



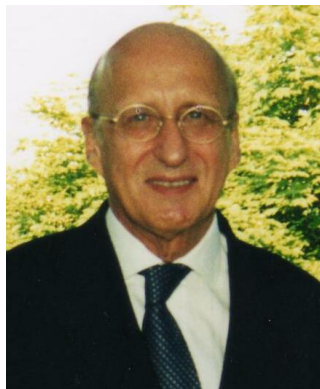
BULLETIN DE LIAISON N° 18

MAI 2005

www.adetec.net

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 6 AVRIL 2005

Le mot du Président



Mesdames, Messieurs, Chers adhérents,

Nous sommes très heureux de vous recevoir à nouveau à l'Hôpital Foch. Ce déménagement de l'ADETEC à Suresnes est dû à l'extension de l'activité du Centre de formation Louise Couvé à Aubervilliers qui, de ce fait, ne pouvait plus nous héberger.

Grâce à l'intervention de Mme et M. Provost, nous avons pu obtenir un bureau dans les locaux de la Maison des Associations de la Mairie de Suresnes, 4 rue Raymond Cosson. Je tiens donc à remercier tout particulièrement M. Christian DUPUY, maire de Suresnes, ainsi que M. Bruno GARLEJ et Mme GAMBARINI, responsable du service de la vie associative.

Parallèlement à ce changement d'adresse, j'avais antérieurement cessé mon activité libérale. J'appréhendais cet arrêt d'activité, mais fort heureusement, le nouveau chef du service de la chirurgie cardio-vasculaire de l'hôpital Foch, le docteur Mathieu DEBAUCHEZ, m'a fait l'honneur de me demander de venir dans son service en tant que vacataire. Je tiens à le remercier publiquement de m'avoir accueilli dans cet hôpital où j'ai retrouvé avec un immense plaisir mes anciens collaborateurs et la plupart des infirmières dont vous connaissez la compétence, le dévouement et la gentillesse.

En accord avec tous les membres du bureau, nous avons demandé à M. DEBAUCHEZ de nous rejoindre en tant que Vice-Président et j'ai également sollicité le docteur Claude DUBOIS qui a accepté ma proposition. Vraisemblablement M. FOURLON, un ancien opéré, viendra également soutenir M. MALGOIRE qui a une très grosse charge de travail dans notre association pour l'aider à assurer les relations publiques.

Avant d'aborder le chapitre des activités de l'Adetec je tiens à rendre hommage à la mémoire des adhérents décédés au cours de ces dernières années et grâce à la générosité desquels le montant des legs perçus tant en 2004 qu'en 2005 va nous permettre de développer largement notre programme d'actions.

Les buts de l'Adetec restent fondamentalement les mêmes.

Tout d'abord nous aidons toujours la Maison de Parents du CMC Foch ainsi que l'association des malades du syndrome de Marfan qui ne dispose que d'un faible budget du fait de la relative rareté de cette malformation génétique.

Le programme des bourses d'études continue ; il est tout particulièrement apprécié par tous les futurs chirurgiens cardiaques. Chaque bourse a pour conséquence la réalisation d'un travail scientifique pragmatique ; vous en aurez tout à l'heure un exemple avec Mme Agathe SEGUIN qui doit vous présenter son projet de travail. Grâce à ce système des bourses, nous bénéficions dans le milieu de la chirurgie cardiaque d'une aura qui ne se limite pas à la seule région parisienne.

Par ailleurs, l'un de nos objectifs de l'année 2005 est la restauration et le développement de notre site internet dont je vous rappelle l'adresse « adetec.net ». Malgré une difficulté momentanée à répondre aux questions posées directement en ligne (« FAQ »), le nombre des visiteurs mensuels s'est sensiblement accru depuis octobre 2004 puisque le site a enregistré une très significative augmentation des consultations, celles-ci passant de 854 à 1504 par mois. C'est dire si ce site intéresse beaucoup, et pas seulement les adhérents de l'ADETEC, mais aussi tous les cardiaques qui y accèdent par le biais des liens établis avec notamment la Société Française de Cardiologie, mais aussi des moteurs de recherches tels que Google. Il est un fait que la diffusion d'internet ayant nettement augmenté dans les foyers, ce phénomène a largement contribué à la croissance de notre site malgré le départ du Dr MESNILDREY qui avait beaucoup participé à sa conception. Nous allons donc faire un effort tout particulier pour développer cette voie qui me paraît tout à fait prometteuse. Je m'engage personnellement à mettre désormais à jour toutes les FAQ. Ce qui est un travail non négligeable, mais je compte aussi sur les médecins et les chirurgiens de l'hôpital Foch et d'autres services pour nous fournir des flashes d'actualités sur les questions que se posent les cardiaques. .../...

PRÉSIDENT

Pr Daniel GUILMET

VICE-PRÉSIDENTS

Dr Jean BACHET

Dr Mathieu DEBAUCHEZ

Dr Gabriel GHORAYEB

Dr Bertrand GOUDOT

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Georges MALGOIRE

TRÉSORIER

M. Alain MANACH

SOMMAIRE

Le mot du Président

Compte-rendu de l'A.G.E. :

- Transfert du Siège social à Suresnes.

Compte-rendu de l'A.G.O. :

- Renouvellement du Conseil d'administration
- La situation financière
- La situation des legs

Traitements chirurgicaux de l'insuffisance cardiaque (par le Dr Nicolas BONNET)

La parole à nos boursiers

ADETEC : qui fait quoi ?

COTISATIONS 2005

Du fait de l'importance des dossiers de legs définitivement liquidés récemment, l'Adetec va pouvoir participer plus activement au financement de recherches médicales dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire. D'ores et déjà plusieurs thèmes font l'objet d'une évaluation préliminaire.

Par exemple, dans le cadre du programme d'études que conduit le service de chirurgie cardio-vasculaire de l'hôpital Foch, nous examinons actuellement deux pistes portant sur la participation de l'Adetec à l'acquisition :

- Soit d'un matériel d'échographie doppler transcrânien permettant de suivre la qualité de la perfusion sanguine cérébrale durant les opérations à cœur ouvert.
- ou bien, d'un équipement permettant d'évaluer le débit de perfusion des pontages coronaires pour autant que puisse être mis en évidence un parallélisme avec la perméabilité des greffons.

Autre exemple, nous nous sommes engagés à contribuer, sous certaines conditions, au financement d'une étude portant sur l'intérêt des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) dans le traitement des épanchements péricardiques post opératoires, recherche conduite par l'association pour le développement de la réadaptation cardiaque et de la recherche clinique (ADRCRC).

Je vais interrompre cette introduction pour laisser la parole aux autres intervenants. Tout d'abord, notre secrétaire Général, Georges MALGOIRE vous parlera des questions juridiques et financières de l'Association.

Puis le docteur Nicolas BONNET, chirurgien à l'hôpital de « la Pitié-Salpêtrière » où il assiste le Professeur GANDJBAKHCH qui est un ancien de Foch (et j'en suis très fier) va évoquer pour vous la question du traitement chirurgical de l'insuffisance cardiaque.

Enfin, le docteur Agathe SEGUIN va nous parler du projet d'étude expérimentale portant sur le remplacement de la trachée par des fragments de l'aorte, travail pour lequel nous avons décidé de lui accorder en 2005 une bourse de l'ADETEC.

Je vous informe par ailleurs du départ de Madame Sylviane RUYANT qui doit prendre sa retraite et que je remercie pour tout le travail accompli ; je lui souhaite une longue et heureuse retraite. Elle sera désormais remplacée à son poste par Madame Marie-Loïc PENET à qui je souhaite la bienvenue parmi nous.

Professeur Daniel GUILMET

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

(Par Georges MALGOIRE)

Bonjour,

Je suis très heureux de vous retrouver aujourd'hui à l'occasion de notre assemblée générale annuelle qui marque le 34ème anniversaire de l'Adetec.

Nous abordons la première partie de notre réunion par l'Assemblée Générale Extraordinaire. Je rappelle que celle-ci diffère de l'AGO par son quorum (25 %, largement atteint aujourd'hui) et sa règle de majorité (60%).



A l'ordre du jour de cette Assemblée générale extraordinaire : le transfert du Siège Social d'Aubervilliers vers Suresnes dont le Professeur Guilmet vient de vous parler. Nous avons donc quitté Aubervilliers en novembre 2004 et, par chance, nous avons été chaleureusement et généreusement accueillis par la Municipalité de Suresnes et notamment par son service de la vie associative qui a mis à notre disposition un bureau dans la maison des associations.

Ce changement d'adresse a permis de mettre en évidence une difficulté dans la gestion de notre quotidien, à savoir le fait que l'Assemblée Générale Extraordinaire ne se réunissant qu'une fois l'an, notre nouvelle adresse ne peut être officiellement portée à la connaissance des tiers (banques, administrations, notaires, ..) que plusieurs mois après notre déménagement effectif.

Nous vous proposons donc, par souci d'efficacité, d'étendre les pouvoirs du Conseil d'Administration en l'autorisant désormais à déterminer lui-même l'adresse du siège social de l'association.

@

NB : L'A.G.E. a entériné le transfert du siège social à Suresnes et a autorisé le Conseil d'administration à fixer dorénavant le lieu du Siège social si le besoin s'en faisait sentir. Les articles 1 et 10 des statuts étant modifiés en conséquence.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

(par Georges MALGOIRE)

RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cette année viennent à échéance les mandats de 5 administrateurs. Ceux de :

- M. François COTTIN
- Dr Gabriel GHORAYEB
- M. Claude HOFACK
- M. Alain MANACH
- M. Georges MALGOIRE

M. François COTTIN nous a fait part de son désir de ne pas représenter sa candidature. Nous le regrettons et le remercions pour l'attention qu'il a toujours apportée à la vie de notre association.

En contrepartie, votre Conseil d'administration du 15 octobre dernier a coopté administrateur quelqu'un que vous connaissez bien, au moins de réputation sinon pour avoir peut-être été opéré par lui ; il s'agit du docteur Mathieu DEBAUCHEZ, chef du service de chirurgie cardio-vasculaire à l'hôpital FOCH.

Les 4 autres administrateurs dont le mandat est venu à échéance acceptent de représenter leur candidature à la présente Assemblée.

Comme prévu dans nos statuts, les membres du Conseil doivent être élus au scrutin secret (article 5), d'où le bulletin jaune remis aux participants à l'entrée de la salle.

NB : l'A.G.O. a nommé pour trois années aux postes d'administrateurs :

- le Dr Mathieu DEBAUCHEZ,
- Le Dr Gabriel GHORAYEB
- M. Claude HOFACK,
- M. Alain MANACH
- M. Georges MALGOIRE.

Enfin rappelons que l'ADETEC a besoin de bonnes volontés qui accepteraient de donner de leur temps et de leurs compétences, en particulier dans le domaine informatique/internet .

Merci de se faire connaître.

LA SITUATION FINANCIÈRE

	Prévisions 2005	Réalités 2004	Réalités 2003
Nombre d'adhérents	1 500	1 479	1 625
REVENUS TOTAUX	208 000 €	165 143 €	93 821 €
dont cotisations :	90 000 €	89 274 €	90 815 €
dont legs :	110 000 €	58 860 €	0 €
DÉPENSES TOTALES	179 250 €	110 988 €	89 597 €
dont frais de fonctionnement	33 800 €	41 239 €	45 004 €
dont frais de collecte, assemblées, bulletins, ...	23 600 €	20 379 €	19 544 €
dont bourses d'études	23 050 €	25 900 €	12 200 €
dont subventions octroyées	90 300 €	14 100 €	9 148 €
dont communication médicale (dont site internet et divers)	8 500 €	9 370 €	3 701 €
SITUATION NETTE	292 148 €	263 398 €	209 242 €
dont résultats de l'exercice	28 750 €	54 155 €	4 224 €

EFFECTIFS DE L'ADETEC :

Le nombre d'adhérents en 2004 a légèrement faibli. Ceci pour une raison essentielle : la réorganisation intervenue à la clinique Ambroise Paré qui ne nous permet plus de bénéficier des listes de ses opérés du cœur.

Toutefois, à compter du 1er janvier 2005, avec l'entrée parmi nous du docteur Mathieu Debauchez, nous disposons désormais des listes d'opérés du cœur de l'hôpital Foch, ce qui devrait nous permettre, peu à peu, de retrouver le niveau d'effectifs antérieur.

COTISATIONS :

Au 1er janvier 2004, l'inflation grignotant les capacités d'actions de l'ADETEC, votre Conseil avait dû actualiser le montant des cotisations demeurées inchangées durant 12 années.

Par chance, à la même date, le Gouvernement avait porté à 60 % (contre 50 % précédemment) la fraction des dons déductibles du montant de l'impôt sur les revenus. Ceci avait compensé cela.

Au 1er janvier 2005, votre Conseil n'a pas modifié le montant des cotisations, mais, cerise sur le gâteau, le Gouvernement vient de porter la part déductible des dons à 66 % (contre 60 % en 2004).

DÉPENSES DE L'ASSOCIATION

SITUATION NETTE ET RÉSERVES

Une modification de forme dans le classement des dépenses a été effectuée en 2004, ceci afin de rapprocher notre présentation des comptes de celle retenue par les grandes ONG.

Ainsi, désormais, sont distingués : les « frais de fonctionnement » des « frais de collecte » (qui comprennent notamment les coûts d'appel des cotisations, le coût des bulletins et autres diffusions de l'Adetec, ainsi que les frais d'organisation de l'Assemblée générale) et enfin les divers chapitres d'actions de l'ADETEC (bourses, subventions, frais de communication médicale).

On peut ainsi constater notre effort à réduire, peu à peu, les frais de fonctionnement. Par exemple, dès 2005, la Municipalité de Suresnes n'exige pas de loyer pour notre siège et nous avons prévu de reprendre à notre compte la tenue de la comptabilité qui était assurée par un cabinet extérieur.

A ce sujet, afin de renforcer la force probante de notre comptabilité, nous avons pris contact avec un Commissaire aux comptes professionnel qui vérifiera nos écritures tous les ans et qui vous en rendra compte.

M. Jean GAICH, commissaire aux comptes inscrit près la Cour d'Appel de Toulouse, a accepté à titre bénévole et gracieux d'ausculter annuellement nos comptes.

Nous l'en remercions vivement.

Les actions complémentaires rendues possible par la liquidation des legs en 2004 et en 2005 exigent un temps de réflexion et de sélection par le comité scientifique de l'Adetec. Par ailleurs, du fait de leur importance, ces actions se réalisent sur plusieurs exercices. C'est la raison pour laquelle la « Situation nette » de notre association s'accroît notablement en ce moment. Mais, en contrepartie, c'est le signe positif de la pérennité des actions de l'Adetec à moyen terme.

	2005	2004	2003
Réserve générale	17 837 €	12 422 €	12 000 €
Réserve spéciale	26 678 €	26 678 €	26 678 €
Report à nouveau	218 883 €	170 143 €	166 341 €
Résultat exercice	28 750 €	54 155 €	4 224 €
SITUATION NETTE	292 148 €	263 398 €	209 243 €

ADETEC LÉGATAIRE : LES DÉMARCHES

(Par Claude HOFACK)

Étant reconnue d'utilité publique depuis 1978, l'ADETEC peut bénéficier de dons et de legs en totale exonération fiscale.

Depuis quelques années, le Conseil d'Administration m'a chargé d'assurer le suivi des successions dans lesquelles notre association a été désignée légataire par testament. Cette tâche est compatible avec ma présence en pointillé dans la région parisienne car beaucoup de démarches se règlent par téléphone. A la demande de notre ami, le Secrétaire Général Georges Malgoire, je viens ici vous développer les formalités plus ou moins longues et compliquées qu'il nous faut accomplir, pour obtenir le règlement de ces successions.

Tout commence par un courrier du notaire en charge de la succession dans laquelle nous avons été désignés légataire.

Deux cas peuvent se présenter selon que nous sommes :

- « légataire particulier » pour un montant défini ou une partie définie de l'actif successoral,
- « légataire universel » pour le solde de la succession une fois réglés les légataires particuliers.

Dans les deux cas, nous pouvons être désignés seul légataire ou conjointement avec d'autres bénéficiaires. Il est évident que la densité des problèmes rencontrés est liée au nombre de légataires.

Dans tous les cas, nous avons un dossier à fournir au notaire : statuts, déclaration d'utilité publique, PV du conseil d'administration acceptant le legs et précisant son usage, ampliation de la Préfecture nous donnant son accord en faveur du legs.

La procédure à suivre est plus simple lorsque nous sommes désignés « légataire particulier » car nous n'avons pas alors à nous assurer d'un actif net successoral positif. Plus simple encore sont les contrats d'assurance-vie.

Problèmes rencontrés :

- Beaucoup de difficultés proviennent d'une rédaction imparfaite du nom de l'association bénéficiaire et dans ce cas, il y a lieu de demander, en liaison avec le notaire, une interprétation judiciaire pour pallier cette imperfection.

• Dans un cas récent où nous étions désignés « légataire universel conjoint », de nombreux légataires particuliers devaient recevoir des montants définis nets de tous droits et frais de succession rendant ainsi négatif l'actif net successoral à se partager. Il nous a ainsi fallu entreprendre une démarche

auprès des légataires particuliers, en collaboration avec le notaire, afin que ceux-ci, pressés par le temps, acceptent la prise en charge partielle des droits de manière à laisser un actif net positif à partager entre légataires universels.

- Une fois l'ampliation obtenue, le notaire doit recevoir notre accord pour procéder à la vente des biens immobiliers ou autres et des divergences peuvent apparaître sur l'évaluation de ces biens. Dans un cas récent nous nous avons dû refuser l'évaluation du notaire après avoir obtenu une autre évaluation par l'intermédiaire d'une agence immobilière et du service des domaines du département.

- En cas de valeurs mobilières, le notaire fait procéder à la vente de ces valeurs.

- Dans un autre cas récent il nous a fallu faire ouvrir et inventorier un coffre de banque et faire procéder à la licitation des biens.

- Le notaire fait aussi procéder au rapatriement de tous les montants en dépôts sur les comptes bancaires et les assurances vie.

L'ensemble de ces opérations peut demander :

- de 18 mois à 2 ans pour les cas les plus simples : ADETEC légataire particulier et succession sans aucun bien immobilier ou autre à vendre
- jusqu'à 3 ou 4 ans pour les cas les plus complexes : ADETEC légataire universel conjoint (il faut alors traiter simultanément tous les légataires), mauvais libellé d'une association, biens à mettre en vente, etc.

Je ne vous parle pas ici de mon cauchemar : une succession non réglée depuis plus de 10 ans dans laquelle nous avons rencontré toutes les difficultés possibles, celles citées ci-dessus, mais en plus, une contestation sur l'origine du patrimoine par des héritiers de sang (non bénéficiaires de la succession), un notaire peu pressé, notre dossier perdu à la Préfecture suite à nos divers changements d'adresse...

Un conseil suite aux expériences rencontrées : avant de signer votre testament, prenez soin de vous assurer auprès de votre notaire de la bonne formulation de votre document et du bon libellé des légataires, en particulier s'il s'agit d'une association : le notaire est en mesure d'en connaître le libellé exact si vous avez un doute.

Merci,

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Par le docteur Nicolas BONNET Chirurgien à l'hôpital « la Pitié-Salpêtrière »

Pr Daniel Guilmet :

Je vous présente le docteur Nicolas BONNET qui est l'un des assistants du Professeur Gandjbakhch à l'institut de chirurgie cardiaque de la Pitié-Salpêtrière. Il travaille depuis plusieurs années déjà sur le traitement chirurgical de l'insuffisance cardiaque. Il va vous expliquer tout cela de façon fort didactique.

Dr Nicolas BONNET :

Je vais vous présenter les traitements chirurgicaux de l'insuffisance cardiaque et le point où ils en sont actuellement.

DÉFINITION ET GÉNÉRALITÉS

« L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du cœur à assurer dans des conditions normales le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes ».

En clair, c'est le cœur qui ne marche pas dans sa fonction principale qui est la fonction de « pompe ».

C'est un problème majeur de santé publique puisqu'il touche 1 à 3 % de la population générale (5 % au-delà de 75 ans et 10 % après 80 ans), soit plus de 1 million de personnes. Il représente 5 % des hospitalisations totales et 2 % des dépenses de santé.

C'est une maladie qui est grave. Son pronostic est très corrélié au stade d'avancement de la maladie : en moyenne, 40 % de décès à 4 ans après la découverte de l'insuffisance cardiaque, jusqu'à 50 % de décès à 1 an pour les stades fonctionnels les plus avancés.

Ses étiologies (causes de la maladie) sont multiples :

- ischémiques dans près de 50 % des cas (maladies des artères coronaires, angor, hypertension, ..),
- cardiomyopathies dilatées (dont on ne connaît pas les origines précises) pour les 50 autres % : (primitives, familiales, éthyliques, carencielles, toxiques, amylose, fibroses endomyocardiques ..),
- et quelques cas plus rares pour quelques % : myocardites, anomalies congénitales, valvulopathies, troubles du rythme et de la conduction, ...

Il faut bien savoir que le cardiomyocyte (c'est-à-dire la cellule contractile du cœur responsable à la fois de chaque battement cardiaque et de la fonction « pompe » du cœur) est la cible de tous les traitements de l'insuffisance cardiaque quelle que soit la conception qui a présidé à leur définition. En fait tous les traitements de l'insuffisance cardiaque visent à prévenir la mort du cardiomyocyte, que ce soit la prévention de l'ischémie myocardique, c'est-à-dire du défaut d'apport de sang oxygéné à la cellule cardiaque, jusqu'à la prévention de la maladie athéroscléreuse elle-même responsable de l'ischémie ; c'est donc un phénomène en cascade.

Il y a aussi des traitements qui cherchent à optimiser le fonctionnement du cœur : comme c'est une pompe on optimise soit l'arrivée du sang, soit l'éjection du sang ; c'est ce qu'on appelle les conditions de charge.

Et puis il y a enfin des traitements beaucoup plus complexes que l'on n'évoquera pas ici et qui visent au remplacement des cardiomyocytes défailants ou morts. Alors on peut les remplacer avec du plastique, c'est le cas du cœur artificiel ; on peut les remplacer avec un autre cœur, c'est la transplantation cardiaque ; on peut les remplacer avec d'autres cellules, c'est ce que l'on appelle la cardiomyoplastie qu'avait évoquée devant vous le Professeur Menasché lors de votre Assemblée Générale 2003.

LES TRAITEMENTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE.

LES TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES

Les traitements étiologiques agissent sur les causes (et non sur les symptômes).

La place de la chirurgie dans le traitement de la cause de l'insuffisance cardiaque est essentiellement un problème de timing: il faut y recourir au bon moment. Pas trop tôt parce que sinon on court un risque lié au geste opératoire alors que le patient n'en a pas encore vraiment besoin ; et pas trop tard parce que si le cœur est très malade le risque opératoire devient trop élevé.

L'insuffisance cardiaque est en effet le terme évolutif de la plupart des pathologies cardiaques relevant d'un traitement chirurgical, que ce soit les valvulopathies (rétrécissement aortiques, rétrécissement mitral) , ou bien les maladies des artères coronaires.

Et donc la chirurgie est indiquée soit préventivement, soit de façon curative.

Quand on ne peut pas les opérer on est obligé de se tourner vers d'autres techniques : la transplantation cardiaque ou le cœur artificiel.

LE TRAITEMENT DES FACTEURS DÉCOMPENSATEURS

Chez un malade dont la fonction de contraction du cœur est déjà précaire, une grippe, un régime trop riche en sel, des efforts inconsidérés, peuvent entraîner une décompensation brutale. Il faut donc insister ici sur les mesures hygiéno-diététiques et l'éducation du patient.

Dans certains cas, un rythme trop lent peut être incriminé, et la simple pose d'un pace maker (stimulateur) suffit à prévenir la survenue d'une insuffisance cardiaque.

LES TRAITEMENTS PROPRES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dans la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque on conçoit un certain nombre de cercles vicieux auto aggravaux. Ces cercles vicieux sont en fait des réactions phy-

siologiques à l'insuffisance cardiaque, qui compensent l'insuffisance mais qui, à la longue, jouent aussi un rôle aggravant assez paradoxal (exemple : la dilatation des cavités cardiaques).

Dans ces traitements propres de l'insuffisance cardiaque il y a des mesures hygiéno-diététiques et un certain nombre de drogues dites majeures qui sont généralement données à tous les malades souffrant d'insuffisance cardiaque: inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), bêta-bloquants, diurétiques pour diminuer la pression artérielle et donc le travail du cœur. Il y a aussi des drogues annexes qui sont prescrites au cas par cas : antiarythmiques, anti thrombotiques... Et là encore la chirurgie a une grande place dans les traitements propres de l'insuffisance cardiaque

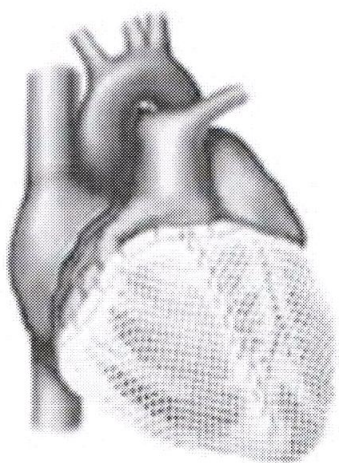
Ce sont des traitements qui s'intéressent à l'insuffisance cardiaque elle-même, c'est-à-dire aux différents mécanismes des pathologies qui conduisent à ce défaut de contraction du cœur et qui permettent de traiter ce défaut de contraction. La plus grande part des traitements est assurée par les médicaments, les IEC en particulier. Mais la chirurgie y trouve également sa place. Deux approches :

Première approche: ce sont des traitements qui permettent d'améliorer le rendement de la pompe cardiaque. C'est en fait la restauration de la géométrie du cœur pour améliorer son fonctionnement et sa contraction. Il y a certains traitements qui s'intéressent aux valves (par exemple la chirurgie de la valve mitrale); il y a aussi certains traitements de modifications de la géométrie du ventricule qui permettent d'améliorer la contraction cardiaque ; et puis il existe un traitement dit de resynchronisation cardiaque qui est une façon particulière de stimuler électriquement le cœur pour améliorer sa contraction.

Seconde approche: on ne conserve pas le cœur; il s'agit ici du changement de la pompe cardiaque, soit par une assistance circulatoire (un cœur artificiel), soit par des cellules (des cardio-myoplasties), soit par un nouveau cœur (la transplantation cardiaque).

Ces dernières années, parallèlement au progrès des médicaments, se sont développées des interventions nouvelles visant à interrompre le cercle vicieux de décompensation lié à la dilatation du cœur qui est tout à la fois un mécanisme compensateur, mais également un mécanisme délétère.

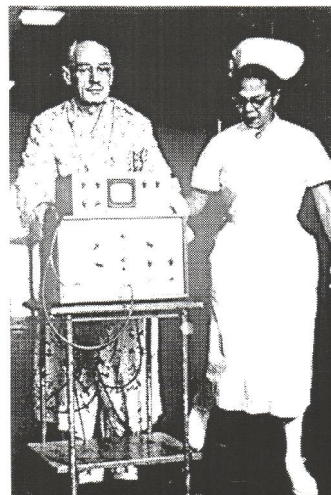
On peut en effet procéder à la pose d'un petit filet, appelé contenseur, autour des cavités ventriculaires pour éviter au cœur de se dilater (figure).



Il y a aussi d'autres recherches qui visent à modifier la géométrie du cœur pour améliorer la fonction cardiaque selon la loi de Laplace.

LA RESYNCHRONISATION CARDIAQUE

Parmi les traitements qui cherchent à améliorer le rendement de la pompe cardiaque, Il en est un qui a maintenant plus de 10 ans d'existence c'est la « resynchronisation cardiaque ». C'est une nouvelle manière de stimuler le cœur électriquement . Le matériel a beau coup évolué depuis cette photo du premier stimulateur cardiaque extracorporel posé à Minneapolis en 1955.



Mais on s'est aperçu que ce n'était pas tout de stimuler le cœur, encore fallait-il le faire dans une séquence la plus proche possible du cycle cardiaque normal. C'est pour cela qu'on a inventé les stimulateurs dits « double chambre» qui stimulent l'oreillette et le ventricule dans une séquence bien adaptée. Et puis on a optimisé un certain nombre de choses, c'est ce que l'on appelle l'optimisation du DAV afin d'obtenir la meilleure séquence de contraction cardiaque. Enfin, dans les années 90, l'équipe de Ritter en particulier a imaginé cette fois-ci, non plus d'optimiser la séquence de contraction oreillette-ventricule, mais d'optimiser la séquence de contraction du ventricule ; on sait bien en effet que le ventricule ne se contracte pas n'importe comment mais « d'une certaine manière ». Il sera donc stimulé en plusieurs points, ce qui améliore la fraction d'éjection du cœur, c'est-à-dire la fonction pompe du cœur. Ainsi, actuellement, 15 à 30% de la population des insuffisants cardiaques sont porteurs d'un pace maker. Mais ces patients sont souvent sujets à des accès de fibrillation ventriculaires qui entraînent un arrêt cardiaque définitif si le patient ne reçoit pas immédiatement un choc électrique.

On a donc été amené à poser simultanément un défibrillateur implantable à titre préventif.

Merci de votre attention,

Dr.Nicolas BONNET

La parole à nos boursiers

Le docteur Agathe SEGUIN qui vient d'obtenir une bourse de l'ADETEC en ce début d'année 2005 présente à l'Assemblée générale le thème de l'étude qu'elle vient d'entreprendre.

REMPACEMENT TRACHEAL PAR UN GREFFON AORTIQUE

Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire, Hôpital Avicenne, Bobigny, Paris XIII
Laboratoire d'Etude des Greffes et Prothèses Cardiaques, Hôpital Broussais, Paris VI

A la lumière des considérables progrès réalisés dans le domaine de la substitution d'organes ou de tissus, le remplacement d'un segment de trachée, conduit destiné principalement au passage de l'air entre le milieu extérieur et les poumons, pouvait apparaître comme relativement simple.

Pourtant, plus de cinquante années de recherche expérimentale sur le modèle animal n'ont pas permis de résoudre les nombreux problèmes posés par le remplacement trachéal et la découverte d'un matériau idéal de substitution.

Ainsi, aucune des techniques évaluées ne permet, à ce jour, un remplacement trachéal sûr et efficace.

Nous avons proposé une solution originale : l'utilisation d'un greffon aortique. Cinquante et une brebis ont été opérées dans trois études successives : remplacement du segment antérieur de 2 anneaux trachéaux par un patch artériel autologue (n=10), remplacement segmentaire de la trachée par une autogreffe aortique (n=21) et par une allogreffe aortique fraîche (n=20). Une endoprothèse a été placée dans les remplacements étendus (n=41).



Remplacement trachéal par une allogreffe aortique
Vue per-opératoire

L'évaluation post-opératoire a été clinique, fibroscopique et anatomo-pathologique après sacrifice des animaux avec une durée de suivi maximale allant jusqu'à 3 ans. L'évolution post-opératoire a été simple dans 46 cas. L'ablation de l'endoprothèse a été possible après 6 mois.

L'étude histologique a montré une transformation progressive du greffon aortique en un tissu proche de celui de la trachée comportant un épithélium mucociliaire et une néoformation de cartilage immature. Les possibilités bien connues de réparation épithéliale à partir de la trachée native ont été confirmées. La régénération cartilagineuse, phénomène n'ayant jamais été rapporté avec les autres substituts, a été possible à partir de cellules du receveur issues de la trachée native ou de la circulation. Ces résultats ouvrent d'importantes perspectives dans la compréhension des mécanismes de régénération tissulaire et dans le domaine du remplacement trachéal chez l'homme.

Merci,

Dr Agathe SEGUIN

%

Vous avez changé d'adresse ET vous souhaitez conserver le contact avec l'ADETEC

Pensez à nous en informer :

- **En nous indiquant votre nouvelle adresse directement sur le présent bulletin de cotisation,**
- **Par correspondance : ADETEC 4 rue Raymond Cosson
92150 SURESNES**
- **Par e-mail : assocadetec@aol.com**

Nos boursiers (suite)

Au cours de l'année 2004, l'ADETEC a poursuivi son programme de bourses en faveur :

- Du docteur Emmanuel LANSAC : stage pratique dans le laboratoire du Professeur Carlos Duran (Université du Montana) portant sur l'étude de l'insuffisance mitrale fonctionnelle d'origine ischémique.
- Du docteur JOUDINAUD : stage au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, service du Professeur Gandjbakhch, concernant la chirurgie conservatrice de la valve aortique.
- Du docteur Olaf MERCIER : stage au sein du laboratoire de chirurgie expérimentale Marie Lannelongue de l'Université de Paris IX concernant l'expérimentation de diverses molécules afin de prévenir ou faire diminuer des lésions d'hypertension artérielle pulmonaire.
- Du docteur Erwan FLECHER : stage pratique dans le laboratoire de recherche du Professeur Carlos Duran (Université du Montana) portant sur le développement d'une valve aortique percutanée.
- Du docteur Belahouel BOURHALA : stage au sein de l'Université Paris VI-Broussais, portant sur l'étude comparative de l'implantation de myoblastes squelettiques.

ADETEC : QUI FAIT QUOI ?

Compte tenu des décisions prises par l'Assemblée Générale du 6 avril 2005, la composition du Conseil d'Administration de l'ADETEC est désormais la suivante :

Fonctions	Conseil d'administration
Président (1)+(2)	Pr. Daniel GUILMET
Secrétaire Général (1)	M. Georges MALGOIRE
Trésorier (1)	M. Alain MANACH
Vice-Président (2)	Dr Jean BACHET
Vice-Président (2)	Dr Mathieu DEBAUCHEZ
Vice-Président (2)	Dr Gabriel GHORAYEB
Vice-Président (2)	Dr Bertrand GOUDOT
Administrateur (legs)	M. Claude HOFACK
Administrateur (Relations Publiques)	M. Claude LAVAIL
Administrateur (Relations Publiques)	M. Guy PROVOST
(1) Membres du Bureau	(2) Comité scientifique
Secrétaire de l'ADETEC Tél : 01 45 06 63 56	Mme Marie-Loïc PENET e-mail : assocadotec@aol.com

LES COTISATIONS 2005

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, s'il ne vous concerne pas, merci de ne pas nous en tenir rigueur.



COTISATION et DON 2005

MERCI DE NOUS SIGNALER
TOUT CHANGEMENT
D'ADRESSE

M. / Mme Prénom

Adresse :

Code Postal : Commune :

Soutient l'action de l'ADETEC et :

Renouvelle sa cotisation pour 2005

Fait un don supplémentaire

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 4 rue Raymond Cosson 92150 SURESNES
Tél : 01 45 06 63 56