

LE DOSSIER

Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée

Éditorial

Ce dossier de *Réalités Cardiológicas* aborde le problème de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP), que nous avons appelée il y a longtemps "insuffisance cardiaque diastolique". La rédaction en a été confiée à des cardiologues connus à la fois pour leur sens clinique et leur expertise scientifique.

On peut juger du chemin parcouru depuis 20 ans, époque à laquelle l'affection se réduisait pour certains à une dysfonction diastolique sur cœur "rigide", voire n'existait pas pour d'autres. Comme le rappelle **Jean-Michel Tartière**, il s'agit aujourd'hui d'une entité physiopathologique reconnue comme beaucoup plus complexe, associant différents mécanismes physiopathologiques à des degrés variables selon le patient. À côté des anomalies du remplissage, en rapport avec une dysfonction diastolique (diminution de la distensibilité et/ou ralentissement de la relaxation), il existe une rigidification du système vasculaire altérant le couplage ventriculo-artériel. Il peut également s'y associer une dysfonction modérée de la fonction systolique, notamment en ce qui concerne les mouvements longitudinaux et de torsion. L'oreillette gauche joue probablement un rôle important, de même que la circulation pulmonaire, dans la mesure où l'on note souvent des hypertension artérielles pulmonaires disproportionnées par rapport aux pressions auriculaires gauches. Certains ont voulu être unicistes et considérer cette affection comme un état pro-inflammatoire déclenché par de multiples comorbidités comme le diabète, les apnées du sommeil, etc.



→ A. COHEN-SOLAL

Research Medical Unit INSERM U-942
"BIOmarkers in CardioNeuroVascular diseases",
Université Paris VII-Denis Diderot,
Service de Cardiologie,
Hôpital Lariboisière, PARIS.

L'hétérogénéité des mécanismes physiopathologiques complique indiscutablement le diagnostic de l'affection, qui est probablement souvent posé autant par excès que par défaut. En effet, comme le signale **Pierre-Vladimir Ennezat**, les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie exigent, pour le diagnostic, des critères cliniques, pas toujours évidents chez des sujets très âgés aux multiples comorbidités (avec la nécessité d'éliminer des diagnostics différentiels comme l'ischémie myocardique, l'insuffisance rénale et les valvulopathies), et des critères de dysfonction diastolique (en plus d'une FEVG conservée). C'est la raison pour laquelle de nombreux patients du monde réel ne peuvent être inclus dans des essais thérapeutiques qui n'enrôlent que des patients parfaits, sans aucune comorbidité et, de ce fait, extrêmement rares.

Le dosage des peptides natriurétiques est difficile à interpréter chez ces patients âgés, souvent bronchopathes ou insuffisants rénaux, chez lesquels ils augmentent rarement de façon majeure. L'échographie cardiaque est l'examen pivot du diagnostic, à condition de bien savoir l'interpréter. Les tests dynamiques, comme l'échocardiographie d'effort ou les épreuves d'effort cardio-respiratoires, prennent une place grandissante.

LE DOSSIER**Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée**

En ce qui concerne le traitement, nous allons de déception en déception. **Pascal de Groote** rappelle d'ailleurs qu'on est loin d'avoir trouvé le traitement ou la polythérapie qui, comme dans l'insuffisance cardiaque par dysfonction systolique, va convenir à tous les patients. Cela vient, entre autres, du fait que les essais thérapeutiques se sont souvent révélés négatifs en raison de nombreuses erreurs conceptuelles. En effet, on a longtemps pensé que le traitement devait être celui d'une HVG ou d'une dysfonction diastolique, laquelle, on l'a vu, n'est pas toujours le phénomène essentiel. Enfin, en éliminant les patients ayant des comorbidités, on en arrive à cibler des patients qui n'ont rien à voir avec ceux réellement affectés par cette pathologie. À ce jour, dans l'insuffisance cardiaque stable à FEVG préservée, aucune molécule n'a pu démontrer d'effet significatif sur la morbi-mortalité. Toutefois, de nombreuses pistes thérapeutiques sont en cours d'exploration. Si les patients sont bien ciblés, un traitement bêtabloquant ou anticalcique, un diurétique, un bloqueur du SRAA ou un programme de réadaptation cardiaque selon les cas peuvent avoir des bénéfices non négligeables, notamment sur la symptomatologie fonctionnelle et la qualité de vie de ces patients.

Enfin, très logiquement, on ne peut parler en 2016 d'ICFEP sans parler des comorbidités, car elles jouent un rôle physiopathologique et compliquent le diagnostic. On ne peut, en effet, maîtriser cette maladie en faisant l'impasse sur ces comorbidités. Obésité, syndrome d'apnées du sommeil, anémie, insuffisance rénale, entre autres, ne peuvent être ignorés et leur prise en charge joue sûrement un rôle aussi important que le traitement de l'insuffisance cardiaque elle-même, comme le rappelle **Nicolas Lamblin**.

En conclusion, on peut remercier les auteurs de ce beau dossier d'avoir présenté un état objectif et réaliste du problème qui ne peut que ravir les cliniciens que nous sommes, amenés à prendre en charge des patients, tous différents les uns des autres et de plus en plus complexes.