

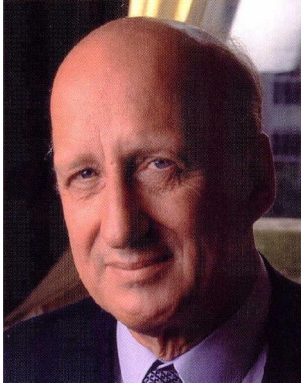


www.adetec.net

BULLETIN DE LIAISON N° 14

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 26 MARS 2003

MAI
2003



Président

Pr D. GUILMET

Vice-Présidents

Dr J. BACHET

Dr G. GHORAYEB

Dr B. GOUDOT

Dr P. MESNILDREY

Secrétaire Général

M. G. MALGOIRE

Trésorier

M. A. MANACH

Chers adhérents,

Je remercie tous ceux qui sont venus à cette réunion conviviale où nous avons toujours beaucoup de plaisir à vous revoir. Je vais vous présenter le bilan de l'Association durant l'année 2002 qui s'est écoulée ; l'activité de l'Adetec y a été particulièrement efficace.

Bien qu'étant avant tout une association destinée à financer la recherche, nous avons aussi un but social qui consiste à aider un certain nombre d'associations. Nous avons ainsi poursuivi la subvention à la Maison des Parents de l'hôpital Foch ainsi qu'à l'Association Française du Syndrome de Marfan. Étant une maladie rare qui fait appel à la chirurgie cardiaque puisque les malades souffrent très souvent d'un anévrisme de l'aorte, cette association n'a pas suffisamment d'adhérents pour faire face à tous ses besoins.

Avec l'aide de la FNAMOC cette année, nous avons participé à une campagne de dépistage des facteurs de risques de la maladie athéromateuse. Nombreux sont ceux chez qui on peut déceler des facteurs de risques : il y a le cholestérol, l'hypertension, le diabète, l'obésité et il y a le tabac. C'est Mme Bénédicte de Kerprigent, directrice de l'Institut des Hauts-de-Seine, qui s'est occupée d'organiser cette campagne dans ce département.

Nous avons acheté du matériel au Centre de Formation Louise Couvé qui est un établissement non lucratif qui forme des infirmières de salle d'opération (et il y a pénurie de ce personnel très qualifié). Or il faut que ces écoles aient les moyens de former au mieux les candidats(es) qui se présentent. Cette école Louise Couvé héberge l'Adetec et nous ferons nos meilleurs efforts pour poursuivre notre aide..

Nous avons également aidé le laboratoire du Professeur Philippe Menasché. Nous sommes très fiers d'avoir pu participer au fonctionnement de son laboratoire parce qu'il fait des recherches tout à fait passionnantes actuellement sur les implantations de cellules vivantes à l'intérieur du muscle cardiaque et il viendra tout à l'heure vous présenter un résumé des

travaux et leur état actuel. J'espère que cette aide que nous lui avons apportée cette année pour un achat de matériel dont il avait un pressant besoin se continuera en 2003 sous forme de bourses ou par l'achat d'autres matériels.

Les bourses de l'Adetec ont été poursuivies en 2002 : il y a eu la fin des bourses du Dr Séverine Bonnet qui a fait un travail tout à fait remarquable sur l'étude à long terme de l'opération de Bentall et du Dr Mohammed Lali sur la protection du cœur. Parmi les études en cours, il y a celles du Dr Loik Lang qui ne pourra pas venir aujourd'hui et du Dr Édouard Sage qui travaille lui aussi sur les NO Synthase : il nous dira tout à l'heure en quoi consiste son projet de recherche.

Enfin, grâce au Dr Patrick Mesnildrey, notre site Internet est maintenant ouvert et fonctionnel et ce site est de plus en plus fréquenté ; je pense que les renseignements qui vont vous être donnés faciliteront votre initiation à la lecture de ce site et vous permettront d'en parler autour de vous afin que nous ayons de plus en plus de visiteurs. C'est très important pour qu'il puisse survivre car, s'il n'était pas consulté, pourquoi consacrer de l'argent à sa poursuite ?

Nous espérons donc pouvoir continuer en 2003 tous les travaux entrepris et, en fonction de l'état de nos finances, pouvoir augmenter ces aides sociales et scientifiques qui sont le fondement même de notre association.

Je pense que nous pourrions envisager en 2004, un nouveau dîner de l'Adetec à condition de tester auparavant, par un questionnaire, le désir de nos adhérents d'assister à une telle manifestation.

Je vous souhaite, bien que ce soit déjà un peu tard, une bonne année 2003, ce qui peut paraître un peu irréel dans le contexte actuel, mais l'année est loin d'être terminée.

Pr. Daniel GUILMET

SIEGE SOCIAL en 2005 : ADETEC 4 rue Raymond Cosson 92150 SURESNES

Tél : 01 45 06 63 56

e-mail : assocadetec@aol.com

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE PAR DECRET DU 27 JUIN 1978 J.O. DU 2 JUILLET 1978 N° 154 C

Compte-rendu de l'Assemblée Générale qui s'est tenue salle Denicker (hôpital Ste-Anne)

A 16 heures, le Professeur Daniel GUILMET, Président de l'Adetec, ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux personnes présentes.

L'Association comptait, au 31 décembre 2002, 1585 membres (actifs, bienfaiteurs et membres d'honneur), à comparer à 1564 membres à la fin de l'exercice précédent. 780 membres étaient présents ou représentés.

Mais dans ce nombre, et conformément aux dispositions de l'article 8 de nos statuts, 96 pouvoirs reçus n'ont pu être pris en compte lors des différents votes car attribués au-delà du maximum de 9 qu'un même adhérent peut représenter (le sien en sus). A titre d'exemple, le Professeur Guilmet a reçu 71 pouvoirs dont 62 ont dû être invalidés de ce fait. Ainsi 684 membres ont pu prendre part aux votes (contre 580 lors de la précédente Assemblée Générale).

S'agissant d'une Assemblée Générale Ordinaire, aucun quorum n'est exigé par les statuts, les décisions se

prenant à la majorité simple des membres présents ou représentés. L'Assemblée Générale peut donc valablement délibérer sur les sujets inscrits à l'ordre du jour précédemment adressé à chaque membre. Les listes des adhérents sont mises à la disposition de l'Assemblée Générale.

Le Président prend la parole et développe tout d'abord le rapport moral et les réalisations de l'Association au cours de l'année 2002. Il présente ensuite les actions envisagées et l'orientation des ressources pour l'année à venir. Son allocution sur ces thèmes est intégralement reprise en première page du présent bulletin.

Puis, le Trésorier, Alain MANACH, présente et commente la situation financière de l'Association en 2002 et les prévisions concernant l'année 2003. Étant rappelé que la comptabilité de l'Adetec est tenue par le cabinet d'Expertise-Comptable Gérard MALBERT (à Nemours).

	RÉALISÉ EN 2002	PRÉVISIONS 2003	Nota :
RÉSULTATS			
RESSOURCES DISPONIBLES			
<i>Cotisations et dons des adhérents</i>	86 620 €	84 240 €	1 585 adhérents en 2002
<i>Legs</i>	0	0	Rappel 2001 : 1 legs disponible : 25 442 € + 1 legs non disponible : 26 678 €
TOTAL :	86 620 €	84 240 €	
CONTRIBUTIONS DE L'ADETEC			
<i>Communication avec les adhérents</i>	21 415 € *	10 009 €	* Dont frais développement site internet
<i>Bourses d'études</i>	21 356 € *	6 098 €	* dont 4 bourses d'études
<i>Dons et œuvres sociales</i>	17 770 € *	24 946 €	* 1 appareil dépistage à charge FNAMOC
<i>Matériel pédagogique</i>	11 561 € *	2 500 €	* Equipements de conférence
	72 102 €	43 553 €	
COÛTS DE FONCTIONNEMENT	49 450 € *	49 049 €	* + 8 % par rapport à 2001 dus à éviction du Siège Adetec de Ste-Anne
RESULTAT NET	-34 932 € *	-8 362 €	* Après emploi du legs disponible perçu en 2001 (25 442 €)
SITUATION FINANCIERE	Au 31/12/2002	Au 31/12/2003	
TOTAL du BILAN	236 516 €	226 657 €	
Dont, à l'Actif :			
<i>Valeurs réalisables et disponibles</i>	208 456 €	198 657 €	
Dont, au Passif :			
<i>Réserves</i>	12 000 €	38 678 € *	* + Réserve nue-propriété : 26 678 €
<i>Report à nouveau</i>	227 951 €	166 341 €	
<i>Résultat de l'exercice</i>	-34 932 € *	-8 362 €	* p.m. : résultat net 2001 : +48 683 €
<i>Soit, Situation nette :</i>	205 019 €	196 657 €	

Le Secrétaire Général, Georges Malgoire, évoque alors quatre points particuliers de l'ordre du jour :

- Le conseil d'Administration de l'Adetec a décidé de ne pas modifier en 2003 le niveau des cotisations individuelles des membres actifs qui demeurent inchangées depuis plus d'une dizaine d'années (exemple à suivre !).
- Par ailleurs, il est souligné que l'Adetec est une association « reconnue d'utilité publique » (sorte de Légion d'Honneur des Associations) et ce, depuis un quart de siècle désormais. Ceci lui confère automatiquement l'habilitation à recevoir des legs exonérés de tous droits de succession, sous réserve bien entendu de respecter les formalités et les contrôles des services spécialisés de la Préfecture du lieu du Siège social.
Ces legs peuvent prendre deux formes : soit être incorporés dans une « succession » et à ce titre ils en suivent le sort ; qu'il y ait des mineurs ou un conflit entre héritiers, et la liquidation du legs peut alors demander ... « un certain temps ».
Mais ces legs peuvent aussi être compris parmi les clauses bénéficiaires de contrats d'assurance-vie lesquels, en vertu de leur statut particulier, peuvent être liquidés très rapidement (en quelques mois tout au plus).

A ce jour l'Adetec a bénéficié de 4 legs qui sont en cours de liquidation. L'un d'eux, depuis 1994 (9 ans déjà) et les trois autres depuis une et deux années. Il devrait être possible que l'un d'eux soit liquidé fin 2003 ou au début de 2004. Par prudence, le budget 2003 ne l'a pas pris en compte.

- L'Adetec a enregistré au cours de l'année 2001 le legs d'un droit de nue-propriété portant sur un bien immobilier situé dans le Midi de la France. En tant que tel, un droit de nue-propriété ne peut devenir disponible qu'au décès de l'usufruitier ... à qui l'Adetec souhaite, bien entendu, longue vie et paisible retraite. Pour des raisons réglementaires et conformément à l'article 12 des statuts de l'Adetec, ce produit de 26 678 € devrait figurer au Passif du bilan, dans un compte de « Réserve Spéciale » tant qu'il n'est pas disponible.
- Enfin, et conformément à l'article 5 des statuts, les administrateurs sont nommés pour trois années par l'Assemblée Générale Ordinaire au scrutin secret et sont rééligibles. C'est ainsi que viennent à échéance les mandats de M. Claude LAVAIL, du Dr Patrick MESNILDREY et de M. André PIERCY.

Les deux premiers proposent à nouveau leur candidature aujourd'hui mais M. André PIERCY, après plusieurs années de bons et loyaux services rendus à l'Adetec, ne souhaite pas se représenter.

Votre Conseil, réuni ce jour, a coopté au poste d'Administrateur M. Guy PROVOST (que nous connaissons tous pour les services efficaces qu'il apporte fréquemment à notre Association) et vous propose ainsi de ratifier sa nomination.

Afin de respecter le caractère secret du scrutin, un bulletin de vote a été remis à chaque adhérent (pour lui et pour les personnes qu'il accepte de représenter) à l'entrée en salle.

@

Il est ainsi procédé au vote des différentes résolutions proposées par le Conseil d'Administration :

1. L'AGO approuve à l'unanimité le rapport d'activité de l'année 2002 ainsi que les opérations traduites dans les comptes de cet exercice et donne quitus aux administrateurs et membres du bureau pour leur gestion.
Elle approuve les actions envisagées pour l'année 2003 et prévues dans le budget de cet exercice.
2. Conformément à l'article 12 des statuts, l'AGO approuve la constitution d'une Réserve Spéciale destinée à l'enregistrement d'un legs de nue-propriété de 26 678 € comptabilisé au cours de l'année 2001. Cette réserve sera prélevée sur le « report à nouveau » et restera inscrite au bilan pendant toute la période d'indisponibilité du legs.
3. Conformément à l'article 5 des statuts, l'Assemblée Générale Ordinaire :
 - .. Renouvelle à l'unanimité le mandat d'Administrateur du Dr Patrick MESNILDREY
 - .. Renouvelle à l'unanimité moins une voix, le mandat d'Administrateur de M. Claude LAVAIL
 - .. Nomme à l'unanimité moins une voix M. Guy PROVOST au poste d'Administrateur.

Leur mandat s'achèvera à la date de l'Assemblée Générale Ordinaire qui sera tenue à l'issue de l'exercice 2005.

Georges MALGOIRE

Résumé de l'Exposé du Professeur Philippe MENASCHÉ

Présentation par le Professeur Guilmet.

Le Professeur Philippe Menasché est chirurgien dans le service de chirurgie cardiaque de l'hôpital européen Georges Pompidou et dirige un groupe de recherche à l'INSERM où ses travaux actuels portent sur la thérapie cellulaire du myocarde.

Exposé du Professeur Philippe Menasché.

Merci beaucoup et bonjour à toutes et tous

Je voudrais d'abord vous remercier parce que votre association, il y a très peu de temps, a très généreusement financé l'achat d'un matériel de laboratoire, à savoir : un appareil d'anesthésie pour rats et souris. Cela vous paraît peut-être un peu trivial mais pour nous c'est très important car, ainsi que vous allez le voir, même si on est déjà passé à un stade clinique et même s'il y a déjà des malades opérés, il y a beaucoup de problèmes qui continuent de se poser et qui nécessitent la poursuite des recherches, tant sur de gros animaux que sur des petits.

Or ce sont des appareils qui coûtent cher car il s'agit d'appareils produits en petites quantités. Nous n'en avons qu'un, ante-diluvien de surcroît. J'en avais parlé à M. Guilmet et, très gentiment, il a envisagé le soutien de votre association. Vous avez accepté de nous acheter cet appareil et sachez que pour nous cela a transformé la vie parce qu'il permet désormais d'avancer plus vite dans les expériences.

@

La thérapie cellulaire ? Je pense que vous en avez entendu parler, et à mon avis on en parle même un peu trop parce qu'on fait naître comme ça des espoirs qui sont parfois un petit peu insensés ; il faut garder les pieds sur terre. Il y a une avenue prometteuse, mais il y a encore pas mal de problèmes.

Cela dit, la thérapie cellulaire n'est pas du tout quelque chose de récent. On finit par oublier que les greffes de peau qui marchent chez les grands brûlés depuis des années, les greffes de moelle qui ont sauvé tant de patients en hématologie, ne sont rien d'autre que des applications pratiques de la thérapie cellulaire.

C'est vrai que la thérapie cellulaire a pris des développements plus récents dans d'autres domaines et je vais vous en citer deux qui, au départ, n'ont rien à voir avec la cardiologie mais qui frappent un petit peu les esprits. C'est, d'une part, la greffe dans le cerveau de cellules cérébrales chez des malades atteints de Parkinson avec des résultats qui sont quand même encourageants et qui se maintiennent dans le temps (les premières tentatives ont été faites il y a pratiquement une dizaine d'années) ; d'autre part, et c'est peut être encore plus intéressant, les greffes d'îlots de Langerhans (ce sont les cellules qui produisent l'insuline) qui ont permis de sevrer des diabétiques de l'insuline en leur injectant ces cellules productrices d'insuline.

Ce qui prouve bien qu'en injectant des cellules qui ont, naturellement, les bonnes capacités, on peut faire en sorte que celles-ci s'intègrent dans l'organe receveur et prennent la place des cellules devenues déficientes.

En cardiologie ? L'insuffisance cardiaque est un vrai problème de pratique médicale et de santé publique. Deux chiffres : 120.000 nouveaux cas par an en France ; 2% du budget de la santé.

Dans une grande majorité des cas, ces insuffisances cardiaques sont dues à un ou plusieurs infarctus.

Bien sûr, il y a eu des progrès considérables qui ont été faits avec les médicaments, la transplantation cardiaque, les dispositifs d'assistance, mais il reste néanmoins des formes, (à peu près 10 %) qui sont réfractaires à ces thérapeutiques conventionnelles lesquelles ont leurs limites (par exemple la pénurie des donneurs pour la transplantation cardiaque). Il y a donc encore la place pour d'autres options thérapeutiques et la thérapie cellulaire fait partie de ces nouvelles options.

Pour dire les choses le plus simplement possible, la cause de l'insuffisance cardiaque, c'est que vous avez une zone importante et étendue du cœur qui ne fonctionne plus. Au lieu d'être contractile, elle est inerte puisqu'elle a été tuée de façon irréversible par les infarctus.

L'idée, c'est d'aller coloniser cette zone inerte par des cellules contractiles pour la régénérer. Mais ne rêvons pas : on ne la régènera pas en totalité, mais du moins en partie.

On sait très bien que, même si on apporte une toute petite amélioration, cette petite amélioration, plus des médicaments, plus la rééducation physique, plus, plus, plus, c'est tous ces petits plus qui, à un moment donné, font que le pronostic s'améliore. Et quelquefois, en augmentant la fraction d'éjection, c'est-à-dire le volume de sang que le cœur éjecte, de quelques % seulement, on fait en sorte que quelqu'un qui était quasiment cloué au lit puisse à nouveau faire le tour du pâté de maisons.

Donc l'idée de la thérapie cellulaire : c'est d'aller régénérer des zones qui étaient mortes.

@

On peut faire ça avec quoi ?

En pratique clinique, on ne peut pas faire ça avec 36.000 sortes de cellules (en particulier les cellules embryonnaires qui ont beaucoup agité nos hommes politiques récemment ne représentent encore que des perspectives lointaines), il n'y a pas 36.000 muscles qu'on peut utiliser : si ce n'est pas le muscle cardiaque, c'est le muscle squelettique.

Ces cellules ont beaucoup d'avantages parce qu'on peut les prendre chez le patient lui-même (donc il n'y a pas de

problème de rejet, il n'y a pas de problème d'éthique, pas de problème immunologique).

On peut en expandre le nombre et ça c'est très important parce que, lorsqu'on injecte les cellules (et cela fait partie des travaux expérimentaux auxquels l'appareil que vous avez subventionné contribue) il y a 80 à 90 % d'entre-elles qui vont mourir dans les quelques heures qui suivent. Donc on a intérêt à en apporter beaucoup pour qu'il en reste suffisamment.

Et ces cellules musculaires squelettiques, quand on a les bonnes techniques de culture, on peut vraiment en augmenter considérablement le nombre. Je vous donne un exemple : quand on prend une petite biopsie musculaire à la cuisse, on part avec 3 à 4 millions de cellules. Au bout de 15 jours à trois semaines on a un milliard de cellules. Comme vous voyez, on peut les multiplier vraiment beau-

Toutefois, ces cellules bien différenciées ne feront que du muscle ; elles ne font pas des cellules cardiaques, elles resteront des cellules musculaires mais elles ne vous feront pas de cancer. C'est quand même important et ce n'est pas nécessairement le cas avec les cellules de la moelle ou avec des cellules embryonnaires. Et puis, ce sont des cellules très robustes : on les met dans des zones qui sont quand même inertes, où il y a peu de vaisseaux, et elles arrivent à survivre dans d'assez bonnes conditions.

Sur le plan de la fonction :

Cela va se traduire par une amélioration assez nette de la fraction d'éjection que l'on peut considérer comme un reflet de la fonction ventriculaire gauche. Aujourd'hui, sur les animaux traités, le bénéfice que l'on obtient deux mois après la greffe se maintient au bout d'un an.

Où en est la pratique clinique ?

Après 7 ans d'études au laboratoire, on est passé à l'étape clinique le 15 juin 2000 où le premier patient a été opéré ; il faisait partie de ce qu'on appelle une phase 1, c'est-à-dire une phase pilote de faisabilité d'une part et de tolérance ; on a opéré 10 patients et les résultats ont été jugés suffisamment encourageants pour qu'on mette en place, cette fois-ci, un grand essai « randomisé » d'efficacité qui va inclure en principe 300 patients en France, en Europe et en Amérique du Nord d'ici quelques mois : c'est-à-dire qu'il y aura des malades qui n'ont qu'un pontage coronaire seul, et les autres qui ont un pontage coronaire plus injection de cellules. Et puis, on verra au bout de 6 mois à un an s'il y a une différence dans la contractilité entre les deux groupes.

Ça se passe comment ?

En trois temps. Le premier, c'est la biopsie musculaire : elle se fait sous anesthésie locale ; on prend à la cuisse un petit bout de muscle, c'est bien toléré ; on coupe ensuite ce petit bout de muscle que l'on va cultiver au laboratoire, en l'occurrence le laboratoire de thérapie cellulaire de l'hôpital St-Louis qui va être le laboratoire central pour toute cette étude avec un laboratoire partenaire aux États-Unis.

Lorsque les cellules reviennent en salle d'opération elles ressemblent à du lait, tout simplement.

L'injection est vraiment très simple : avec une seringue et une aiguille, nous injectons ces cellules en de multiples points, une vingtaine, trentaine, quarante points, cela dépend de l'étendue de la zone, pendant une intervention classique de pontage coronaire. Cela prend 10 à 15 minutes.

Mais les résultats sont à prendre avec beaucoup de prudence parce qu'on a opéré seulement 10 malades dans le cadre d'une étude essentiellement de faisabilité et de tolérance, pas encore une étude d'efficacité. Mais nous avons quelques éléments encourageants de cette première série qui demandent, bien sûr, à être confirmés.

Ce sont des résultats qu'il faut prendre avec beaucoup de prudence parce que, je le répète, il n'y a pas de groupe contrôle, pas beaucoup de malades, mais on les a jugés suffisamment encourageants pour mettre en place la phase 2. Les premiers patients de la deuxième phase ont commencé à être opérés et on aura les résultats d'ici un an et demi à deux ans.

L'étude clinique qui est en cours montre qu'il y a encore beaucoup et beaucoup de questions, beaucoup et beaucoup de travail, donc besoin de beaucoup de recherches, donc de beaucoup de soutiens, d'autant que la France est relativement leader dans le domaine.

Par exemple, comme je vous le disais, ce qui est très frustrant, c'est la mortalité des cellules : c'est-à-dire que lorsque vous passez trois semaines à faire pousser un milliard de cellules, vous savez que dans les heures qui vont suivre la greffe, 80 % d'entre-elles vont mourir ; donc il y a un courant de recherche pour essayer d'améliorer la survie des cellules parce que on a déjà les preuves expérimentales que, si on améliore la survie des cellules, on va améliorer le bénéfice fonctionnel. Les deux, naturellement sont liés.

Il nous faut travailler également sur les techniques de transfert. Moi, je suis chirurgien donc je les injecte en « per-opératoire » mais nos collègues, cardiologues interventionnels commencent à les injecter déjà par des cathéters. Nous sommes au tout début de cette phase de transfert de cellules par des cathéters, donc par une voie beaucoup moins invasive que la chirurgie, et on travaille là-dessus pour que ces voies se développent parce qu'elles permettraient d'étendre les indications et d'éviter une intervention chirurgicale à des patients qui n'en ont pas besoin.

@

Il y a les cellules de la moelle sur lesquelles j'ai passé pour ne pas allonger la discussion, mais qui excitent beaucoup les gens actuellement, un peu trop je crois.

L'idée provient du fait que les cellules de la moelle sont pluripotentes, c'est-à-dire qu'elles peuvent faire n'importe quoi ; l'idée n'est pas fautive, mais penser que l'on va prendre de la moelle, qu'on va la mettre dans le cœur et que ça va devenir du tissu cardiaque, ça c'est un rêve. Donc il ne faut pas trop y croire, mais les cellules de la moelle présentent des potentialités qu'il faut explorer.

Il y a, et ceci est très important, extension possible de ces thérapies cellulaires à des insuffisances cardiaques qui ne sont pas dues à des maladies coronaires, ce que l'on appelle les cardiopathies primitives, et dont le seul traitement aujourd'hui, lorsqu'elles arrivent à un stade évolué, c'est la transplantation cardiaque. Il faut naturellement voir si l'on ne peut pas faire bénéficier ces patients de la thérapie cellulaire.

Je voudrais donc, à nouveau, vous sensibiliser à deux choses :

Primo : le fait qu'il y a encore beaucoup de travaux expérimentaux à faire si l'on veut améliorer un petit peu le niveau de nos connaissances.

Secundo : vous remercier à nouveau du soutien que vous nous avez apporté car, je le répète, pour nous un appareil d'anesthésie pour les souris c'est très utile et cela permet désormais aux jeunes dont je suis ici simplement le représentant (car ce n'est pas moi qui travaille directement à la pailleuse, mais ce sont des gens comme M. SAGE) d'améliorer considérablement la survie des animaux et donc d'obtenir ainsi des résultats beaucoup plus exploitables.

Donc merci à nouveau.

Pr. Philippe MENASCHÉ

BOURSES D'ÉTUDES

Édouard SAGE résume la situation à ce jour de l'étude à laquelle participe financièrement l'Adetec. Son thème : Viabilité de l'endothélium des artères pulmonaires après ischémie chronique-reperfusion.

L'hypertension artérielle pulmonaire est une maladie extrêmement grave, faisant suite à des embolies pulmonaires successives. En effet, l'évolution spontanée de la maladie est une insuffisance cardiaque majeure entraînant le décès du patient en 2 à 3 ans.

Il n'existe que deux alternatives thérapeutiques : la transplantation cœur-poumon et la thrombo-endarterectomie des artères pulmonaires. La greffe est un traitement lourd de conséquences, obligeant le patient à la prise quotidienne d'immunosuppresseurs pour des résultats médiocres : moins de 50% de survie à 5 ans.

La thrombo-endarterectomie reste donc le traitement de choix car il guérit le patient au seul prix d'une dose d'anticoagulants quotidienne. Cependant les suites opératoires immédiates sont encore marquées par une mortalité de près de 10 % et ce, souvent à cause d'un œdème de reperfusion de cause inexplicée.

Mon étude cherche donc à montrer que cet œdème est dû à une mort cellulaire programmée (apoptose) de la paroi des artères opérées ; un traitement pouvant prévenir cette apoptose et ainsi diminuer la mortalité péri-opératoire pulmonaire.

Sur un modèle animal, le cochon, j'étudie donc la réaction de l'endothélium pulmonaire à différents temps d'ischémie chronique et de reperfusion. Les résultats préliminaires ont tendance à montrer une augmentation significative du taux de cellules apoptotiques après reperfusion.

Les perspectives de ce DEA sont de pouvoir proposer aux patients opérés un traitement pouvant prévenir cette apoptose et diminuer ainsi la mortalité péri-opératoire.

Édouard SAGE

Par ailleurs, le docteur Loïk Lang LAZDUNSKI, bien que retenu à l'étranger, a pu nous communiquer le texte de l'exposé qu'il désirait faire devant l'Assemblée Générale de l'Adetec.

Le thème : Étude expérimentale du riluzole dans la prévention des lésions cérébrales induites par arrêt circulatoire en hypothermie profonde lors de la chirurgie de l'aorte thoracique.

A ce jour, sur une trentaine d'animaux prévus, 7 ont été opérés au CERA. Trois ont survécu, 3 sont décédés en péri-opératoire et 1 en post-opératoire. La courbe d'apprentissage est probablement derrière nous et nous avons cerné les problèmes potentiels (cannulations, apports pharmacologiques, etc ..).

Nous ne disposons à l'heure actuelle que de trop peu d'animaux pour pouvoir tirer quelque conclusion que ce soit, mais on peut observer que les cochons tolèrent l'arrêt circulatoire et que celui-ci induit une atteinte cérébrale responsable de ralentissement psychomoteur (lenteur à l'alimentation, à la mémorisation, etc ..).

Il nous reste à démontrer que le riluzole diminue ces lésions cérébrales (d'un point de vue histologique) et améliore le statut clinique des animaux.

Nous devrions pouvoir disposer, en fin d'année 2003, d'un nombre suffisant d'animaux opérés.

Cette étude donnera lieu à publication dans une revue internationale de chirurgie cardio-vasculaire.

Dr. Loïk LANG

PRÉSENTATION DE LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE DES HAUTS-de-SEINE

Le Professeur Daniel Guilmet présente à l'Assemblée Générale de l'Adetec Madame de KERPRIGENT, directrice de l'Institut des Hauts-de-Seine (dont il est également le Président).

L'Institut des Hauts-de-Seine est un organisme public financé en majeure partie par le Conseil Général ainsi que par des dons d'organismes tels que l'Adetec et la FNAMOC qui, en trois années, auront financés près de 20 % du total de 150.000 € qu'aura coûté le programme (par l'achat d'appareils destinés au dosage du cholestérol et de la glycémie).

Préambule

Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de morbi-mortalité de la deuxième moitié de la vie. Elles sont responsables d'environ un tiers de l'ensemble des décès ; chaque année plus de 110.000 français sont victimes d'un infarctus du myocarde, environ 125.000 personnes d'un accident vasculaire cérébral ; deux affections redoutables en terme de mortalité, mais plus encore par les séquelles fonctionnelles qu'elles peuvent engendrer.

Elles ne représentent cependant qu'une partie de la pathologie cardio-vasculaire ; avec l'allongement de la durée moyenne de vie - plus de 75 ans pour les hommes ; plus de 80 ans plus les femmes -, on voit se développer rapidement des affections comme l'insuffisance cardiaque, une des premières causes d'hospitalisation en cardiologie représentant un coût économique important.

La prévention des maladies cardio-vasculaires devient un problème de santé publique prioritaire, tant sur le plan humain que financier.

Les progrès considérables des traitements curatifs ne peuvent être dissociés désormais d'une campagne d'information auprès des populations adultes. Le niveau local ou départemental semble approprié à l'efficacité d'une campagne de prévention et de dépistage.

Le Conseil général des Hauts-de-Seine en partenariat avec l'Institut des Hauts-de-Seine a décidé de mettre en place un programme de prévention et de dépistage expérimental sur cinq villes du département : Fontenay-aux-Roses, Gennevilliers, Suresnes, Colombes et Boulogne. Avec le soutien financier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce programme devrait s'étendre à d'autres communes volontaires du département : Vanves, Issy-les-Moulineaux, Nanterre...

Entièrement gratuit et anonyme, le dépistage s'effectue dans les centres municipaux de santé et dans les services hospitaliers des communes.

Le dépistage

Chaque volontaire bénéficie d'une consultation médicale gratuite. Au cours de cet examen clinique effectué à l'hôpital ou dans le centre de santé, le médecin réalise un électrocardiogramme, une prise de tension artérielle, un prélèvement sanguin.

Le risque cardio-vasculaire est calculé par la conjugaison de différents paramètres : sexe et âge (les femmes sont protégées jusqu'à la ménopause par leurs hormones), diabète, tabagisme, hypertrophie ventriculaire gauche, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surcharge pondérale...

Un risque cardio-vasculaire absolu (en pourcentage) et relatif (par rapport à une population de même âge et de même sexe indemne de facteur de risque cardio-vasculaire) est calculé en intégrant les différents paramètres cliniques, électrocardiographiques et biologiques recueillis.

Chaque patient dépisté reçoit un document contenant les principales données recueillies, ainsi que son risque calculé, à l'intention de son médecin-traitant afin que celui-ci puisse mettre en œuvre les mesures préventives appropriées : conseils nutritionnels ou de comportement, suivi médical par le médecin-traitant...

Conclusion

L'efficacité de la campagne de dépistage du risque cardio-vasculaire sera analysée et validée par les professeurs Dubourg et Auvert. Une comparaison sera établie à partir des données locales, départementales, nationales voire internationales.

En 2003, parallèlement à l'élargissement de la campagne cardio-vasculaire à des sites pilotes supplémentaires, le Conseil général des Hauts-de-Seine en partenariat avec l'Institut des Hauts-de-Seine proposera une campagne départementale nutrition - santé pour répondre aux recommandations du Programme National Nutrition Santé 2001 - 2005.

@

A ce sujet, Mme de Kerprigent souligne, au cours de sa conférence, que l'on observe des résultats alarmants au plan nutritionnel des adultes (tabac, alcool, avec une explosion du risque chez les femmes, notamment en région parisienne..) et, pire, des adolescents qui plébiscitent les sucreries, pâtes, pizzas et frites au détriment des fruits et légumes. 30 % d'entre eux présentent désormais des signes d'obésité, en hausse considérable sur les 5 dernières années.

Par ailleurs, aujourd'hui, les jeunes filles de 14 à 16 ans boivent autant que les garçons et fument plus qu'eux. C'est dire l'accroissement du risque cardio-vasculaire qui nous attend dans les toutes prochaines années !

B. de KERPRIGENT

OUVERTURE DU SITE INTERNET www.adetec.net

Depuis le 17 octobre 2002, le site internet

www.adetec.net

est désormais opérationnel.

Une fois connecté, vous aurez ainsi un certain nombre d'informations concernant des pathologies ou interventions que vous avez déjà subies ou pas encore.

Il s'agit d'un site d'informations aux patients qui est maintenant conseillé dans les liens utiles de la société française de cardiologie où il apparaît comme l'un des sites de référence en la matière.

Qu'y a t il dans ce site ? Je ne pourrais pas vous faire une démonstration « live » de connexion sur ce site compte tenu des difficultés technologiques que l'on rencontre dans cette salle. Mais sachons qu'il y a plusieurs chapitres où l'on vous renseigne sur les diverses pathologies :

- Valvulaires (rétrécissements mitraux, rétrécissements aortiques, ..).
- Coronaires (mention particulière est faite à l'épidémiologie).
- Aortiques (anévrismes de l'aorte, dissections aortiques, ..).
- Les traitements chirurgicaux ; par exemple : chirurgie conservatrice, chirurgie de remplacement valvulaire, .. On vous dit ce que c'est, les avantages et les inconvénients des solutions ;
- l'évolution des prothèses : « à bille » qui existaient il y a une dizaine d'années et maintenant « à ailettes ». Ceci vous permet de savoir ce que vous avez eu.
- Les traitements complémentaires : anticoagulants, surveillance des porteurs de valve, ..
- Les liens utiles et, par exemple, si vous cherchez des renseignements sur le dépistage, la prévention, sites plus médicaux ou sites permettant de vous renseigner sur des questions pratiques (par exemple : où peut-on trouver une caisse d'assurance maladie ?).
- Le dernier point concerne les « FAQ » (Questions/Réponses). C'est un endroit où vous pouvez poser des questions directement sur le site. Par exemple : « pourquoi ai-je des anticoagulants alors que j'ai une bio-prothèse ?

Il ne vous faut pas hésiter, nous sommes là pour y répondre chacun d'entre nous. De surcroît, si la réponse présente un intérêt général nous pourrions l'intégrer dans les autres pages.

Depuis une dizaine de jours, vous avez directement les derniers bulletins de l'Adetec. Ils seront ainsi tous intégrés dans ce site avec leurs schémas et vous pourrez les télécharger.

Nous pourrions prochainement rajouter d'autres pages, par exemple sur la thérapie cellulaire dont vous a parlé le Pr Menasché ou concernant la réadaptation après intervention.

Bien sûr, il faut un ordinateur, mais tout le monde peut en utiliser un, au besoin avec l'aide des enfants ou des petits-enfants. C'est très simple.

Quels ont été les progrès ? Au cours des premières semaines nous n'avions que 4 ou 5 interrogations. Pour faciliter la consultation, il nous a fallu incorporer ce site dans des moteurs de recherches (Google, Altavista, par exemple) qui permettent désormais à quiconque d'obtenir les références de notre site. Ainsi le nombre de connexions a vraiment augmenté passant à 17/18 par jour en ce moment. Chose assez surprenante, la France représente 43 % des demandes, les autres connexions proviennent de l'étranger (Belgique, US, Canada, Suisse, ...). Je pense ainsi que beaucoup parmi vous pourront tirer des informations intéressantes de ce site.

Enfin, et en sus des « FAQ », vous pouvez écrire à l'Association (à Mme Ruyant) pour lui indiquer les sujets que vous souhaiteriez voir traités et qui concernent la chirurgie cardiaque afin d'améliorer encore la présentation et le contenu de notre site. Nous vous répondrons.

Nous comptons sur vous.

Dr. Patrick MESNILDREY

@

La séance est levée à 18 h 15.

Une réunion amicale rassemble ensuite, dans le scintillement des verres et la ronde des petits-fours, adhérents et chirurgiens qui achèvent ainsi la soirée dans une ambiance .. forcément cordiale !