

ET SI C'ÉTAIT MON CŒUR ?



**Avez-vous
un essoufflement inexpliqué,
des oedèmes des chevilles ?**

**Parlez-en à votre médecin
et venez visiter le site
www.heartfailurematters.org**

JOURNÉE EUROPÉENNE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



Insuffisance cardiaque

Dossier de presse

Le 06 avril 2011

Sommaire

Société Française de Cardiologie
et Fédération Française de Cardiologie
Journée Européenne de l'insuffisance cardiaque –
vendredi 6 mai 2011

« Et si c'était mon cœur ? »

Communiqué de presse	03
Société Française de Cardiologie et Fédération Française de Cardiologie Journée Européenne de l'insuffisance cardiaque - vendredi 6 mai 2011 « Et si c'était mon cœur ? »	
Fiche 1	04
Vendredi 6 mai 2011 : Une journée pour s'informer sur l'insuffisance cardiaque	
Fiche 2	07
Insuffisance cardiaque – les points clés à retenir	
Fiche 3	11
Nouveautés thérapeutiques dans le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2010	

Communiqué de presse

Société Française de Cardiologie et Fédération Française de Cardiologie Journée Européenne de l'insuffisance cardiaque vendredi 6 mai 2011

« Et si c'était mon cœur ? »

Paris le 06 avril 2011. À l'occasion de la Journée Européenne de l'Insuffisance Cardiaque, le vendredi 6 mai 2011, le groupe de travail « Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies » de la Société Française de Cardiologie (SFC) lance avec l'appui de la Fédération Française de Cardiologie (FFC) un dispositif d'information auprès du grand public et des professionnels de santé sur cette pathologie. Ce dispositif d'information se déclinera en trois points :

1. **Des conférences grand public seront organisées dans les CHU de Lille, Toulouse, Nantes, Rennes et Paris** pour informer sur cette pathologie grave et fréquente qui touche environ 1 million de personnes en France et 15 millions en Europe. Ces réunions d'information auront pour but de sensibiliser le grand public sur cette pathologie, les progrès thérapeutiques et l'amélioration de la prise en charge des patients. La liste des différentes manifestations est disponible dans le dossier de presse joint et réactualisée en continu sur le site www.sfcardio.fr.
2. **Un site internet de référence sur l'insuffisance cardiaque pour le grand public et les professionnels de santé.** Pour en savoir plus sur l'insuffisance cardiaque, les médecins généralistes, les infirmières et les patients peuvent se rendre sur le site européen www.heartfailurematters.org ou sur sa version française www.insuffisance-cardiaque.fr. Ce site permet d'avoir une bonne connaissance des traitements possibles ainsi que le témoignage d'autres patients. Des animations – destinées aux utilisateurs de tout âge – expliquent d'une manière très didactique le fonctionnement du cœur et ce qu'il se produit lorsqu'une personne souffre d'insuffisance cardiaque.
3. **Un kit d'information sur l'insuffisance cardiaque sera mis à la disposition des médecins généralistes.** Ce kit est destiné à les aider dans leur pratique en leur restituant les questions les plus fréquemment posées par les patients lors des conférences du 6 mai et en leur proposant des éléments de réponse. Le kit sera téléchargeable à partir du 29 mai 2011 sur le site de la Société Française de Cardiologie www.sfcardio.fr.

Le dossier de presse complet sur cette journée de sensibilisation se trouve ci-dessous. Il comprend notamment une fiche synthétisant **les nouveautés thérapeutiques réalisées en 2010** dans le domaine de l'insuffisance cardiaque en page 11.

Contact presse :
Emilie Geoffroy-Ponson
i&e Consultants pour la Société
Française de Cardiologie
Tél. 01 56 03 13 15 - egeoffroy@i-e.fr

Fiche 1

Vendredi 6 mai 2011 :

Une journée pour s'informer sur l'insuffisance cardiaque

Le groupe de travail Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies de la Société Française de Cardiologie avec l'Association Européenne de l'insuffisance cardiaque renouvellent en 2011 une journée de sensibilisation vis à vis de l'insuffisance cardiaque. En France, ainsi que dans de nombreux pays d'Europe, **le vendredi 6 mai 2011**, plusieurs conférences seront organisées dans les centres hospitaliers impliqués dans le suivi des patients.

Des conférences grand public dans toute la France :

- A Nantes, de 10h à 14h à l'hôpital Laennec : journée portes ouvertes au réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, Respecti Coeur - 14h à 17h : conférence grand public avec témoignages de patients, en salle de conférence de l'Hôpital Laennec ;
- A Paris, de 13h00 à 15h00 à l'hôpital Lariboisière (Paris) : journée portes ouvertes animée par les équipes paramédicale et médicale, dans l'unité de réadaptation/insuffisance cardiaque – de 15h00 à 17h00 : conférence grand public à l'amphithéâtre Vigo Petersen, animée par les Drs D.Logeart et F.Beauvais et par l'équipe paramédicale ;
- A Lille, une conférence sera organisée en collaboration avec l'institut Pasteur de Lille le jeudi 5 mai de 18h00 à 20h00 ;
- A Rennes, de 14h30 à 16h30 à l'Hôpital Pontchaillou.

La liste des manifestations actualisées en continu est disponible sur le site www.sfcardio.fr.

Un site internet de référence sur l'insuffisance cardiaque : www.insuffisance-cardiaque.fr



The screenshot shows the homepage of www.heartfailurematters.org. The header includes the website logo, navigation links for 'Glossaire', 'Liens utiles', and 'Outils pratiques', and a search bar. Below the header is a navigation menu with categories: 'Comprendre l'Insuffisance Cardiaque', 'Ce que votre Médecin peut faire', 'Ce que vous pouvez faire', 'Vivre avec l'Insuffisance Cardiaque', 'Pour les soignants', 'Signes d'alerte', and 'FAQ'. The main content area features a woman's portrait with flags of Germany, UK, Spain, France, and Poland, indicating multilingual support. A large headline reads: 'Plusieurs dizaines de millions de personnes souffrent d'insuffisance cardiaque dans le monde.' Below this, a text block states: 'Une meilleure compréhension de cette maladie et des changements simples permettraient à de nombreuses personnes de vivre une vie pleine et active. Aujourd'hui, prenez votre santé en main !' To the right is a photo of an elderly couple. Below the text is an anatomical diagram of a heart. A section titled 'Voyage à travers l'insuffisance cardiaque' describes a series of simple animations about the condition and its treatment. On the left side, there are sections for 'Expériences de patients' (Partagez l'expérience d'autres patients qui livrent leurs témoignages) and 'Questions pour votre médecin' (Tirez profit de votre prochaine visite).

L'Association Européenne de l'insuffisance cardiaque « Heart Failure Association » (insuffisance cardiaque en français) a lancé un site européen www.heartfailurematters.org dont l'objectif est de donner des informations pratiques à l'intention des patients, des familles et du personnel soignant. Anna, un personnage animé parlant 5 langues vous accueille et vous aide à naviguer sur le site pour trouver l'information dont vous avez besoin. Ce site est totalement traduit en français et les internautes peuvent également le trouver en tapant www.insuffisance-cardiaque.fr. La traduction de ce site web a été assurée par les membres du groupe de travail Insuffisance Cardiaque de la Société Française et financée par la Fédération Française de Cardiologie. Il fournit des informations pratiques aux patients, médecins généralistes, infirmières et familles concernant le mode de vie, les traitements, les appareils et le diagnostic de cette maladie. Des animations – destinées aux utilisateurs de tout âge – expliquent d'une manière très didactique le fonctionnement du cœur et ce qu'il se produit lorsqu'une personne souffre d'insuffisance cardiaque. Le site web interactif permet de favoriser une auto prise en charge des patients et les aider à mieux identifier les signes d'alerte afin qu'ils préviennent leur médecin suffisamment en avance.« www.insuffisance-cardiaque.fr est un outil très intéressant pour l'éducation des patients et de leur famille, il leur permet d'avoir une bonne

connaissance des traitements possibles ainsi que le témoignage d'autres patients » explique un médecin généraliste de la région nantaise qui l'utilise dans sa pratique quotidienne.

Quelques questions que vous vous posez peut-être sur l'insuffisance cardiaque !

Quelle est la gravité de l'insuffisance cardiaque ? Quelles sont les questions à poser à mon médecin ? Quels sont les signes qui doivent m'alerter ? Est-ce que cette maladie concerne aussi les jeunes ? Est-ce que je peux continuer à faire du sport ? Est-ce que je peux voyager ? Comment puis-je aider un proche souffrant d'insuffisance cardiaque ? Les réponses à ces questions, ainsi que beaucoup d'autres informations, des animations, des témoignages et des conseils pratiques se trouvent sur le site www.insuffisance-cardiaque.fr

Fiche 2

Insuffisance cardiaque – les points clés à retenir

■ Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, qui est due à une faiblesse et/ou à une trop grande rigidité de la pompe cardiaque. Le cœur ne pompe pas suffisamment bien le sang ou alors avec une augmentation de la pression sanguine dans le cœur, puis la circulation sanguine diminue et l'ensemble du corps ne reçoit pas assez d'oxygène et d'éléments nutritifs pour lui permettre de fonctionner normalement. Les organes insuffisamment perfusés fonctionnent alors au ralenti ce qui explique les symptômes : l'essoufflement, la toux, la respiration sifflante, la rétention d'eau, le gonflement des chevilles, la fatigue/lassitude, les vertiges, les palpitations rythme cardiaque rapide, la perte d'appétit, le besoin d'uriner la nuit. En plus des symptômes physiques de l'insuffisance cardiaque, certaines personnes peuvent être affectées par la gravité et la sévérité de la maladie et peuvent éprouver des symptômes d'ordre émotionnel, tels que la dépression et l'anxiété.

■ Quelles sont les causes de cette pathologie ?

L'insuffisance cardiaque est la conséquence de nombreuses maladies cardiovasculaires, particulièrement l'hypertension artérielle, le diabète, l'obstruction des artères coronaires (infarctus) et les anomalies valvulaires, mais est elle aussi parfois due à une maladie du muscle cardiaque d'origine génétique, toxique (alcool ou certaines chimiothérapies), infectieuse (virus), ou de cause encore inconnue ce qui est assez fréquent. Ces nombreuses causes différentes expliquent que cette maladie peut concerner des personnes très différentes (hommes ou femmes, personnes âgées mais aussi parfois très jeunes, mauvaises habitudes de vie ou non, etc ...

■ Combien de personnes sont touchées ?

C'est une maladie grave, invalidante et fréquente qui touche 1 million de personnes en France et 15 millions en Europe. Les cas d'insuffisance cardiaque sont en hausse dans la population.

L'insuffisance cardiaque est la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour les patients âgés de plus de 65 ans. L'insuffisance cardiaque est caractérisée par une lourde mortalité (50 % à 5 ans à partir de l'apparition des premiers symptômes), un handicap majeur dans la vie quotidienne et des hospitalisations prolongées et récurrentes. Une des priorités de la Loi de santé publique 2004 est de diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Risque de voire apparaitre une insuffisance cardiaque après 40 ans (étude de Framingham/USA / Llyod-Jones, Circulation 2002;106:3068-72)

21 % chez l'homme

20 % chez la femme

Après 55 ans (étude de Rotterdam/EU /Bleumink, Eur Heart J 2004;25:1614-9)

33 % chez l'homme

28.5 % chez la femme

■ Peut-on guérir de l'insuffisance cardiaque ?

Au cours des 15 dernières années des traitements efficaces ont été trouvés grâce à la recherche et permettent aux patients de continuer à vivre une vie saine et active autorisant voyages, sorties et vie professionnelle.

■ Peut-on poursuivre une activité physique avec une insuffisance cardiaque ?

Autrefois contre-indiquée dans l'insuffisance cardiaque (IC), l'activité physique est devenue aujourd'hui un des piliers de la prise en charge du patient IC. On sait maintenant que l'activité physique joue un rôle majeur sur le bon fonctionnement des muscles, des vaisseaux et du cœur. L'insuffisance cardiaque entraîne une fatigue et un essoufflement qui vont de fait entraîner une diminution de l'activité physique du patient. Via divers phénomènes physiopathologiques le manque d'activité physique va retentir sur tout le système cardiovasculaire et musculaire du patient.

C'est ce qu'on appelle le déconditionnement qui ne fait qu'aggraver la fatigue et l'essoufflement que ressent le patient lors d'une activité. La reprise d'une activité physique adaptée progressivement croissante va améliorer le système cardiovasculaire et musculaire. Ce reconditionnement permet une amélioration majeure de l'état du patient. Les symptômes tels que l'essoufflement et la fatigue diminuent nettement et permettent une amélioration de la qualité de vie, une « normalisation » de l'activité sociale voire professionnelle. Une activité physique adaptée peut être effectuée à tout âge. Les modalités sont diverses en fonction des patients, de leur mobilité, de leur lieu d'habitation... Il est possible d'effectuer un réentraînement à l'effort dans le cadre de structures spécialisées tels que les Centres de Réadaptation Cardiaque. En l'absence de structure spécialisée, l'aide d'un kinésithérapeute à domicile peut aider à une remise en condition. Dans tous les cas, le patient doit devenir autonome pour effectuer son activité physique qui doit être poursuivie à long terme. L'arrêt de l'activité physique entraîne une perte des bénéfices obtenus au bout de quelques semaines seulement. L'activité physique est un traitement à part entière : il n'a d'efficacité que si on le suit régulièrement...

■ Quels sont les conseils à donner à une personne atteinte d'une insuffisance cardiaque ?

Suivre son traitement : aux bonnes doses, avec une bonne observance, sous surveillance régulière ;
Adapter sa consommation de sel/ ses diurétiques : une consommation de sel adaptée entre 2 et 4 g/jour est nécessaire chez la plupart des patients IC. Connaître les équivalences en sel des différents aliments, savoir faire ses courses, savoir comment assaisonner ses aliments pour retrouver le goût, savoir comment choisir son menu au restaurant... autant de paramètres indispensables à connaître pour éviter la surcharge en sel ;

L'enquête URCAM Ile de France (2005) menée sur 1040 patients franciliens atteints d'insuffisance cardiaque montrent des problèmes d'observance

6 % oublient de prendre leur traitement et 35 % ne le prennent pas correctement ;
11 % ne se pèsent qu'une fois par mois et 49 % ne consultent pas en cas de prise de poids ;
53 % continuent à saler l'eau de cuisson et 21 % n'ont pas reçu d'explications sur l'alimentation.

Connaître les signes d'alertes et savoir comment réagir : l'objectif est de ne pas être hospitalisé pour une décompensation cardiaque ;

S'impliquer dans sa pathologie : l'implication des patients est primordiale pour concilier les exigences du traitement, les contraintes de la maladie et les projets de vie. L'éducation du patient est très importante pour le suivi. Un plan de prise en charge doit être systématiquement élaboré pour le patient. Il précise les objectifs du traitement et l'organisation du suivi. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque doit également être envisagée sur la durée, dans le cadre d'une collaboration qui implique le patient, son entourage et les professionnels de santé ;

Continuer à avoir des loisirs : les activités de loisirs sont possibles si elles sont adaptées. Le patient peut voyager à condition de connaître un certain nombre de précautions : l'ordonnance en DCI de ses traitements, éviter de mettre ses médicaments en soute, l'impact du changement de climat et du changement d'alimentation sur son état de santé ...

Fiche 3

Nouveautés thérapeutiques dans le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2010

L'année 2010 a été celle du renouveau du traitement de l'insuffisance cardiaque avec l'aboutissement de nombreuses études qui se sont révélées positives. On en attend une évolution des pratiques médicales actuelles et une probable révision des recommandations des sociétés savantes.

Les antagonistes des récepteurs de l'aldostérone devraient ainsi bientôt être indiqués chez l'ensemble des patients souffrants d'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique. En effet, alors que jusqu'à présent ils n'étaient indiqués qu'en post-infarctus du myocarde compliqué de dysfonction ventriculaire gauche ou aux stades avancés de la maladie, l'étude EMPHASIS a démontré l'efficacité de l'éplérénone chez des patients présentant une insuffisance cardiaque systolique légère à modérée. Dans cet essai ayant inclus 2 737 patients en stade II de la NYHA, avec une fraction d'éjection $\leq 30\%$, un débit de filtration glomérulaire ≥ 30 mL/min et une kaliémie ≤ 5 mmol/L, traités de manière optimale, l'éplérénone à la dose de 25 à 50 mg par jour a diminué significativement de 37 % l'incidence des décès cardiovasculaires ou les hospitalisations pour insuffisance après un suivi moyen de 21 mois. L'éplérénone a également diminué significativement de 24 % la mortalité totale, de 42 % les hospitalisations pour insuffisance cardiaque, seule la baisse de 24 % du risque de mort subite n'atteint pas le seuil de significativité en raison d'un manque de puissance statistique. Ce bénéfice marqué se fait au prix d'une augmentation attendue mais modérée de l'incidence des hyperkaliémies (8 % sous éplérénone vs 3,7 % sous placebo) qui ont été exceptionnellement sévères. La tolérance de l'éplérénone s'est révélée bonne avec moins d'arrêts pour effets secondaires que sous placebo.

Les antagonistes du courant If méritent d'être utilisés chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque systolique, en rythme sinusal, présentant une contre-indication aux bêtabloquants et dont la fréquence cardiaque de repos est ≥ 70 batt/min. Chez les patients sous bêtabloquants, quand la

dose maximale tolérée est atteinte et la fréquence cardiaque reste ≥ 70 batt/min, ces traitements devraient également trouver leur place.

La fréquence cardiaque cible sous traitement se situe aux environs de 60 batt/min. En effet, dans l'étude SHIFT qui a inclus 6 558 patients présentant une insuffisance cardiaque systolique ($FE \leq 35\%$), en stade II ou III de la NYHA, en rythme sinusal, dont la fréquence cardiaque était ≥ 70 batt/min, traités de manière optimale, 90 % des patients recevant un traitement bêtabloquant, l'ivabradine, à la dose moyenne de 6.4 mg x 2 par jour, ont vu leur fréquence cardiaque baisser de 11 batt/min à 1 mois et à 8 batt/min en fin d'étude, et une diminution de manière significative de 18 % les décès cardiovasculaires et les hospitalisations pour décompensation de l'insuffisance cardiaque, après un suivi moyen de 23 mois. Ce bénéfice provient essentiellement d'une diminution des événements liés à la maladie insuffisance cardiaque, avec une réduction de 16 % des décès liés à une défaillance de la pompe cardiaque et de 26 % des hospitalisations pour décompensation cardiaque. Ces effets bénéfiques sont plus marqués chez les patients dont la fréquence cardiaque à l'inclusion était ≥ 77 batt/min et moins importants chez les patients recevant un traitement bêtabloquant à une dose $\geq 50\%$ de la posologie cible. La tolérance de l'ivabradine s'est révélée bonne, avec une augmentation attendue mais modérée des épisodes de bradycardies et des troubles visuels, qui imposaient exceptionnellement un arrêt du traitement.

Les antagonistes directs du facteur Xa (rivaroxaban) pourraient constituer une alternative aux AVK chez les patients présentant une insuffisance cardiaque compliquée de fibrillation atriale. En effet, l'étude ROCKET-AF qui a inclus 14 264 patients présentant une fibrillation atriale persistante ou paroxystique, à risque embolique élevé, dont 62 % souffraient d'insuffisance cardiaque, a démontré la non-infériorité du rivaroxaban par rapport à la coumadine (AVK) sur le critère primaire : risques d'AVC ou d'accidents emboliques non cérébraux. En analyse per-traitement, le rivaroxaban s'est révélé supérieur à la coumadine avec une diminution de 21 % du critère primaire, significativité qui disparaissait en analyse en intention de traiter. Concernant le risque de saignement, aucune différence significative n'a globalement été retrouvée, mais le rivaroxaban a entraîné moins d'hémorragies cérébrales. Sa tolérance hépatique est bonne.

La mise en place d'un appareil de resynchronisation cardiaque, associée le plus souvent à un défibrillateur automatique, est indiquée selon les recommandations 2010 de la Société Européenne chez les patients en rythme sinusal, dont la fraction d'éjection est $\leq 35\%$, en classe II de la NYHA si la durée du QRS est ≥ 150 ms et en classe III ou IV si la durée du QRS est ≥ 120 ms. Ces recommandations basées sur les données des études MADIT-CRT et REVERSE ont été renforcées

par les résultats de l'étude RAFT, ayant inclus 1 598 patients en insuffisance cardiaque légère à modérée, dont 81 % en classe II, présentant une FEVG \leq 30 %, une durée de QRS \geq 120 ms.

Après un suivi de 40 mois, l'association d'une resynchronisation à un défibrillateur a diminué significativement, par rapport au seul défibrillateur, de 25 % l'incidence des décès toute cause ou des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, et de 25 % la mortalité totale, au prix de la survenue de plus d'évènement indésirables précoces liés à l'appareillage ou à son implantation. De plus deux études concordantes ont démontré que le bénéfice de la resynchronisation était indépendant de l'âge des patients et qu'il pouvait donc être utilisé chez des patients âgés, y compris chez ceux de plus de 80 ans.

L'avenir appartiendra probablement à la régénération cellulaire. L'étude STAR-Heart, qui a suivi durant 4,6 ans 391 patients présentant une insuffisance cardiaque systolique chronique secondaire à une cardiopathie ischémique avec séquelle d'infarctus du myocarde ancien, a comparé 191 patients, ayant accepté de recevoir une injection intra-coronaire de cellules mononuclées autologues de la moelle osseuse, à 200 patients n'ayant pas eu de thérapie cellulaire, constituant le groupe contrôle. Cette étude a démontré une meilleure survie dans le groupe traité, avec un taux de mortalité annuel de 0.75 % vs 3.68 % dans le groupe contrôle. Les mécanismes d'action de cette thérapie cellulaire ne passent pas par une transformation des cellules souches en cardiomyocytes mais probablement par la stimulation du myocarde hibernant grâce à l'activation par les cellules souches de sécrétions paracrines ou de la néovascularisation.

Le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë continue à marquer le pas. En effet, l'étude ASCEND-HF, menée chez 7 141 patients en insuffisance cardiaque aiguë n'a pas retrouvé de diminution de l'incidence des décès ou des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, le critère principal, ni de celle de chaque composant, à J 30 sous l'effet d'un traitement par voie veineuse d'au moins 24 h de nésiritide par rapport au placebo. L'amélioration discrète de la dyspnée à la 6^e heure, contrebalancée par une augmentation significative des épisodes d'hypotension artérielle, ne suffira pas à justifier l'utilisation de ce peptide natriurétique de type B recombinant.

Aux stades les plus graves de la maladie la greffe cardiaque est proposée chez les patients les plus jeunes mais il existe une carence très importante en greffons cardiaques et seulement 350 greffes cardiaques sont réalisées en France, alors que 1000 patients, sont en attente chaque année. Il faut donc chez ces patients considérer les progrès majeurs en terme de survie et de qualité de vie

apportés par **les nouveaux systèmes d'assistance circulatoire ventriculaire gauche implantés** en attente de greffe ou de façon définitive.

L'étude ADVANCE a évalué l'efficacité et la sécurité d'utilisation de la pompe à débit continu Heartware chez 137 patients (53 ans) en attente de transplantation cardiaque. Cette population a été comparée à une série historique de 499 patients issus du registre américain d'assistance circulatoire Intermacs. Le critère primaire (patient vivant avec assistance, greffé avec succès, récupération) était atteint chez 92% des patients à 6 mois, la survie avec assistance étant de 94% à 6 mois, 91% à 1 an, associé à une amélioration de la qualité de vie et une amélioration des capacités fonctionnelles avec un gain de 113 m au test de marche de 6 minutes. En attente de transplantation avec la pompe Heartmate2 le même critère primaire atteint 91% à 6 mois et 87% à 1an. Lorsque l'assistance est implantée de façon définitive, les résultats de la survie sous assistance monoventriculaire gauche viennent maintenant concurrencer les résultats de la transplantation cardiaque en affichant des taux de survie à 74% à 12 mois et 64% à 24 mois avec la pompe Heartmate 2. Avec ce système dans les centres les plus expérimentés la survie en cas d'implantation définitive atteint 85% à 1an et 70% à 2 ans, avec une amélioration importante de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles. Les complications ont largement diminué avec des taux d'AVC hémorragique de 0,03 par patient et par an, ischémique 0,05, et des complications infectieuses liées au matériel de 0,27 et d'infections d'autres origines de 0,27. Des patients vivent, voyagent, travaillent avec ces pompes cardiaques, en attente de greffe ou définitivement avec une très bonne qualité de vie.

Ces études soulignent donc les progrès considérables réalisés au cours de ces dernières années et l'importance d'adresser suffisamment tôt les patients aux centres référents pour leur permettre de bénéficier pleinement de ces excellents résultats.

La recherche reste très active à l'heure actuelle pour trouver de nouveaux traitements et des dizaines de molécules sont actuellement à l'essai et de nombreuses conférences scientifiques réunissent en France, en Europe et aux Etats Unis les spécialistes cliniciens et chercheurs pour faire progresser la prise en charge de cette maladie.