

# **Coronaropathie et qualité de vie**

**Geraldine A Lee  
Preventative Health  
Baker IDI Heart and Diabetes Institute  
Melbourne, Australia**

Le but de cet article est de donner un aperçu de la coronaropathie par rapport à ses effets sur la qualité de vie (QV). Pour juger des effets de la coronaropathie sur la QV, il faut passer en revue le tableau des symptômes, des facteurs de risque, des possibilités de traitement et examiner certaines des interventions utilisées dans le traitement des coronaropathies qui, en conséquence, influencent la QV.

## **La prévalence de la coronaropathie**

La coronaropathie demeure la principale cause de mortalité dans les pays à revenu élevé. Elle est responsable de 1,33 million de décès, ce qui correspond à une proportion de 16,3 % du nombre total de décès. On la considère de plus en plus comme une importante cause de décès dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. On s'attend à ce que les maladies cardiovasculaires, comprenant les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), deviennent la principale cause de décès dans le monde. En effet, on prévoit 20 millions de décès en 2015 (OMS 2008). La coronaropathie, sous toutes ses formes, est une maladie chronique comportant des symptômes exigeant une surveillance et un traitement continu pour éviter le développement de complications, comme les infarctus du myocarde (IDM) et l'insuffisance cardiaque chronique (ICC). Bien que les taux de mortalité dus à la coronaropathie aient diminué de façon constante, il existe bien une augmentation importante des personnes vivant avec une forme quelconque de coronaropathie et cette dernière est due à la prévalence des facteurs de risque comportementaux de la coronaropathie.

## **Les facteurs de risque liés à la coronaropathie**

Les facteurs de risque associés à la coronaropathie sont bien définis et sont classés en trois catégories : les antécédents, ainsi que les facteurs comportementaux et physiologiques. Les antécédents comprennent les facteurs épigénétiques, une stature réduite, un faible poids à la naissance, le sexe, la classe sociale, la race et l'emplacement géographique. Les facteurs comportementaux consistent en une activité physique réduite, une mauvaise alimentation forte en gras saturés, le tabagisme et le stress. Les facteurs physiologiques associés à la coronaropathie sont l'hypertension artérielle, un taux élevé d'insuline plasmatique et un taux élevé de cholestérol plasmatique. Les causes de la coronaropathie sont multifactorielles et viennent d'une interaction entre ces facteurs de risque. Du point de vue de la maladie, la priorité actuelle va à la réduction des facteurs de risque comportementaux pour prévenir l'IDM et l'ICC. Des modifications à l'alimentation, l'arrêt du tabagisme et l'augmentation du niveau d'activité physique peuvent réduire de manière considérable le risque de développer une coronaropathie et des complications. Il est important de réaliser que ces facteurs de risque comportementaux sont modifiables.

Il importe pour le professionnel des soins de santé d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire d'une personne. Une étude marquante (l'étude INTERHEART) a démontré que dans la majorité des crises cardiaques, plus de 90 % des risques sont liés à neuf facteurs de risque principaux. Parmi ces facteurs de risque, on comptait notamment le tabagisme, des niveaux anormaux de lipides sanguins, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité abdominale, un manque d'activité physique, une faible consommation quotidienne de fruits et légumes, une surconsommation d'alcool et un indice psychosocial défavorable (INTERHEART Study investigators 2004). Dans cette étude cas-témoin menée dans 52 pays, les chercheurs ont remarqué que les résultats n'étaient pas influencés par le

sexe, l'origine ethnique et l'emplacement géographique. Cette constatation justifie pleinement l'idée selon laquelle ces résultats s'appliquent à tous les groupements de population.

La corrélation entre la coronaropathie et les facteurs de risque est évidente dans d'autres études, plus particulièrement un taux de cholestérol élevé, l'hypertension artérielle et le diabète (Greenland et coll. 2003, Vasan et coll. 2005). Ces trois facteurs de risque augmentent considérablement le risque d'une coronaropathie mortelle (Greenland et coll. 2003). Selon la *NHANES II Study*, le risque d'IDM est réduit de manière importante chez les personnes qui ne présentent aucun de ces facteurs de risque. En effet, cette étude signale que le risque d'une coronaropathie mortelle est inférieur de 51 % pour les hommes et de 71 % pour les femmes en l'absence de facteurs de risque (en comparaison avec les personnes chez qui les facteurs de risque étaient présents) (Mensah et coll. 2005). Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans la réduction des incidents associés à la coronaropathie.

La prévalence des facteurs de risque constitue un défi, ainsi qu'un problème mondial. Des statistiques de l'*American Heart Association (AHA)* révèlent qu'environ 80,7 millions d'Américains (1 sur 3) vivent avec une forme quelconque de coronaropathie (AHA 2008). Les chiffres pour les États-Unis montrent une prévalence de 73 millions de personnes présentant de l'hypertension artérielle (1 sur 3) et une proportion de 48 % (106 millions) de personnes présentant un taux élevé de cholestérol total (NHANES 2001-04). La forte prévalence de ces facteurs de risque modifiables et le risque associé de coronaropathie appuient le besoin d'évaluer les personnes qui présentent des symptômes laissant entrevoir une coronaropathie non diagnostiquée.

## **Les symptômes et le traitement de la coronaropathie**

Le principal signe de la coronaropathie est une douleur à la poitrine (angine) provoquée par le rétrécissement des artères coronariennes, ce qui réduit l'acheminement de sang oxygéné au myocarde. Dans le cas de l'apparition soudaine des symptômes, des manifestations graves exigent une intervention médicale urgente, car l'occlusion d'une artère provoquera un IDM. La gravité et la fréquence de l'angine reflètent souvent le degré de rétrécissement de l'artère coronarienne et la progression de la coronaropathie. Les autres symptômes sont l'essoufflement (particulièrement associé à l'effort), la fatigue, la nausée et les étourdissements. Une évaluation clinique approfondie est essentielle, de même qu'une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires et la reconstitution détaillée des antécédents médicaux. Les symptômes signalés par le patient sont souvent le reflet de limitations sur le plan de la santé physique et de la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ). La fonction ventriculaire gauche (la principale chambre de pompage du cœur), telle que représentée dans une échocardiographie, fournit une évaluation clinique précise de la fonction du myocarde (c'est-à-dire du muscle du cœur). Chez les personnes ressentant une angine grave avec une douleur au centre de la poitrine irradiant jusqu'au bras droit et à la mâchoire, la plupart consulteront un médecin d'urgence, car elles savent qu'une crise cardiaque peut être mortelle. Souvent, les personnes présentant des symptômes intermittents ne consultent pas immédiatement, à moins que ces symptômes nuisent fortement à leurs AVQ. Les patients mettent souvent sur le compte de l'âge ou du stress les récentes situations où ils se sentent plus fatigués qu'à l'habitude. Dans le cas d'une angine atypique (c'est-à-dire une douleur qui n'est pas située au centre de la poitrine), ces patients considèrent leurs symptômes comme étant ceux d'une indigestion. Le début des symptômes constitue souvent la première occasion pour la personne de consulter un médecin afin de traiter et de soulager les symptômes. C'est souvent à ce stade que plusieurs facteurs de risque de la coronaropathie sont formellement diagnostiqués.

L'angine chronique, quant à elle, est généralement associée à l'effort et nécessite la prise en charge continue d'un médecin. L'objectif du traitement de la coronaropathie est d'éliminer les symptômes et de réduire le risque d'un éventuel IDM. Le traitement comprend des modifications au style de vie (diminution de la consommation de gras saturés, augmentation du niveau d'activité physique et

arrêt du tabagisme), des traitements pharmacologiques (agents réducteurs de lipides, bêtabloquants et hypotenseurs) et des procédures d'intervention (habituellement une intervention coronarienne percutanée, aussi appelée ICP) qui, lorsque l'artère coronarienne est ballonnée, consistent à insérer une endoprothèse métallique. Le traitement initial de l'angine stable est pharmacologique, mais l'étude COURAGE a démontré les avantages d'une thérapie médicale optimale en conjonction avec une ICP (Shaw et coll. 2008) et une méta-analyse a ensuite révélé les avantages à long terme de cette approche avec l'angine stable (Schomig et coll. 2008). L'intervention chirurgicale la plus courante est l'intervention de pontage aortocoronarien par greffe. Ces interventions consistent à améliorer le flux sanguin dans l'artère coronarienne, mais ce sont les modifications au style de vie et le respect de la médication qui réduisent ou contrôlent les facteurs de risque modifiables. On procède à des interventions chirurgicales pour soulager l'angine et l'essoufflement et pour augmenter la résistance à l'exercice qui améliorera la capacité fonctionnelle et les niveaux d'activité physique, tout en permettant aux patients de mener leurs activités quotidiennes de manière autonome sans la présence de symptôme. Il existe des directives cliniques approuvées de prise en charge de la coronaropathie et des facteurs de risque qui comprennent une réduction du cholestérol, la gestion de l'hypertension artérielle, la promotion d'une meilleure alimentation, l'augmentation de l'activité physique et le maintien du poids santé. Des exemples de ces directives sont offertes par l'*American Heart Association* de concert avec le *American College of Cardiology* (site Web AHA/ACC) et la *European Society of Cardiology* (site Web ESC) sur leurs sites Web respectifs. La gestion des facteurs de risque en tant que composante de la modification du style de vie est fondamentale pour réussir à combattre l'ensemble du problème de la coronaropathie.

Un article récent sur la gestion de la coronaropathie stable a présenté des preuves au regard des traitements actuels, y compris les agents pharmacologiques, l'ICP et l'intervention de pontage aortocoronarien par greffe (Yusuf et coll. 2009). L'une des recommandations clés des auteurs est de fournir les soins les plus adéquats et d'entreprendre une réévaluation clinique si la condition du patient change. Toutefois, ceux-ci ne tiennent pas compte de l'évaluation subjective du patient dans la gestion de la coronaropathie, ce qui constitue une lacune de leur article. Il est sans doute important d'évaluer objectivement l'évolution de la coronaropathie et l'efficacité du traitement grâce à des examens diagnostiques, mais des données subjectives comme des questionnaires sur la QV peuvent aussi fournir une information utile. La signification subjective de la maladie n'a pas été examinée en profondeur et dans une perspective clinique, il est beaucoup plus facile de quantifier le soulagement de symptômes que de se baser sur la QV telle que déclarée par le patient. Cependant, la QV peut révéler une information importante que les données cliniques ne permettent pas d'obtenir.

## **La qualité de la vie et la coronaropathie**

La QV ne tient pas seulement compte de la santé physique, mais porte aussi sur des aspects émotionnels, sociaux et fonctionnels de la vie, ce qui constitue un avantage. Le point de vue du médecin et le point de vue du patient peuvent différer grandement et ce que le médecin peut qualifier « d'intervention réussie » peut ne pas être perçu de la même manière par le patient ou sa famille. L'examen des deux points de vue permet de s'assurer que les patients et les professionnels des soins de santé fixent des objectifs réalistes par rapport aux attentes consécutives à une intervention, en particulier après une chirurgie cardiaque. Bien que le point de vue du patient soit important, l'information sur la QV peut provenir de plusieurs sources : les médecins, les infirmières, les conjoints et les familles. L'autre avantage de mesurer la QV est que ces données subjectives sont relativement peu coûteuses et que l'information est relativement facile à obtenir. En regard des coûts reliés à la coronaropathie et de sa nature chronique, l'évaluation combinant des méthodes objectives et subjectives devient plus courante. Il existe des questionnaires spécifiques pour mesurer l'angine comme le *Seattle Angina Questionnaire* (Spertus et coll. 1995). Bien que ce dernier soit un outil d'évaluation validé et utile, il se concentre uniquement sur les limitations qu'entraîne l'angine (limitations physiques, stabilité de l'angine, fréquence de l'angine, satisfaction

par rapport au traitement et perception de la maladie). Le questionnaire MacNew a aussi été conçu spécifiquement pour mesurer la QV chez les patients ayant une maladie du cœur (Hofer et coll. 2004), même si sa capacité de discrimination a été mise en doute (Maes et coll. 2008).

Bien que beaucoup d'études prétendent évaluer la QV avec une coronaropathie, il n'existe aucun consensus quant aux aspects de la QV qui devraient être mesurés. Cependant, plusieurs variables sont fréquemment mentionnées : i) la capacité fonctionnelle (y compris le fonctionnement physique, intellectuel, social et émotionnel); ii) les perceptions (degrés de bien-être et de satisfaction de la vie); iii) les effets des symptômes de la maladie (Hofer et coll. 2006, Hawkes et coll. 2006, Bowling 1995). Dans la littérature, le fonctionnement de la personne du point de vue physique, émotionnel et social, ainsi que les effets des symptômes sur le fonctionnement (p. ex. entreprendre des AVQ) sont les principales questions concernant les patients atteints de coronaropathie. On critique fréquemment la terminologie interchangeable en usage, en particulier la QV, la qualité de vie liée à la santé, l'état de santé et la capacité fonctionnelle. Dans le cadre du présent article, la QV portera spécifiquement sur la qualité de vie liée à la santé en rapport avec la capacité fonctionnelle et les symptômes.

## La mesure de la QV

Pour étudier la QV, il importe de choisir un outil adéquat qui porte sur toutes les facettes pertinentes. On notera que les questionnaires sur la QV peuvent être séparés en deux catégories : ceux qui sont spécifiques à une maladie (comme le *Seattle Angina Questionnaire*, le questionnaire MacNew et le *Sickness Impact Profile*) et ceux qui sont génériques comme le *Nottingham Health Profile* (NHP) et le *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) (Ware et coll. 1994). Le questionnaire SF-36 est largement utilisé chez les cardiaques et il évalue la qualité de vie liée à la santé physique (fonctionnement physique, limitations de rôle dues à la santé physique, douleurs corporelles, énergie et perceptions concernant la santé en général) et à la santé émotionnelle (santé mentale, fonctionnement social et limitations de rôle dues à des problèmes émotionnels). Les personnes enregistrant de faibles résultats dans les domaines physiques (fonctionnement physique, limitations de rôle dues à la santé physique, douleur physique, fonctionnement social, énergie et vitalité) peuvent avoir des difficultés à réaliser des AVQ en raison de leur état. Les autres principaux avantages du SF-36 sont la possibilité d'obtenir des résultats sommaires pour les aspects physique et mental de la santé et de différencier les problèmes de santé physique de ceux de santé mentale.

Le questionnaire SF-36 a été utilisé conjointement avec des informations cliniques pour prédire la mortalité après une chirurgie cardiaque (Rumsfeld et coll. 1999), dans les cas d'admission imprévue à l'hôpital de patients atteints de maladie chronique (Pearson et coll. 1999), chez les octogénaires (Fruitman et coll. 1999) et par le biais d'entrevues téléphoniques (Herzog et Kulka 1989). Le SF-36 se prête à divers tableaux cliniques de maladies, à divers groupes d'âge et se combine à différentes méthodes. On a critiqué le SF-36, entre autres, parce que le questionnaire comporte 36 questions, et de ce fait, on a développé la version SF-12. Une autre préoccupation relative au SF-36 concerne l'obligation de procéder à une recodification et le fait de devoir passer par plusieurs étapes d'analyse pour obtenir des résultats sommaires.

Dans le cas d'un IDM, le traitement des patients comporte une ICP urgente ou une thrombolyse pour minimiser le dommage au myocarde. Il est donc impossible d'étudier la QV en raison de la nature délétère du tableau clinique de l'IDM. Toutefois, des études ont montré une corrélation entre l'angine et la QV. Fitzsimons et coll. (2000) ont constaté une relation importante entre la morbidité et la gravité de l'angine (tel que quantifié par le SF-36), de même qu'un lien significatif entre la capacité fonctionnelle et le degré d'angine ( $p < .005$ ). Les résultats ont montré une diminution des variables dans certains domaines chez les patients inscrits sur la liste d'attente depuis six mois à un an en vue d'intervention de pontage aortocoronarien par greffe. Il semblerait que les patients

atteints d'angine présentent des problèmes physiques et psychologiques importants, plus particulièrement ceux en attente d'une chirurgie cardiaque.

Les patients nécessitant une chirurgie cardiaque veulent connaître les risques et les avantages de l'opération. Plusieurs études récentes sur la QV soulignent les avantages à long terme d'une intervention de pontage aortocoronarien par greffe (Lee 2008, Herlitz et coll. 2000, Caine et coll. 1999) en matière de santé physique, d'absence de symptômes et d'amélioration de la capacité fonctionnelle. Toutefois, l'intervention de pontage aortocoronarien par greffe n'est pas curative et souvent les symptômes reviennent, particulièrement l'angine. Chez les patients qui souffrent d'angine plusieurs années après l'intervention de pontage aortocoronarien par greffe, on constate un lien significatif entre la présence des symptômes et de limitations dans les activités et un déclin de leurs fonctions physiques (Herlitz et coll. 2000, Caine et coll. 1999). Fait intéressant, des études ont analysé les paramètres cliniques en relation avec la capacité fonctionnelle du patient, c'est-à-dire que l'on fait la corrélation entre la fonction cardiaque réduite d'une personne et l'évaluation subjective de sa QV. Caine et coll. (1999) ont mentionné qu'une fonction ventriculaire gauche altérée constitue un facteur prédictif de la capacité fonctionnelle du patient par analyse multidimensionnelle. Autre élément d'intérêt, une mauvaise qualité de vie liée à la santé constatée avant une opération était aussi un puissant facteur prédictif d'une qualité de vie liée à la santé réduite cinq ans après la chirurgie. Les questionnaires sur la QV peuvent donc aider à surveiller les symptômes des patients et, par conséquent, leur capacité fonctionnelle après une intervention de pontage aortocoronarien par greffe.

## **Les facteurs nuisant à la QV des patients atteints de coronaropathie**

Plusieurs facteurs nuisent à la QV et il importe de traiter ces variables dans toute étude de la QV. Ces principales variables sont la dépression, l'anxiété et l'existence d'autres maladies ou affections sous-jacentes. Il importe d'envisager ces facteurs pour planifier et gérer les soins aux patients et en particulier pour planifier des programmes de réadaptation cardiaque. Il existe d'autres facteurs pouvant nuire à la QV en rapport avec l'environnement et les déterminants sociaux de la santé (Lee et Carrington 2007).

Au cours de la dernière décennie, la prévalence de la dépression a été fréquemment signalée et il est maintenant démontré que la dépression constitue un important facteur de risque associé à la coronaropathie. Les estimations du pourcentage des patients atteints de coronaropathie qui vivent des symptômes dépressifs varient entre 10 et 40 % (Ruo et coll. 2003, Sheps et Shepard 2001). La dépression constitue un facteur de risque primaire et secondaire de mortalité et de morbidité des patients atteints de coronaropathie et ne dépend pas de facteurs de risque classiques comme le tabagisme, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie. Les directives recommandent que tous les patients atteints de coronaropathie soient évalués pour la dépression (Lichtman et coll. 2008).

La dépression présente une forte corrélation avec la présence de l'angine dans une population atteinte de coronaropathie (Frasure-Smith et coll. 2005) et la gravité de l'angine est liée à la QV (Pocock et coll. 1996). Une autre étude a démontré que l'angine est une variable prédictive d'une plus mauvaise qualité de vie liée à la santé du point de vue émotionnel, physique et social, ainsi que d'un niveau plus élevé de dépression selon le questionnaire SCL-90 (Gravely-White et coll. 2007). Les auteurs notaient que lors d'un suivi de six semaines, les patients atteints d'angine mentionnaient une QV considérablement plus mauvaise. Il est évident que les symptômes de l'angine chez les patients atteints de coronaropathie nuisent à la qualité de la vie et l'existence de dépression ou de symptômes dépressifs nuit sensiblement à la QV.

Quant au fardeau de la maladie, la présence de dépression chez les patients atteints de coronaropathie est associée à une augmentation de l'utilisation des soins de santé et à des taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence plus élevés (Jiang 2008). La plupart des études se sont

attardées sur les dépressions majeures diagnostiquées cliniquement, mais il existe des preuves pour appuyer les effets chez les patients des symptômes dépressifs autodéclarés. De faibles degrés de symptômes dépressifs peuvent permettre de prévoir le risque de coronaropathie. Une des conclusions intéressantes de ces études concerne l'importance de l'autodéclaration et celle-ci mérite d'être examinée. Une étude a démontré que la perception du patient de son état de santé cardiaque est un facteur prédictif indépendant de la mortalité à long terme chez les patients atteints de coronaropathie (Spertus et coll. 2002). Une plus forte perception du fardeau de la maladie est aussi déclarée chez les patients déprimés comparativement aux patients non déprimés (Ruo et coll. 2003). Une étude a démontré qu'un manque d'amélioration fonctionnelle chez des patients déprimés six mois après une chirurgie cardiaque illustre une dépression touchant la santé physique et la capacité fonctionnelle autant que la santé mentale. On recommande généralement une meilleure évaluation psychologique des patients subissant une intervention de pontage aortocoronarien par greffe et une meilleure gestion de ceux qui présentent des symptômes dépressifs mettant l'accent sur l'amélioration de leur qualité de vie après la chirurgie (Goyal et coll. 2005, Mallick et coll. 2005, Hofer et coll. 2006). On prescrit couramment des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pour traiter la dépression qui sont efficaces dans la réduction des symptômes et sécuritaires sur le plan pharmacologique. Cependant, il n'y a pas de consensus concernant la manière optimale de traiter la dépression chez les patients atteints de coronaropathie selon trois grandes études ayant examiné l'utilisation des antidépresseurs chez les patients présentant une dépression majeure (SADHART, ENRICH et CREATE).

On a aussi analysé l'anxiété en tant qu'état psychologique en relation avec la coronaropathie, mais le nombre de données probantes est insuffisant. On indique une prévalence de l'anxiété chez les patients atteints de coronaropathie de 36 % et de 45 % dans le cas des troubles de l'anxiété présents tout au long de la vie. Certaines études ont signalé un lien entre l'anxiété et le développement et la récurrence de la coronaropathie (Shen et coll. 2008, Todaro et coll. 2007, Lavie et Milani, 2004). On a signalé chez des patients de coronaropathie une forte prévalence d'anxiété généralisée et des symptômes d'anxiété variant de modérés à graves (Lavie et Milani 2004). Une étude longitudinale de 12 ans a confirmé l'importance de l'anxiété dans les cas d'IDM (Shen et coll. 2008). Dans l'étude *Normative Ageing Study*, on a établi que l'anxiété était un facteur prédictif d'IDM chez les hommes de plus de 60 ans. Bien qu'il faille tenir compte d'un grand nombre de variables semant la confusion lorsqu'on étudie le rôle de l'anxiété dans la coronaropathie et des événements découlant de la coronaropathie, il existe des preuves pour soutenir que l'anxiété constitue un facteur de risque indépendant pour les patients atteints de coronaropathie.

Enfin, la présence d'une maladie comorbide a un effet sur la QV des patients atteints de coronaropathie. Tel que souligné par Netuveli et coll. (2005), il peut exister une augmentation par un facteur quatre de limitation fonctionnelle chez les patients atteints d'affections chroniques et il apparaît important que les professionnels de la santé réalisent l'effet négatif d'une maladie chronique sur la QV. Chez les patients atteints de coronaropathie qui ont subi une intervention de pontage aortocoronarien par greffe et qui avaient une maladie comorbide, il existait beaucoup plus de symptômes (angine et essoufflement) et un taux plus élevé d'IDM avant et après l'opération (Lee 2009). L'étude signalait aussi que la majorité des patients perçoivent leur qualité de vie comme bonne cinq ans après l'opération, bien que la présence de maladie comorbide ait un effet négatif sur la QV physique (Lee 2009). Sawatzky et coll. (2005) ont constaté que les patients atteints d'une maladie chronique ont tendance à faire moins d'activité physique, ce qui peut détériorer leur QV physique et aggraver des problèmes comme l'immobilité et la douleur. Le défi semble résider dans l'équilibre entre les symptômes de maladie chronique des comorbidités et la maximisation des avantages des interventions cardiaques. La coronaropathie est une maladie évolutive et bien que les procédures cherchent à en soulager les symptômes, elles ne la guérissent pas. L'importance du suivi et de la gestion des autres affections comorbides est essentielle pour maximiser la QV physique.

Le défi pour les professionnels de la santé est d'évaluer les patients, de reconnaître et de traiter ces variables qui peuvent parfois semer la confusion et de finalement améliorer la QV du patient. En fin de compte, une question demeure : « comment peut-on réaliser cela? »

## **L'amélioration des résultats de la coronaropathie**

L'une des principales méthodes visant à améliorer les résultats en coronaropathie est le recours aux programmes de réadaptation cardiaque comportant la promotion de l'activité physique, l'amélioration de l'alimentation et l'arrêt du tabagisme. Les avantages des programmes de réadaptation cardiaque sont bien établis (Lavie et coll. 2009) (à la maison ou à l'hôpital) concernant les paramètres physiologiques et l'amélioration de l'état psychologique chez les personnes âgées, ainsi qu'en matière d'efficacité par rapport au coût. Il faut aussi ajouter qu'un nombre important de patients abandonnent ou ne participent pas aux programmes de réadaptation. Toutefois, étant donné l'importance des modifications comportementales du style de vie, chaque programme de réadaptation cardiaque doit inclure tous les facteurs de risque susceptibles d'être modifiés.

Les avantages positifs de l'exercice en rapport à la prévention primaire et secondaire de la coronaropathie sont bien documentés (Hakim et coll. 1999, Steptoe 1992). L'activité physique diminue la tension artérielle au repos, augmente le taux de cholestérol sérique (LHD) et diminue le taux de triglycérides indépendamment de toute perte de poids (Lean 1998). En conséquence, le *Chief Medical Officer* du Royaume-Uni recommande un minimum de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, cinq jours ou plus par semaine (Department of Health 2004). Les avantages de l'activité physique ont été signalés chez des patients atteints de coronaropathie (Ayabe et coll. 2004, Aldana et coll. 2003, Schairer et coll. 2003).

Des programmes pour aider les patients à arrêter de fumer sont aussi offerts, car une étude récente a démontré au cours d'un essai clinique comparatif à répartition aléatoire que les programmes hospitaliers pour arrêter de fumer sont efficaces chez les patients atteints de coronaropathie. Les patients étaient répartis dans un groupe intensif ou un groupe minimal. Les résultats ont démontré une adhésion considérablement plus élevée dans le groupe intensif par rapport à celle du groupe minimal ( $p < 0.001$ ) (Smith et Burgess 2009).

L'examen des constatations cliniques objectives, conjointement avec l'expérience personnelle subjective du patient, assure une bonne compréhension de la QV du patient. Ce faisant, la possibilité d'améliorer les soins dispensés au patient est augmentée. Cette information pourrait être utile lorsqu'on conseille les patients sur l'activité physique après une intervention de pontage aortocoronarien par greffe et qu'on fixe des objectifs réalistes de réadaptation. Les recommandations suivantes sont proposées pour améliorer la QV chez les patients atteints de coronaropathie.

## **Recommandations**

Les questionnaires sur la QV devraient être intégrés aux pratiques cliniques pour aider à évaluer la QV chez les patients atteints de coronaropathie, particulièrement dans les procédures de suivi longitudinal.

On devrait évaluer la dépression chez tous les patients, étant donné que ce facteur de risque est maintenant considéré comme un facteur indépendant chez les patients atteints de coronaropathie.

Les patients devraient être dirigés vers un programme de réadaptation cardiaque réalisé selon une approche multidisciplinaire pour faire en sorte que leurs facteurs de risque comportementaux soient pris en charge de façon optimale, et s'assurer que ceux-ci respectent leur médication.

Lorsqu'on fixe des objectifs de réadaptation pour les patients, on doit tenir compte de facteurs comme les affections comorbides afin que les objectifs définis soient réalistes et réalisables.

## **Conclusion**

Les études ont démontré que les personnes ayant des problèmes de santé physique ont souvent une mauvaise QV. Le besoin de disposer de données provenant du patient laisse entrevoir que les chercheurs devraient concevoir et tester des stratégies de collecte de données cliniques adéquates et permettre aux professionnels de la santé de combiner leurs mesures cliniques objectives à l'expérience subjective personnelle du patient. Étant donné que la coronaropathie est une maladie évolutive, il importe d'examiner la QV tant à court qu'à plus long terme, particulièrement à la suite d'opérations. Ce corpus de connaissances met en évidence des problèmes de santé physique et émotionnelle, bien que l'influence de l'humeur et la présence de maladies comorbides sur la QV ne puissent être ignorées. L'administration de questionnaires sur la QV demande peu de temps et d'argent, et permet une évaluation subjective régulière. Avec un peu de chance, l'utilisation de cette technique pourrait faire en sorte d'améliorer les soins dispensés aux patients et de favoriser le dépistage précoce des symptômes de la coronaropathie.

## **Bibliographie**

- Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins A, et al. 2003. Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart and Lung* 32:374-382.
- American College of Cardiology/American Heart Association. 2009. ACC/AHA Joint Guidelines. Available from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3004542>. Accessed on Jan 1 2010.
- American Heart Association. 2008. Heart Disease and Stroke Statistics: 2008 Update. Texas: American Heart Association.
- Ayabe M, Brubaker PH, Dobrosielski D, Miller HS, et al. 2004. The physical activity patterns of cardiac rehabilitation program participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 24:80-86.
- Bowling A. 1995. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.
- Caine N, Sharples LD, Wallwork J. 1999. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting: Outcome at five years. *Heart* 81:347-351.
- Department of Health. 2004. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London: Department of Health.
- European Society of Cardiology. 2008. Clinical Practice Guidelines. Available from: <http://www.escardio.org/guidelines>. Accessed Jan 1 2010.
- Fitzsimons D, Richardson SG, Scott ME. 2000. Prospective study of clinical and functional status in patients awaiting coronary artery bypass graft surgery. *Coronary Health Care* 4(3):117-122.
- Frasure-Smith N, Lesperance F. 2005. Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Psychosomatic Medicine* 67(S1):S19-S25.



- Fruitman DS, MacDougall CE, Ross DB. 1999. Cardiac surgery in octogenarians: can elderly patients benefit? Quality of life after cardiac surgery. *Annals of Thoracic Surgery* 68(6):2129-2135.
- Goyal TM, Idler EL, Krause TJ, Contrada RJ. 2005. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine* 67(5):759-765.
- Gravelly-Witte S, De Gucht V, Heiser W, Grace SL, Van Elderen T. 2007. The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illness* 3(1):66-76.
- Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, et al. 2003. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *Journal of the American Medical Association* 290:891-897.
- Hakim AA, Curb D, Petrovitch H, Rodriguez BL, et al. 1999. Effects of walking on coronary heart disease in elderly men. *Circulation* 100:9-13.
- Hawkes AL, Nowak M, Bidstrup B, Speare R. 2006. Outcomes of coronary artery graft surgery. *Vascular Health Risk Management* 2(4):477-484.
- Herlitz J, Wiklund I, Sjolund H, Karlson BW, et al. 2000. Impact of age on improvement in health-related quality of life five years after coronary artery bypass grafting. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine* 32:41-48.
- Herzog AR, Kulka RA. 1989. Telephone and mail surveys with older populations: A methodological overview. In: Lawton MP, Herzog AR, editors. *Special research methods for gerontology*. Amityvill (NY): Baywood. p. 63-89.
- Hofer S, Doering S, Rumpold G, Oldridge N, Benzer W. 2006. Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation* 13(3):398-406.
- Hofer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. 2004. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health and Quality of Life Outcomes* 2:3. Doi:10.1186/1477-7525-2-3.
- Jiang W, O'Connor C, Silva S, Kuchibhatla M, et al. 2008. Safety and Efficacy of Sertraline for Depression in Patients with CHF (SADHART-CHF): A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for major depression with congestive heart failure. *American Heart Journal* 156(3):437-444.
- Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. 2009. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clinic Proceedings* 84(4):373-83
- Lavie CJ, Milani RV. 2004. Prevalence of anxiety in coronary patients with improvement following cardiac rehabilitation and exercise training. *American Journal of Cardiology* 93(3):336-339.
- Lean M. 1998. *Clinical handbook of weight management*. London: Martin Dunitz publishers.

- Lee G. 2008. Patients reported health related quality of life five years post Coronary Artery Bypass Graft Surgery- a methodological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7(1):67-72.
- Lee G. 2009. Comorbid illness affects health-related quality of life after Coronary Artery Bypass Surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26(3):24-31.
- Lee G, Carrington M. 2007. Tackling heart disease and poverty. *Nursing and Health Sciences* 9(4):290-294.
- Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, et al. 2008. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 118(17):1768-1775.
- Maes S, DeGucht V, Goud R, et al. 2008. Is the MacNew quality of life questionnaire a useful diagnostic and evaluation instrument for cardiac rehabilitation? *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation* 15(5):516-520.
- Mallick S, Krumholz HM, Lin ZQ, et al. 2005. Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Circulation* 111:271-277.
- Mensah, GA, Brown DW, Croft JB, Greenlund KJ. 2005. Major coronary risk factors and death from Coronary Heart Disease. *American Journal of Preventive Medicine* 29(5S1):68-74.
- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. 2005. Functional limitation in long standing illness and quality of life: evidence from a national survey. *British Medical Journal* 331:1382-1383.
- Pearson S, Stewart S, Rubenbach S. 1999. Is health-related quality of life among older, chronically ill patients associated with unplanned readmission to hospital? *Australian and New Zealand Journal of Medicine* 29:701-706.
- Pocock SJ, Henderson RA, Rickards AF, Hampton JR, et al. 1995. Meta-analysis of randomised trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet* 346:1184-1189.
- Rumsfeld JS, Mawhinney S, McCarthy M, Shroyer AL, et al. 1999. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. Participants of the department of Veterans Affairs Cooperative Study Group in processes, structures and outcomes of care in cardiac surgery. *Journal of American Medical Association* 281(14):1298-1303.
- Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. 2003. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *Journal of the American Medical Association* 290(2):215-221.
- Sawatzky R, Liu-Ambrose T, Miller W, Marra CA. 2007. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 5:68. Doi: 10.1186/1477-7525-5-68.

- Schairer JR, Keteyian SJ, Ehrman JK, Brawner CA, Berkebile ND. 2003. Leisure time physical activity of patients in maintenance cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 23:260-265.
- Schömig A, Mehilli J, de Waha A. 2008. A Meta-Analysis of 17 Randomized Trials of a Percutaneous Coronary Intervention-Based Strategy in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 52:894-904.
- Shaw L, Berman DS, Maron DJ, et al. 2008. Optimal Medical Therapy With or Without Percutaneous Coronary Intervention to Reduce Ischemic Burden. Results From the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) Trial Nuclear Substudy. *Circulation* 117:1283-1291.
- Shen BJ, Avivi YE, Todaro FJ, et al. 2008. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men: The unique contribution of anxiety among psychologic factors. *Journal of American College of Cardiology* 51:113-119.
- Sheps DS, Shepard D. 2001. Depression, anxiety and cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *Journal of Clinical Psychology* 62 (Suppl 8):12-16.
- Smith PM, Burgess D. 2009. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 180(13):1297–1303.
- Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. 1995. Development and Evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease. *Journal of American College of Cardiology* 25(2):333-41.
- Spertus JA, Jones P, McDonell M, et al. 2002. Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. *Circulation* 106:43-49.
- Steptoe A. 1992. Physical activity and psychological well-being. In: Norgan NG, editor. *Physical health and activity*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 207-229.
- Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD, Tilkemier PL, Niaura R. 2007. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 27(2):86-91.
- Vasan RS, Sullivan LM, Wilson PWF, et al. 2005. Relative importance of borderline and elevated levels of coronary heart disease risk factors. *Archives of Internal Medicine* 142:393–402.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994. *The SF-36: Physical and mental health summary scores: a user's manual*. Boston (MA): The Health Institute.
- Yusuf S, Natarajan M, Karthikeyan G, Taggart D. 2009. Management of stable angina. *British Medical Journal* 339:2789.