



BULLETIN DE LIAISON N° 27

OCTOBRE 2009

www.adetec.eu



Le mot du Président

Chers adhérents, chers amis,

Je vous informe que j'ai arrêté complètement mon activité chirurgicale depuis le 1er Janvier 2009.

Le service était déjà dirigé depuis plusieurs années, par le Docteur Mathieu DEBAUCHEZ assisté par Bertrand GOUDOT, Emanuel LANSAC, Mohamed LALI, et pour la chirurgie vasculaire, par les Docteurs Alain PIQUOIS et Dominique GOMES. La réanimation est toujours assurée par les docteurs Philippe DELENTDECKER, François THALER et Antoine CEDDAHA.

Je tiens à les remercier tous, pour toutes ces années passées ensemble, qui nous ont permis de créer un centre de chirurgie cardiaque d'excellence.

Je souligne aussi tout l'appui qu'apporte désormais à l'ADETEC le docteur Hakim BENAMER, chef du service de cardiologie de Foch. Bien évidemment, je n'oublie pas de remercier pour leur aide constante tous les administrateurs et experts, médecins ou non, qui participent fidèlement à la gestion de notre association.

Je souhaite pouvoir continuer à m'occuper de l'ADETEC en développant si possible nos relations avec les médecins Vietnamiens.

Grace à Monsieur MALGOIRE et Monsieur GREVOUL, le site internet de l'ADETEC est en train de se transformer et vous pourrez constater désormais l'introduction de vidéos.

Je vous souhaite de très bonnes fêtes de fin d'année et je vous adresse tous mes vœux pour l'année 2010.

Professeur Daniel GUILMET

PRÉSIDENT

Pr Daniel GUILMET

VICE-PRÉSIDENTS

Dr Jean BACHET
Dr Hakim BENAMER
Dr Mathieu DEBAUCHEZ
Dr Claude DUBOIS
Dr Gabriel GHORAYEB
Dr Bertrand GOUDOT
Dr Emmanuel LANSAC
Dr Philippe de LENTDECKER

ADMINISTRATEURS

M. J. Philippe FOURLON
Mme Annie-France LOGEZ *
*(Trésorière)
M. Georges MALGOIRE **
**(Secrétaire Général)
M. Guy PROVOST

PARTENAIRES EXPERTS

M. Jean GAICH (Auditeur)
M. Daniel GREVOUL (Reportages)
Mme Marie Loïc PENET (Secrétaire)

SOMMAIRE

Le mot du Président
Légion d'Honneur

L'angioplastie coronaire
transluminale
(docteur BENAMER)

La transplantation cardiaque
(docteur de LENTDECKER)

Convention AERAS

La vie de l'association :
nouveau site internet :
« www.adetec.eu »
(Georges MALGOIRE)

Précision du Secrétaire Général

Notre Président est trop discret et modeste pour appeler notre attention sur le « Décret du Président de la République en date du 13 juillet 2009, pris sur le rapport du Premier ministre, de la ministre de la santé et des sports, du ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement, et visé pour son exécution par le grand chancelier de l'ordre national de la Légion d'honneur, .. le conseil des ministres entendu : [est] nommé, pour prendre rang à compter de la date de réception, au grade d'officier, M. Guilmet (Daniel, Yves), ancien chef de service hospitalier ; 51 ans d'activités professionnelles, de services civils et militaires ».

Notons que ce Décret est à la Légion d'Honneur ce que la publication des bans est au mariage ... il nous faut donc encore attendre l'accrochage de la croix, pour faire la fête. Ce n'est que partie remise ...

L'ANGIOPLASTIE CORONAIRE TRANSLUMINALE

Dr Hakim Benamer

Chef de service en Cardiologie à l'Hôpital FOCH, Suresnes

Pathologie athéromateuse et coronaire :

L'athérome est constitué de dépôts de cholestérol, de tissu fibreux et de cellules inflammatoires qui réduisent la lumière vasculaire des vaisseaux artériels. Il peut toucher les artères coronaires avec, pour conséquences, de l'angine de poitrine en cas de sténose significative influençant la perfusion du muscle cardiaque sous-jacent.

En effet, les artères coronaires sont au nombre de trois :

- la coronaire gauche (tronc commun) qui se divise en :
 - artère interventriculaire antérieure
 - artère circonflexe
- et la coronaire droite.

Elles vascularisent le myocarde (ou muscle cardiaque) et permettent ainsi d'assurer des apports suffisants en oxygène.

Dans le cas d'un rétrécissement coronaire serré les apports en oxygène ne sont plus suffisants. Il existe alors une souffrance myocardique appelée ischémie qui se matérialise dans la majorité des cas par de l'angine de poitrine.

Parfois, cette ischémie n'est pas accompagnée de douleur on parle alors d'ischémie silencieuse. Dans le cas d'une occlusion coronaire complète, le plus souvent liée à la formation d'un caillot sur la plaque d'athérome, l'interruption du flux coronaire est totale avec pour conséquence la survenue d'un **infarctus du myocarde**.

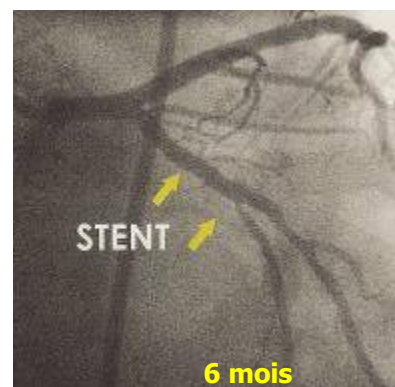
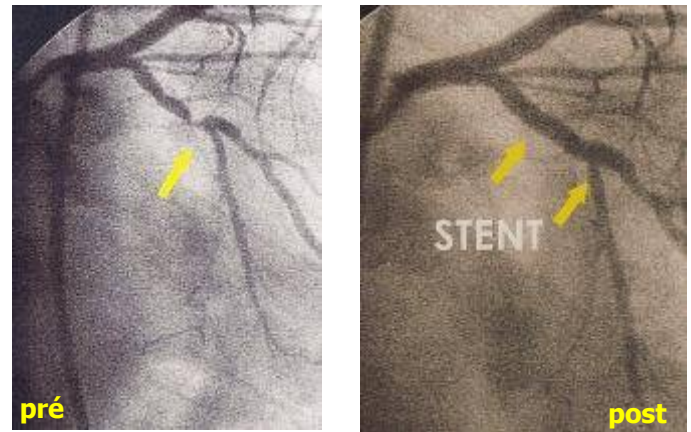
Les interventions médicamenteuses et interventionnelles sont alors très urgentes, car les conséquences de l'infarctus lorsqu'il est pris en charge à plus de 6 heures, sont irréversibles avec une réduction des performances de contraction du muscle cardiaque et risque d'insuffisance cardiaque.

Le traitement de ces sténoses ou rétrécissements coronaires est médical avec entre autre le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires comme le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le sevrage tabagique, et le traitement permettant une réduction et stabilisation des plaques d'athérome (statines), vasodilatation coronaire et antiagrégant plaquettaire pour éviter la thrombose coronaire par formation de caillot.

Pour assurer une meilleure perfusion du muscle cardiaque deux possibilités s'offrent à nous aujourd'hui : d'une part la réalisation de pontages qui

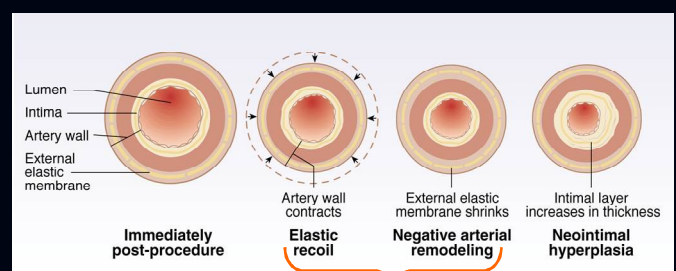
Angioplastie coronaire:

Le principe est simple, un ballon de diamètre adapté à la taille de la coronaire est monté via des sondes sur un guide métallique sous contrôle radiologique jusqu'à la lésion. Une inflation du ballon va permettre d'écraser l'athérome dans la paroi artérielle et ainsi d'ouvrir la lumière du vaisseau.



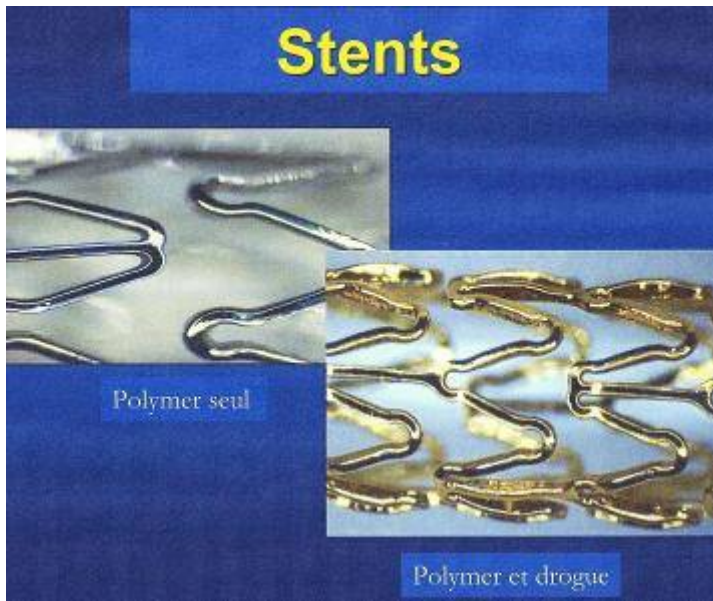
Avec l'angioplastie coronaire au ballon seul, il y a dans un pourcentage non négligeable de cas une resténose dite précoce liée aux forces de rappel élastique de la paroi artérielle.

Resténose: Mécanismes



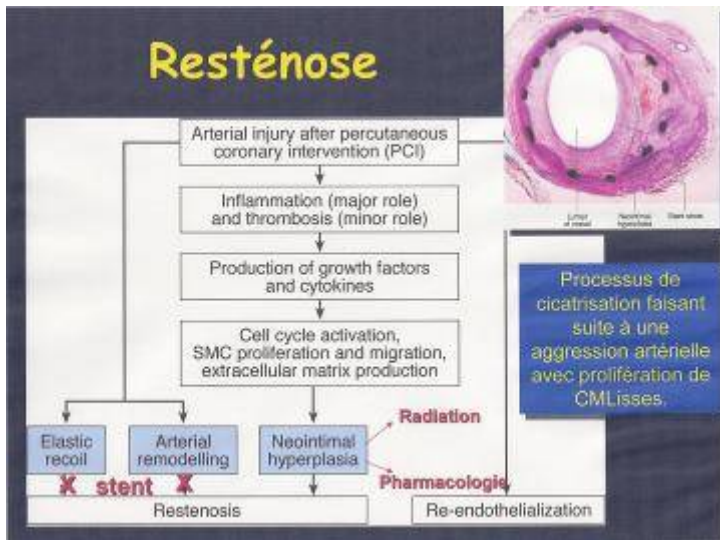
Importants mécanismes de resténose après ballon seul.
Bien moindre avec le stent.

La réponse à ce problème a été trouvée avec l'utilisation de stents, prothèses métalliques (acier inoxydable ou alliage cobalt-chrome) cylindriques qui servent d'armature permettant d'étayer la paroi vasculaire.



Deux problèmes surviennent alors après l'angioplastie : le risque de thrombose coronaire en rapport avec la formation de caillot sur ce corps étranger et la survenue plus tardive de resténose coronaire.

Pour réduire le risque de thrombose à moins de 1% aujourd'hui nous utilisons une association de traitements antiagrégants plaquettaires très efficace (aspirine et Clopidogrel). L'importance de ce traitement est capitale et l'impossibilité de prendre ce traitement doit faire réviser l'indication de l'angioplastie coronaire.



Après une angioplastie de la coronaire avec mise en place d'un stent, survient un processus de cicatrisation artérielle qui peut prendre plusieurs semaines voire plusieurs mois.

Pendant ce processus de cicatrisation, la paroi artérielle va s'épaissir par la multiplication de cellules musculaires lisses et la lumière vasculaire va se recouvrir de cellules endothéliales qui permettent d'éviter la survenue de thrombose coronaire engendrée par le contact, soit avec les éléments figurés de la paroi artérielle, soit le stent lui-même.

Cette endothérialisation est capitale pour l'avenir du patient.

Dans certains cas, la cicatrisation artérielle est hypertrophique et engendre alors la survenue d'un nouveau rétrécissement serré, c'est ce qu'on appelle la **resténose coronaire intrastent**.

Cette resténose intrastent est de l'ordre de 30% et varie avec de nombreux facteurs comme le diabète, le diamètre du vaisseau dilaté ou du stent lui-même.

Très longtemps nous avons cherché sans succès, la meilleure façon de réduire ce taux de resténose qui survient dans les 6 mois post angioplastie. Depuis le début des années 2000, l'utilisation de stents actifs a permis de réduire de façon très significative la survenue de resténoses.

En effet, ces stents qui restent métalliques sont recouverts d'un médicament qui va permettre de réduire la multiplication des cellules musculaires lisses et donc de diminuer sans interrompre le processus de cicatrisation artériel.

Ces molécules (Rapamycine, Paclitaxel...) sont des « immunosuppresseurs » comme la cyclosporine. Elles ont des propriétés antiprolifératives et anti-inflammatoires. Le risque de resténose est alors de moins de 5% sur un suivi de 8 mois.

Une polémique est née en 2006 sur le risque d'utilisation des stents actifs. De nombreuses études ont permis de dissiper les doutes sur les risques de surmortalité de ce type de stents.

Il n'en demeure pas moins que leur utilisation doit se limiter aux lésions et patients à haut risque de resténose. D'autre part, il semble clair que le traitement antiagrégant plaquettaire doit être prolongé en cas de dilatation avec stents actifs car le risque de voir survenir une thrombose coronaire tardive est plus grand.

Les patients et leurs médecins doivent être particulièrement sensibilisés à ce risque d'interruption thérapeutique prématurée.



Dr Hakim BENAMER

LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Dr. Philippe de LENTDECKER - Hôpital FOCH – Suresnes

L'insuffisance cardiaque est un problème de plus en plus souvent rencontré dans les pays industrialisés du fait du vieillissement de la population et de la meilleure prise en charge des autres maladies.

En France, l'insuffisance cardiaque touche environ 1 million de personnes soit 1 à 3% de la population générale et plus de 5% après 75 ans.

La survie à 5 ans est de 25% chez l'homme et 38% chez la femme. La mortalité à 1 an des patients atteints d'insuffisance cardiaque terminale (NYHA IV) est de 50%.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Des progrès considérables ont été accomplis au cours de ces dernières années dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique :

- Les médicaments comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les bêta bloquants sont maintenant d'utilisation courante,
- L'implantation de pacemakers permettant une resynchronisation entre les oreillettes et les ventricules ou entre les deux ventricules avec fonction défibrillateur,
- Les progrès des techniques de chirurgie et de réanimation permettent de proposer des interventions en alternative à la transplantation cardiaque dont le risque opératoire important est à mettre en balance avec celui de la transplantation. Mais le bénéfice apporté est dans la plupart des cas substantiel, permettant de reculer la date de la transplantation cardiaque :
 - pontages coronaires,
 - résection d'un anévrisme ventriculaire après infarctus myocardique dans les cardiopathies ischémiques,
 - correction d'une fuite mitrale ou aortique dans les cardiopathies valvulaires,
 - intervention de réduction ventriculaire gauche dans la cardiomyopathie dilatée,
 - intervention de cardiomyoplastie,
 - injection de culture de cellules musculaires dans le muscle cardiaque...

Ces progrès ont permis une réduction nette du nombre de transplantations cardiaques mais dans certains cas l'échappement au traitement médical optimal avec survenue de poussées évolutives de la maladie nécessite d'envisager une transplantation cardiaque.

INDICATION DE LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Elle s'intègre dans le cadre d'une prise en charge conjointe par les cardiologues consultants et les équipes médico-chirurgicales des centres spécialisés.

L'évaluation périodique de l'efficacité thérapeutique, la recherche de possibilité de correction chirurgicale de l'insuffisance cardiaque nécessite des examens spécifiques qui font partie du bilan pré-transplantation cardiaque : échocardiographie, coronarographie, holter, scintigraphie cardiaque, angiographie ventriculaire, cathétérisme droit, étude de la consommation d'oxygène à l'effort, mesure du taux de certains marqueurs biologiques spécifiques de l'insuffisance cardiaque.

L'indication de la transplantation cardiaque repose sur un ensemble d'arguments cliniques et de résultats d'examens spécifiques :

- Un âge physiologique inférieur à 60-65 ans avec un état nutritionnel et musculaire satisfaisant.
- Une gêne fonctionnelle importante (essoufflement à l'effort ou au repos) pouvant s'accompagner de douleurs thoraciques d'insuffisance coronaire sans possibilité de dilatation ou de pontage coronaire.
- L'existence de troubles du rythme ventriculaire graves enregistrés par des électrocardiogrammes de 24 heures (Holter).
- Une diminution importante des paramètres de fonction ventriculaire mesurée par échocardiographie, scintigraphie ou angiographie.
- Baisse du débit cardiaque mesuré lors du cathétérisme droit.
- Baisse de la consommation d'oxygène à l'exercice physique.
- Le niveau de certains marqueurs biologiques.
- L'ancienneté de l'insuffisance cardiaque, de son évolutivité et de l'éventualité rare de réversibilité (surtout en cas d'intoxication alcoolique).

CAUSES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les cardiopathies conduisant à la transplantation sont :

- Myocardiopathies dilatées idiopathiques : 47%
- Cardiopathies ischémiques : 45%
- Cardiopathies valvulaires : 3%
- Cardiopathies congénitales : 2%
- Retransplantations cardiaques : 2%
- Autres causes : 1% (Myocardite, dysplasie ventriculaire droite, cardiomyopathie du post partum ou toxique, ...).

BILAN PRE-TRANSPLANTATION CARDIAQUE

L'indication de transplantation établie, une hospitalisation s'impose pour pratiquer le bilan pré-transplantation cardiaque qui permet de préparer l'intervention afin d'adapter au mieux le greffon au receveur (identité du groupe sanguin, adéquation poids/taille, âge voisin, similitude du passé infectieux viral) et de rechercher d'autres maladies qui pourraient la contre-indiquer.

Les principaux examens pratiqués sont :

- Un cathétérisme cardiaque droit.
- Un bilan pulmonaire : Radiographie, épreuves fonctionnelles respiratoires et scintigraphie pulmonaire
- Un bilan artériel : Doppler artériel cervical et des membres inférieurs, artériographie digestive.
- Un bilan gastro-entérologique et rénal : Echographie abdominale, fibroscopie oeso-gastroduodénale, coloscopie.
- Un bilan urologique et gynécologique
- Un bilan radiologique osseux, ORL et stomatologique.
- Un bilan biologique.
- Un bilan bactériologique et viral (HIV, Hépatite)

CONTRE-INDICATIONS A LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Elles doivent être recherchées de façon systématique car elles peuvent compromettre rapidement le succès de la greffe. Les principales contre indications sont :

- L'hypertension artérielle pulmonaire par développement d'une « maladie » pulmonaire secondaire à l'insuffisance cardiaque, est la contre indication principale mais délicate à porter qui nécessite un cathétérisme cardiaque droit avec étude pharmacologique c'est-à-dire perfusion de médicaments susceptible de diminuer l'hypertension pulmonaire. C'est un examen de surveillance important et doit être répété chaque semestre.
- L'insuffisance respiratoire chronique sévère et les séquelles graves d'embolie pulmonaire.
- L'insuffisance rénale chronique est une contre indication relative car la double transplantation cœur et rein est possible.
- La cirrhose hépatique et l'insuffisance hépatique sévère qui n'est pas la conséquence de l'insuffisance cardiaque.
- Les séquelles sévères d'accident vasculaire cérébral.
- Les atteintes artérielles cérébrales, des membres inférieurs et digestives de la maladie athéromateuse.
- Les cancers.
- Le diabète avec altération d'autres organes que le cœur.
- Les maladies infectieuses bactériennes ou virales (SIDA, Hépatite évolutive).

- Les maladies psychiatriques graves,
- les toxicomanies,
- le refus du patient.

LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

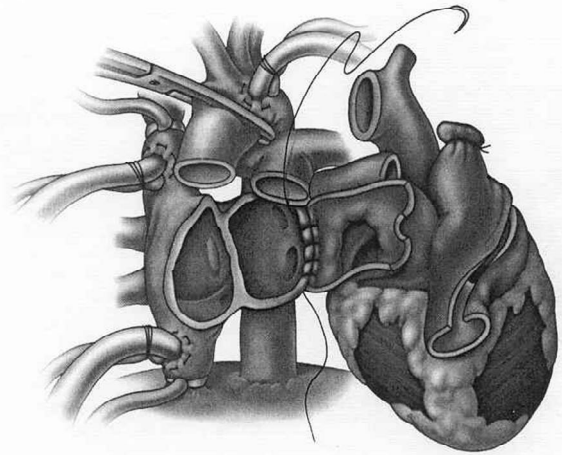
L'attribution des greffons est gérée par l'Agence de la Biomédecine selon des règles strictes acceptées par toutes les équipes de transplantation.

Le choix du greffon cardiaque se fait selon des critères bien définis : identité du groupe sanguin, adéquation poids/taille, âge voisin, similitude du passé infectieux viral.

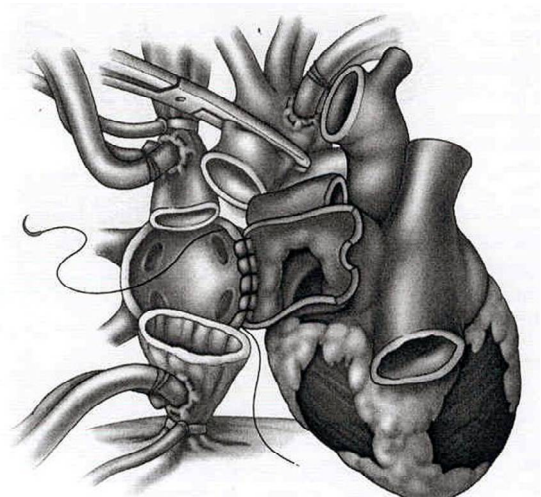
La greffe est réalisée en urgence avec 2 équipes (une équipe de prélèvement et une équipe de greffe) car le temps d'ischémie du cœur ne doit pas dépasser 4 heures (entre l'arrêt du cœur au prélèvement et son redémarrage après la greffe).

Il existe 2 techniques de greffe :

Technique standard décrite par Lower et Shumway : conservation du fond des 2 oreillettes du receveur



Technique bicave décrite par Dreyfus : Ablation totale de l'oreillette droite et conservation du fond de l'oreillette gauche (veines pulmonaires).



LE TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSEUR

Dès l'intervention le traitement est commencé : c'est le traitement d'induction pendant les 3 premiers jours à base d'anticorps anti lymphocytes (Thymoglobuline®, Simulect®) et de corticoïdes à fortes doses.

Le traitement d'entretien est débuté au 4^{ème} jour et associe 3 médicaments antirejets :

- La ciclosporine (Neoral®) ou le tacrolimus (Prograf®)
- Les corticoïdes
- L'acide mycophénolique (Cellcept®, Myfortic®)

Ce traitement est poursuivi à vie en l'adaptant en permanence au nombre de rejets et leurs sensibilités au traitement, aux effets secondaires (Insuffisance rénale, HTA, Diabète, ...) et à la survenue de complications carcinologiques ou infectieuses.

LE REJET AIGU

Le rejet est une complication fréquente au cours des 6 premiers mois après greffe. Il est dépisté de façon systématique par des biopsies myocardiques régulières. Celles-ci sont pratiquées sous anesthésie locale et contrôle radiologique et permettent de prélever 3 à 4 fragments de myocarde du ventricule droit.

En fonction de l'existence ou non d'un rejet et de son stade histologique, le traitement anti rejet est modifié. Une hospitalisation peut s'imposer pour son traitement.

Environ 1 patient sur 3 ne présente aucun rejet au décours de la transplantation.

LES COMPLICATIONS

Au cours de la première année les principales complications sont le rejet aigu et les infections. La tolérance du greffon cardiaque implique un traitement anti rejet maximum au moment de la greffe puis en décroissance progressive pendant un an. Mais en diminuant les défenses normales de l'organisme, il favorise la survenue d'infections bactériennes ou virales.

A plus long terme les complications sont :

- Le rejet chronique qui est une maladie vasculaire du greffon ou athérosclérose accélérée avec réapparition de lésions des artères coronaires. Les douleurs thoraciques d'origine coronarienne sont absentes chez le transplanté cardiaque du fait de la dénervation du greffon. La coronarographie systématique reste l'examen de référence pour son diagnostic.
- Les cancers sont favorisés par le traitement immunosuppresseur. Les cancers cutanés sont les plus fréquents (40 à 70 %), puis les lymphomes et les cancers du poumon, du tube digestif. La poursuite du tabagisme multiplie par 10 le risque de cancer pulmonaire.
- Les complications les plus fréquentes dues aux effets secondaires des médicaments anti rejet : HTA (ciclosporine), hypercholestérolémie (ciclosporine, tacrolimus), insuffisance rénale chronique (ciclosporine, tacrolimus et HTA), diabète (tacrolimus, corticoïdes), ostéoporose (corticoïdes)

RESULTATS DE LA TRANSPLANTATION CARDIAQUE

Les résultats tant sur la mortalité que sur la morbidité se sont constamment améliorés depuis 20 ans. Ceci est à mettre sur le compte des progrès réalisés dans le domaine de l'immunosuppression, de la lutte contre les infections et l'amélioration des techniques chirurgicales et de réanimation.

- Les patients opérés entre 1985 et 1989 ont eu une survie à 1an, 5ans et 10 ans de respectivement 67%, 53% et 39%.
- Les patients opérés 10ans plus tard, entre 1995 et 1999 ont eu une survie à 1an, 5ans et 10 ans de respectivement 74%, 65% et 53%.
- Les patients opérés entre 2000 et 2006 ont une survie à 1an et 5ans de respectivement 76% et 67%.



Docteur Philippe de
LENTDECKER

INFOS PRATIQUES

Vous désirez emprunter ou souscrire certaines assurances, mais votre banquier hésite compte tenu de votre état de santé. La CONVENTION AERAS est peut-être là pour vous aider.

Ainsi, pour ce qui concerne les établissements de crédit, vous trouverez de l'information sur la Convention AERAS non seulement dans le guide AERAS (demandez -le à votre banquier) , mais aussi sur le site Internet général d'informations pratiques www.lesclesdelabanque.com et sur les sites propres aux établissements de crédits , Enfin, un serveur vocal national d'information sur la convention AERAS est à votre disposition 7j / 7 et 24 h / 24 au n° **0821 221 021** (0,12 €/mn) , Vous serez également informé de l'existence de cette convention chaque fois que vous réalisez une simulation de crédit auprès d'un établissement financier.

LA VIE DE L'ASSOCIATION

(Par Georges MALGOIRE, Secrétaire Général)

BOURSIERS

Ainsi que le souligne régulièrement le Professeur GUILMET, nous attachons beaucoup d'importance à l'aide que l'ADETEC apporte à ses boursiers qui tous se destinent à la chirurgie cardio-vasculaire.

Au cours de l'année 2009, trois boursiers soutenus par votre association effectuent leur stage dans un centre de recherche :

- **Le docteur Issam ABOULIATIM** participe à un projet de recherche au sein du CHU de Rennes, sous couvert du Professeur Alain LEGUERRIER.
- **Le docteur RUGGIERI** prépare une thèse de doctorat au sein de l'Université de Compiègne.
- **Le docteur Thérèse KHALIFE-HOCQUEMILLER** suit actuellement un cursus de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique dans le service du professeur CHAPELIER à l'hôpital Foch de Suresnes.

Tous trois vous rendront compte de leurs travaux, soit lors de l'Assemblée Générale de l'ADETEC au printemps 2010, soit dans un prochain bulletin.

SITE INTERNET DE L'ADETEC

Le site internet de l'ADETEC que vous aviez l'habitude de consulter ayant perdu et son rédacteur, et son « webmaster », va être progressivement interrompu.

Sur l'initiative de notre Président, un nouveau site vient d'être créé qui reprend l'essentiel des informations contenues dans le précédent site (tout en les mettant à jour si besoin est) et auxquelles des chapitres complémentaires sont rajoutés. Nous remercions sincèrement M. Daniel GREVOUL pour l'aide qu'il nous apporte, concernant notamment les reportages photos et vidéos.

Vous trouverez désormais ce nouveau site à l'adresse suivante :

www.adetec.eu

Parmi les principales améliorations de ce site, vous constaterez, **outre les chapitres figurant sur l'ancien site adetec.net** et transférés sur le nouveau, la présence :

- De **vidéos** à caractère général portant sur la vie de l'association, mais également des **vidéos à caractère médical dont la diffusion est réservée aux seuls adhérents de l'ADETEC**. Un numéro de code confidentiel unique vous sera nécessaire pour y accéder :
il s'agit du code suivant : 1971 que vous enregistrez dans la case réservée à cet effet en regard du chapitre « **Pathologies** ».
- **Des chapitres complémentaires :**
 - Nous avons notamment tenu à améliorer encore plus la transparence financière de votre association. C'est ainsi que vous trouverez désormais :
 - Le texte des **statuts** de l'ADETEC
 - La situation des **comptes** de l'association
 - Les **rapports** de l'Auditeur interne
 - Les sources des **financements**, avec un rappel de la législation en cours.
 - Bien évidemment nous nous efforçons de renforcer progressivement les **informations à caractère médical**. Par exemple, nous avons incorporé les rapports concernant :
 - L'angioplastie coronaire transluminale, par le docteur Hakim BENAMER
 - La transplantation cardiaque, par le docteur Philippe de LENTDECKER
 - La greffe de cellules souches, par le Professeur Philippe MENASCHÉ et le docteur Patrick FARAHMAND

Vous avez changé d'adresse OU vous souhaitez faire connaître notre association à des amis, opérés du cœur :

Pensez à nous en informer :

- En indiquant votre nouvelle adresse directement sur le présent bulletin de cotisation,
- Par correspondance : ADETEC 4 rue Raymond Cosson 92150 SURESNES (Téléphone : 01 45 06 63 56)
- Par e-mail : assocadetec@aol.com

- Nous avons développé les informations d'ordre plus général, telles que :
 - **50 années de chirurgie cardiaque**, par le docteur Jean BACHET
 - Des **témoignages** d'anciens opérés
 - Une liste à jour d'autres **sites et contacts utiles** vous permettant de naviguer vers d'autres adresses internet dédiées aux affections cardiaques.
- Enfin, il sera aisément possible de dialoguer par **mail avec le bureau** de l'ADETEC.
- Tous les **bulletins** de l'ADETEC seront accessibles, à partir de leur sommaire dynamique.
- Une **page d'accueil** vous permettra de vous orienter facilement sur le site et vous dirigera vers des informations pratiques concernant la vie de l'association (manifestations, communiqués, éditos, événements).

DÉPENSES

Les frais de fonctionnement de l'ADETEC ainsi que les frais de collecte resteront analogues à ceux de l'année 2008.

Par contre, le montant des bourses attribuées à 3 jeunes médecins ainsi que les subventions à la recherche médicale devraient être significativement plus importants que précédemment.

PROCHAINE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Elle se tiendra très probablement dans les **premiers jours du mois d'avril**. Aussi n'hésitez pas à nous manifester votre amitié en venant très nombreux à cette assemblée. C'est un grand encouragement pour les responsables de l'ADETEC.

Outre le renouvellement statutaire annuel des membres du Conseil d'administration, nous aurons à approuver la **mise à jour des statuts** telle que nous l'a proposée le Conseil d'État. Nous devons donc réunir le quorum nécessaire.

Participez à l'Assemblée ou adressez-nous votre pouvoir.

Autre sujet à l'ordre du jour : le **changement d'adresse du Siège social de l'ADETEC**. En effet, le local que nous occupons actuellement va être très prochainement vendu par les Domaines. En contrepartie la Mairie de Suresnes pense pouvoir nous proposer un nouveau bureau en centre ville. Nous lui en sommes très reconnaissants.

Très cordialement

Georges MALGOIRE
Secrétaire Général

QUELQUES TENDANCES 2009

ADHÉRENTS ET COTISATIONS

A la date de parution du présent bulletin, nous constatons une **stabilité du nombre d'adhérents** à jour de leurs cotisations.

L'ADETEC est votre association et c'est vous qui lui permettez de faire face à ses objectifs dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire : recrutement de jeunes chirurgiens, recherche médicale, entraide, équipement des salles d'opération, ... Restez nombreux autour de nous, ceci vous concerne.

COTISATIONS ET DONNS 2009

C'est grâce à vous, à vos cotisations, vos dons (ce supplément que vous rajoutez volontairement à vos cotisations) et vos donations sous forme de legs ou d'assurance-vie que l'ADETEC peut assurer son fonctionnement, votre information et, par dessus tout, le financement de ses diverses activités (bourses d'études, subventions destinées au financement de la recherche dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire ou à des associations entrant dans le cadre de notre objet social, ...).

Nous joignons systématiquement le bulletin de versement ci-dessous destiné à ceux à qui cet aide-mémoire peut être utile. Bien évidemment, s'il ne vous concerne pas car vous avez déjà acquitté votre cotisation 2009, merci de ne pas nous en tenir rigueur.



COTISATION et DON 2009

MERCI DE NOUS SIGNALER
TOUT CHANGEMENT
D'ADRESSE

M. / Mme Prénom

Adresse :

..... Tél :

Code Postal : Commune :

Adresse mail :

Soutient l'action de l'ADETEC et

**renouvelle sa cotisation ou fait un don supplémentaire
au titre de l'année 2009 (dont 66% sont fiscalement
déductibles de l'Impôt sur les Revenus)**

et fait parvenir le chèque joint de €

en qualité de membre actif (40 € ou plus)

ou de membre bienfaiteur (150 € ou plus)

Envoyer chèque et bulletin à l'adresse suivante :
ADETEC 4 rue Raymond Cosson 92150 SURESNES
Tél : 01 45 06 63 56