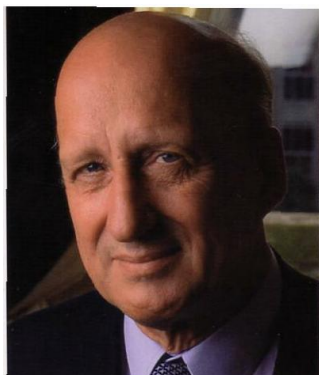




www.adetec.net

Novembre 2004

BULLETIN DE LIAISON N° 17



Le Mot du Président,

Chers adhérents,

La soirée de l'amitié a eu lieu à la salle des fêtes du Mont-Valérien. Nous avons obtenu, grâce à M. Guy PROVOST, l'autorisation du Colonel LEDU d'y réaliser cette soirée. Le traiteur retenu par M. PROVOST était de très bonne qualité. Nous avons tous été très satisfaits de nous retrouver, patients, infirmiers, amis de l'Adetec, médecins et chirurgiens dans ce cadre sympathique que nous connaissions bien.

La terrasse était très belle, entourée de toutes ces vieilles pierres éclairées à la tombée de la nuit. L'animation a reposé comme d'habitude sur les épaules de Claude LAVAIL, secondé par un excellent orchestre. Je pense que tous les adhérents ont été très heureux de cette soirée qui démontre la vitalité de notre association et l'importance des liens qui unissent les opérés et le monde médical.

@

Des modifications importantes sont intervenues ces derniers mois dans le fonctionnement de l'ADETEC.

Nous avons dû envisager le changement du siège de l'association. Mme RENOUF, directrice de l'école de formation Louise Couvé, où nous étions hébergés, souhaitait récupérer le local qu'elle nous avait accordé, du fait de l'extension de son activité. Nous avons bien compris ses motifs et je tiens à la remercier de nous avoir si gentiment accueillis durant ces dernières années.

Dès le mois de juin nous avons entrepris la recherche d'un nouveau siège, dans de bonnes conditions et de préférence dans les Hauts-de-Seine, où se trouvent un grand nombre de nos adhérents..

Grâce à Mme et M. Guy PROVOST qui sont intervenus auprès du Maire de Suresnes, M. Christian DUPUY, nous allons pouvoir déménager à Suresnes, tout près de l'hôpital FOCH.

Le bureau de l'ADETEC sera donc bientôt au 4 rue Raymond Cosson à Suresnes.

Nous n'aurons pas de loyer et nous ne paierons que les charges. Je tiens donc à remercier en notre nom, M. Christian DUPUY, pour l'aide qu'il a bien voulu nous apporter dans ces circonstances difficiles.

@

Le rapprochement de l'hôpital Foch arrive à point, car de nombreux changements sont survenus dans cet établissement. Le programme de rénovation complète continue et va même s'accélérer avec la construction d'un nouveau bâtiment. En outre, le service de chirurgie cardiaque a trouvé un nouveau chef de service le Dr. Mathieu DEBAUCHEZ, qui est un chirurgien de grande qualité, particulièrement dynamique. Il exerce son activité à plein temps à l'hôpital FOCH et je suis convaincu que dans les deux années à venir, il réussira à remonter ce service à son niveau antérieur.

Le Dr DEBAUCHEZ m'a demandé de revenir à FOCH en tant que vacataire et j'ai accepté cette proposition avec un immense plaisir. Nous avons demandé au Dr DEBAUCHEZ de nous rejoindre au bureau de l'association comme vice-président.

Je souhaite ardemment qu'il nous aide à continuer l'œuvre entreprise et qu'avec l'appui de l'ADETEC, il puisse disposer du matériel scientifique nécessaire dans tout service de pointe.

@

Ainsi l'année prochaine s'annonce sous de très bons auspices et je sais que chacun d'entre vous aura à cœur de nous aider à réaliser, par des dons, cette noble entreprise.

Je compte sur vous pour venir très nombreux à la prochaine assemblée Générale qui aura lieu le 7 avril 2005 à l'amphithéâtre Chevalier à l'Hôpital FOCH;

Avec un peu d'avance, je vous adresse à tous mes meilleurs vœux pour l'année 2005.

PRÉSIDENT Pr Daniel GUILMET
VICE-PRÉSIDENTS Dr Jean BACHET Dr Gabriel GHORAYEB Dr Bertrand GOUDOT
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL M. Georges MALGOIRE
TRÉSORIER M. Alain MANACH

SOMMAIRE

Le mot du Président

La vie de l'association

Soirée de l'amitié

Le séjour en réanimation

Chirurgie conservatrice
de la valve.

Régression des lésions
d'hypertension artérielle



Docteur Mathieu DEBAUCHEZ

Pr Daniel GUILMET

LA VIE DE L'ASSOCIATION

LE SIEGE SOCIAL

Ainsi que vient de le développer le Professeur Guilmet dans « le mot du Président », le Siège social de l'Adetec va prochainement s'installer à SURESNES (92150) 4, rue Raymond Cosson. Toutefois, notre déménagement n'étant pas encore réalisé, nous vous demandons pour l'instant de continuer à nous écrire à notre adresse actuelle à AUBERVILLIERS. Nous vous informerons, le moment venu, du changement effectif d'adresse et de numéro de téléphone.

Nous serons donc, prochainement, à un jet de pierre de l'hôpital Foch dans lequel tant d'adhérents de l'Adetec ont été opérés.

LA VIE DU SITE INTERNET

Le docteur Patrick MESNILDREY, du fait de ses activités de plus en plus importantes au sein de la clinique Ambroise Paré, vient de nous faire part de son regret de ne plus pouvoir assurer la gestion du site internet « adetec.net » à la création duquel il avait tant contribué et dont nous le remercions.

Une nouvelle équipe de rédaction va se mettre progressivement en place, mais il est possible que durant quelques mois le site soit moins dynamique qu'il ne l'était. Mais, n'en doutons pas, ce sera certainement « reculer pour mieux sauter ».

LES PRÉVISIONS FINANCIÈRES 2004

Grâce aux démarches conduites par M. Claude HOFACK, à ce jour trois legs ont pu être en tout ou partie liquidés. Près de 60.000 € ont ainsi pu être encaissés au 31 octobre qui permettront à l'Adetec de participer au financement de plusieurs études concernant le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire et, notamment :

- Deux nouvelles bourses d'études aux docteurs Emmanuel LANSAC ainsi qu'au docteur Belahouel BOURHALA ont d'ores et déjà été signées en 2004 (19.000 €).
- Par l'acquisition d'un « hémocron », l'Adetec a pu participer à une étude sur les phénomènes de coagulation durant la phase de circulation extracorporelle (CEC) conduite par l'hôpital européen de la Roseraie (4.000 €).
- Dans le cadre du programme de recherches de l'hôpital Foch, votre association pourrait lui permettre d'acquérir un équipement coûteux destiné à l'étude du débit de sang dans le greffon coronaire (40.000 €).
- Bien entendu l'Adetec a poursuivi son programme de subventionnement de la Maison des Parents à Suresnes et de l'Association française du Syndrome de Marfan (10.000 €).
- D'autres actions sont en cours d'examen au sein du Comité scientifique de l'Adetec (ND).
- Il va sans le dire que sont poursuivies les actions de communication avec les adhérents de l'Adetec, tant lors de son Assemblée Générale où vous êtes de plus en plus nombreux à participer, que par ses bulletins d'information ou son site internet (12.000 €).

PROCHAINE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Sous réserve de confirmation de notre part, nous vous remercions de bien vouloir nous réserver

l'après-midi du jeudi 7 avril 2005.
à l'Hôpital Foch, Salle Chevalier.

Un retour aux sources en quelque sorte !

SOIRÉE DE L'AMITIÉ

Que rajouter à ce que vient de souligner le Professeur GUILMET dans « le mot du Président » ?

Sinon que 150 participants, anciens opérés et amis de l'ADETEC, étaient réunis autour du Professeur Daniel GUILMET et des chirurgiens de notre Association entourés de leurs collaborateurs ainsi que des représentants des laboratoires qui ont rendu possible notre soirée, pour manifester leur joie de pouvoir être encore là à « gambiller » comme de jeunes « ados » ... ou presque !



(un groupe de participants autour du Professeur Guilmet)



Il faut dire que Guy PROVOST et son épouse avaient su mettre les petits plats dans les grands et que Claude LAVAIL avait mis tout le talent que nous lui connaissons pour animer une fête que nos secrétaires avaient organisée avec soin.

Nous leur disons « Merci » et, pourquoi pas, « A bientôt » !



LE SEJOUR EN RÉANIMATION APRÈS UNE OPÉRATION DE CHIRURGIE CARDIAQUE

La Chirurgie Cardiaque représente un domaine où la notion de travail d'équipe prend toute sa signification et toute son importance.

Avant l'intervention, le dossier du patient est discuté de manière collégiale par les cardiologues, le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur, et ceux-ci peuvent être amenés à s'entourer de l'avis d'autres médecins spécialistes (pneumologue, néphrologue, neurologue, etc).

Par la suite, au bloc opératoire, entre 5 et 7 opérateurs (médecins et infirmiers) entourent le chirurgien au cours des 3 à 5 heures d'intervention. Au décours immédiat de l'opération, c'est l'équipe de réanimation (médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes) qui prend en charge le patient.

Tous les opérés du cœur séjournent en réanimation. En d'autres termes, le fait de passer en réanimation après une opération cardiaque est tout à fait normal, et ne représente pas, en soi, un élément de gravité ni le signe d'une complication de l'intervention.

En revanche, la durée du séjour en réanimation dépend étroitement de la rapidité de récupération des fonctions vitales, et de la survenue éventuelle de complications.

Dans les cas les plus simples, le séjour en réanimation peut ne pas excéder 24 heures. En cas de complications, il peut atteindre plusieurs semaines.

Dans la plupart des établissements qui pratiquent la chirurgie cardiaque, la réanimation des opérés du cœur se fait dans une unité spécifique. Ce type d'unité est spécialisée dans la surveillance postopératoire précoce. Elle a pour objectif de prévenir et, le cas échéant, de traiter les éventuelles complications qui pourraient survenir après le geste chirurgical.

Pour cela, une vigilance de tous les instants est nécessaire.

Déroulement habituel du séjour en réanimation

Lorsque le patient sort de salle d'opération, il est généralement encore profondément endormi et

sous ventilation artificielle. C'est sous l'œil de l'anesthésiste, et relié à un appareil de surveillance continue, qu'il est conduit de la salle d'opération en réanimation. Il est installé en réanimation où les nombreux cathéters, drains et sondes diverses, mis en place au cours de l'intervention, sont connectés aux appareils de surveillance continue.

Lorsque le patient ouvre les yeux, il s'est alors généralement passé 6 à 8 heures depuis le début de l'anesthésie. Le patient ne garde habituellement aucun souvenir de cette période. Tout au plus, il se souvient vaguement d'avoir été amené de sa chambre au bloc opératoire.

Il a besoin d'être rassuré et re-situé dans le temps et dans l'espace, d'autant qu'il se trouve dans un environnement à la fois matériel et humain qu'il ne connaît pas encore. Il est alors tout à fait capable d'entendre et de comprendre ce qu'on lui dit, mais ne pourra parvenir à s'exprimer qu'une fois débarrassé de la sonde d'intubation nécessaire à la ventilation artificielle. Le réveil se fait progressivement, sur plusieurs heures, et ce n'est généralement que 6 à 8 heures après l'arrivée du patient en réanimation que les premiers échanges verbaux sont possibles.

La fréquence des complications qui peuvent mettre en jeu rapidement le pronostic vital diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'intervention, si bien qu'en l'absence de toute complication, c'est après une à deux nuits passées en réanimation que le patient pourra être reconduit dans sa chambre. Durant les 2 ou 3 premiers jours postopératoires, les douleurs liées à l'ouverture du thorax sont les plus intenses. Elles sont habituellement parfaitement bien soulagées par les antalgiques administrés par voie veineuse, et en particulier par la morphine. Le plus souvent, ces douleurs diminuent de façon importante après le retrait des drains thoraciques, généralement au 2^{ème} jour postopératoire.

Durant le séjour en réanimation, les visites des proches sont habituellement interdites, au moins lors de la phase postopératoire précoce.

Aussi, des nouvelles de l'état du patient sont régulièrement fournies par téléphone à la famille, en essayant de rassurer les proches souvent inquiets, tout en sachant qu'une complication grave peut survenir à tout moment au cours des premières heures postopératoires.

Les complications

La survenue de complications après une intervention de chirurgie cardiaque concerne une petite minorité de patients. Il convient d'emblée de souligner qu'à côté des complications bénignes, certaines complications sont suffisamment sérieuses pour pouvoir mettre en jeu, dans certains cas, le pronostic vital.

Comme après de nombreuses opérations, la liste exhaustive des complications possibles après une intervention de chirurgie cardiaque est longue et il n'est pas dans notre propos de toutes les énumérer ici. Cependant, il est possible de les séparer artificiellement en trois types.

1. Les plus fréquentes sont celles qui sont liées à une altération de l'état préopératoire du patient, à la fois l'état cardio-vasculaire, mais aussi l'état fonctionnel des autres organes vitaux, l'état général du patient et notamment son âge physiologique. Bien entendu, chez ces patients « à risque », l'agression que représente le geste opératoire est indiscutablement l'élément responsable de la décompensation, et ceci est systématiquement pris en compte à la fois lors de la décision collégiale de retenir ou non l'indication opératoire (décision fondée, comme toute décision médicale, sur une estimation du rapport bénéfice/risque), mais aussi lors de l'information fournie au patient et à ses proches.

Ainsi par exemple, s'il existe une insuffisance rénale ou une insuffisance respiratoire chronique, une décompensation de la fonction déjà défaillante, au décours de l'intervention, est à redouter, et pourra être responsable d'une prolongation parfois très importante du séjour en réanimation, pas toujours bien acceptée par le patient et par ses proches, mais pourtant tout à fait indispensable.

A son tour, cette prolongation nécessaire du séjour en réanimation peut induire diverses complications et en particulier des complications infectieuses, favorisées par la présence de divers sondes et cathéters, rendus indispensables par la nécessité d'une assistance respiratoire prolongée ou encore d'une suppléance artificielle de la fonction rénale.

2. Plus rarement aujourd'hui, les complications peuvent être liées aux difficultés non prévisibles survenues au cours ou au décours immédiat du geste opératoire, ou inhérentes au déroulement du geste opératoire lui-même. Leurs conséquences sont d'autant plus sévères qu'elles surviennent sur un terrain fragile. Ces complications concernent essentiellement le thorax. Certaines sont habituellement peu graves. C'est notamment le cas du pneumothorax, qui conduit à la mise en place d'un drain thoracique en réanimation, sous anesthésie locale. C'est également

le cas du saignement persistant au niveau du site opératoire révélé par les drains thoraciques, qui conduit parfois le chirurgien à ré-ouvrir le thorax, au bloc opératoire, pour explorer puis arrêter le saignement.

Cependant, de façon exceptionnelle, le saignement peut être brutal et massif, en rapport avec une plaie sur l'aorte par exemple, et peut être responsable de conséquences dramatiques si les conditions pour une ré-intervention en extrême urgence ne sont pas immédiatement réunies.

D'autres complications respiratoires peuvent survenir, en particulier une baisse du taux d'oxygénation du sang, qui peut parfois être suffisamment sévère pour prolonger de façon importante le séjour en réanimation, ou un encombrement bronchique parfois en rapport avec une infection broncho-pulmonaire.

Ce sont sans doute les complications cardiaques qui sont les plus graves. A côté de la banale fibrillation auriculaire, très fréquente et bénigne dans l'immense majorité des cas, deux autres complications peuvent plus rarement survenir, parfois de façon intriquée : la défaillance cardiaque et l'infarctus du myocarde. Ces complications surviennent précocement, habituellement dès les premières heures postopératoires.

Leurs conséquences peuvent être très sévères, à la fois à court terme et, après un séjour souvent prolongé en réanimation, à plus long terme. Elles peuvent, à leur tour, être responsables d'autres complications : troubles du rythme ventriculaire, retentissement sur les fonctions respiratoire, rénale, hépatique. Elles peuvent justifier la mise en œuvre rapide de thérapeutiques agressives (angioplastie coronaire, ballon de contre-pulsion aortique, administration de médicaments intraveineuses puissantes, assistance respiratoire) qui peuvent elles-mêmes induire des complications spécifiques.

Cette séquence est très caricaturale de l'évolution compliquée d'un patient de réanimation : lorsque survient une première complication, elle conduit à la mise en œuvre de gestes et de thérapeutiques qui peuvent à leur tour entraîner d'autres complications. En d'autres termes, on peut dire que si la réanimation est indispensable et salvatrice pour bien des complications, l'idéal est de pouvoir en sortir le plus vite possible, dès que les fonctions vitales ne sont plus menacées.

D'autres complications cardiaques nettement moins graves peuvent survenir. Ainsi, de façon non exceptionnelle, après une intervention chirurgicale sur la valve aortique ou sur la valve mitrale, la fréquence cardiaque peut rester spontanément très basse. Dans la période post-opératoire initiale, la fréquence cardiaque est alors artificiellement accélérée par un

stimulateur cardiaque externe branché sur de petits fils électriques (les électrodes épicaudiques) que le chirurgien laisse sortir à travers la peau lors de toute intervention de chirurgie cardiaque (et que l'on retire habituellement au bout de quelques jours). Lorsque la bradycardie persiste après plusieurs jours d'évolution, l'implantation d'un stimulateur cardiaque interne peut s'avérer nécessaire.

Enfin, des complications neurologiques, parfois très lourdes de conséquences, peuvent venir émailler l'évolution postopératoire. Il s'agit d'accidents vasculaires cérébraux, conséquences généralement d'un défaut de perfusion plus ou moins étendu, plus ou moins prolongé, du parenchyme cérébral. Ces accidents, dont l'origine est assez diverse, sont constatés habituellement dès le réveil du patient, qui peut alors, dans ce cas, être retardé voire absent (coma postopératoire).

Si ces complications sévères sont rares, d'autres complications neurologiques, bénignes et réversibles, sont fréquemment constatées. Il s'agit d'états confusionnels postopératoires, se manifestant par une désorientation, des hallucinations, des propos délirants et souvent une agitation qui peut parfois être délétère.

Plus à distance de l'intervention, la complication la plus redoutable est l'infection du site opératoire

Elle débute habituellement entre la fin de la première semaine et la fin du premier mois postopératoire, et se manifeste souvent par l'apparition d'un écoulement purulent au niveau de la cicatrice thoracique, souvent accompagné de signes infectieux.

La prise en charge précoce de cette complication, qui associe la réalisation d'un nouveau geste chirurgical à l'administration d'antibiotiques, parvient aujourd'hui à guérir la grande majorité des patients, souvent au prix d'une hospitalisation prolongée dans

une unité de réanimation appropriée.

Parfois, indépendamment de tout problème infectieux, un épanchement péricardique abondant peut se constituer, généralement à bas bruit (révélé par l'échographie de surveillance), mais pouvant néanmoins gêner le fonctionnement cardiaque. Dans ce cas, une petite ré-intervention chirurgicale règle rapidement le problème en évacuant cette collection.

3. A côté de ces deux grands types de complications, il peut survenir, **de façon assez exceptionnelle**, d'autres complications sans rapport direct avec le geste opératoire, et généralement totale-ment imprévisible. Il s'agit notamment des complications digestives, dont certaines peuvent évoluer de façon rapidement péjorative (ischémie mésentérique, pancréatite aiguë), ou encore des effets indésirables des différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, qui peuvent représenter de véritables complications, dont certaines peuvent avoir des conséquences non négligeables.

Conclusion

La surveillance dans une unité de réanimation spécialisée, après une intervention chirurgicale sur le cœur, a pour but de prévenir, de dépister et de traiter rapidement les éventuelles complications qui peuvent en émailler l'évolution.

Le parcours est parfois difficile, mais l'immense majorité des patients parvient à le franchir rapidement sans difficulté.

En revanche, ce parcours peut devenir long, difficile et parfois dangereux dès qu'une complication survient, surtout lorsqu'elle se produit chez un patient déjà fragilisé avant l'intervention.

Docteur Jean-Pierre SAAL

APPEL A CANDIDATURE

2 POSTES D'ADMINISTRATEUR DE L'ADETEC SONT A POURVOIR.
VOUS AVEZ UNE EXPÉRIENCE ASSOCIATIVE ET LE DÉSIR DE
PARTICIPER A LA VIE DE NOTRE ASSOCIATION.

VENEZ NOUS REJOINDRE

CHIRURGIE CONSERVATRICE DE LA VALVE POUR LES INSUFFISANCES AORTIQUES DYSTROPHIQUES

La valve aortique se situe à la sortie du cœur entre le ventricule gauche et l'aorte, axe principal de la circulation générale. Elle est constituée de 2 ou 3 feuillets (valvules) qui s'appliquent l'un contre l'autre et assurent la fonction de valve anti-retour à la sortie de la pompe cardiaque.

L'insuffisance aortique correspond à un défaut d'étanchéité des valvules aortiques à l'origine du reflux d'une quantité variable de sang de l'aorte vers le ventricule gauche, avec le risque à plus ou moins brève échéance d'insuffisance cardiaque parfois non réversible.

Le traitement habituel de cette maladie consiste à remplacer la valve et bien souvent l'aorte ascendante qui est dilatée au dessus (anévrisme) selon une technique décrite par Bentall en 1968. La prothèse valvulaire utilisée est alors dans la grande majorité des cas une valve mécanique qui nécessite de prendre un traitement anticoagulant à vie. La valve mécanique et les anti-coagulants sont en général bien tolérés mais il existe un risque non négligeable de faire des accidents de thrombose (caillots de sang) ou des accidents hémorragiques (saignements) si le traitement n'est pas bien adapté.

Dans les années 90 ont été initiées de nouvelles techniques destinées à réparer les valves aortiques plutôt qu'à les remplacer afin d'éviter le traitement anticoagulant, mais elles restent encore trop peu utilisées puisque seulement 2% des patients en bénéficient.

La connaissance de l'anatomie fonctionnelle de la valve aortique, la revue de la littérature ainsi que l'analyse des premiers patients ayant une conservation valvulaire aortique nous ont permis de proposer une technique de conservation valvulaire plus physiologique, combinant les avantages des techniques existantes.

En effet, dans l'insuffisance aortique dystrophique, l'absence d'étanchéité de la valve aortique résulte de l'association de deux mécanismes : le capotage d'une ou de plusieurs valvules (prolapsus) et la modification de la géométrie de l'aorte ascendante, notamment par dilatation de son diamètre à la sortie du ventricule gauche (anneau aortique). La technique proposée repose sur la confection d'un « cerclage » de l'anneau aortique dilaté au moyen d'un anneau prothétique externe. Un anneau prothétique manufacturé est en cours de fabrication.

Les résultats de cette procédure vont être comparés à ceux du remplacement prothétique au cours d'un essai clinique débutant prochainement, financé par la Délégation à la Recherche Clinique de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Une standardisation des techniques de chirurgie conservatrice valvulaire aortique ainsi qu'une évaluation rigoureuse de ses résultats par rapport au traitement de référence devraient permettre de définir la stratégie la plus optimale à l'heure actuelle pour la prise en charge des patients porteurs d'une insuffisance de l'aorte ascendante.

Emmanuel LANSAC

Régression des lésions d'hypertension artérielle pulmonaire par hyper-débit après traitement chirurgical chez le porc.

DEA de physiologie et biologie de la respiration réalisé sous la direction de E. FADEL
Laboratoire de chirurgie expérimentale (Pr DARTEVELLE),
UPRES Maladies vasculaires pulmonaires,
Université Paris-Sud (Le Plessis Robinson, 92).

Introduction. L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) post-embolique est liée à l'obstruction chronique d'une partie du lit artériel pulmonaire. Le traitement curatif de cette maladie est la désobstruction chirurgicale des vaisseaux pulmonaires appelée « thromboendartériectomie pulmonaire ». L'HTAP persistante malgré une bonne désobstruction chirurgicale, principale complication post-opératoire, pourrait être due au développement d'une vasculopathie dans les territoires vasculaires non obstrués soumis à un hyper-débit. Le but de cette étude est d'analyser la réversibilité de la vasculopathie pulmonaire induite par hyperdébit chez le porc après la levée de l'hyperdébit..

Matériels et méthodes. L'HTAP par hyper-débit pulmonaire était provoquée pendant cinq semaines par la mise en place d'une fistule aorto-pulmonaire. La levée de l'HTAP consistait en une fermeture de la fistule. Trois groupes de 10 porcs ont été comparés : un groupe HTAP, un groupe HTAP traitée, étudié cinq semaines après la levée de l'HTAP et un groupe témoin. Les comparaisons ont porté sur les mesures hémodynamiques, la vasomotricité de l'artère pulmonaire gauche in vitro, la morphométrie des artérioles pulmonaires distales et la quantification au sein d'homogénats pulmonaires gauches de peptides vasomoteurs (endothéline-1, récepteur A et B de l'endothéline, NO synthase endothéliale et NO synthase inductible) et de peptides de l'angiogénèse (angiopoïétine-1 et de son récepteur Tie2).

Résultats. L'HTAP par hyper-débit provoque un épaississement de la média des artérioles pulmonaires distales ($55,6\% \pm 1,2$, $p < 0,0001$), une diminution de leur relaxation endothélium-dépendante ($51,9\% \pm 5,42$), ainsi qu'une sur-expression de l'endothéline-1 ($p < 0,01$) et de l'angiopoïétine-1 ($p = 0,049$). Après traitement de l'HTAP, l'épaississement de la média régresse de 75% ($p < 0,001$) avec une normalisation de la relaxation endothélium-dépendante ($67,6\% \pm 5,4$, $p = 0,044$), et du niveau d'expression de l'ET-1 et de l'angiopoïétine-1.

Conclusion. Un mois après la levée de l'HTAP par hyper-débit, il existe une régression de la vasculopathie acquise durant la période d'hyperdébit. L'endothéline-1 et l'angiopoïétine-1 semblent avoir un rôle prépondérant dans la formation et la régression de ces lésions. Ils sont donc des cibles thérapeutiques potentielles pour accélérer la régression de cette vasculopathie après thromboendartériectomie pulmonaire donc pour diminuer son taux de complication.

Olaf MERCIER

LES COTISATIONS 2004

C'est grâce à vous, à vos cotisations, vos dons (ce supplément que vous rajoutez volontairement à vos cotisations) et vos donations sous forme de legs ou d'assurance-vie que l'ADETEC peut assurer son fonctionnement, votre information et, par dessus tout, le financement de ses diverses activités (bourses d'études, subventions destinées au financement de la recherche dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire ou à des associations entrant dans le cadre de notre objet social, ...). Nous joignons systématiquement le bulletin de versement ci-dessous destiné à ceux à qui cet aide-mémoire peut être utile.

Bien évidemment, si vous êtes à jour de votre cotisation ce rappel ne vous concerne pas.

COTISATION et DON 2004

M./ Mme.....Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Commune.....

Soutien l'action de l'ADETEC et renouvelle sa cotisation pour l'année 2004, ou fait un don
en faisant parvenir le chèque joint de €en qualité de membre actif (40 € ou plus)
ou de membre bienfaiteur (150 € ou plus)

Adresser chèque et bulletin à l'adresse suivante: ADETEC 44 rue de la Commune de Paris 93300 AUBERVILLIERS