



COMMUNIQUÉ **Pour diffusion immédiate**

UN MÉDICAMENT POUR RÉDUIRE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE AMÉLIORE LA CAPACITÉ À L'EFFORT CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'ANGINE STABLE

*L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL
PRÉSENTE LES RÉSULTATS D'UN TOUT RÉCENT ESSAI CLINIQUE*

Montréal, le 29 octobre 2008 – Les résultats d'un tout récent essai clinique présentés aujourd'hui au Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire 2008 à Toronto montrent pour la première fois que l'ajout d'un agent réduisant la fréquence cardiaque de façon sélective, l'ivabradine, au traitement standard chez des patients souffrant d'angine de poitrine stable améliore leur capacité à l'effort au-delà des standards actuels.

L'étude randomisée à double insu d'une durée de quatre mois mettait à contribution presque 900 patients du Canada et d'ailleurs dans le monde souffrant de coronaropathie et ayant un historique d'angine de poitrine stable. L'objectif de l'étude était de déterminer si le traitement avec ivabradine pouvait améliorer la capacité à l'effort de ces patients au-delà de celle obtenue à l'aide du traitement standard. En plus de leur traitement de base par bêtabloquants (aténolol 50 mg par jour), les patients ont reçu ivabradine 5 mg deux fois par jour pendant deux mois augmenté à 7,5 mg deux fois par jour chez 87,5 % des patients pendant deux mois additionnels ou un placebo pendant quatre mois.

« Ces données confirment que l'ajout d'ivabradine au traitement standard actuellement disponible accroît substantiellement la capacité à l'effort et est bien toléré, a déclaré le D^r Jean-Claude Tardif, investigateur principal de l'étude, directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal et professeur de médecine à l'Université de Montréal. Pour les patients qui souffrent d'angine de poitrine stable, ces résultats sont très encourageants, particulièrement en raison des problèmes de tolérance liés aux doses élevées de bêtabloquants. Par conséquent, les patients n'obtiennent souvent pas une réduction optimale de leur fréquence cardiaque lorsque traités seulement à l'aide d'une thérapie standard. »

Une analyse des données recueillies à partir d'épreuves d'effort sur tapis roulant montre que par rapport aux patients ayant seulement été traités à l'aide des doses standards de bêtabloquants, les patients recevant ivabradine en plus d'un bêtabloquant (n = 441) ont triplé l'augmentation de leur capacité à l'effort après quatre mois. De plus, après quatre mois de traitement, la combinaison ivabradine et bêtabloquant a été associée à une réduction de la fréquence cardiaque moyenne de neuf battements par minute (bpm), comparativement à une réduction d'un bpm chez les patients traités seulement par bêtabloquants. Les patients recevant la combinaison ivabradine et bêtabloquant ont de plus montré des améliorations considérables en ce qui a trait aux symptômes et à l'ischémie, mesurés à l'aide de la durée de l'effort avant l'apparition de la douleur angineuse, de la durée de l'effort avant l'apparition de l'angine limitative et de la durée de l'effort avant l'apparition du sous-décalage de 1 mm du segment ST à l'électrocardiogramme.

Ivabradine n'est pas encore disponible au Canada.

À propos de la maladie coronarienne

La maladie coronarienne est la maladie cardiaque potentiellement mortelle la plus fréquente. Elle fait référence au durcissement et au rétrécissement des artères coronaires (athérosclérose) qui causent une diminution du débit sanguin et réduisent l'apport d'oxygène au muscle cardiaque (ischémie). Le manque d'oxygène dans le muscle cardiaque peut causer de l'angine de poitrine (douleurs cardiaques). Si une artère coronaire devient complètement obstruée, une section entière du muscle cardiaque est privée d'oxygène et meurt résultant en un infarctus du myocarde ou crise cardiaque. La maladie coronarienne progresse souvent silencieusement jusqu'à l'apparition des premiers symptômes d'ischémie ou jusqu'à ce qu'une crise cardiaque (infarctus) survienne. Bien que le pronostic des patients souffrant d'une maladie coronarienne se soit considérablement amélioré grâce aux percées en matière de traitement cardiovasculaire, elle constitue encore la principale cause de décès.

Les maladies cardiovasculaires sont responsables de la mort de plus de Canadiens et Canadiennes que toute autre maladie. En effet, au Canada, une personne en meurt toutes les sept minutes. Selon les plus récentes données de Statistiques Canada, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de près d'un décès sur trois au Canada en 2004 (plus de 72 000 décès).

La fréquence cardiaque et la maladie coronarienne

La fréquence cardiaque est un important facteur de la consommation d'oxygène et peut précipiter la plupart des épisodes d'ischémie symptomatiques ou silencieuses. Par conséquent, la diminution de la fréquence cardiaque chez les patients souffrant d'une maladie coronarienne réduit le besoin en oxygène du cœur. Un certain nombre d'études épidémiologiques ont montré que la fréquence cardiaque est un prédicteur important et indépendant d'événements cardiovasculaires chez un vaste éventail de patients, y compris ceux aux prises avec une maladie coronarienne et après un infarctus. Les risques semblent être particulièrement évidents pour des fréquences cardiaques supérieures à 70 battements par minute.

À propos de l'Institut de Cardiologie de Montréal

Fondé en 1954 par le D^r Paul David, l'Institut de Cardiologie de Montréal vise constamment les plus hauts standards d'excellence dans le domaine cardiovasculaire par son leadership en prévention, en soins ultraspécialisés, en formation des professionnels, en recherche clinique et fondamentale et en évaluation des nouvelles technologies. Il est affilié à l'Université de Montréal et ses résultats sont parmi les meilleurs au monde.

Le Centre de recherche de l'ICM a commencé ses travaux en 1976 et compte de grandes réalisations depuis sa création. Aujourd'hui, il compte 500 employés, étudiants et chercheurs. La caractéristique la plus représentative de l'ICM est l'équilibre qu'il réussit à maintenir entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et les soins cliniques. Ses recherches portent principalement sur les maladies vasculaires, la fonction du myocarde et l'électrophysiologie. Ses chercheurs contribuent également à l'avancement des connaissances et aux applications médicales de la génomique (notamment la génétique et la pharmacogénomique), des biomarqueurs et de la cardiologie préventive. Pour en savoir plus sur l'Institut, visitez notre site web à www.icm-mhi.org.

À propos de l'Université de Montréal

Montréalaise par ses racines, internationale par vocation, l'Université de Montréal compte parmi les plus grandes universités dans le monde et notamment au sein de la francophonie. Elle a été fondée en 1878, et compte aujourd'hui 13 facultés. Elle forme avec ses deux écoles affiliées, HEC Montréal et l'École Polytechnique, le premier pôle d'enseignement supérieur et de recherche du Québec, le deuxième au Canada et l'un des plus importants en Amérique du Nord. L'Université de Montréal réunit 2 500 professeurs et chercheurs, accueille plus de 55 000 étudiants, offre au-delà de 650 programmes à tous les cycles d'études et décerne quelque 3 000 diplômes de maîtrise et de doctorat chaque année.

– 30 –

Renseignements :

Sylvie Lafrance
HKDP Communications et affaires publiques
Tél. : 514 472-0372
slafrance@hkdp.qc.ca

Source :

Doris Prince
Chef des communications et des relations publiques
Institut de Cardiologie de Montréal