteints (défini par un index tibio-huméral (ITH) < 0,9 : nous y reviendrons plus tard) sont asymptomatiques. Environ 25 % présente une claudication intermittente, et 1-2 % une ischémie critique de repos ou de la gangrène. La classification de Fontaine est actuellement la plus utilisée pour établir la sévérité de la maladie (Tableau 1).

Tableau 1

Sévérité de la maladie vasculaire artérielle périphérique

Classification de Fontaine

| | |
|-----------|--|
| Stade I | Asymptomatique (ITH < 0,9) |
| Stade II | Claudication intermittente |
| Stade III | Douleur au repos |
| Stade IV | Atteinte tissulaire (ulcération ou gangrène) |

Les facteurs de risque de la maladie vasculaire artérielle périphérique sont

effet, il est rare qu'un patient de moins de 50 ans, surtout s'il n'est pas diabétique et s'il n'a jamais fumé, présente la maladie. Les autres facteurs de risque connus sont le genre masculin, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, les thrombophilies, le fibrinogène ou l'homocystéine augmentés.

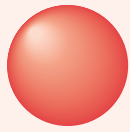
L'histoire naturelle de la maladie est plutôt bénigne pour le membre atteint (seulement 25 % se détériore et 1-2 % évolue vers une ischémie critique de repos) mais plus morbide du point de vue

L'histoire naturelle de la maladie est plutôt bénigne pour le membre atteint plus morbide du point de vue de la survie cardiovasculaire

évidemment ceux de l'athérosclérose. Le tabagisme, le diabète et l'âge sont probablement les plus importants. En

de la survie cardiovasculaire. En effet, le risque de morbidité et mortalité cardiovasculaire est très élevé chez ces

suite p 11 ►



Résumé des recommandations canadiennes de l'an 2000 sur l'hypertension

Le groupe de travail sur les recommandations canadiennes sur l'hypertension

Le texte qui suit a été adapté du document officiel de Norm Campbell, MD par Denis Drouin, MD et Alain Milot, MD.

Voici un bref résumé des recommandations de l'an 2000 sur l'hypertension. Ces recommandations ont été présentées à la réunion annuelle de la Société Canadienne d'Hypertension qui a été tenue à Vancouver en novembre 2000 sous la présidence du docteur Norm Campbell, interniste et pharmacologue, président du comité directeur.

Un nouveau processus a été développé pour mettre à jour régulièrement les recommandations fondées sur les données probantes et les inclure dans un plan spécifique et séparé de mise en œuvre. La méthodologie de production des recommandations a été révisée afin d'exclure les recommandations souffrant de plus de 30 % de désaccord parmi les membres des sous-groupes, du comité de révision et du comité directeur. Les recommandations ont été formulées à partir des résultats d'une revue de la littérature (mars 2000), de la connaissance personnelle de la littérature des membres des sous-comités, des échanges avec les auteurs et des résultats des études cliniques importantes publiées avant septembre 2000.

Diagnostic

Il est important de prendre la tension artérielle de tous les adultes lors de visites appropriées au moyen de techniques de mesure éprouvées, appliquées par des personnes spécifiquement (ré)entraînées. À moins d'urgence ou de crise hypertensive, le diagnostic d'hypertension pourra être porté à la troisième visite s'il y a atteinte d'organe cible stable, et à la cinquième visite s'il n'y a pas d'atteinte d'organe cible et que la tension artérielle est inférieure à 180/105 mm Hg.

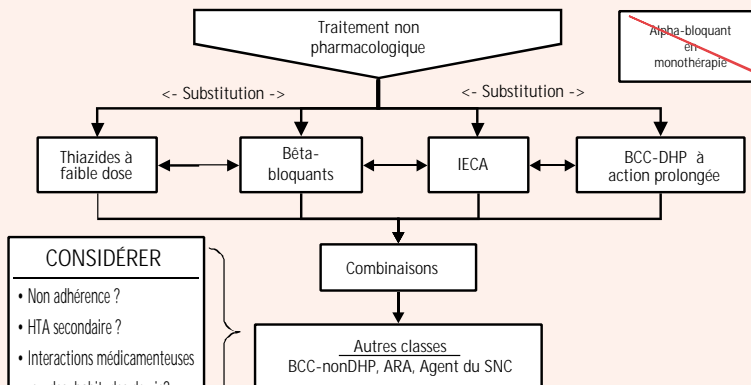
La mesure à domicile de la tension artérielle et la mesure ambulatoire de 24 heures peuvent être utilisées pour

évaluer s'il y a phénomène de la blouse blanche et comme intervention pour améliorer l'observance. Seuls les appareils répondant aux normes internationales devraient être utilisés. Les tensions artérielles diurnes inférieures à 135/85 mm Hg obtenues à l'aide de l'auto-mesure et de la mesure ambulatoire sont associées à un pronostic normal.

Tests de laboratoire

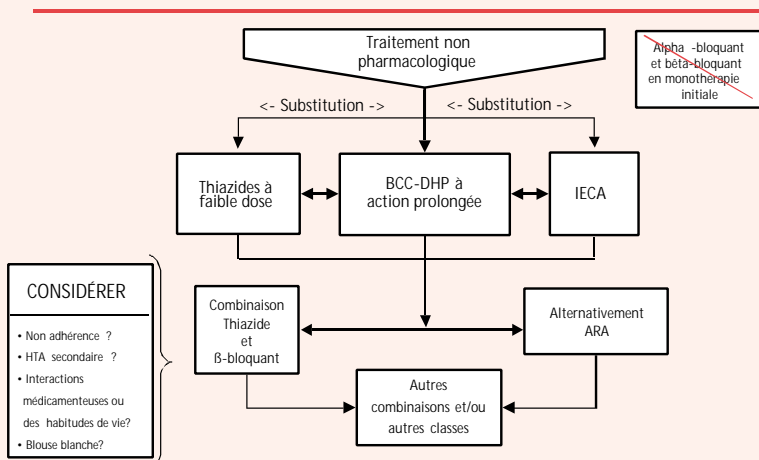
Certains examens de laboratoire devraient être effectués lors du diagnostic. Ce sont : électrolytes, créatinine, glycémie à jeun, formule sanguine complète, bilan lipidique (cholestérol total, cholestérol HDL, cholestérol LDL et triglycérides), analyse d'urine et électrocardiogramme. L'investigation d'une maladie rénovasculaire est recommandée si le patient a une hypertension de novo ou une aggravation de son hypertension avant l'âge de 30 ans ou après l'âge de 55 ans, un souffle abdominal, une hypertension réfractaire à trois médicaments ou plus, une élévation de la créatinine sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, la présence de lésions athérosclérotiques

Traitement de base Adultes de moins de 60 ans



BCC-DHP: bloquant des canaux calciques de type dihydropyridine. ARA: antagoniste des récepteurs de l'angiotensine. Agent du SNC: agent du système nerveux central.

Traitement de base Adultes de 60 ans et plus



BCC-DHP: bloquant des canaux calciques de type dihydropyridine. ARA: antagoniste des récepteurs de l'angiotensine. Agent du SNC: agent du système nerveux central.

significatives ou d'épisodes d'œdème pulmonaire récidivants de cause inconnue. Dans ces cas, la scintigraphie rénale avec captopril est le test de dépistage approprié.

Traitement

Des changements des habitudes de vie sont recommandés pour tous les hypertendus. Les changements des habitudes de vie efficaces pour diminuer la tension artérielle sont : la perte de poids (4,5 kg minimum) lorsqu'il y a excès pondéral, l'activité physique pratiquée régulièrement (optimalement 45 à 60 minutes, de 4 à 5 fois par semaine, d'activité modérée, par exemple, une marche rapide), la consommation modérée d'alcool (0-2 consommations par jour c.à.d. moins de 14 consommations par semaine pour les hommes et moins de 9 consommations par semaine pour les femmes). Une diète inspirée du Guide alimentaire canadien (c.à.d. riche en fruits et légumes frais, et riche en produits laitiers faibles en gras, faible en gras saturés) sans salière et sans aliments salés peut réduire la tension artérielle. Une thérapie comportementale destinée à réduire le stress peut également réduire la tension artérielle de certains individus.

Chez les moins de 60 ans

Chez les moins de 60 ans le traitement pharmacologique est fortement recommandé si la tension diastolique est supérieure ou égale à 100 mm Hg et devrait être considéré si la tension artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90 mm Hg ou la tension systolique est supérieure ou égale à 160 mm Hg, particulièrement s'il y a maladie cardiovasculaire, autres atteinte d'organe cible ou facteurs de risque cardiovasculaire.

Chez les plus de 60 ans

Chez les plus de 60 ans, le traitement pharmacologique est fortement recommandé si la tension diastolique est supérieure ou égale à 105 mm Hg ou la tension systolique est supérieure ou égale à 160 mm Hg.

Les médicaments de première intention maintenant recommandés pour ces deux groupes d'âge sont les diurétiques, les bloquants des canaux calciques de type dihydropyridine à longue durée d'action, et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Les bêta-bloquants ne sont recommandés en première intention que chez les moins de 60 ans, et les alpha-bloquants ne sont plus recommandés en traitement de première intention.

Valeurs cibles

L'aspect le plus important des recommandations de 2000 est la nécessité d'atteindre plus efficacement les valeurs cibles de tension artérielle chez les hypertendus traités. Il est recommandé de diminuer la tension artérielle en deçà de 140/90 mm Hg en général, en deçà de 130/80 mm Hg chez les diabétiques et les patients souffrant

d'insuffisance rénale et en deçà de 125/75 mm Hg chez les patients souffrant d'insuffisance rénale avec protéinurie de plus de 1 g par jour.

Conditions

Valeurs-cibles

| | |
|-------------------------------|--------------|
| - 18 à 80 ans | < 140 / < 90 |
| - Diabète | < 130 / < 80 |
| - Néphropathie non diabétique | < 130 / < 80 |
| - Protéinurie >1 g / 24 h | < 125 / < 75 |

Pour atteindre les valeurs cibles, si le premier médicament prescrit n'est pas efficace, il est recommandé de substituer un autre médicament de première intention ou d'utiliser des combinaisons de médicaments. Dans la plupart des essais cliniques portant sur le traitement de l'hypertension légère à modérée, la combinaison de plusieurs médicaments a été nécessaire dans une grande proportion des cas pour atteindre les valeurs cibles.

Chez les patients ne présentant qu'une faible réponse à une thérapie appropriée, il faut considérer les possibilités suivantes: la non observance, l'hypertension secondaire, les interactions médicamenteuses ou les interactions avec certaines habitudes de vie et le phénomène de la blouse blanche.

D'autres recommandations de traitement ont été formulées pour des sous-groupes spécifiques de patients (Tableau : Individualisation du traitement anti-hypertenseur).

Un texte complet des recommandations détaillées sera disponible ultérieurement et servira de référence scientifique. Une série de diapositives et des algorithmes de pratique clinique pourront être téléchargés du site de la SCH à l'adresse suivante: www.chs.md.



Recommandations de l'an 2000, Société Canadienne d'Hypertension

Individualisation du traitement anti-hypertenseur

HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION

HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION — HYPERTENSION

| Facteurs de risque/ maladies | Premier choix | Second choix | À éviter |
|--|---|--|---|
| <i>Hypertension non-complicquée (< 60 ans)</i> | <i>Diurétique thiazidique à faible dose, Bêta-bloquant, inhibiteur de l'enzyme de conversion ou bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique</i> | <i>Combinaison de médicaments de première intention</i> | — |
| <i>Hypertension non-complicquée (≥ 60 ans)</i> | <i>Diurétique thiazidique à faible dose inhibiteur de l'enzyme de conversion ou bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique</i> | <i>Combinaison de médicaments de première intention</i> | — |
| <i>Dyslipidémie</i> | <i>Traitement de l'hypertension non complicquée ou de l'hypertension associée à d'autres conditions ou facteurs de risque.</i> | — | — |
| <i>Diabète avec néphropathie</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</i> | <i>Antagoniste des récepteurs de l'Angiotensine</i> | <i>Diurétique à dose élevée et agent du SNC en présence de neuropathie autonome</i> |
| <i>Diabète sans néphropathie</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou bêta-bloquant</i> | — | — |
| <i>Diabète sans néphropathie, avec hypertension systolique</i> | <i>Diurétique thiazidique à faible dose ou bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique.</i> | — | — |
| <i>Maladie coronarienne</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</i> | — | — |
| <i>Angine</i> | <i>Bêta-bloquant (Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine comme thérapie additionnelle)</i> | <i>Bloquant des canaux calciques à action prolongée</i> | — |
| <i>Infarctus du myocarde ancien</i> | <i>Bêta-bloquant, Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</i> | — | — |
| <i>Dysfonction systolique (Insuffisance cardiaque)</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (thiazide or diurétique de l'anse, bêta-bloquants, spironolactone comme thérapie additionnelle)</i> | <i>Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, hydralazine/isosorbide dinitrate, Amlodipine</i> | <i>Bloquant des canaux calciques de type non dihydropyridinique (diltiazem, vérapamil) et Nifédipine</i> |
| <i>Hypertrophie ventriculaire gauche</i> | <i>La plupart des antihypertenseurs diminue l'HVG</i> | — | <i>Hydralazine, minoxidil</i> |
| <i>Maladie vasculaire périphérique</i> | <i>Traitement de l'hypertension non complicquée ou de l'hypertension associée à d'autres conditions ou facteurs de risque.</i> | <i>Traitement de l'hypertension non complicquée ou de l'hypertension associée à d'autres conditions ou facteurs de risque.</i> | <i>Bêta-bloquant (dans les cas de maladie sévère)</i> |
| <i>Maladie rénale</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (diurétique comme thérapie additionnelle)</i> | <i>Bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique</i> | <i>Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine s'il y a sténoses bilatérales des artères rénales</i> |

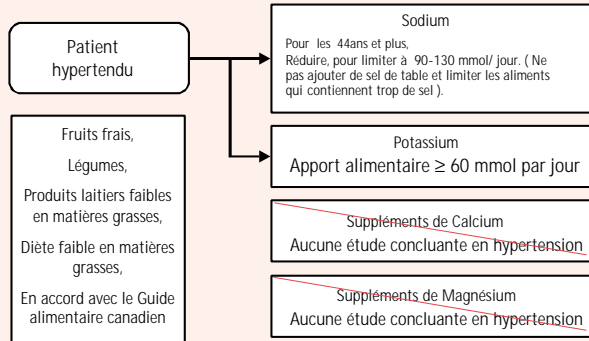
Les bloquants des canaux calciques à courte action ne sont pas recommandés pour le traitement de l'hypertension.
 HVG : hypertrophie du ventricule gauche



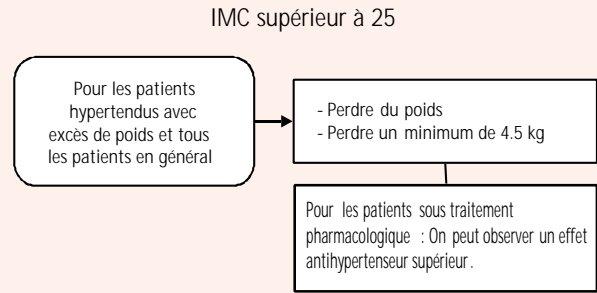
Recommandations pour le traitement de l'hypertension au Canada 2000

Traitement non pharmacologique et observance

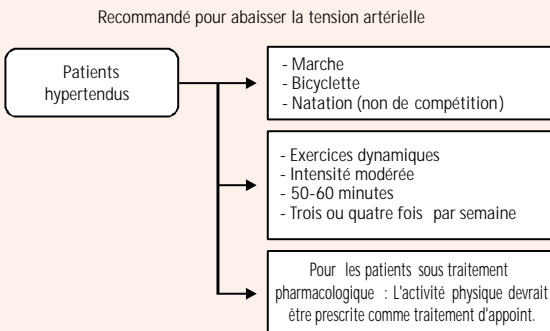
Nutrition



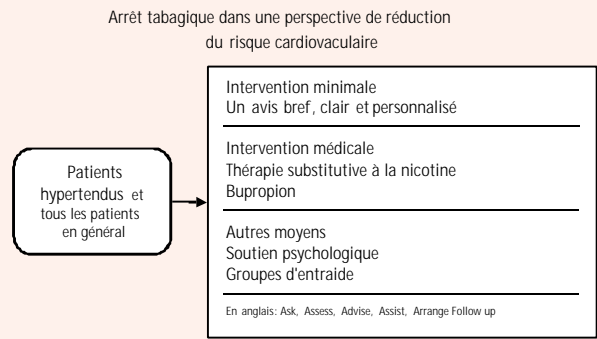
Excès de poids



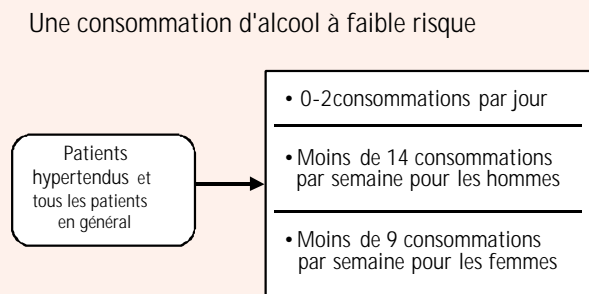
Activité Physique



Tabagisme



Alcool



L'observance à la prescription pharmacologique

- Simplifier la posologie viser une prise unquotidienne
- Associer la médication aux habitudes de vie du patient
- Co- gestion associer le patient par l'auto- mesure de la tension artérielle et le décompte des comprimés
- Mécanismes de support en milieu de travail
- Éduquer le patient et associer du support social ou familial lorsque cela peut être favorable
- S'assurer que le coût lié au traitement est acceptable du point de vue du patient



Les actualités
DU
CŒUR



NOVARTIS



MERCK FROSST



patients, avec des survies à 5, 10 et 15 ans respectivement de 70 %, 50 % et 30 % seulement (comparable à un cancer du côlon de stade 2). Des études par coronarographie effectuées chez ces patients ont démontré que 92 % présentaient une coronaropathie (symptomatique ou non)¹. D'ailleurs, dans l'étude CAPRIE², la morbidité des patients avec maladie vasculaire périphérique était très comparable à ceux en post-infarctus ou post accident cérébrovasculaire (AVC).

L'index tibio-huméral (ITH), c'est-à-dire le ratio des tensions artérielles systoliques des membres inférieurs et supérieurs, (normalement supérieur à 1,0), est abaissée dans la maladie vasculaire artérielle périphérique (< 0,9 au repos). On devrait mesurer l'ITH chez tout patient avec symptôme de claudication intermittente (au besoin via un doppler artériel des membres inférieurs). On peut aussi mesurer l'ITH durant une épreuve d'exercice (surtout pour quantifier l'atteinte de la classe

fonction rénale. Une hormonothérapie de remplacement ou des traitements diminuant l'homocystéine peuvent être utilisés mais leur efficacité clinique reste à démontrer. Troisièmement, comme traitement du symptôme de claudication comme tel, un programme d'exercice physique est très utile et peut presque tripler la distance de marche en 6 mois. Il faut avant tout convaincre le patient que l'exercice est très efficace pour augmenter la distance de marche et qu'il est sans danger. Ce programme d'exercice devrait se faire au moins 3 fois/semaine et consister en une marche d'une heure, avec période d'exercice jusqu'à une douleur modérée entrecoupée de repos et, si possible, sous supervision médicale⁵.

Une approche systématique par la prise en charge globale du patient est nécessaire pour diminuer la morbidité importante reliée à cette maladie


C'est pourquoi la prise en charge globale du patient et de ses facteurs de risque doit être une priorité absolue.

La claudication intermittente est le symptôme de douleur crampiforme au mollet, cuisse ou fesse survenant à l'exercice et qui diminue en quelques minutes avec l'arrêt de l'effort. La claudication intermittente, « l'angine des jambes » est causée par l'hypoxie musculaire entraînée par l'exercice. Elle survient surtout chez le patient de plus de 50 ans, avec une prévalence de 3 à 6 % à 60 ans. Lors de l'évaluation initiale, on cherchera à préciser les caractéristiques de la douleur (localisation, durée de la douleur, progression dans le temps, distance parcourue avant le début et le maximum de douleur, durée et position du repos nécessaire pour faire disparaître la douleur, ...). La présence des facteurs de risque mentionnés plus haut ainsi que les symptômes de maladie coronarienne (MCAS) ou cérébrale vasculaire seront aussi recherchés.

fonctionnelle secondaire à la claudication intermittente) et habituellement, l'ITH diminue de façon importante lorsque la douleur est d'origine ischémique.

Le traitement de la claudication intermittente comprend plusieurs aspects³. Premièrement, comme la menace est principalement cardiaque, la modification des facteurs de risque est prioritaire et malheureusement souvent difficile chez ces patients. Ainsi, l'arrêt du tabagisme, le contrôle du diabète, de l'HTA, de l'obésité, et de la dyslipidémie (en visant des LDL \leq 2,5 mmol/L) sont de mise. Deuxièmement, la prescription de médicaments permettant de diminuer le risque cardiovasculaire sera aussi essentielle. Un antiplaquettaire (aspirine : si contre-indiquée ou non tolérée clopidogrel ou ticlodipine) devrait être prescrit chez tout patient. Un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II (IECA) est aussi à envisager (selon l'étude HOPE⁴, dans laquelle les patients vasculaires étaient inclus) en surveillant de près la

Pour les rares patients ne répondant pas au traitement ci-haut ou ayant une maladie trop sévère, un traitement plus efficace peut être envisageable avec soit un traitement pharmacologique, endovasculaire ou chirurgical. Un traitement à base de pentoxyfilline (Trental) amène un bénéfice clinique plutôt faible mais peut être tenté (avec l'exercice). Le cilostazole (Pletal), disponible depuis 1999 aux États-Unis, est probablement légèrement plus efficace mais n'est pas disponible au Canada. Par ailleurs, une thérapie endovasculaire par angioplastie ou par chirurgie peut être rarement nécessaire mais amène de bons résultats selon le type d'atteinte.

En conclusion, la maladie vasculaire artérielle périphérique peut être vue comme un marqueur d'une maladie systémique potentiellement létale - l'athérosclérose. Une approche systématique par la prise en charge globale du patient est nécessaire pour diminuer la morbidité importante reliée à cette maladie. 

Références

- 1- Hertzler NR, Beven EG, Young JR, O'Hara PJ, et coll. Coronary Artery Disease in Peripheral Vascular Patients : a classification of 1000 coronary angiograms and results of surgical management. *Ann Surg* 1984 ; 199 : 223-33.
- 2- CAPRIE Steering Committee. A randomized, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996 ; 348 : 1329-39.
- 3- Dormandy JA, Rutherford RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. *J Vasc Med Biol* 2000 ; 31 : S1-S296.
- 4- The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, Ramipril, on cardiovascular events in high risk patients. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 145-153.
- 5- Gardner AW, Poehlman ET. Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain. A meta-analysis. *JAMA* 1995 ; 274 : 975-80.

Statines et ostéoporose : qu'en est-il ?

Depuis plus d'une décennie, les statines sont prescrites à grande échelle et ont acquis une réputation remarquable pour le traitement des dyslipidémies et la prévention des complications cardiovasculaires. Elles sont maintenant reconnues autant pour leur efficacité que pour leur innocuité. À l'usage et grâce aux résultats d'un grand nombre d'études cliniques et de travaux chez l'animal et *in vitro*, il apparaît que les statines ont de multiples actions qui n'étaient pas anticipées à l'origine. Plusieurs de ces effets en émergence, dits « pléiotropes », sont bénéfiques sur le plan cardiovasculaire en agissant sur la fonction endothéliale, l'inflammation et la stabilisation de la plaque et pourraient expliquer, en partie, le succès des statines dans les grandes études cliniques de prévention primaire et secondaire. D'autres effets des statines, hors du domaine cardiovasculaire, ont été observés sur le cancer et l'ostéoporose. Cette dernière propriété, inattendue des statines, découverte récemment sera examinée en comparant différents résultats de recherches.

Le traitement actuel de l'ostéoporose consiste à inhiber la résorption osseuse en bloquant l'activité ostéoclastique comme le font les biphosphonates^[1]. À la recherche de substances capables d'augmenter l'activité ostéoblastique dans le but de développer une approche thérapeutique nouvelle, Mundy et coll.^[2] ont découvert que la lovastatine, la simvastatine, la compactine et la fluvastatine avaient cette capacité. Ces statines lipophiles agissent sur le promoteur du gène de la protéine osseuse

morphogène-2 (BMP-2) et augmentent la transcription de ce facteur de croissance *in vitro* à des concentrations aussi faibles que 5 μ M. La BMP-2 stimule à la fois la prolifération et la différenciation des ostéoblastes. Cet effet est sélectif et n'influence pas l'expression de BMP-4 et de l'interleukine-4. De plus, ces statines favorisent la croissance de l'os de la calotte crânienne de la souris, soit en culture de tissus, soit par injection sous-cutanée *in vivo*. L'injection intrapéritonéale de 10 mg/kg de simvastatine durant 35 jours augmente le volume osseux trabéculaire de 39 % chez des rats femelles normaux et normalise l'ostéopénie induite par l'ovariectomie. Ce groupe de recherche a aussi noté une diminution modérée du nombre d'ostéoclastes chez ces animaux. Sujiyama et coll.^[3] ont confirmé ces travaux et montré que la simvastatine et la compactine, mais non la pravastatine (formes acide libre et lactone), augmentaient l'ARNm de la BMP-2 et la production de la protéine de façon proportionnelle à la dose administrée. Cet effet est aboli par le mévalonate. L'effet inhibiteur de la lovastatine sur les ostéoclastes a aussi été étudié par Fisher et coll.^[4]. Dans ce cas, le mévalonate et le géranylgeraniol, mais pas le farnésol, peuvent prévenir l'effet inhibiteur de la lovastatine sur la résorption osseuse induite par l'action des ostéoclastes. Il est intéressant de noter dans cette étude que l'activité anti-ostéoclastogénique de l'alendronate, un biphosphonate azoté inhibiteur connu des enzymes impliquées dans l'isoprénylation^[4] et en particulier de la farnesyl pyrophosphate synthase^[5], est bloquée par le géranylgeraniol mais pas par le mévalonate.

Ces premiers travaux ont immédiatement soulevé la question de l'utilisation éventuelle des statines pour le traitement de l'ostéoporose chez l'humain^[2,6]. À ce jour, deux études cas-témoins et deux études de la densité osseuse suggèrent que ces observations ont une certaine pertinence clinique. À partir d'une base de données de plus de 90 000 sujets de 50 ans et plus, suivis en Angleterre entre 1980 et 1998, on a comparé 3 940 cas de fractures diverses à 23 379 sujets appariés pour l'âge, le sexe et quelques autres paramètres^[7]. Après ajustement pour l'indice de masse corporelle, le tabagisme, et l'usage de corticostéroïdes et d'œstrogènes, on a démontré une réduction significative du risque de fractures osseuses (risque relatif de 0,55, $p < 0,001$) chez les usagers courants de statines par rapport aux non-usagers (que ceux-ci soient hyperlipidémiques ou pas). On mentionne, sans donner les chiffres, qu'une chute du risque est associée à chaque statine prise individuellement, soit atorvastatine, cêrîvastatine, fluvastatine, pravastatine et simvastatine. Cette diminution du risque n'est pas observée chez les sujets traités par les fibrates (bezafibrate, ciprofibrate, clofibrate, fénofibrate ou gemfibrozil). Dans une seconde étude portant sur une cohorte de sujets américains âgés de 65 ans et plus (New Jersey), des résultats similaires ont été observés. Un nombre de 1 222 sujets admis pour la correction chirurgicale d'une fracture de hanche a été comparé à 4 888 témoins appariés pour l'âge et le sexe^[8]. Une réduction de 71 % du risque de fracture est associée à l'usage courant d'une statine (toute ordonnance pour la fluvastatine, la lovastatine, la pravastatine

Sites internet

ou la simvastatine) alors que l'utilisation de tout autre agent hypolipidémiant (résines, probucol ou niacine) n'a aucun effet. On observe sur une période de trois ans que l'effet est fonction du nombre de jours de traitement par les statines (« odds-ratio » de 0,37 lorsque l'on compare le quart supérieur au quart inférieur de prise de statines). Une étude de la densité osseuse chez la femme ménopausée a comparé 41 femmes traitées pour une période médiane de 48 mois et 100 femmes appariées pour l'âge provenant de la même cohorte de 1 003 femmes vivant en Angleterre et suivies annuellement à partir de 1989. Les statines comprenaient la simvastatine (51 %), la pravastatine (24 %), l'atorvastatine (15 %) et la fluvastatine (10 %) pour une durée médiane de 48 mois. La densité osseuse est significativement plus élevée au niveau de la hanche ($p=0,001$) et de la colonne ($p=0,002$) chez les femmes traitées. Cette différence persiste après ajustement pour l'âge, la taille, le poids, l'œstrogénothérapie de remplacement et le tabagisme. Enfin, chez des diabétiques de type 2 d'origine coréenne, 36 sujets traités par une statine (61 % recevant de la lovastatine ou de la simvastatine et 39 % de la pravastatine) ont été comparés à 33 sujets témoins appariés pour l'âge, le sexe, le poids, la ménopause, l'hémoglobine HbA1c et la glycémie à jeun. Le suivi moyen était de 14 ± 3 et de 15 ± 2 mois et l'âge moyen de 55 ± 8 et de 52 ± 12 ans respectivement. La densité osseuse diminue chez les témoins tandis qu'elle augmente chez les sujets traités de façon significative au niveau fémoral ($p<0,05$). L'effet est plus marqué chez les hommes ($n=29$, $p<0,001$) et non significatif lorsque analysé séparément. Ces constatations sont prometteuses, mais il faudra attendre des études prospectives contrôlées avant de considérer de façon définitive l'ostéoporose comme une nouvelle indication des statines. **AC**

Références :

1. Raisz LG. The osteoporosis revolution [see comments]. *Ann Intern Med* 1997;126:458-62.
2. Mundy G, Garrett R, Harris S, et al. Stimulation of bone formation in vitro and in rodents by statins [see comments]. *Science* 1999;286:1946-49.
3. Sugiyama M, Kodama T, Konishi K, Abe K, Asami S, Oikawa S. Compactin and simvastatin, but not pravastatin, induce bone morphogenetic protein-2 in human osteosarcoma cells. *Biochem Biophys Res Commun* 2000;271:688-92.
4. Fisher JE, Rogers MJ, Halasy JM, et al. Alendronate mechanism of action: geranylgeraniol, an intermediate in the mevalonate pathway, prevents inhibition of osteoclast formation, bone resorption, and kinase activation in vitro. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1999;96:133-38.
5. Bergstrom JD, Bostedor RG, Masarachia PJ, Reszka AA, Rodan G. Alendronate is a specific, nanomolar inhibitor of farnesyl diphosphate synthase. *Arch Biochem Biophys* 2000;373:231-41.
6. Cummings SR, Bauer DC. Do statins prevent both cardiovascular disease and fracture? *JAMA* 2000;283:3255-57.
7. Meier CR, Schlienger RG, Kraenzlin ME, Schlegel B, Jick H. HMG-CoA reductase inhibitors and the risk of fractures. *JAMA* 2000;283:3205-10.
8. Wang PS, Solomon DH, Mogun H, Avorn J. HMG-CoA reductase inhibitors and the risk of hip fractures in elderly patients. *JAMA* 2000;283:3211-16.

Nous vous proposons une liste de sites Internet pertinents à la santé cardiovasculaire.

Si vous connaissez d'autres sites, susceptibles d'intéresser l'ensemble des intervenants du domaine, n'hésitez pas à communiquer avec nous. – Bonne navigation!

Formation médicale continue

<http://www.theheart.org>

Un site très complet avec de nombreuses cybersessions d'éducation médicale continue (EMC). Bientôt peut-être une version en français...

<http://www.globalcardiology.org>

Site intéressant car il dispose d'engins de recherche sophistiqués qui permettent de retrouver toute l'EMC sur un sujet donné.

<http://www.acc.org/education/education.htm>

Site officiel de l'American College of Cardiology, avec de nombreux programmes d'enseignement, en ligne ou non.

<http://www.americanheart.org/Scientific/CME/>

Site officiel de l'American Heart Association quelques sessions de disponibles.

<http://www.cardiosource.com/>

Section intéressante sur les essais cliniques, avec les informations sur les protocoles en cours, les dates anticipées de la présentation des résultats, un annuaire des acronymes.

<http://www.heartlinx.com/>

Site présentant une liste des articles récemment publiés dans les grandes revues internationales. possibilité de s'inscrire à un « newsletter » par courriel.

<http://www.mdconsult.com>

Ce site va développer bientôt une section cardiologie qui semble très intéressante à en croire la présentation.

<http://www.medscape.com/Home/Topics/cardiology/cardiology.html>

Nombreuses informations et sessions EMC. La présentation est un peu surchargée..

Cette liste est proposée par le Dr Franck Molin, Cardiologue, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, responsable du site Internet du Forum

Les barons du tabac et leurs victimes : les enfants

Au cours de l'année dernière, les dirigeants canadiens de l'industrie du tabac ont multiplié leurs prises de position publiques contre le tabagisme chez les jeunes : « Nous sommes opposés à ce que les jeunes commencent à fumer », ont-ils déclaré à maintes reprises. C'est ainsi qu'ils se sont présentés comme d'ardents défenseurs de la criminalisation de la possession de tabac par les jeunes. Sur un front similaire, ils ont lancé à Chicoutimi/ Jonquière un projet pilote pour le Québec qui propose aux dépanneurs et aux principaux organismes de la communauté de se mobiliser contre la vente de cigarettes aux mineurs. Devant une si apparente bonne foi, deux questions se posent :

1. Avec de telles mesures, cette industrie qui a tant besoin des enfants pour sa propre survie se tire-t-elle délibérément dans le pied ou alors, y aurait-il des mobiles inavoués derrière ces manœuvres ?
2. Ces initiatives ont-elles un impact réel sur la prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents ?

La réponse est NON dans le cas des deux initiatives mentionnées. Non seulement ces mesures n'ont aucun effet sur la réduction de l'usage du tabac, mais, certains documents confidentiels des multinationales du tabac portent à croire que l'industrie les favorise justement parce qu'elles sont inefficaces et poussent davantage les jeunes à fumer.

Examinons d'abord le programme de l'industrie Opération Carte d'Identité - Zone Scolaire destiné, selon ses concepteurs, à réduire la vente de tabac aux mineurs.

Se refaire une image aux yeux du public

Ce programme n'est originaire ni du Québec, ni du Canada. La version québécoise est une copie conforme du programme mis au point il y a plus de 20 ans aux États-Unis par le Tobacco Institute, l'organe de relations publiques pour les fabricants américains du tabac. L'adhésion et l'application par les détaillants sont laissées à leur discrétion, sans contraintes ni mesures de contrôle. Pas étonnant que deux évaluations aient déjà conclu qu'il n'avait aucun impact significatif sur le taux de ventes aux mineurs et encore moins sur le taux de tabagisme chez les jeunes. Mais, les manufacturiers de tabac n'en évaluent pas le succès selon les mêmes normes que les professionnels de la santé : loin s'en faut ! L'un de leurs documents est très révélateur et laisse percevoir leurs véritables motifs :

« ... les facteurs qui permettront de vraiment évaluer le succès de ce programme sont les suivants : (1) réduction des lois proposées et adoptées pour restreindre ou interdire nos activités de vente et de marketing ; (2) vote de lois en faveur de l'industrie ; (3) meilleur appui de la part des entreprises, des parents et des groupes d'enseignants. »

Ce programme n'a toujours été rien de plus qu'un exercice sophistiqué de relations publiques dont le but est d'améliorer l'image de l'industrie du tabac aux yeux des décideurs publics et de la population pour être ainsi en meilleure position dans le combat pour le contrôle de l'information.

Provoquer le jeune

Quant à cette proposition de criminaliser la possession de cigarettes par un jeune, « fièrement » présentée par le président,

directeur général d'Imperial Tobacco, monsieur Robert Bexon, devant un parterre de gens d'affaires montréalais, elle est tout aussi odieuse. Non seulement contribue-t-elle à protéger l'image de l'industrie du tabac, mais encore s'agit-il d'une manœuvre habile qui provoque l'adolescent en le mettant au défi de se procurer ce qui devient un fruit défendu. Du moins est-ce ainsi qu'il est possible d'interpréter cette intention à la lumière d'un rapport de British American Tobacco, propriétaire d'Imperial Tobacco, qui analyse un certain nombre de scénarios sur l'avenir de l'industrie :

« ...Dorénavant, nous devons compétitionner pour accroître notre part de marché en utilisant toutes les tactiques que nous connaissons ... Je prédis ... une compétition avec le cannabis, le reniflement de colle et possiblement les drogues dures – héroïne et cocaïne. Nous devons trouver une façon d'être attrayants pour les jeunes qui veulent se rebeller de telle sorte que l'image de notre produit et le produit lui-même puissent satisfaire cette clientèle. » [traduction libre]

La criminalisation de la possession de cigarettes par les jeunes renforce la notion que le tabac est « réservé aux adultes », procurant sur un plateau une occasion idéale aux adolescents qui cherchent à se rebeller contre l'autorité. Les autres jeunes ne sont pas insensibles à ce message. Comme le dit l'Organisation pan-américaine de la santé (Pan American Health Organization : PAHO) :

« Les messages qui affirment que *fumer c'est pour les adultes* sont sans doute les stratégies les plus efficaces pour amener les enfants à fumer, et il ne s'agit probablement pas d'une coïncidence si les compagnies de tabac

supportent pareilles initiatives. » [traduction libre]

L'industrie se libère ainsi de sa propre culpabilité. Criminaliser les jeunes fait porter sur ces derniers l'entière responsabilité du geste de fumer alors que les vrais responsables sont ceux qui assurent la fabrication, la promotion et la vente des produits du tabac auprès des mineurs.

Les enfants représentent le véritable avenir de l'industrie du tabac

Aux yeux de bien des spécialistes, le tabagisme est une maladie pédiatrique puisque la quasi totalité des fumeurs ont commencé à fumer alors qu'ils étaient âgés entre 9 et 18 ans. Les manufacturiers de tabac ont compris cette dynamique depuis très longtemps. Leurs documents sont on ne peut plus clairs à ce sujet :

« Si les 10 dernières années nous ont appris quelque chose, c'est que l'industrie est dominée par les compagnies qui répondent le mieux aux besoins des jeunes fumeurs. »

Ils ont réalisé de nombreuses études très fouillées sur la psychologie des jeunes et mis en place des stratégies de marketing extrêmement efficaces pour les rejoindre, misant sur l'indépendance, le sport, la minceur, la libération et toute autre valeur qui puissent les amener dans le piège de la nicotine pendant des décennies :

« Au début, allumer une cigarette est un acte symbolique. *Je ne suis plus un enfant, je suis un dur, un aventurier, bref, je suis branché...* À mesure que les effets du symbolisme psychologique s'estompent, l'effet pharmacologique prend la relève pour entretenir l'habitude. »

C'est à cette industrie cynique, corrompue et manipulatrice que de nombreux professionnels et groupes de santé québécois ont décidé de s'attaquer en faisant des représentations auprès des autorités politiques pour qu'elles adoptent des mesures législatives exhaustives (réglementation de la composition et de la fabrication des produits du tabac, interdiction de toute forme de publicité, etc), décrètent de substantielles hausses de taxes sur les produits du tabac et réalisent des campagnes de dénonciation des pratiques prédatrices des manufacturiers de cigarettes.

Cet activisme s'impose et doit s'ajouter à l'ensemble des autres interventions d'éducation et de prévention si l'on veut espérer, un jour, triompher du tabagisme. **AC**

i - Joseph DiFranza et Linda J. Brown, The Tobacco Institute's It's the Law Campaign: Has It Halted Illegal Sales of Tobacco to Children?, American Journal of Public Health, sept. 1992, Vol. 82, No. 9.

Joseph DiFranza et al., Youth Access to Tobacco: The Effects of Age, Gender, Vending Machine Locks and It's The Law Programs, American Journal of Public Health, fév. 1996, Vol 86, No. 2.

ii - Note de service de Joshua J. Slavitt de chez Philip Morris, « T I Youth Initiative » du 12 février 1991, no de document 2500082620.

iii - Diane E. Creighton, "Structured creativity group: Current Tobacco Marketing Scenario - Its Key Constraints, Challenges and Opportunities", British American Tobacco documents at the Minnesota Depository, 1980s, BAT (File no. G2108) 102690336 - 350.

iv - Pan American Health Organization (PAHO), "Policy Brief: Nicotine Addiction and Smoking Cessation" (1999), cité dans Danger! PR in the playground, p. 20, Action on Smoking and Health (ASH), UK, 2000.

v - Richard W. Pollay et A.M. Lavack, Université de Colombie-Britannique, « The Targeting of Youth by Cigarette Marketers: Archival of Evidence on Trial », Advances in consumer Research, Vol. 20, 1993.

vi - Mémo émanant du vice-président Recherche et développement de Philip Morris, « Why One Smokes? », première version, 1969 (Minnesota, Trial Exhibit3681)

Nouvelles de la Fondation

Cœur Québec Or & Cœur Québec Argent

La Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ) est fière de vous présenter les récipiendaires du Cœur Québec Or et des Cœur Québec Argent pour l'année 2000.

Le Cœur Québec Or a été décerné au :

Dr Véronique Déry, personnalité bien connue à la Fondation, en raison de son exceptionnelle implication. Elle fut responsable et instigatrice, entre autres, de réalisations telles que Cholestaction Québec, Des milliers de cœurs à protéger, La santé du cœur au Québec vers l'an 2000.

Parmi les personnes qui ont reçu un prix Cœur Québec Argent on compte :

- Mme Gloria Sacks Silver, travaille depuis 1985 avec ténacité en prévention. Elle est notamment responsable de plusieurs projets en milieu de travail et auprès de la population, dont Cœur en santé, Oui j'arrête! et Cœur Enjeu. Elle fut présidente du comité promotion-prévention de la santé de la FMCQ et est présentement co-présidente du Forum.
- Dr Javier Teijeira, éminent chercheur, chef du service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, est aussi conférencier bénévole pour la FMCQ depuis 16 ans dans la région de l'Estrie.

Merci à tous ceux qui contribuent d'une manière exceptionnelle à la mission de la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Prix aux chercheurs émérites

Le Fondation contribue à l'essor des plus éminents chercheurs de la province. Voici les lauréats pour l'année 2000 :

- Dr Terence E. Hebert, Bourse de recherche McDonald
- Dre Nancy E. Mayo, Prix d'excellence de la 4^e Conférence internationale en cardiologie préventive et prix John J. Day.
- Dr Dominique Shum-Tim et Dr Patrick Couture, Prix Jonathan-Ballon.

Nouvelles publications

La Fondation est heureuse de vous annoncer la parution de deux nouvelles publications :

- AVC un défi... (livrets d'information pour le patient)
- STEP (Stroke Treatment Education Program), guide par étapes visant la mise en place de soins aigus optimaux pour les AVC.

Ces publications sont disponibles à la Fondation des maladies du cœur du Québec au :

Tél. : (514) 871-1551 ou 1 888 473-4636

Télé. : (514) 871-1464. **AC**

Colloques à venir

Avis aux lecteurs : Si vous planifiez un congrès ou un colloque, au Québec, informez-nous et nous serons heureux de l'annoncer dans le bulletin du Forum. Consultez le site Internet du Forum www.forumscv.qc.ca pour une plus grande sélection de colloques.

QUÉBEC

25 février – 2 mars 2001

Intervention moderne sur la maladie cardiovasculaire

Formation médicale continue, Université Laval
Château Mont Ste-Anne, Québec
Tél. : (418) 656-5958

26 - 27 avril 2001

Les journées de pharmacologie de l'Université de Montréal

Centre Mont-Royal
Montréal, Québec
Contacter : France Boulianne
Tél. : (514) 336-6945

13 – 17 mai 2001

30^e Congrès scientifique annuel de l'Association des cardiologues du Québec
Barcelone

Contacter : Mme Louise Girard
Tél. : (514) 350-5106

6 juin 2001

Vers des actions efficaces en santé cardio-vasculaire dans un contexte de maladies chroniques et de vieillissement de la population

Hôtel Hilton de Québec
Contacter : Mme Hélène Pigeon
Tél. : (514) 362-1168
Courriel : evenement.agora@qc.aira.com

ÉTATS-UNIS

9 - 10 mars 2001

Atherosclerosis in the 21st century

Fort Lauderdale, États-Unis
Contacter : Cleveland Clinic Florida / CME
Tél. : (954) 978-5056
Télec. : (954) 978-5539
Courriel : cme@ccf.org

17 mars 2001

17th Annual International Conference on Recent Advances in Echocardiography

Orlando, États-Unis
Contacter : Lindy Chapman
Tél. : (205) 934-8256
Télec. : (205) 934-6747
Courriel : lindy@uab.edu

18 - 21 mars 2001

50th Annual Scientific Sessions of the American College of Cardiology

Orlando, États-Unis
Contacter : American College of Cardiology
Tél. : (301) 897-5400
Télec. : (301) 897-9745

OUTRE-MER

22 - 23 mars 2001

1st International Conference on High Risk Cardiac Surgery

Melbourne, Australie
Contacter : Dr Jai Raman
Tél. : 61 3 9496 5044
Télec. : 61 3 9459 6220
Courriel : jraman@austin.unimelb.edu.au

3 - 6 avril 2001

4th International Symposium on Angiotensin II Antagonism

Londres, Royaume-Uni
Contacter : Secrétariat
Tél. : 44 20 8977 0011
Télec. : 44 20 8977 0055
Courriel : hmc@hamptonmedical.com

11 - 13 mai 2001

Second Annual Conference on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular biology
American Heart Association

Crystal Gateway

Marriott
Arlington, VA
Courriel : scientificconferences@heart.org

20 - 22 mai 2001

5th World Congress of Echocardiography and Vascular Ultrasound

Séoul, Corée du Sud
Contacter : Dr Navin C. Nanda ou Lindy Chapman
Tél. : (205) 934-8256
Télec. : (205) 934-6747
Courriel : iscu@iscu.org

27 - 31 mai 2001

5th International Conference on Preventive Cardiology

Osaka, Japon
Contacter : Dr Teruo Omae
Télec. : 81 3 3589 3974

9 - 12 juin 2001

Heart Failure 2001

Barcelone, Espagne
Contacter : Palau de Congressos
Tél. : 34 93 233 2000
Télec. : 34 93 233 2386

24 - 27 juin 2001

4th International Meeting on Interventional Cardiology :

Frontiers in Interventional Cardiology
Tel-Aviv, Israël
Contacter : Dan Knassim Ltd.
Tél. : 972 3 6133 340
Télec. : 972 3 6133 341
Courriel : team1@congress.co.il

COMITÉ DE RÉDACTION:

Alain Vanasse M.D. FCMF, PhD Rédacteur en chef
Département de médecine de famille, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, CHUS

Liliane Bertrand, MBA Fondation des maladies du cœur du Québec

Denis Drouin M.D. Médecin conseil, Organisation des Services, Santé cardiovasculaire, Direction de la Santé publique de Québec.

Diane Boudreault, M.Sc Santé communautaire, Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport

Hélène Poirier M.Sc, Coordinatrice, Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire

Nous serions heureux d'avoir votre opinion et vos commentaires sur le bulletin et le site Internet du Forum - www.forumscv.qc.ca

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2001
Bibliothèque Nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec
ISSN : 1206-4297

Date de tombée du prochain numéro:
le 17 avril 2001

Tirage: 15 000 copies

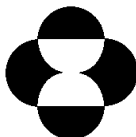
*** Plus de 161 copies téléchargées du Vol 5 no 3**

Veillez faire parvenir vos commentaires et vos textes à Mme Hélène Poirier :
Tél. : (514) 871-1551 poste 244 ou 1 800 567-8563
Télec. : (514) 871-5342
Courriel : hpoirier@fmcoeur.qc.ca

©Fondation des maladies du coeur du Québec

Certains textes publiés dans ce bulletin sont des résumés de chacun des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire ni celle de la Fondation des maladies du coeur du Québec.

Ce bulletin est publié par le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire sous l'égide de la Fondation des maladies du coeur du Québec



et grâce au soutien financier de:

MERCK FROSST

Eli Lilly

AstraZeneca

