

## ■ Le dossier – IC à fraction d'éjection préservée

### Éditorial

# Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée



**Y. JUILLIÈRE**

Service de Cardiologie,  
Institut Lorrain du Cœur et des Vaisseaux,  
CHU de NANCY-BRABOIS.

L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (IC-FEP) demeure une épine irritative dans la chaussure du cardiologue : aucune thérapeutique n'a à ce jour pu démontrer une efficacité dans cette pathologie, il n'existe donc que des recommandations succinctes, ce qui peut apparaître comme rageant dans une discipline qui se noie sous des recommandations multiples et variées pour les autres maladies cardiovasculaires. *A contrario*, le médecin peut donc faire ce qu'il veut sans arrière-pensée.

Quand on parle d'IC-FEP, il est nécessaire au premier chef de bien la définir et d'en faire un bon diagnostic. **Erwan Donal** en confirme les difficultés et montre que l'approche échocardiographique est fondamentale, pas seulement pour le ventricule mais aussi pour l'oreillette. Il insiste sur l'intérêt d'un test dynamique à l'effort puisque la gêne à l'effort est probablement le premier symptôme à apparaître. Toutefois, on ne peut se départir d'une approche des concepts physiopathologiques qui sont étroitement intriqués et qui expliquent les symptômes des patients. La dysfonction endothéliale induite par les diverses comorbidités impliquées et par l'inflammation systémique qui y est associée est aux premières loges comme nous l'explique **Damien Logeart**. Une dysfonction systolique infraclinique et une incapacité du ventricule gauche à s'adapter en situation de stress existent, l'ensemble résultant dans des anomalies hémodynamiques dont le témoin est une élévation des pressions de remplissage du cœur gauche puis éventuellement du cœur droit. D'autres anomalies vont s'y associer : inflammation systémique, incompetence chronotrope à l'effort, dysfonction atriale, déconditionnement musculaire périphérique.

Alors, quel traitement peut-on envisager ? C'est là que les comorbidités jouent un rôle majeur, notamment chez le sujet âgé où l'IC-FEP est fréquente. **Michel Galinier** évoque un "comorbidome", le concept est intéressant. Il développe le rôle important de 4 d'entre elles (diabète, insuffisance rénale, BPCO, anémie). Leur implication dans la physiopathologie de l'atteinte cardiaque, en générant un état inflammatoire chronique et un stress oxydatif, explique la morbi-mortalité et surtout le caractère

## ■ Le dossier – IC à fraction d'éjection préservée

peu efficace du traitement. Dans ce contexte, **Jean-Christophe Eicher** avait un rôle ingrat : celui de nous dire que l'IC-FEP reste une maladie orpheline, aucun traitement n'ayant jusqu'à présent démontré un effet sur le pronostic, et que la prise en charge thérapeutique se résume dans les recommandations au traitement de la congestion et à la prise en charge des comorbidités. Mais, bien sûr, on ne peut pas s'arrêter à ce constat et il ne s'y est pas arrêté. Après l'échec relatif qui persiste toujours, il ouvre vers les principales possibilités d'avenir : la voie du NO-GMPc-PK, l'inflammation, la fibrose, l'inhibition SGLT2, les traitements électriques ou la création d'un *shunt* atrial. Cela montre bien qu'il faut garder espoir !

À travers ces articles que j'espère vous aurez plaisir à lire, l'IC-FEP apparaît comme un syndrome hétérogène aux multiples aspects physiopathologiques intriqués à de nombreuses comorbidités [1]. Cela rend le diagnostic et le traitement difficiles. Mais cela apparaît surtout comme un des plus grands challenges de la cardiologie moderne à l'heure où les patients sont de plus en plus âgés et vivent longtemps avec des pathologies cardiaques altérant progressivement la (ou plutôt les) fonction(s) du cœur.

### BIBLIOGRAPHIE

1. JUILLIERE Y, VENNER C, FILIPPETTI L *et al.* Heart failure with preserved ejection fraction : A systemic disease linked to multiple comorbidities, targeting new therapeutic options. *Arch Cardiovasc Dis*, 2018;111:766-781.