



**Canadian
Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société
canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.



Le 16 mars 2020

COVID-19 - préoccupations relatives à l'utilisation des IECA, des ARA et des ARNI pour le traitement de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension

La Société canadienne de cardiologie et la Société canadienne d'insuffisance cardiaque **déconseillent fortement d'interrompre les traitements médicaux fondés sur les lignes directrices reposant sur les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et les inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine/de la néprilysine (ARNI) chez les patients atteints d'hypertension ou d'insuffisance cardiaque dans le cadre de la pandémie de COVID-19.** L'interruption de ces traitements chez des patients dont l'état est stable pourrait mener à une perte de contrôle de l'hypertension et à une augmentation du nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque, ce qui demanderait une utilisation accrue des soins de santé et augmenterait la pression sur nos précieuses ressources hospitalières. Bien que les données précliniques aient démontré que le virus COVID-19 (aussi connu sous le nom de SRAS-CoV-2) se sert de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE) 2 pour pénétrer dans les cellules ciblées¹, **AUCUNE** donnée probante clinique à ce jour n'appuie l'interruption de ces traitements. Nous vous prions de continuer à suivre les traitements médicaux fondés sur les lignes directrices.

Nous vivons aujourd'hui une période difficile et nous tenons à ce que tous nos membres aient à leur disposition les meilleures ressources locales, nationales et internationales pour traverser la pandémie de COVID-19. Conformément à nos pratiques exemplaires locales, nous suivons les principes que voici en ce qui a trait aux patients ambulatoires et à ceux qui ont une chirurgie non urgente :

1. Nous appuyons le principe consistant à éviter les contacts superflus et les foules, et ce, tant pour les patients que pour les employés.
2. Nous fournissons aux cliniques de centres hospitaliers et privées du soutien à la planification, de façon à les aider à réduire le nombre de visites en personne en maximisant la télésanté et les vidéoconférences.
3. Il faudrait proposer aux patients des consultations qui ne sont pas en personne s'il est possible de leur fournir ainsi les soins nécessaires. Le processus à suivre et les messages à envoyer devraient vous être précisés par votre établissement local, de façon à ce que tout puisse se dérouler de façon uniforme tant pour les professionnels de la santé que pour les patients et les familles.
4. Il faut passer en revue le processus de tests diagnostiques de façon à s'assurer que les patients et les employés ne courent pas de risques superflus, ainsi qu'à accorder la priorité aux patients pour lesquels un retard du test pourrait entraîner des risques. Ce message relatif à la sécurité doit soulever la pression inévitable des files d'attente et les soins continus nécessaires dont les patients cardiovasculaires ont besoin.
5. Accordez une attention particulière aux dialogues qui se déroulent localement relativement à la prise de rendez-vous pour des interventions non essentielles, en prévision de la hausse des besoins en matière de soins actifs et de la nécessité de retarder les interventions.



**Canadian
Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société
canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.



Autres ressources pour nos membres :

Centre sur le COVID-19 de l'American College of Cardiology :

<https://www.acc.org/latest-in-cardiology/features/accs-coronavirus-disease-2019-covid-19-hub#sort=%40fcommonsorthdate90022%20descending>

[Canada.ca](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html) - site Web sur le COVID-19 : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>

Lignes directrices cliniques sur le COVID-19 à l'intention des équipes de soins cardiovasculaires (American College of Cardiology) :

<https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/2020/02/S20028-ACC-Clinical-Bulletin-Coronavirus.pdf>

Les soins des patients de COVID-19 critiques :

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762996?guestAccessKey=91c67e56-599a-43a4-9b29-1d3aaa70733f&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jama&utm_content=olf&utm_term=031120

Données probantes précliniques et recommandations relatives aux IECA, ARA et ARNI, et au COVID-19 :

<http://www.nephjc.com/news/covidace2>

[https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)

<https://www.nature.com/articles/s41569-020-0360-5>

Hoffmann M, Kleine-Weber H, Krüger N, Müller M, Drosten C, Pöhlmann S. The novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) uses the SARS-coronavirus receptor ACE2 and the cellular protease TMPRSS2 for entry into target cells. bioRxiv 2020:2020.01.31.929042

Tout cela, bien sûr, dépendra de l'évolution (rapide) des circonstances. Restez en contact et en santé, c'est ainsi que nous pourrons le mieux venir en aide à nos patients.

Dr Andrew Krahn
Président, SCC

Dr^e Shelley Zieroth
Présidente, SCIC