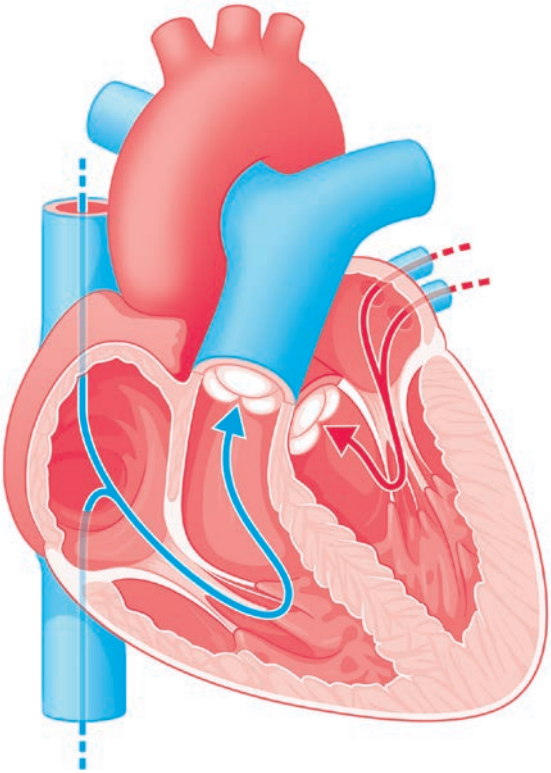
Fondation Suisse de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

Traitement des valvulopathies

Brochure d'information à l'intention du patient



Introduction

La santé et la qualité de vie de nombreux patients souffrant d'une valvulopathie peuvent de nos jours être améliorées de manière décisive par une intervention ou une opération chirurgicale. La Fondation Suisse de Cardiologie a conçu cette brochure à l'intention des patients qui doivent se soumettre à un tel traitement ainsi que de leurs proches. Elle explique la fonction des valves cardiaques, ce que l'on fait pour les reconstruire ou les remplacer, quels sont les processus existants et ce à quoi vous devrez prendre garde en tant que patient après l'intervention. Toutes vos questions ne trouveront pas forcément réponse, cela va sans dire. Veuillez vous adresser à votre médecin traitant qui vous donnera volontiers de plus amples renseignements.

Fonctions des valves cardiaques

Le cœur est une pompe comportant quatre cavités et quatre valves. Le sang veineux, pauvre en oxygène, qui vient des divers organes pour retourner au cœur, arrive dans l'oreillette droite avant de passer dans le ventricule droit à travers la valve tricuspide. Le ventricule droit pompe ensuite le sang dans les poumons à travers la valve pulmonaire. Les poumons vont charger le sang en oxygène. Le sang oxygéné provenant des poumons est le sang dit artériel, il va dans l'oreillette gauche, d'où il passe au ventricule gauche à travers la valve mitrale, avant d'être expulsé dans l'aorte au travers de la valve aortique pour être à nouveau distribué à tous les organes *(figure 1)*.

La formulation au masculin implique naturellement les deux sexes.

Les valves cardiaques sont en forme de demi-lunes ou de chapeaux. Elles servent de soupape à l'entrée (valve tricuspide, valve mitrale) ou à la sortie (valve pulmonaire, valve aortique) des ventricules. Lorsque le muscle cardiaque (myocarde) se contracte, la valve aortique et la valve pulmonaire s'ouvrent. En même temps, la valve mitrale et la valve tricuspide se ferment, empêchant ainsi le sang de refluer dans les oreillettes. Le sang est ensuite expulsé dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Lorsque le myocarde se relâche, les valves aortique et pulmonaire se ferment et empêchent le sang de refluer dans les ventricules. En même temps, les valves mitrale et tricuspide s'ouvrent. À présent, le sang s'écoule des oreillettes vers les ventricules vides. Ce phénomène se reproduit de 60 à 80 fois par minute et donne naissance au pouls que nous connaissons bien.

Maladies des valves cardiaques

Dès la naissance, les valves cardiaques peuvent présenter des anomalies qui causent parfois des symptômes graves chez le petit enfant, mais passent dans d'autres cas totalement inaperçues jusqu'à l'âge adulte, voire un âge avancé. Les inflammations rhumatismales et bactériennes peuvent, à tout âge, toucher et altérer les valves cardiaques. Le plus souvent, il se produit avec l'âge une «usure» de ces valves, avec perturbation de leur fonction normale. L'altération des valves cardiaques consiste soit en une adhérence, un épaississement ou une calcification créant un rétrécissement («sténose»), soit en des dilatations ou des ruptures des tissus qui empêchent les feuillets des valves de se fermer complètement («insuffisance»).

Si les valves ferment mal, du sang reflue dans les ventricules et les oreillettes à chaque contraction cardiaque. Si elles sont rétrécies, elles font au contraire obstacle à la bonne circulation du

sang. Dans les deux cas, le myocarde doit fournir plus d'efforts et risque au bout d'un certain temps de s'affaiblir, ce que l'on appelle l'insuffisance cardiaque. À l'effort, cet excès de travail du myocarde se manifeste par des difficultés respiratoires, des palpitations, une fatigabilité précoce, voire une oppression ou des douleurs. Finalement apparaissent des gonflements au niveau des chevilles et une sensation de pesanteur dans la région du foie.

Possibilités de traitement

Sous suivi médical consciencieux, certains patients présentant un défaut valvulaire mènent une existence pratiquement normale. Mais si les efforts de tous les jours ne peuvent plus être accomplis sans problèmes, il est grand temps d'envisager une intervention sur la valve cardiaque. Dans certaines situations, le médecin vous recommandera un traitement avant que vos performances ne soient à ce point limitées. Ce n'est que sur la base des résultats de tous les examens préopératoires que les médecins pourront décider s'il est possible d'effectuer une intervention par cathétérisme cardiaque sans opération à cœur ouvert ou s'il faut pratiquer une opération.

Examens préalables

Avant toute intervention, une série d'examens sera réalisée pour confirmer la nécessité de l'intervention et déterminer la meilleure variante pour le patient. Le plus souvent, il s'agit d'un examen par cathéter, d'une échographie et d'une tomodensitométrie (scanner, CT) du cœur et des vaisseaux. En fonction de l'intervention envisagée, d'autres examens peuvent aussi être nécessaires, par exemple un contrôle dentaire pour exclure toute infection dans la cavité buccale. Les résultats de ces examens sont discutés par ce que l'on appelle «l'équipe cardiaque» (composée de divers

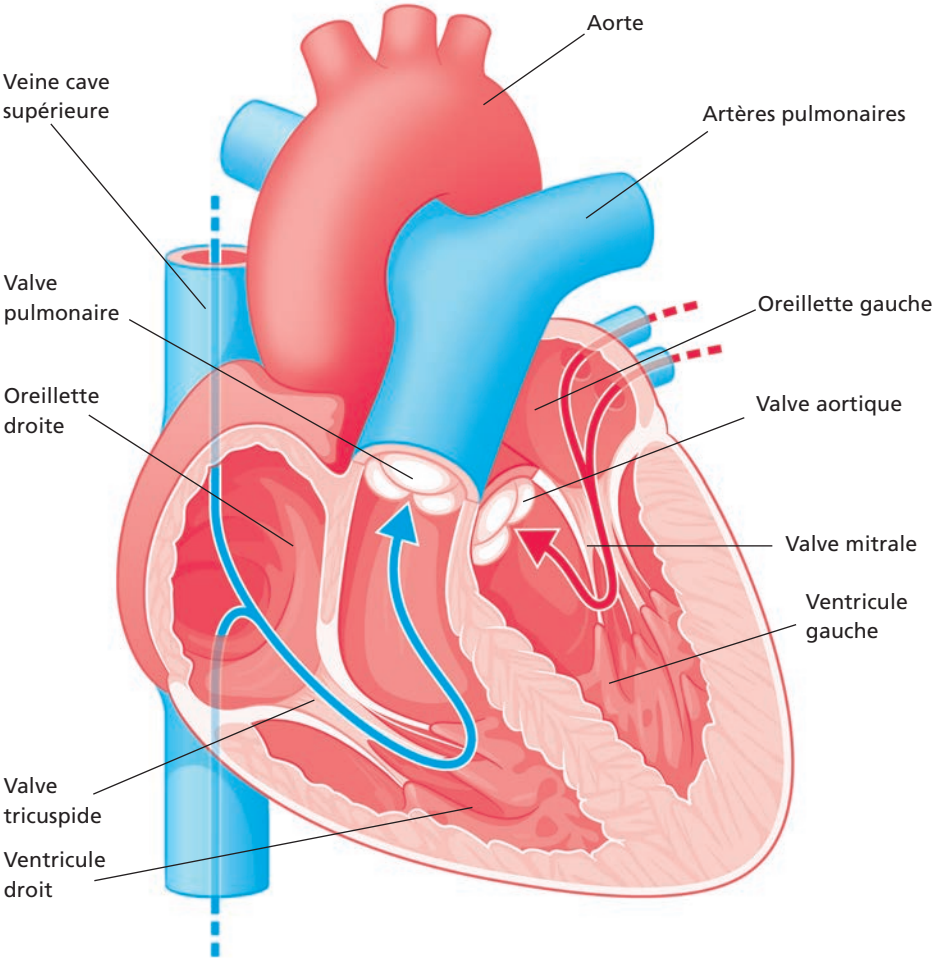


Figure 1: Le cœur et les valves cardiaques

spécialistes, dont des cardiologues et des chirurgiens cardiaques) qui décide en commun quel est le meilleur traitement pour le patient.

Les valves artificielles

On dispose fondamentalement de deux types de prothèses valvulaires: mécaniques et biologiques *(figure 2)*. Les ***prothèses valvu-***

laires mécaniques sont le plus souvent en carbone, un matériau extrêmement résistant. Elles sont aujourd'hui presque exclusivement constituées d'une double ailette. Ces valves ne peuvent être mises en place que dans le cadre d'une opération chirurgicale, leur durée de vie est très longue, mais elles requièrent un traitement anticoagulant à vie. Les ***prothèses valvulaires biologiques*** sont faites de tissu animal (avant tout de porc ou de bœuf). Afin d'éviter le rejet ainsi que la calcification, on les soumet à un traitement chimique particulier. Ce tissu animal est monté sur une armature (stent) qui permet son implantation précise. Occasionnellement, on utilise un modèle sans armature pour aboutir à un orifice le plus grand possible. Ces valves peuvent être introduites par cathéter ou au moyen d'une opération. Elles ne sont pas aussi durables que les prothèses artificielles mais ne nécessitent pas d'anticoagulation. Dans certains cas rares, graves inflammations des valves cardiaques en particulier, on utilise aussi des valves aortiques humaines prélevées sur des cadavres (dites «homogreffes»).

L'intervention valvulaire

On appelle «intervention» un traitement effectué sans opération à cœur ouvert (ouverture du thorax). Ces interventions sont réalisées à l'aide d'un cathéter. Elles sont envisageables pour toutes les valves cardiaques, mais en particulier pour la valve aortique et la valve mitrale. Elles sont en général réalisées par le biais d'un accès dans un vaisseau sanguin au niveau de l'aine. Ces nouvelles méthodes par cathéter sont souvent employées chez les patients à haut risque opératoire ou âgés de plus de 75 ou 80 ans.

Une valve aortique rétrécie («sténose aortique») peut se soigner à l'aide d'une prothèse valvulaire biologique. La prothèse valvulaire est «chargée» sur un cathéter et, sans avoir besoin d'incision du sternum, on passe le plus souvent par l'aine et l'aorte

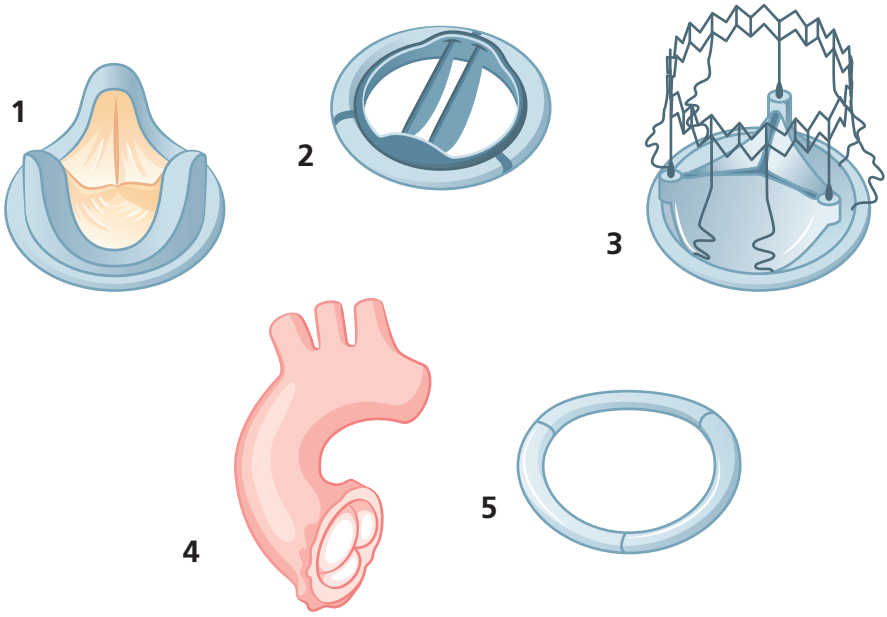


Figure 2: Valves cardiaques artificielles
Les prothèses valvulaires utilisées peuvent être de différents types: valve biologique (1), valve mécanique (2), valve sans suture (3), homogreffe (4), anneau d'annuloplastie (5).

(plus rarement par la pointe du cœur ou une autre voie d'accès) pour la mettre en place. Ce processus est appelé ***«implantation valvulaire aortique par cathéter»*** ou ***TAVI*** (abréviation de l'anglais Transcatheter Aortic Valve Implantation) *(figure 3)*. La nouvelle valve aortique est déployée à l'intérieur de la valve pathologique qu'il faut parfois faire éclater auparavant à l'aide d'un ballonnet.

Une valve mitrale rétrécie («sténose mitrale») peut être dilatée à l'aide d'un ballonnet. Un défaut d'étanchéité de la valve mitrale («insuffisance mitrale») peut être soigné par un clip métallique («agrafe», MitraClip®) ou par resserrement de l'anneau mitral. À cet effet, on passe par une veine de l'aine pour intro-

duire un cathéter que l'on pousse jusqu'à l'oreillette droite puis l'oreillette gauche en pratiquant une ponction dans la cloison qui sépare les deux oreillettes. Ensuite, on pratique l'intervention directement au niveau de la valve mitrale *(figure 4)*.

Pour toutes ces techniques, il suffit d'une petite incision cutanée et l'intervention se fait le plus souvent sous anesthésie locale. Les résultats à long terme de ces interventions par cathéter, en particulier pour le traitement de la sténose aortique, sont très prometteurs. On peut donc s'attendre à ce que des patients au risque opératoire moindre puissent bientôt en bénéficier.

La chirurgie classique

Les opérations chirurgicales classiques pour réparer ou remplacer des valves cardiaques sont réalisées depuis plus de 50 ans. L'opération est réalisée soit en ouvrant le sternum («sternotomie»), soit par voie mini-invasive par des abords plus courts ou de substitution entre les côtes («thoracotomie»). La méthode mini-invasive aboutit à des résultats satisfaisants du point de vue esthétique et raccourcit la convalescence après l'opération. Comme expliqué plus haut, la valve malade est remplacée par une prothèse biologique ou mécanique *(figure 2)*. On utilise des valves sans suture pour raccourcir la durée de l'opération. En cas de graves inflammations, on peut aussi utiliser une homogreffe qui facilite la guérison.

Réparer la valve cardiaque du patient par voie chirurgicale au lieu de la remplacer par une prothèse présente de grands avantages. Une telle «reconstruction» peut être envisagée pour toute les valves cardiaques, en fonction de la pathologie. Cette chirurgie valvulaire conservatrice est de plus en plus souvent utilisée car elle évite d'avoir ensuite besoin d'anticoagulants au long cours. Pour stabiliser la reconstruction, on renforce en particulier la

Grâce à votre don, la Fondation Suisse de Cardiologie peut...

- **aider les chercheuses et les chercheurs** en Suisse à faire de nouvelles découvertes sur les causes des cardiopathies et de l'attaque cérébrale,
- **encourager des projets de recherche** afin de développer de nouvelles méthodes d'examen et de traitement,
- **conseiller les personnes concernées** et leurs **proches**, et mettre à leur disposition des brochures d'information sur la maladie, le traitement et la prévention,
- **informer** la **population** sur la prévention efficace des maladies cardio-vasculaires et de l'attaque cérébrale, et l'inciter à adopter une hygiène de vie saine pour le cœur.

Prestations réservées à nos donatrices et donateurs:

- Consultation au **Cardiophone 0848 443 278** assurée par nos cardiologues.
- Réponse écrite aux questions dans notre **consultation** sur www.swissheart.ch/consultation.
- **CardioTest®** personnel gratuit (pour un don de CHF 60.– ou plus).
- **Magazine «Cœur et Attaque cérébrale»** (4 fois par année).
- Invitations à des **conférences** et **réunions d'information**.

Oui, j'aimerais devenir donatrice / donateur!

Oui, envoyez-moi s'il vous plaît un spécimen pour découvrir le **magazine des donateurs «Cœur et Attaque cérébrale»**!

Fondation Suisse de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

La Fondation Suisse de Cardiologie est certifiée par ZEWO depuis 1989.

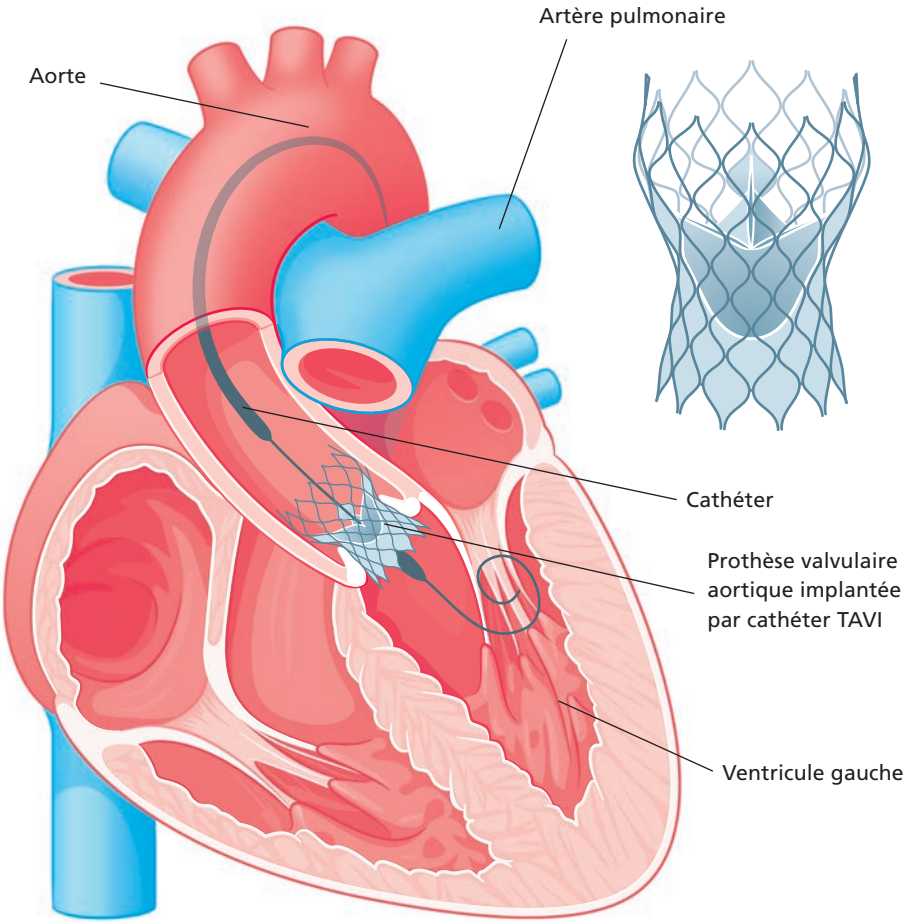


Figure 3: Implantation valvulaire aortique par cathéter TAVI
Mise en place d'une prothèse valvulaire par cathéter, via les vaisseaux sanguins (accès transfémoral).

valve mitrale et la valve tricuspide par un anneau («anneau d'annuloplastie», *figure 2*). La valve aortique peut être entièrement reconstruite à l'aide de tissus du patient que l'on prélève dans le péricarde. Les expériences faites jusqu'à présent montrent que les résultats du traitement chirurgical sont plus durables que ceux des interventions par cathéter.

Quelle méthode pour qui?

Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients, notamment pour ce qui est de la durabilité, des procédés opératoires et des éventuelles complications. Votre cardiologue ou votre chirurgien cardiaque vous conseillera au sujet du modèle de valve et de la technique opératoire les mieux adaptés dans votre cas. Il prendra en compte des facteurs tels que votre âge, le type de maladie en cause, la taille du cœur, votre disposition à prendre certains médicaments régulièrement, ainsi bien sûr que vos vœux personnels.

Préparation à l'intervention sur les valves cardiaques

La plupart des patients ont peur de l'intervention, certains deviennent irritables et nerveux. Cette réaction est normale et bien compréhensible. Elle peut être atténuée si vous et vos proches êtes bien informés sur la nécessité de cette intervention, son déroulement, et si vous avez pu exprimer vos craintes à votre médecin traitant.

Posez toutes les questions qui vous préoccupent, par exemple: cette opération va-t-elle prolonger mon espérance de vie? Faut-il me transfuser? Est-il possible de faire une réserve de mon propre sang avant l'opération? Est-elle douloureuse? Combien de temps dois-je rester à l'hôpital? Faudra-t-il que je prenne des médicaments à vie? Quand pourrai-je reprendre mon activité professionnelle?

Normalement, l'intervention par cathéter est moins lourde pour l'organisme car il n'y a pas d'anesthésie générale ni d'opération à cœur ouvert avec circulation extracorporelle. Le déroulement est donc différent selon le processus.

L’entrée à l’hôpital

Cette partie est identique quelle que soit la méthode employée. Normalement, un à trois jours avant l’intervention, on réalise les derniers examens préopératoires. Cela vous donne l’occasion de parler avec le médecin en charge. En outre, vous recevrez des ins-

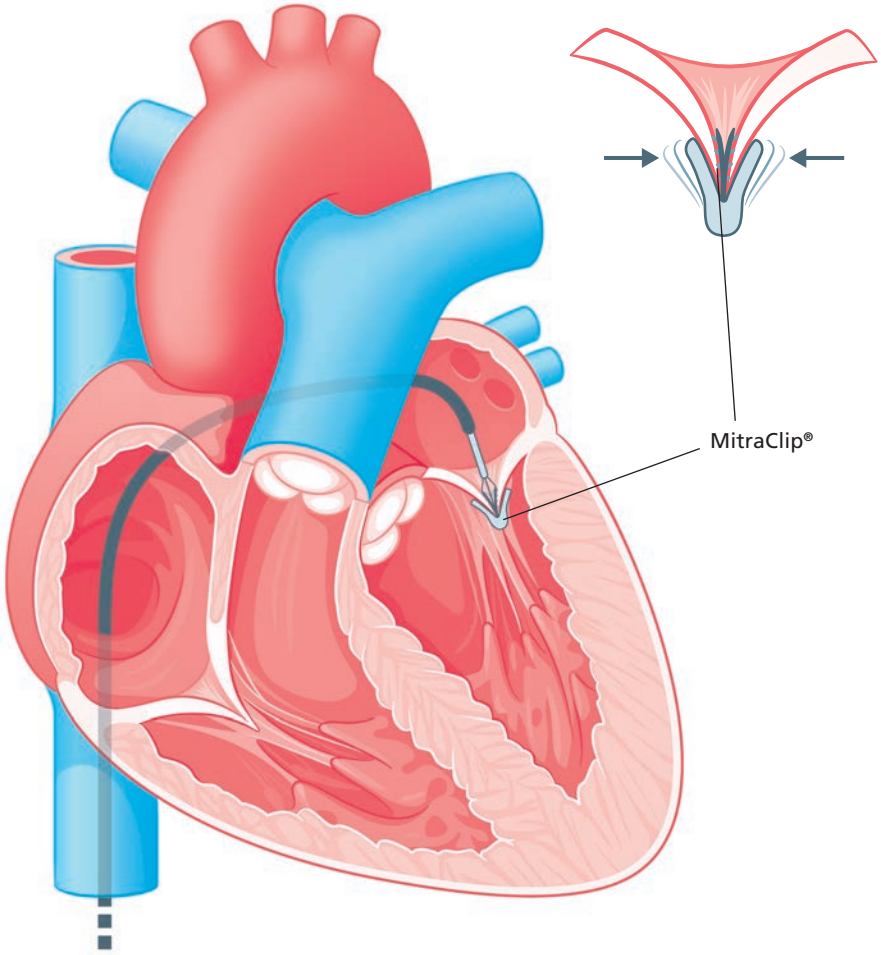


Figure 4: Reconstruction de la valve mitrale par cathéter à l’aide d’un MitraClip®
En passant par la cloison qui sépare les oreillettes, on réunit les deux feuillets de la valve mitrale.

tructions pour la période qui suit immédiatement l'opération. Vous pourrez peut-être organiser dès ce moment-là un éventuel séjour de convalescence (réadaptation).

Le jour de l'opération

Avant l'opération, vous devrez remettre au personnel soignant vos objets personnels tels que lunettes ou verres de contact, montre, bijoux, prothèse dentaire. Une heure avant l'intervention environ, vous recevrez un médicament qui vous rendra somnolent. Le personnel soignant vous emmènera dans votre lit en salle de cathétérisme cardiaque ou d'opération, où l'anesthésiste vous injectera un médicament qui induira une somnolence ou l'anesthésie générale. L'opération dure habituellement entre trois et cinq heures, y compris les préparatifs. Les interventions par cathéter sont en général moins longues.

Aux soins intensifs

Une fois l'opération terminée, vous serez transféré aux soins intensifs. Si vous avez subi une intervention par cathéter, vous serez déjà conscient lorsque vous arriverez au service de soins intensifs. Étant donné que l'intervention se fait en général à partir de l'aine, il se peut que la zone où le cathéter a été introduit soit douloureuse, mais cette douleur est en général supportable. Normalement, vous passerez une nuit aux soins intensifs sous surveillance du rythme cardiaque. S'il n'y a pas de complications, vous pourrez être transféré dès le lendemain dans un service de soins normaux.

Les choses sont un peu différentes si vous avez subi une opération à cœur ouvert: si, au réveil, vous ressentez des douleurs, on vous donnera un analgésique. La suture, recouverte d'un pansement, se situe généralement au milieu de la cage thoracique, sur

le sternum. En cas d'opération mini-invasive, l'incision se situe entre deux côtes, sous le sein droit. Un tuyau pénètre dans votre bouche jusque dans la trachée pour contrôler et assister votre respiration. Ce tube n'occasionne aucune douleur, mais il empêche de parler. Le personnel soignant comprendra tout de même vos désirs. Dès que vous pourrez respirer librement, le tube trachéal vous sera retiré.

Les tubulures et câbles fixés sur votre corps servent à drainer les sécrétions de la plaie, à mesurer votre tension artérielle, à vous donner des solutions nutritives et à prélever du sang pour diverses analyses. Votre activité cardiaque est suivie en continu par l'électrocardiogramme (ECG). Aux soins intensifs, vous ne dormirez peut-être pas bien et il se peut que vous perdiez quelque peu la notion du temps. C'est un phénomène qui peut être assez troublant mais qui n'est pas rare et disparaît rapidement. Si vous ressentez de tels troubles, confiez-vous au personnel soignant ou à vos médecins.

Suite du séjour à l'hôpital

Beaucoup de patients ont peur de ressentir de vives douleurs après l'opération. Après une intervention par cathéter, les douleurs sont généralement faibles, comparables à celles ressenties après un examen par cathétérisme cardiaque. Après une opération chirurgicale, une sensation de pression et de raideur dans la nuque, dans le dos ou au niveau de la poitrine sont les gênes dont se plaignent le plus souvent les patients, mais pas de vives douleurs. La raideur et la pression sont dues à des crampes musculaires consécutives à l'incision. On peut donc éprouver des difficultés à mouvoir les bras et les épaules. Des médicaments aideront à soulager ce désagrément. Après une opération, les bronches et la trachée sont encombrées de mucus qu'il faut expectorer en

toussant. Le physiothérapeute vous montrera comment inspirer profondément et tousser vigoureusement.

Le jour de l'opération, votre activité physique se limitera à bouger bras et jambes dans votre lit. Mais bientôt, avec l'aide du personnel soignant, vous pourrez vous lever pour faire vos premiers pas dans la chambre. Dès lors, vous allez retrouver progressivement votre mobilité et votre latitude d'action. Tous les patients ne se rétablissent pas au même rythme: tout dépend de la gravité de l'opération et de la constitution de chacun.

Après une intervention par cathéter, la suite se passe généralement sans problèmes. Vous pourrez manger normalement dès le premier jour et vous laver vous-même et marcher dès le lendemain. En principe, vous pourrez sortir de l'hôpital au bout de quatre à cinq jours.

Après une opération, vous recevrez probablement une alimentation liquide le premier jour. Dès le deuxième jour, la plupart des patients peuvent revenir à une alimentation normale. Vous pourrez probablement déjà faire votre toilette vous-même après quelques jours. Vous pourrez aussi vous asseoir dans un fauteuil et marcher un petit peu. Pour vous lever, il faudra bander vos jambes ou porter des bas de contention. On utilise aujourd'hui en partie du matériel de suture résorbable qu'il n'y a plus besoin d'enlever. Vous pourrez vous doucher au bout de quelques jours.

Il est possible que vous vous sentiez démoralisé, voire déprimé, dans les jours qui suivent l'opération. C'est une réaction normale qui devrait s'estomper dès que les forces vous reviendront. Vous pourrez probablement quitter la clinique au bout de sept à dix jours.

Les questions qui se posent après l'hospitalisation

Redouterai-je de quitter l'hôpital?

Il n'est pas rare que les patients craignent de quitter le cocon hospitalier. Mais vous pouvez être certain que les médecins ne vous laisseront sortir que lorsque votre état le permettra. La plupart des patients seront raccompagnés chez eux en voiture par leurs proches ou par des organismes qui se chargent de ce genre de transports.

Une fois de retour chez moi, dois-je envisager une convalescence au sein d'un groupe ambulatoire ou d'un centre de réadaptation?

Il n'existe pas de règle absolue dans ce domaine. Après être sorti de l'hôpital, parlez-en sérieusement avec votre médecin et le service social en présence de vos proches.

Quels sont les efforts que je peux faire?

Cela dépend du type d'intervention. Après une intervention par cathéter, vous pourrez probablement reprendre toutes vos activités habituelles dès que vous serez rentré chez vous. Après une opération à cœur ouvert, il faudra reprendre vos activités lentement, mais les accroître régulièrement. En cas de fièvre, informez votre médecin. Au bout de quelques jours, vous pourrez sortir vous promener. Évitez de soulever des charges de plus de cinq kilos, de déplacer des objets lourds en les tirant ou en les poussant et de faire des mouvements susceptibles d'exercer une pression excessive sur le sternum. Ces conseils valent pour les six à huit semaines qui suivent votre sortie de l'hôpital, après quoi votre sternum sera bien ressoudé. Il n'y a aucune restriction en ce qui concerne les rapports sexuels. Après une opération, il faut seule-

ment éviter trop de pression sur la cage thoracique car les sensations sont alors désagréables. En cas de problèmes, n'ayez aucune crainte à en parler à votre médecin.

Quand dois-je consulter mon médecin?

En cas d'intervention par cathéter, vous devrez en principe vous soumettre à un examen physique et échocardiographique (examen du cœur par ultrasons) dans les six mois, conformément à la prescription de votre médecin traitant. Après une opération, dès votre sortie de l'hôpital, consultez le plus vite possible votre médecin de famille pour un premier examen. La fréquence des contrôles ultérieurs, chez lui ou chez le cardiologue, sera déterminée individuellement. Entre trois et six mois après l'opération, il faudra effectuer un examen détaillé pour juger du résultat de l'opération.

Pourrai-je à nouveau fumer et boire de l'alcool?

Les cardiaques doivent absolument renoncer à fumer. Consommées avec modération, les boissons alcoolisées sont autorisées; ce n'est que dans les maladies cardiaques très graves, à un stade avancé, qu'elles sont nocives. En cas de doute, posez la question à votre médecin.

Quand pourrai-je reprendre mes activités professionnelles?

En règle générale, pour des professions n'impliquant pas une très grande activité physique (bureau), le travail peut être repris deux mois après l'opération, trois mois pour les professions qui requièrent davantage d'efforts physiques. Nous vous recommandons de parler de cette question avec votre médecin.

Quand pourrai-je à nouveau faire du sport?

En règle générale, au bout de trois semaines, vous pourrez effectuer des promenades de trois à cinq kilomètres. La plupart des opérés pourront reprendre très progressivement leurs activités sportives. Après une intervention par cathéter, vous pouvez reprendre ces activités plus rapidement. Parlez-en dans tous les cas avec votre médecin.

Quand pourrai-je à nouveau conduire?

Vous serez normalement en mesure de conduire votre voiture un mois après l'intervention. Évitez au début les longs trajets. Les limitations sont moins strictes après une intervention par cathéter.

Quels sont les médicaments que je dois prendre?

Prenez uniquement les médicaments prescrits par votre médecin. Si vous voulez prendre des médicaments en vente libre, comme par exemple l'Aspirine, il faut d'abord demander l'avis de votre médecin. Pour éviter qu'un caillot de sang ne se forme à la surface d'une valve cardiaque artificielle, votre médecin vous prescrira un ou plusieurs médicaments qui fluidifient le sang (anticoagulants). Vous devez prendre ce ou ces médicament(s) en suivant scrupuleusement les prescriptions. Discutez avec votre médecin de tous les points encore obscurs et commandez notre brochure «L'anticoagulation».

Les questions mentionnées dans cette brochure et les réponses dépendent de la gravité de la maladie avant l'opération, mais aussi des complications éventuelles, du genre d'opération subie et de divers facteurs d'ordre personnel. Il est donc possible que votre médecin se prononce différemment que nous ne l'avons fait et nous vous recommandons vivement de faire précisément le point, tant avec le médecin de l'hôpital qu'avec votre médecin traitant.

Quelques points importants

- Suivez très scrupuleusement les prescriptions de médicaments. Si vous prenez des anticoagulants, vous devrez peut-être faire des examens sanguins réguliers pour en contrôler la posologie.
- Si vous devez subir un traitement chez le dentiste, ou consulter des médecins ne connaissant pas votre cas, vous devez leur dire que vous êtes porteur d'une valve artificielle (montrez votre carte) ou avez subi une intervention cardiaque. Avant une intervention dentaire telle que traitement radiculaire, arrachage d'une dent ou nettoyage professionnel par l'hygiéniste dentaire, vous devrez prendre pendant quelques temps un antibiotique pour prévenir toute infection de la prothèse valvulaire. Cette précaution peut aussi être nécessaire avant d'autres interventions chirurgicales. Réclamez à votre médecin la carte de «prophylaxie de l'endocardite».
- Même si le remplacement valvulaire est couronné de succès, il se peut que votre organisme retienne de l'eau, ce qui peut se manifester par une prise de poids rapide de deux à trois kilos. Si une telle prise de poids n'est pas le fait d'avoir beaucoup mangé, consultez sans tarder votre médecin. En effet, il faudra éliminer l'eau accumulée dans les tissus. Vous pouvez contribuer à prévenir ce type de rétention d'eau en ne salant que très peu vos aliments.
- En cas de fièvre, consultez votre médecin au plus tard au bout de trois jours.

Nous remercions la Société Suisse de Cardiologie et la Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique pour leur collaboration et la rédaction de cette brochure.

Savoir · Comprendre · Vivre mieux

Les entreprises suivantes sont partenaires de la plateforme «Savoir – Comprendre – Vivre mieux» de la Fondation Suisse de Cardiologie. Nous nous engageons ensemble pour informer les patients de manière complète et claire et encourager leurs compétences.

Abbott · AMGEN · AstraZeneca · Bayer · Biosense Webster · Boston Scientific · Bristol-Myers Squibb · Pfizer · Edwards · LivaNova · Medtronic Further, Together · A. Menarini Pharma · MSD · Novartis Pharmaceuticals · Servier · SIS Medical Swiss Interventional Systems · Vifor Pharma

Cette brochure vous est offerte par la Fondation Suisse de Cardiologie. Nous souhaitons informer de manière complète et objective les patients et leurs proches sur les examens, les traitements, la réadaptation et la prévention des maladies cardio-vasculaires et de l'attaque cérébrale. De plus, nous soutenons de nombreux projets de recherche prometteurs. Ces deux tâches requièrent année après année d'importantes sommes d'argent. Un don de votre part nous aide à poursuivre nos activités en faveur des patients et de la population. Nous vous remercions chaleureusement de votre soutien.

Fondation Suisse de Cardiologie

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

Fondation Suisse de Cardiologie
Dufourstrasse 30
Case postale 368
3000 Berne 14
Téléphone 031 388 80 80
Téléfax 031 388 80 88
info@swissheart.ch
www.swissheart.ch

Compte pour les dons CP 10-65-0
IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0

Conseil au Cardiophone par nos médecins spécialistes au 0848 443 278, tous les mardis de 17h à 19h

Réponse par écrit à vos questions dans notre Consultation à l'adresse www.swissheart.ch/consultation ou par courrier postal

La Fondation Suisse de Cardiologie est titulaire du label de qualité Zewo depuis 1989. Cette certification atteste que votre don arrive au bon endroit et est utilisé de manière fiable.

Votre don en bonnes mains.

© Fondation Suisse de Cardiologie, juillet 2019 (Illustrations: N. Stadelmann)