



news

20



Editorial

Chers Membres,

Cette vingtième édition du News s'est fait attendre un peu plus longtemps que d'habitude. Mais cette attente sera récompensée par une édition plus épaisse !

Les derniers temps nous avons été très occupés par l'organisation de sessions d'informations. En un an nous avons été à Roulers, Gand, Jolimont, Bruges, Bruxelles et Arlon , ... Les absents ont eu tort, même si ce n'était pas toujours de leur faute. En effet, les sessions d'informations ont connu un tel succès qu'à de nombreux endroits la salle s'est avérée trop petite. Pour des raisons de sécurité, certaines personnes ont malheureusement dû être refusées.

Ceux qui ont manqué les sessions d'informations trouveront dans cette édition un compte rendu détaillé des trois premières sessions. D'autres sessions sont en cours de préparation.

Bonne lecture à tous !
Bien à vous,

Germain Beckers

- Pg. 1 • Editorial
Pg. 2 • Compte-rendu de la session d'information de Roulers.
Pg. 6 • Compte-rendu de la session d'information de Gand.
Pg. 10 • Un patient raconte.
Pg. 11 • Fumer tue !
pg. 12 • Compte-rendu de la session d'information de Jolimont.
pg. 15 • Le ronflement peut s'avérer un cas mortel.
pg. 16 • Ne pas manger après 19h00.
pg. 17 • Questions/Réponses.

Rapport de la session d'information à Roulers.

Le 24 septembre 2016 le service de cardiologie de l'AZ Delta, recevait 170 intéressés au campus Vives, situé juste à côté de l'hôpital. Lors de l'introduction par la direction du plus jeune hôpital de Flandres, il fut question de la déclaration de la mission de l'hôpital. L'hôpital veut autant que possible impliquer ses patients et voit un patient comme un partenaire dans son propre trajet de soins et comme un partenaire ayant son mot à dire auprès de l'hôpital même. Cette séance d'information en collaboration avec BIPIB se plaçait exactement dans ce cadre et rapidement il apparut qu'aucune place n'était encore libre.

A son tour le **docteur Peter Pollet** souhaite la bienvenue aux personnes présentes et démarra immédiatement son intervention : "chocs d'ICD : un mal nécessaire ?".

Il prit le taureau par les cornes et mis directement le public devant le dilemme : L'ICD est-il un diable dans une boîte ou un ange gardien ? Un ICD sauve des vies en traitant des dérangements mortels pour la vie du rythme cardiaque, la plupart du temps grâce à des chocs électriques. Mais ce choc est souvent une expérience angoissante et peut entraîner beaucoup de stress. De plus des chocs d'ICD ne sont pas toujours valables et ces chocs injustifiés peuvent aussi s'avérer dangereux.

Il apparut, après un rapide questionnement dans la salle, qu'un certain nombre de patients qui reçurent au moins un choc n'étaient pas négligeant. Plusieurs facteurs jouent un rôle pour que le choc ne se produise pas : la sorte de maladie cardiaque sous-jacente, la médication correcte pour le traitement de la maladie cardiaque, l'implantation du défibrillateur, le fait que l'ICD fut implanté après un arrêt cardiaque (prévention secondaire) ou pour la prévention de celui-ci (prévention primaire).

Des études démontrent que le total de chocs injustifiés est environ le même pour les patients en primaire ou secondaire prévention : 10% dans une période de 5 ans après l'implantation. Dans la même période le nombre de chocs justifiés chez les patients qui ont déjà eut un arrêt cardiaque est plus grand (50%) que chez les patients qui n'en avaient pas encore été victime (35%).

Des chocs ne sont donc pas à exclure et donc se pose la question : que faire lors d'un choc de l'ICD ?

Plusieurs scénarios sont possibles :

- Vous avez senti un choc mais vous vous sentez bien tenant compte de ce que vous venez de subir :
 - Contacter le centre de santé où vous êtes suivi

- Normalement vous êtes convoqué dans les 24 à 48 heures pour questionnement de votre ICD

- Essayez autant que possible de vous détendre et ne faites pas de gros efforts les heures qui suivent le choc.

- Vous avez senti un choc et vous ne vous sentez pas bien durant plus de 5 minutes (courte respiration, battements de cœur, pris de vertige, confusion, extrême angoisse...)
 - Rendez vous au plus proche service d'urgence (ne pas conduire soi-même)
 - Appelez ou faites appeler le 112.
- Vous sentez plusieurs chocs durant quelques minutes ou heures
 - Rendez vous au plus proche service d'urgence ou sonnez le 112.
- Vous perdez connaissance et vous ne revenez pas à vous spontanément
 - Votre entourage entame immédiatement la réanimation
 - Votre entourage sonne le 112

Après que un ou plusieurs chocs se sont produits, plusieurs questions se posent :

- Le choc était-il justifié ou non ?
- Peut-on craindre d'autres chocs ?
- Quelle était la cause du choc et que peut-on faire pour empêcher ceci ?

Lors de chocs injustifiés l'ICD pense qu'un rythme cardiaque mortel existe et que celui-ci doit être stoppé. La cause peut être diverse : un diagnostic fautif d'un défaut non-mortel du rythme cardiaque, un défaut de l'appareil (souvent la sonde) ou une interférence avec une source extérieure. Dans 55% des cas il apparaît qu'il s'agit d'un non-mortel défaut du rythme cardiaque qui fut considéré comme mortel. Dans 20% des cas l'ICD est trop sensible et les défauts comptent pour 10% des chocs injustifiés. Les dérangements 'innocents' du rythme peuvent être traités par une médication adaptée et dans quelques cas par ablation. Les sondes défectueuses sont remplacées et les interférences avec source extérieure peuvent être supprimées grâce à quelques règles de soins : tenez votre GSM ou smartphone à au moins 15 cm de l'ICD.



Ne le placez donc pas dans la poche de poitrine. Pour les appareils électriques tels que perceuse, scieuse et appareils sans fils, une distance de 30 cm est conseillée. Les sources les plus dangereuses sont : dynamos de changement de courant pour moteur, les perceuses pneumatiques, et les terrains magnétiques (scanners NMR), certains appareils médicaux durant une opération.

L'ICD peut aussi constater un réel rythme cardiaque mortel qui fut traité de juste manière par un choc. Est-ce terminé après cela ? Naturellement non. Parfois il y a perte de conscience. Avec le choc la vie est sauvée, mais il reste une expérience désagréable qui a aussi des suites dans la vie de tous les jours. Après un choc justifié de l'ICD il y a une interdiction minimale de 3 mois de conduite de conduire. Beaucoup de patients découvrent aussi de l'angoisse d'un prochain choc.

Il y a alors à déterminer si de nouveaux dérangements du rythme cardiaque peuvent survenir afin de les prévoir. Ceci peut déjà se réaliser par des modifications dans le style de vie. Avec un réglage précis du défibrillateur le médecin peut faire en sorte que seuls les dérangements du rythme vraiment nécessaire soient traités. Tant que possible le cardiologue fera en sorte que moins de dérangements de rythme se produisent et ce par médication ou ablation.

Une ablation par cathéter est une intervention qui pour la plupart des cas se réalise par l'aine. On va rechercher des zones de cellules abdominales (cellules malades en cicatrices dans le cœur) qui peuvent être responsables pour des dérangements de rythme cardiaque et détruire ces cellules. La possibilité de réalisation de cette thérapie est très dépendante de la maladie cardiaque sous-jacente. Selon les cas, les chances de réussite se situent entre 50 à 85%, tandis que le risque de complications se limite de 0 à 3%.

On tend autant que possible vers un ICD 'fainéant', ce qui signifie que l'on programme l'ICD de sorte qu'une meilleure différenciation est effectuée entre des dérangements du rythme injustifiés ou dangereux. Plusieurs dérangements du rythme 'dangereux' semblent encore pouvoir être stoppés par eux-mêmes et

beaucoup de ces dérangements de rythme peuvent être arrêtés par une stimulation plus rapide que le dérangement du rythme (antitachy pacing).

Le **docteur Wim Anné** présenta **madame Tine Casier, infirmière** et ensemble ils ont décrit le principe du télémonitoring ou comment un patient peut être suivi à distance.

Tout d'abord supprimons un malentendu : le télémonitoring n'est pas un système automatique d'alarme qui supprimera le recours au MUG ou au 112. Il n'y a surveillance que les jours de travail.

Télémonitoring c'est un appareil que le patient pose à côté de son lit et qui enregistre toutes les données de l'ICD. Via web ces données sont envoyées vers un centre de données. Ces données y sont analysées et le résultat envoyées à l'hôpital. L'analyse arrive chez le technicien ICD qui peut immédiatement se concerter avec les électrophysiologistes et l'infirmière. Via l'infirmière un contact est alors fait entre le patient, le cardiologue et le médecin de famille qui à leur tour auront des contacts entre eux.

Le télémonitoring n'est pas seulement applicable aux ICD's et appareils CRT P/D (ICD spécial qui veille à la synchronisation du ventricule gauche) mais également recorders implantables qui sont utilisés pour inciter lors de certaines maladies du cœur et, pour un petit pourcentage, aussi pour des pacemakers.

Le but du télémonitoring est triple :

- Monitoring à distance (système d'alarme) : journallement suivi d'une série de paramètres tels que impédance, sensing, seuils...
- Suivi à distance : prévoir un follow-up à des périodes déterminées, par exemple : tous les 3 mois.
- Suivi de maladie : le patient a-t-il des dérangements de rythme, réaction avec l'état d'humidité. Trop ou pas assez de pacing.

Avec quelques exemples le docteur Anné illustre comment le télémonitoring travaille et comment un patient, par le contrôle à temps des paramètres peut être



préservé d'un choc qui serait dû à un défaut d'une sonde. Un deuxième exemple explique comment le follow-up à distance détecte un dangereux défaut, que le patient perçoit à peine, détection suivie immédiatement par un appel et le traitement. Dans troisième exemple il fut décrit comment le suivi de la maladie permet d'adapter la thérapie et supprimer une visite à l'hôpital.

On peut se demander si le télémonitoring peut sûrement remplacer le contrôle de l'hôpital. Une étude a démontré que ceci était en effet sûr. Le total des consultations planifiées diminue, tandis que les consultations non planifiées augmentent par annonces d'un problème. Mais le total des consultations diminue cependant. Le télémonitoring annonce plus de problèmes avant qu'un incident se présente. Ainsi le nombre de chocs injustifiés diminue et cette donnée seule est responsable d'une diminution de 72% de consultations à l'hôpital. Le suivi exact des batteries et la diminution des chocs font en sorte que leur durée de vie est rallongée et qu'elles doivent être moins fréquemment changées.

Le télémonitoring est-il donc meilleur que la classique consultation à l'hôpital ? Le patient est-il mieux soigné ? A ce sujet les premières études à ce sujet concluent que les patients avec mauvais fonctionnement du cœur et qui sont journellement suivis par télémonitoring avec en plus la consultation habituelle, par la découverte précoce d'un dérangement cardiaque connaissent moins de décès (2,7% à 6,8%), ont moins de consultations à l'hôpital et en général se trouvent mieux.

Le congrès de European Society of Cardiology (ESC) à Rome le 28 août 2016 présentait deux études qui ne reconnaissent pas d'avantages au télémonito-

ring. D'autres études ne suivaient pas cette conclusion. En soit le télémonitoring ne constitue pas une intervention thérapeutique mais un système permettant de suivre un patient comme le ferait une clinique. Il peut amener à un diagnostic rapide déterminant qu'il y a quelque chose qui se passe chez le patient. Grâce au concept de suivi exact il est possible de réagir vis-à-vis d'un problème possible. Cela résulte en fin de compte à une mortalité moindre, moins d'hospitalisation et s'il y a malgré tout hospitalisation celle-ci dure la plupart des cas moins longtemps. Chez les patients avec fibrillation ventriculaire le nombre de victimes d'apoplexie diminue.

Un calcul montre que si durant un an 100.000 patients seraient suivis par télémonitoring, 9.870 hospitalisations ou 119.000 journées d'hospitalisation seraient supprimées. Si nous restons dans une proportion belge, où il y a momentanément +/- 15.000 patients porteurs d'un ICD, on peut alors parler de 30.000 jours d'hospitalisation ou une épargne de 18 millions d'euros pour les soins de santé. En plus 81 patients ne seraient plus victimes d'une apoplexie. Malgré les chiffres de mortalité en diminution et la durée de vie prolongée de la batterie, l'INAMI n'est encore prête à subventionner le télémonitoring. Le travail intense des médecins et des équipes chargées du suivi est donc soutenu par les hôpitaux qui sont à leur tour soutenus par les firmes qui fabriquent les défibrillateurs. Nous attendons aussi l'élaboration d'un cadre médico-légal.

L'évolution technique de l'ICD fut exposée par le docteur Wilem-Acou lors de son intervention.

AED et ICD font en principe le même travail : ils arrêtent par des chocs les chaos



électriques du cœur. Le **docteur Michel Mirowski** et son équipe firent en sorte que le défibrillateur soit si 'petit' qu'il devint implantable. La première implantation chez un humain fut réalisée à Baltimore (USA) en 1980. Sur le continent européen la première implantation date de deux ans après à Paris et le premier défibrillateur automatique fut implanté à Hanovre en 1984.

En ce temps là les appareils implantés étaient encore très grands par rapport aux normes actuelles. La cage thoracique du patient devait être ouverte et la sonde passait par chemin sur le cœur. Pour les appareils actuels (sauf le S-ICD) arrivent au cœur par le vaisseau sanguin par les sondes.

Entretemps plus d'un million d'ICD's furent implantés dans le monde. La plus grande partie se place aux USA où environ 10.000 nouveaux appareils sont placés par mois. Les Etats Unis compteraient environ 800.000 patients implantés. Après la continuelle réduction des appareils, l'ICD connut une extension dans la forme de l'adjonction de la thérapie de resynchronisation cardiaque (CRT), un traitement pour personne avec problèmes cardiaque. La thérapie CRT fait en sorte que les oreillettes et ventricules travaillent ensemble.

L'ICD subcutané (S-ICD) qui entretemps est déjà implanté environ 10.000 fois constitue depuis l'an dernier une importante innovation. Cet ICD présente l'avantage qu'il n'y a plus d'introduction dans un vaisseau cardiaque qui soit nécessaire. Cet appareil présente une solution à l'usure qu'une sonde provoque le plus. Vis-à-vis des avantages de durée plus longue et un moindre risque lors du placement il y a les inconvénients car il n'y a pas de pacing, pas de CRT et seulement une mesure limitée de ATP peuvent être présentés.

De 30 à 75% de porteurs d'un défibrillateur seront confrontés avec une résonance magnétique nucléaire (NMR) ou une image de résonance magnétique. Cette forme de prise d'image travaille sur base d'un très fort champ magnétique, qui peut dérégler l'appareil implanté et par conséquent provoquer un dérangement du rythme. Par induction de chaleur il peut de plus entraîner des dégâts aux tissus. De plus en plus les ICD's deviennent pour ceci compatible NMR. Tenant compte de précautions nécessaires un patients avec un ICD classique peut se positionner en-dessous d'un scanner malgré un effet de chaleur, mais dans 99% des cas l'ICD ne doit pas être repositionné.

Pour terminer le docteur fit part de quelques évolutions techniques attendues. Avant tout, c'est éviter l'usure de sondes qui fait l'objet de recherches. Ainsi par exemple la piste de la stimulation en dehors du cœur par une sonde qui, au contraire du S-ICD ne se situerait pas au dessus mais dans la cage thoracique. Le placement exige cependant une technique plus difficile mais l'avantage en serait que l'on pourrait à nouveau (*.....pacen*) et servir ATP ??????

Un minuscule pacemaker existe déjà fut récemment implanté dans le cœur. D'autres expérimentations sont en cours pour combiner ce pacemaker avec un S-ICD. Les deux appareils communiquent alors ensemble mais cette communication ne se déroule pas encore avec des résultats satisfaisants.

Compte-rendu de la session d'informations de Gand.

Cette première séance d'informations dans la région de Gand était le fruit de la collaboration entre 4 hôpitaux : l'AZ Sint Lucas, l'AZ Maria Middelaes, l'UZ Gent et l'AZ Jan Palfijn.



Le 22 octobre 2016, le **docteur Katarina Van Beeuwmen** (AZ Sint Lucas) était la première à prendre la parole devant une salle bien remplie. En guise d'introduction elle a rappelé ce qu'est précisément un défibrillateur, à quoi ressemble cet appareil, ce qu'il peut faire et quelles sont les différentes sortes de défibrillateurs sur le marché. Le docteur Van Beeuwmen a expliqué que le sigle DAI signifie "Défibrillateur Automatique Implantable" : un appareil qui délivre des impulsions électriques et des chocs au cœur dans le but de traiter des troubles du rythme cardiaque dangereux. Il existe plusieurs types de troubles du rythme. Un premier groupe est constitué de troubles liés à un rythme trop lent. Dans ce cas, un pacemaker aidera le cœur à accélérer le rythme quand il bat trop lentement.

Un deuxième groupe concerne les troubles liés à un rythme cardiaque trop rapide. Dans ce groupe il convient de faire la distinction entre les troubles malins et bénins. Les troubles bénins trouvent leur origine dans les oreillettes et ne sont pas mortels. On peut y remédier à l'aide de médicaments ou d'ablation. Les troubles malins proviennent des ventricules. Un DAI (éventuellement en combinaison avec des médicaments) constitue la meilleure protection contre ces troubles du rythme potentiellement mortels.

Un DAI traite les troubles du rythme mais ne peut pas les prévenir. L'appareil prévoit plusieurs modes de traitement :

- Pour les rythmes trop lents le DAI peut être programmé comme pacemaker
- Quand les battements de cœur sont tellement rapides qu'ils pourraient engendrer un arrêt de cœur, le DAI délivrera tout d'abord de petits chocs indolores dont la fréquence est tout juste supérieure à la fréquence du rythme cardiaque. Ceci s'appelle la stimulation anti-tachycardie (ATP).
- Dans le cas d'un rythme cardiaque extrêmement rapide (arrêt de cœur) l'appareil délivrera des chocs électriques dans le but de défibriller le cœur. Un DAI est constitué d'un boîtier hermétiquement fermé et d'électrodes.
- Le boîtier métallique contient l'électronique, un condensateur pour générer les hauts voltages et une batterie.

- Les électrodes sont des fils conducteurs gainés qui permettent de transmettre l'énergie du choc au cœur et qui transmettent également les informations du cœur au DAI. L'extrémité de l'électrode est vissée dans le muscle cardiaque afin d'être bien fixée.

Le software et hardware externes peuvent être considérés comme un troisième élément : lors des visites de contrôle, le cardiologue peut interroger l'appareil à l'aide d'un ordinateur. Les informations ainsi obtenues sont interprétées par le médecin. Celui-ci peut alors adapter le traitement du patient.

Au début et jusqu'en 1985 le défibrillateur était implanté dans l'abdomen et les électrodes étaient placées sur le cœur. A partir de ce moment-là, les électrodes ont commencé à être placées dans le cœur, même si le boîtier était toujours implanté dans l'abdomen. Depuis 1995 on plante le DAI sous la clavicule et les électrodes dans le cœur. Depuis quelques années il existe un DAI sous-cutané. Dans ce cas l'appareil est implanté sur le côté du thorax et les électrodes juste en dessous de la peau. De cette manière il n'y a plus qu'un contact indirect avec le cœur.

De nos jours on peut distinguer 4 types de DAI en fonction de la pathologie cardiaque sous-jacente :

- le système mono-chambre avec une sonde dans le ventricule droit
- le système double-chambre avec deux fils conducteurs : un dans le ventricule droit et un dans l'oreillette droite. Ce système permet une meilleure surveillance et plus de possibilités de traitement.
- le système triple-chambre, dit de « resynchronisation » avec une sonde dans le ventricule droit, une dans l'oreillette droite et une au contact du ventricule gauche. Cette troisième sonde permet de synchroniser les contractions du cœur.
- Le système sous-cutané : la sonde passe sous la peau, il n'y a qu'un contact indirect avec le cœur via le sternum

Dans un deuxième temps, le **docteur Frank Provenier** (AZ Maria Middelaes) a expliqué dans son exposé quelles sont les raisons pour lesquelles on plante un



défibrillateur. En Belgique, on compte approximativement 100000 décès par an. Environ 15000 décès seraient dus à une mort subite. Avec un pourcentage de 15%, la mort subite est sans aucun doute la cause de mortalité la plus fréquente. En plus, si l'on tient compte du fait que seuls 10% des victimes d'un arrêt cardiaque survivent à cet incident et que seuls 8,3% ne subissent pas de séquelles neurologiques, il est de prime importance d'éviter les troubles du rythme cardiaque potentiellement mortels.

Les défibrillateurs externes (DAE) constituent une bonne solution, mais comme en cas d'arrêt cardiaque il s'agit d'agir très vite, l'implantation d'un DAI peut s'avérer utile. Au début, un défibrillateur était implanté quand un patient avait déjà subi plusieurs incidents. De nos jours cependant, de plus en plus de défibrillateurs sont implantés préventivement, c'est-à-dire avant qu'un incident ne se soit produit. L'implantation d'un DAI est entièrement prise en charge par l'assurance maladie. Étant donné les coûts élevés que cela représente, la sécurité sociale fait une distinction entre les patients qui présentent un risque élevé de développer des troubles du rythme mortels d'une part et les patients qui ont déjà subi un arrêt cardiaque d'autre part.

Les patients appartenant au premier groupe sont implantés préventivement, on parle dans ce cas de prévention primaire. Il s'agit de patients souffrant de troubles du rythme d'origine congénitale, de patients atteints d'une malformation cardiaque structurelle, d'insuffisance cardiaque ou de sarcoïdose cardiaque, d'individus présentant un épaississement de la paroi ventriculaire ou qui ont un muscle cardiaque affaibli.

Le deuxième groupe de patients a déjà subi un arrêt cardiaque suite à de la tachycardie ventriculaire, un cœur affaibli, des troubles structurels ou électriques. On parle dans ce cas de prévention secondaire.

Même si 50% des implantations ont lieu chez des patients plus âgés, qui ont été victimes d'un infarctus, on ne peut pas généraliser. Chaque patient a sa propre histoire médicale et chaque patient est unique.

Le docteur Provenier conclut son exposé en disant que le DAI est une ami fiable mais qui est de préférence un ami discret et silencieux !

Le **docteur Frédéric Van Heuverswyn** a repris le flambeau en parlant du suivi des patients porteurs de DAI. Ce suivi commence immédiatement après l'implantation par un contrôle de la plaie, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax pour vérifier le placement et une analyse du fonctionnement du DAI. Le télémonitoring est également activé.

Une dizaine de jours après l'intervention, les points de suture peuvent être retirés. Les mouvements du bras doivent cependant encore être limités. Des matériaux étrangers dans le corps humain peuvent entraîner un risque d'infection. C'est pourquoi la poche, c'est-à-dire l'endroit où est implanté le boîtier, doit bien être tenu à l'œil. Il est cependant plus problématique quand l'infection s'est frayé un chemin dans le système sanguin. Cette complication grave ne peut être traitée qu'en retirant tout le matériel implanté.

Après 1 mois, un nouvel examen de la plaie est pratiqué, on fait un électrocardiogramme et une analyse du DAI. Ensuite on passe normalement à des contrôles tous les 6 mois. Le télémonitoring aide à détecter à temps d'éventuels problèmes techniques ou des troubles du rythme.

A Gand, plus de 500 patients sont suivis par télémonitoring. Deux techniciens et deux médecins s'occupent de ce service. Tous les jours ils regardent les messages d'alarme qu'ils reçoivent par e-mail et toutes les semaines ils analysent les incidents mentionnés sur les sites spéciaux mis à disposition par les fabricants. Ensuite, le docteur Van Heuverswyn décrit brièvement les examens cardiologiques les plus fréquents :

- l'électrocardiogramme : enregistre l'activité électrique du cœur,
- l'épreuve d'effort : enregistre l'activité cardiaque sous effort,
- l'échocardiographie : permet de visualiser les tissus du cœur ainsi que sa cinétique,
- le Holter : un électrocardiogramme prolongé (de 1 à 7 jours),



- le cathétérisme cardiaque : permet de mesurer la pression et le débit du sang dans le cœur et les gros vaisseaux du thorax. Cet examen permet également d'effectuer des traitements comme la dilatation des artères à l'aide de stents,
- l'exploration électrophysiologique : examen pratiqué à l'aide d'électrodes,
- le CT scan coronaire : imagerie du cœur et des vaisseaux sanguins,
- l'IRM cardiaque : imagerie très détaillée de certaines indications (lésions, ...),
- la consultation DAI : un contrôle de l'appareil, de la batterie et des électrodes. Échange avec le cardiologue et prise de rendez-vous pour le contrôle suivant.

Même s'il est difficile de prédire avec exactitude la durée de vie de la batterie (en effet, nombreux sont les paramètres qui interviennent ici), le docteur Van Heuverswyn estime sa durée de vie entre 5 et 8 ans. 10% des électrodes présentent cependant des problèmes après 10 ans. Ainsi, des interférences provenant de l'extérieur peuvent être indûment interprétées comme des troubles du rythme suite à un problème d'isolation des électrodes. Des ruptures dans les sondes peuvent également générer de faux contacts et donner lieu à des chocs inappropriés. Malgré toutes les précautions et les bons soins, il arrive que le DAI délivre un ou plusieurs chocs. Comment réagir ?

Quand le patient reçoit un seul choc et qu'ensuite il se sent relativement bien et qu'il ne présente pas d'autres symptômes, il n'est pas nécessaire d'aller aux urgences. Cependant, il est conseillé d'aller en consultation chez le cardiologue dans les 48 heures.

Si le patient éprouve cependant après un choc une douleur incessante ou s'il ne se sent pas bien, il est conseillé de se rendre immédiatement aux urgences. Si le patient reçoit plusieurs chocs, il est également indiqué d'appeler les urgences au plus vite.

Il est très important que le patient porte toujours sur lui sa carte d'identification de patient porteur de DAI. Cette carte contient toutes les informations nécessaires lors d'une hospitalisation en urgence.

Pour terminer son exposé le docteur Van Heuverswyn a donné quelques informations utiles aux porteurs de défibrillateur.

Que peut-on faire et que ne peut-on pas faire avec un DAI ? Voilà une question que se posent tous les patients au début.

Il est important de savoir que les aimants désactivent le DAI et qu'il s'agit donc de ne pas s'approcher de gros aimants. Dans la vie de tous les jours et pour toutes les tâches ménagères courantes il n'y aura aucun problème. A quoi doit-on faire attention ?

- Il n'y a pas de contre-indications pour la pratique du sport. Après quelque temps les activités sportives peuvent être reprises. Or, il faut rester raisonnable : les sports violents et les sports de contact peuvent endommager le DAI. D'autre part, il convient de tenir compte de la pathologie cardiaque sous-jacente et de la possibilité d'une perte de connaissance.
- Dans le domaine professionnel ou des loisirs il faut être vigilant par rapport aux interférences possibles avec les champs magnétiques qui peuvent être générés par le soudage électrique et les gros moteurs électriques. Il convient aussi d'éviter les appareils de transmission puissants, les cabines haute tension, les gros haut-parleurs de concert, ... Les portiques anti-vols dans les magasins ne posent pas de problème. Or, il faut avertir le personnel de sécurité des aéroports et des gares, des musées ou d'autres attractions que vous portez un DAI et que vous souhaitez être fouillé manuellement.
- Dans le secteur médical on utilise de nombreux appareils fonctionnant avec des champs magnétiques. Mentionnez toujours au personnel soignant que vous êtes porteur d'un DAI. Les champs magnétiques d'un scanner IRM, les traitements à l'aide de courant électrique, les champs électriques des électrocautères et de la radiothérapie et les chocs administrés lors d'une lithotripsie extracorporelle peuvent dérégler voire endommager le DAI.

Le docteur Ben Corteville (AZ Jan Palfijn) a clôturé la session d'informations par un exposé qui parlait de la vie quotidienne avec un DAI. Pendant les deux premiers



mois le patient devra limiter les mouvements de bras et d'épaule jusqu'à ce que les sondes se soient bien accrochées dans le muscle cardiaque. Afin d'éviter tout risque d'infection la plaie doit être gardée au sec. Le patient ne peut donc pas se baigner. En cas de douleur, d'inflammation ou de palpitations cardiaques il faut contacter son cardiologue. En effet, ceci pourrait indiquer qu'une sonde se soit détachée.

L'aspect le plus problématique après l'implantation d'un DAI est la conduite en voiture. Il y a des recommandations européennes, la législation belge et des législations parfois contradictoires dans d'autres pays. Notre législation fait la différence entre la conduite à titre privé et la conduite à titre professionnel : la conduite en voiture à titre privé avec un véhicule de classe B est autorisée après une période d'attente dont la durée dépend de la raison pour laquelle le DAI a été implanté. La conduite à titre professionnel, quelle que soit la classe du véhicule est interdite. Un GSM utilise des ondes qui pourraient être néfastes pour le DAI. Il faut donc veiller à tenir le GSM éloigné du DAI et à ne pas le mettre dans sa poche de chemise. La plupart des appareils ménagers peuvent être utilisés sans problèmes à condition qu'ils soient bien mis à la masse.

Voyager avec un DCI ne pose pas de problèmes. Dans la plupart des pays occidentaux les fabricants de DAI proposent un service de suivi. Toutes les infos nécessaires se trouvent sur leur site. Dans les aéroports il convient de montrer sa carte d'identification de porteur de DAI et de demander d'être fouillé manuellement. Les portiques de sécurité à l'entrée et à la sortie des magasins ne posent pas de problèmes tant qu'on les traverse normalement et qu'on ne s'y attarde pas. Sur le lieu de travail tout ce qui a un rapport avec des champs magnétiques doit être évité (soudure électrique, gros moteurs électriques, cabines haute tension, ...). En cas de doute, il est possible d'effectuer des mesures sur le lieu de travail en collaboration avec le médecin du travail et les producteurs de DAI.

Le sport est bon pour la santé et reste tout à fait possible avec un DAI. Pour la pratique de sports récréatifs il n'y a aucun problème. Des sports extrêmes et de compétition sont déconseillés à cause de l'adrénaline. Il faut en tous cas tenir

compte de la pathologie sous-jacente et éviter d'endommager l'appareil. Un DAI est sensible à la pression, c'est pourquoi il ne vaut mieux plus pratiquer la plongée sous-marine avec un DAI. Le saut en élastique par contre ne pose aucun problème tant qu'on calcule bien la longueur de l'élastique... Autrefois les moniteurs cardiaques créaient des interférences avec le DAI mais les nouvelles générations fonctionnent très bien sans perturber le DAI.

En ce qui concerne les traitements médicaux, il faut éviter les courants électriques sur le corps et les champs magnétiques. Ce thème a déjà été abordé plus haut. Que faire après un choc du DAI ?

Si l'on n'a pas perdu connaissance, il vaut mieux contacter le plus vite possible son cardiologue et ne plus rouler en voiture. Si par contre on a perdu connaissance, mais qu'on récupère de manière spontanée et qu'on se sent relativement bien, il est conseillé d'aller en consultation dans les 48 heures. Si après un choc on ressent une douleur incessante ou si on ne se sent pas bien, il vaut mieux se rendre aux urgences. Si l'on reçoit plusieurs chocs d'affilée il faut également se rendre aux urgences.

Quand un patient entre en fin de vie et est mourant, le DAI va essayer de le réanimer sans cesse. Désactiver la thérapie ne signifie pas que le patient va mourir immédiatement. Le DAI peut perturber le décès du patient, mais n'a pas d'impact négatif sur le confort du patient. La décision de désactiver l'appareil est prise en concertation avec la famille du patient.

Après le décès, le DAI doit être retiré. Cet acte peut être pratiqué par un médecin ou par les pompes funèbres. Dans tous les cas, il vaut mieux qu'un médecin assiste les pompes funèbres lors de cette opération pour éviter le risque de chocs électriques. Le DAI doit impérativement être retiré, tant si le défunt est enterré (en raison du caractère polluant de la batterie) que si le défunt est incinéré (à cause du risque d'explosion de la batterie).



Le jeudi 12 novembre 2015, comme tous les jours, je me suis levé, je suis allé travailler et j'ai fait mon jogging. Ensuite je suis allé à la piscine avec mon plus jeune fils pour son entraînement au club de natation. De mon côté je patiente dans la cafétéria, je termine quelques rapports et bavarde un peu. Mon frère Noël passe pour papoter et prendre un café. Les entraînements de mon fils au club de natation ont lieu deux fois par semaine et ceci depuis trois ans. Depuis tout ce temps, j'ai donc fait la connaissance de quelques personnes, dont Luc Viane et sa femme qui accompagnent régulièrement leurs petits-enfants au club.

Quelques minutes après la fin de la visite de mon frère, Luc entre et nous sommes contents de nous voir. Quelques instants après, je commence tout à coup à fixer le plafond (du moins c'est ce qu'on m'a rapporté par la suite). Quand je me suis réveillé, j'étais couché par terre et il y avait des gens autour de moi. Je voulais me relever le plus vite possible mais on m'a dit de rester couché et on m'a raconté ce qui s'était passé. Des médecins urgentistes sont arrivés et ils m'ont immédiatement examiné. Entretemps, je réglais l'organisation pratique pour ma femme et mon fils. Ma fille aînée irait récupérer ma femme à la gare et un ami du club de natation, Pascal, s'occuperait de mon fils Stefan.

On m'a emmené à l'hôpital Heilig Hart. En salle de cathétérisme on a constaté un très léger rétrécissement de l'artère coronaire. On a placé deux stents. Vers 21 heures le pire était passé et on me conduit aux soins cardiaques intensifs.

La journée de vendredi se déroule normalement et les médecins décident de me laisser rentrer chez moi après le weekend. Vers 20h deux cardiologues viennent examiner mon cœur et font une échographie. Avant de quitter ma chambre, ils me

Histoire vécue :

confient que j'ai un vrai cœur de sportif ! Ouf, je m'endors en toute sérénité ce soir-là. Samedi matin vers 1 heure je me réveille après une longue réanimation et de terribles douleurs. Quelle pouvait en être la cause ? Première hypothèse : les stents ont bougé. Or, un contrôle en salle de cathétérisme montre que rien n'a bougé de ce côté-là. La cause reste donc inconnue et je suis ramené en soins intensifs.

A partir de ce moment-là mon cœur est devenu incontrôlable. La fréquence baissait en dessous de 30 battements par minute et régulièrement on m'administrait de l'atropine pour accélérer le rythme cardiaque. Le 18 novembre on m'a implanté un DAI et depuis mon rythme cardiaque s'est stabilisé et est désormais sous contrôle. Tout le monde sait ce qu'est un pacemaker, mais je n'avais jamais entendu parler d'un DAI. J'ai essayé de me documenter sur Internet mais de nombreuses questions restaient cependant sans réponse.

Entretemps j'avais appris que trois pompiers et deux sauveteurs de la piscine m'avaient réanimé. Ma fille aînée Heidi avait réussi à retrouver les sauveteurs de la piscine et les avait remercié en mon nom. Le 23 novembre j'ai pu rentrer à la maison et j'ai fait passer une annonce dans le journal pour retrouver les pompiers.

Après une revalidation j'ai pu retrouver mes cinq sauveteurs à la piscine et je les ai remerciés de m'avoir donné une seconde chance, tout comme l'infirmière de nuit à l'hôpital qui avait commencé à m'administrer un massage cardiaque.

Après environ trois mois j'ai repris le cours de ma vie normale, le travail et le sport. Je m'entraîne à nouveau tous les jours et j'essaie de profiter un maximum des petites choses de la vie. Grâce à cet incident je me suis rapproché de mes enfants, nous passons désormais plus de temps ensemble.

La cause exacte de mes arrêts de cœur demeure inconnue et je n'ai jamais eu de signes préliminaires. Pendant mes entraînements je surveille désormais mon rythme cardiaque, j'essaie de ne pas dépasser les 150 battements/minute. D'après mon cardiologue je pourrais monter jusqu'à 170 mais je préfère garder une marge suffisante. Comme le DAI était pour moi quelque chose de tout à fait inconnu, je souhaite maintenant informer les gens et les soutenir. Pour beaucoup de gens le défibrillateur reste inconnu. Il faudrait donner beaucoup plus de formations à ce sujet. Des applications devraient permettre aux GSM de renseigner les endroits où se trouvent les défibrillateurs externes, avec des indications claires concernant la distance et la direction à prendre. Pour moi ça n'a pas été un problème, je me trouvais à deux mètres de l'appareil. Si cela m'était arrivé en rue, je ne serais sans doute plus là pour en témoigner. Par la présente, je remercie encore tous ceux qui m'ont permis d'avoir une deuxième chance. J'étais au bon endroit, au bon moment avec les bonnes personnes : je suis un chanceux ! Désormais je fêterai mon anniversaire deux fois par an : une fois le jour de ma naissance et une deuxième fois le jour de ma réanimation !



Fumer tue !

Une étude internationale, à laquelle a participé l'Université de Gand, montre que fumer est encore plus nocif que ce qu'on pensait. Tout d'abord, fumer augmente le risque de cancer du poumon. L'étude, publiée dans la revue « The European Heart Journal », montre que les dommages aux poumons et aux voies respiratoires augmentent considérablement le risque de mort subite. Pendant 25 ans, des chercheurs de l'Erasmus Medisch Centrum à Rotterdam et des chercheurs de l'Université de Gand ont suivi 15000 personnes de plus de 45 ans. L'idée était de vérifier si la mort subite touchait plus souvent les personnes atteintes de COPD (Chronic obstructive pulmonary disease).

Il s'agit d'une maladie pulmonaire chronique et évolutive causée par un rétrécissement des voies respiratoires. Le transport de l'air vers les poumons devient de plus en plus difficile. Cette maladie se manifeste généralement passé l'âge de 45 ans et est irréversible. Dans plus de 90% des cas, cette maladie est due à des années de fumée. C'est pourquoi on parle parfois de poumons de fumeur. On estime à 600000 le nombre de personnes souffrant de cette maladie en Belgique. Les patients sont à court d'haleine et toussent beaucoup. Or, il n'y a pas que ça: l'étude a montré que le risque d'infarctus ou de mort subite est deux fois plus élevé chez les personnes atteintes de COPD. Le fait que le patient ait déjà des problèmes cardiaques ou non importe peu: le risque augmente sensiblement pour chaque patient souffrant de COPD.

Selon les chercheurs il y a plusieurs causes possibles. L'une d'elles serait que le cœur essaie de compenser le manque d'oxygène dû au mauvais fonctionnement des poumons. Ceci entraîne un épaissement du muscle cardiaque, ce qui est néfaste pour le cœur et peut entraîner des troubles du rythme potentiellement mortels. Fumer cause également des rétrécissements des artères ce qui peut provoquer un infarctus. La nicotine fait par ailleurs augmenter la tension artérielle ce qui endommage les organes.

Les chercheurs sont d'avis que les patients souffrant de COPD devraient être suivis d'un point de vue cardiologique pour éviter qu'ils ne soient touchés par la mort subite. Des médicaments (comme des bêtabloquants) et l'implantation d'un défibrillateur peuvent réduire le risque de mort subite. Arrêter de fumer ou, mieux encore, ne jamais commencer, est bien sûr la meilleure chose à faire!

Compte-rendu de la séance d'information à l'hôpital de Jolimont.

Le personnel hospitalier de Jolimont possède une expertise certaine dans l'organisation de séance d'information pour porteurs de défibrillateur. Il l'a une fois de plus prouvé le 3 décembre 2016 lors de l'organisation pour la dixième fois de sa séance annuelle.

Six médecins et deux membres du personnel prirent la parole tandis qu'un membre d'une des firmes fournissant les défibrillateurs se tenait prêt à répondre aux éventuelles questions techniques.



Le **docteur Marc Alkhor** aborda le problème de la « mort subite » situation pour laquelle, en cas de succès de la réanimation, un défibrillateur peut être subsequmment implanté. Les suites d'une mort subite sont généralement fatales car la réanimation n'intervient pas assez rapidement. Un défibrillateur implanté est la meilleure solution pour régler le problème des irrégularités de rythme cardiaque et ainsi survivre parce qu'il intervient immédiatement.

Les causes de ces anomalies de rythme sont multiples : mauvaise connexion électrique dans le cœur, hypertrophie de celui-ci, etc ...

La plupart des arrêts cardiaques surviennent suite à un infarctus. A l'origine de celui-ci, une artère coronaire bouchée, celle-ci apporte normalement de l'oxygène au muscle cardiaque, à défaut de cet oxygène une partie du cœur meurt, des cicatrices se forment, les réseaux électriques sont perturbés et une arythmie s'installe.

Un ICD peut être implanté dans deux circonstances, une prévention primaire et une prévention secondaire. La différence entre les deux cas réside dans le fait que le patient ait encouru un arrêt cardiaque ou pas. Par des examens médicaux ou par la prise en compte des antécédents familiaux, on peut déterminer si certaines personnes sont plus à risque de subir un arrêt cardiaque. Même s'ils n'ont pas encore présenté de symptômes, il peut être décidé de leur implanter un défibrillateur par précaution pour leur éviter de subir un premier arrêt cardiaque : c'est la prévention primaire. Les patients qui ont déjà vécu un arrêt cardiaque constitue la seconde catégorie : c'est la prévention secondaire. Par l'implantation d'un défibrillateur on veut, autant que possible, réduire le risque d'un deuxième arrêt cardiaque.

Alors que dans les débuts, les défibrillateurs avaient des dimensions imposantes et que leur batterie avait une durée de vie relativement limitée, la génération actuelle de défibrillateurs évoluent vers des dimensions plus réduites avec des batteries dont la capacité a été notablement augmentée.

Avant de commencer sa présentation sur le fonctionnement du défibrillateur, le **docteur Damien Badot** souligne une fois de plus l'importance de la rapidité

d'action dans l'intervention en cas d'arrêt cardiaque. Si aucune manœuvre de réanimation n'a été entreprise dans les dix minutes après l'incident, il est inutile de commencer à les initier. Il confirme aussi que le défibrillateur offre la meilleure protection et la meilleure thérapie immédiate en cas d'arrêt cardiaque.

Il continue en expliquant que comme chaque patient est différent, chaque défibrillateur est particulier. Il existe des défibrillateurs à 1, 2, 3 ou même 4 sondes qui sont introduites dans le cœur. Dans le cas du nouveau S-Defibrillator l'unique sonde est placée sous la peau à proximité du sternum mais ce système n'offre pas encore les mêmes possibilités que les autres défibrillateurs. Alors qu'un Pacemaker stimule le cœur lorsque son rythme est trop lent, le défibrillateur est conçu pour traiter les rythmes trop rapides. Cependant le défibrillateur inclut aussi la fonction pacemaker. Les rythmes trop élevés sont d'abord traités par de petites impulsions plus rapides mais indécélables pour le patient (ATP) Lorsque celles-ci ne sont pas efficaces un ou plusieurs chocs électriques sont délivrés ce qui peut s'avérer douloureux.

Le **docteur Badot** poursuit en soulignant l'évolution remarquable des différentes techniques entre les premiers et les derniers défibrillateurs. Depuis les années quatre-vingt, les appareils sont devenus plus petit, les batteries ont acquis une durée de vie plus longue et l'évolution est toujours en marche. A la découverte que les sondes étaient le point faible du système, des progrès ont été effectués et il existe à l'heure actuelle des défibrillateurs sans sonde, la totalité du système est introduite dans le cœur. C'est une façon de se prémunir contre l'usure des sondes.

Un défibrillateur efficace est un appareil qui détecte les irrégularités du rythme et les traite par une succession d'impulsions (ATP) ou par un choc électrique. Pour que le traitement soit adéquat il faut donc faire la différence entre les différents types d'irrégularité. Un ICD est donc un calculateur qui voit uniquement en noir-et-blanc et ne peut raisonner qu'en binaire (0 et 1) Grace aux informations fournies par le centre de contrôle les réglages peuvent être affinés de sorte que le système ne se "trompe" pas. Les consultations de contrôle sont donc de la plus haute importance.

Au **docteur Ron Cytryn** revint la lourde tâche d'exposer d'une façon compréhensible une matière particulièrement difficile. Il devait en à peine 15 minutes et quelques



exemples parlants nous parler de l'échographie du cœur. Pour lui cette technique permet de voir comme avec ses propres yeux l'intérieur du cœur et permet de représenter ce que le chirurgien verra en réalité. Le principe utilise des ondes acoustiques qui se propagent dans le corps. Chaque tissu réfléchit les ondes suivant des caractéristiques particulières et celles-ci sont interprétées par un computer. Les choses ont évolué avec le temps d'une interprétation unidimensionnelle vers une image bidimensionnelle (zone) jusqu'à une image tridimensionnelle qui permet au praticien d'établir un diagnostic précis. Associée au Doppler cette technique permet de visualiser le flux sanguin et son sens d'écoulement. Cela permet par exemple de découvrir le mauvais fonctionnement d'une valve cardiaque qui par un rétrécissement peut provoquer une déficience cardiaque. Une image plus précise peut aussi être obtenue en passant par l'œsophage, l'émetteur peut ainsi être disposé derrière le cœur.

Sans échographie aucune décision ne peut être prise, par celle-ci les dysfonctionnements du cœur sont matérialisés et le degré de gravité de la déficience évalué. Pour les problèmes électriques l'échographie n'est d'aucune utilité mais dans tous les autres cas son utilisation est primordiale.

Le **docteur Olivier Marcovitch** traite de l'infarctus du myocarde. Celui-ci est la cause principale de la mort subite car il induit des troubles du rythme qui peuvent être mortels. Les chances de survie "normales" sont très limitées. C'est une affection très grave et c'est pourquoi une hygiène de vie saine est si importante. Un infarctus se déclare lorsqu'une ou plusieurs artères coronaires se bouchent ; Différentes matières peuvent s'accumuler dans celles-ci (artériosclérose) au risque de former un bouchon qui interrompt la circulation. Il n'y a plus alors d'apport sanguin dans une partie du cœur et les muscles concernés meurent. La détection d'un tel caillot se fait à l'aide de la coronographie. Une fois l'artère débouchée on peut la renforcer par un "stent" mais les parties mortes sont irrémédiablement perdues. Le muscle du cœur est affaibli et cela mène à l'insuffisance cardiaque. A la question de savoir comment ne pas en arriver là, le docteur Marcovitch pointe deux facteurs : le premier est inéluctable, il s'agit des antécédents familiaux, de

l'âge, du sexe, etc... le second est un facteur modifiable, il s'agit du style de vie, du tabagisme, du cholestérol, de l'utilisation des huiles et graisses.

Une affection qui ne doit pas être négligée est la fibrillation auriculaire.

Le **docteur Antoine de Meester** y consacre son exposé et nous explique les caractéristiques de cette déficience qui fut pour la première fois mentionnée en 1906 par le docteur Einthoven grâce à l'électrocardiogramme.

La fibrillation auriculaire est la forme la plus fréquente des anomalies cardiaques : 25% des personnes dans la quarantaine sont touchés et le nombre double ou triple à un âge plus avancé, un quart des belges en sont victime.

Un tiers des patients n'en ressentent aucun symptôme mais il est important d'en discuter, d'en être conscient et de se faire dépister. La détection d'une telle anomalie peut se faire par l'électrocardiogramme, par le port d'un holter ou par l'examen de la mémoire d'un pacemaker ou d'un défibrillateur.

Des campagnes d'information ont lieu régulièrement pour souligner les risques d'une fibrillation auriculaire :

- suite à la fibrillation un caillot peut se former qui se détache et migre pour finalement boucher un vaisseau sanguin. Au niveau des poumons on parlera d'une embolie pulmonaire, au niveau du cerveau on parle d'un accident vasculaire cérébral (ACV)
- la fibrillation auriculaire peut semer un tel chaos dans le rythme cardiaque qu'un danger vital apparaît.

Le traitement d'une fibrillation auriculaire s'effectue de différentes manières :

- par un traitement médicamenteux
- par un choc électrique par lequel on essaie de rétablir un rythme adéquat
- par la technique de l'ablation où on essaie d'interrompre physiquement les liaisons nerveuses à l'origine de la fibrillation
- par le placement d'un « arrêt » dans l'oreillette mais cette technique n'est pas encore répandue et des essais sont toujours en cours
- par l'utilisation d'anticoagulants qui liquéfient le sang. Il existe deux sortes d'anticoagulants - les anti-vitamine K pour l'usage desquels l'INR (temps de

coagulation du sang) doit être régulièrement contrôlé et certains aliments qui influencent l'INR doivent être évités,

- une nouvelle génération d'anticoagulants qui sont d'un emploi moins contraignant mais qui présentent d'autres inconvénients : ils surchargent les reins et ici aussi des contrôles annuels sont requis, les patients porteurs d'une valve cardiaque artificielle ne peuvent pas y avoir recours, il n'existe pas d'antidote pour tous ces anticoagulants en cas d'usage trop important.

A Jolimont, il est de tradition que le personnel soignant interroge les participants sur leurs connaissances relatives à leur vie avec un défibrillateur implanté. A l'aide d'un système de vote électronique des questions multiple choice sont posées, les réponses enregistrées, ces réponses analysées et les résultats affichés. Cette année les questions furent d'un haut standard et l'évènement permit de mettre un peu de relaxation dans une matinée déjà fort chargée.

L'infirmière **Valérie Hubert** nous présenta alors un très beau photomontage accompagné d'un charmant texte au cours duquel un défibrillateur prend la parole. Chapeau bas pour cette implication et l'interaction avec les patients.

Mais ce n'était pas fini, le **docteur Caroline Lepièce** nous parla ensuite du défibrillateur subcutané. A côté du défibrillateur portable (veste), du matériel extérieur (AED), du classique ICD est apparu en Belgique depuis 2010 le défibrillateur subcutané. La différence fondamentale avec le défibrillateur classique implantable est que le subcutané ne possède qu'une sonde et que celle-ci n'est pas introduite dans le cœur par la voie d'une veine. Cette sonde est placée sous la peau le long du sternum. Ce positionnement ne nécessite que trois petites incisions et l'intervention ne dure qu'une heure. Le défibrillateur est lui implanté sur le coté gauche de la cage thoracique. Ce type de défibrillateur présente l'avantage de ne pas nécessiter d'intrusion dans la cage thoracique ni du cœur et que la sonde est moins soumise à des contraintes mécaniques cause parfois de rupture.

Le fait que ce défibrillateur ne dispose pas de la fonction pacemaker, qu'il ne peut délivrer que des chocs et qu'il ne possède qu'une sonde ne le rend pas utilisable pour tous les patients. Malgré ces désavantages il reste adéquat pour de nombreuses affections cardiaques qui peuvent occasionner des altérations du rythme potentiellement mortelles.

Il y a actuellement environ 23.000 défibrillateurs de ce type implantés de pars le monde. En Belgique on compte 280 porteurs. A Jolimont 13 patients sont actuellement suivis, le plus jeune a 24 ans, le plus âgé 78. L'âge moyen est de 59 ans. Le suivi est le même que pour les défibrillateurs implantés.

La dernière contribution fût celle du docteur Damien Badot qui nous expliqua en quelques mots la technique de l'ablation. Cette technique est une alternative lorsque le défibrillateur ne suffit plus ou lorsque les médicaments ne sont plus efficaces. L'ablation a pour but de supprimer la cause de l'arythmie et d'isoler électriquement les parties malades. Lors d'insuffisance cardiaque ou de rupture de la connexion électrique de la branche gauche du faisceau de His, il peut être décidé d'implanter un ICD avec resynchronisation (3 sondes).



Dans le Northumberland anglais Lisa Lee (25) secoua son partenaire Lewis Little (25) dans le lit. Son ronflement était insupportable. Plus tard lorsqu'elle alluma la lumière elle constata avec horreur que la figure de Lewis était violette ...

Le ronflement semblait être son dernier souffle. Le malheureux succomba du syndrome de Brugada, une sensation cardiaque qui peut provoquer un dérangement mortel du rythme cardiaque et qui fut découvert par un cardiologue belgo-espagnol, Pedro Brugada. Visiblement des personnes saines peuvent décéder très vite par cette maladie.

Un an auparavant Lewis apprit qu'il souffrait de ce syndrome... Mais les médecins l'avaient rassuré et lui dirent que vraisemblablement il aurait une longue et saine vie. Au milieu de cette funeste nuit son cœur s'arrêta de battre.

Son amie Lisa croyait que Lewis était en train de ronfler bruyamment mais en fait à cet instant il rendait son dernier souffle. Le bruit du ronflement, son ronflement mortel, fut provoqué par l'air qui passait par ses cordes vocales.

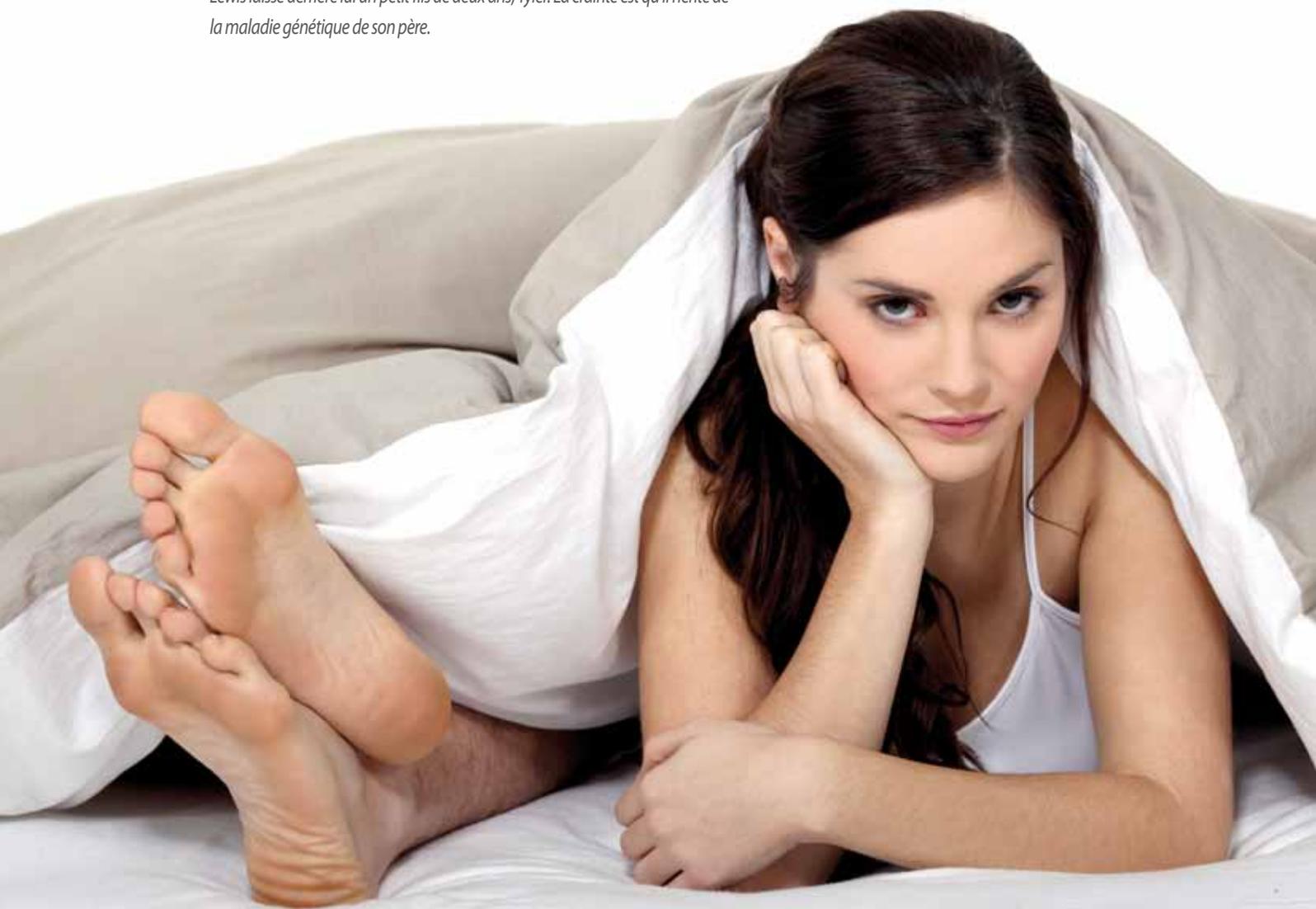
Lorsque Lisa vit que son ami était violet, elle appela les services d'urgence mais on ne put venir à son aide. A l'arrivée à l'hôpital il fut déclaré décédé.

Suivant Lisa il aurait pu être sauvé grâce à un défibrillateur. Elle lance maintenant une pétition pour que toute personne avec un problème cardiaque reçoive un tel petit appareil. Le syndrome est un tueur silencieux.

« Je veux rendre les gens conscients des dangers » déclare Lisa.

Lewis laisse derrière lui un petit fils de deux ans, Tyler. La crainte est qu'il hérite de la maladie génétique de son père.

Le ronflement peut s'avérer un rôle mortel.





**Votre propre
contribution**
faites-nous connaître
votre expérience !

Voulez-vous réagir à un article précédent ?

Avez-vous quelque chose "sur le cœur" ?

Avez-vous une expérience personnelle que vous aimeriez raconter aux autres ?

Avez-vous une question à poser, ou plusieurs ?

Aimeriez-vous écrire votre récit ? ... N'hésitez pas.

BIPIB est là, prêt à diffuser votre expérience.

Vous pouvez dès à présent nous joindre sur news@bipib.be ou à l'adresse connue de notre secrétariat. Notre rédaction diffusera vos questions, votre histoire ou votre opinion. Nous ne tenons pas compte d'avis anonymes mais respecterons votre anonymat si vous nous le faites savoir.



Ne plus manger après 19 h.

Après une enquête sur les régimes alimentaires, les chercheurs de l'Université Turque Dokuz Eylül sont arrivés à une bien étrange conclusion. Il serait moins néfaste pour la santé d'utiliser avec parcimonie un peu plus de sel dans les aliments que de s'octroyer un repas du soir important. Au plus tard ce repas est pris, au plus près du coucher il est dégusté au plus la tension artérielle reste élevée pendant la nuit et au plus sur le long terme le risque de maladies du cœur ou des artères est élevé.

Chez 700 personnes impliquées dans l'étude, la tension artérielle ne descendait plus au niveau "endormissement" lorsqu'ils avaient mangé moins de deux heures auparavant. Les conséquences néfastes en étaient plus sévères que lors de l'omission du petit-déjeuner. Les "mange-tard" ont deux fois plus de risque de souffrir d'une tension artérielle trop haute pendant leur sommeil. Lorsqu'il faut digérer la nuit, des efforts sont nécessaires pendant le sommeil, du sang bien oxygéné est envoyé à l'estomac et aux intestins et la tension reste élevée.

Suivant ces spécialistes, "quand" nous mangeons serait aussi important que "ce que nous mangeons". Lorsque l'on prend un repas du soir lourd et tardif, on se couche en pleine digestion et souvent le petit-déjeuner est considéré comme superflu. On en revient à deux repas chauds par jour et l'organisme en souffre. Par contre celui qui prend un léger repas vers 18 heures et se couche à 22 heures, se reposera de manière plus efficace. Les mœurs des temps modernes jouent ici un rôle nouveau. Alors que précédemment le repas du soir était prêt vers 18 heures, maintenant la moitié de la population belge est encore dans les files de circulation et rentre plus tard à la maison avec une faim de loup.

Les spécialistes en nutrition conseillent donc de manger une tartine comme "quatre heures" et seulement une assiette de soupe à leur arrivée à la maison. Tout devient alors plus supportable.

Ce bon vieux proverbe est toujours d'actualité : « mangez le matin comme un empereur, le midi comme un roi et le soir comme un mendiant »

questions



Peut-on utiliser un DEA (défibrillateur externe) chez une personne qui porte un défibrillateur interne ?

Oui, on peut utiliser un défibrillateur externe chez un patient porteur d'un défibrillateur interne. La seule précaution à prendre est de ne pas placer les palettes de défibrillation sur le défibrillateur interne, et l'autre dans l'axe la sonde.

Dans ce cas, il est préférable de placer une palette sur le coté latéral gauche, et l'autre mi-thorax au niveau du sternum.

Jusqu'à quel point, les rayons produits par le système Bluetooth sont-ils dangereux pour un porteur de défibrillateur ? Ces rayons sont actuellement utilisés pour le téléphone free hand dans la voiture et pour les liaisons sans fil pour les haut-parleurs.

L'ICD ne fonctionne pas par le système Bluetooth et n'est donc pas sensible à ces signaux.

L'emploi de la technologie Bluetooth en voiture ne pose donc aucun problème.

Par contre les ondes électromagnétiques du GSM sont nuisibles et il est fortement conseillé de ne pas mettre le GSM à proximité immédiate de l'ICD (- de 15 cm) par exemple dans une poche poitrine.

Les ICD modernes ont des filtres pour contrer ces inconvénients mais il est toutefois conseillé de ne pas mettre les deux appareils en contact direct.

Devenir membre de BIPIB

Qui peut devenir membre ?

Les membres effectifs sont :

- les patients ICD : les porteurs d'un défibrillateur cardiaque automatique implanté,
- les médecins spécialisés en électrophysiologie,
- les représentants d' UNAMEC, l'association professionnelle des fabricants, distributeurs et importateurs de dispositifs médicaux, section CRM.

Ces membres peuvent siéger dans le Conseil d'Administration et ont un droit de vote lors de l'Assemblée Générale.

Les membres adhérents sont des sympathisants comme :

- la famille et les amis proches du patient avec un défibrillateur implanté,
- le partenaire du patient avec un défibrillateur implanté,
- les médecins et professionnels de la santé dans le domaine paramédical,
- les membres d'autres industries proches de ce groupe cible.

Que pouvez-vous attendre de votre adhésion ?

Comme membre de notre association :

- vous recevrez notre journal "News" environ 3 à 4 fois par an. Vous y trouverez toutes les informations pratiques sur la vie quotidienne avec un défibrillateur et nous vous tenons au courant de nos activités.
- Vous recevrez une carte de membre pratique comme confirmation que vous êtes un membre effectif.
- Vous avez un droit de vote lors de l'Assemblée Générale de notre association.

Attention : vous ne serez membre à part entière qu'après avoir payé votre cotisation!

Comment devenir membre ?

Vous pouvez faire une **demande téléphonique** via notre secrétariat, ou vous pouvez **remplir le formulaire qui se trouve au verso** de cette page et nous le renvoyer par la poste.

Tout renseignement pour nous contacter se trouve également au verso de cette page et sur notre site web www.bipib.be

Voir au verso



Formulaire d'affiliation

Nom : _____
 Prénom : _____
 Rue, N° : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Province : _____ Pays : _____
 Tél. : _____ Fax : _____
 GSM : _____
 e-mail : _____
 Profession : _____
 Hobby : _____
 Date de naissance : _____

Je souhaite être membre en tant que :

- Porteur d'ICD depuis (mentionnez l'année) : _____
- Sympathisant oui

Je suis prêt(e) à m'engager en collaborant :

- à l'organisation d'activités,
- à la rédaction de notre Newsletter,
- à notre site internet,
- autres : _____
- Je souhaite rester membre non actif.
- Prenez contact avec moi.
- Souhaite recevoir l'info par e-mail (adresse ci-dessus)

Comment avez vous connu BIPIB ?

- Par internet.
- Via mon medecin.
- En ayant vu l'affiche.
- Par une session d'information.
- Autre : _____

Votre inscription est gratuite l'année entamée.

A partir de l'année suivante, versez votre cotisation de 12 € sur le compte Belfius n° (IBAN) : BE87 0682 5048 0194 de BIPIB avec la mention "cotisation + nom"

ATTENTION ! SOYEZ ATTENTIF À LA COULEUR DU SYMBOLE A LA RECEPTION D'UN DOCUMENT BIPIB

Sur l'étiquette reprenant votre adresse, à côté de votre numéro de membre, vous noterez la présence d'un symbole de couleur. L'explication en est très simple :

- Vert :** vous êtes en règle de cotisation ou vous bénéficiez de la gratuité de la première année courante d'affiliation.
- Rouge :** vous avez oublié d'acquitter votre cotisation pour l'année en cours. **Votre symbole est rouge ?** Réglez dès que possible votre cotisation (12 € sur le compte : BE87 0682 5048 0194 de BIPIB asbl - mentionnez votre numéro de membre).

Ce serait trop dommage que vous manquiez dans le futur toutes les informations que nous diffusons.



Adresse e-mail

Pour communiquer avec nos membres, nous utilisons de plus en plus les moyens électroniques.

Si lors de votre inscription vous ne possédiez pas encore d'adresse e-mail mais qu'entretiens cette situation a changé, pourriez-vous nous communiquer votre (nouvelle) adresse e-mail à info@bipib.be.
Cependant aucun changement n'interviendra pour l'envoi du News ; celui-ci vous parviendra toujours par courrier conventionnel normal.

Contactez-nous :



asbl BIPIB
Avenue Roi Albert I, 64
1780 Wemmel

Tél. : 0487.339.849

e-mail : info@bipib.be
www.bipib.be

Compte :
BE87 0682 5048 0194

Edit. Resp. : Germain Beckers,
Legekerkweg, 2 - B-2223 Schriek

Rédaction :

Alain Dumont,
Alex Devalckeneer,
André Junqué,
Catherine Majot,
Philippe Bosman.

Remerciements :

Luc Fockedeey,
Dr Peter Goethals,
Jean-Claude Grafé,
Dr. Frédéric Van Heuverswyn
Les sociétés : Boston Scientific,
Biotronik, Medtronic, LivaNova
(anciennement Sorin),
St Jude Medical.