L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

Recommandations 2012 sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque : quoi de neuf ?

→ **M. GALINIER**
CHU Rangueil, TOULOUSE.

Les progrès du traitement de l'insuffisance cardiaque systolique, qui ont déjà permis de diviser par deux son taux de mortalité en 20 ans, se poursuivent. La trithérapie anti-neuro-hormonale, associant aux IEC et aux bêtabloquants un antagoniste des récepteurs minéralo-corticoïdes (ARM), est maintenant indiquée chez tous les patients en stade II à IV de la NYHA ne présentant pas d'insuffisance rénale sévère avec une recommandation de classe I et de niveau A.

Chez les patients restant symptomatiques sous ce traitement, en rythme sinusal, et dont la fraction d'éjection est ≤ 35 % et la fréquence cardiaque ≥ 70 batt/min, l'ivabradine est indiquée avec une recommandation de classe IIa et de niveau B.

Chez les patients les plus sévères, en insuffisance cardiaque avancée, l'assistance circulatoire doit être envisagée, soit en pont à la transplantation avec une recommandation de classe I et de niveau B, soit en destination thérapie avec une recommandation de classe IIa et de niveau B.

Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque basé sur la clinique peut maintenant faire appel à deux stratégies différentes, l'une basée sur l'échocardiographie et l'autre sur les peptides natriurétiques. Ainsi, si l'échocardiographie, qui demeure l'examen clé, n'est pas disponible, une approche alternative basée sur les peptides natriurétiques peut être mise en œuvre, en utilisant des seuils différents pour les situations chroniques et aiguës. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque est éliminé par des valeurs de BNP ou de NT-proBNP respectivement inférieures à 35 et 125 pg/mL chez un patient ambulatoire présentant des symptômes progressifs et inférieur à 100 et 300 pg/mL chez un sujet présentant une dyspnée aiguë, avec une excellente valeur prédictive négative. Chez les patients dont les valeurs sont supérieures, une échocardiographie est recommandée (***fig. 1***).

Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ou insuffisance cardiaque diastolique, qui reste difficile, a été précisé, imposant l'existence, en dehors des symptômes et de signes d'insuffisance cardiaque, d'une fraction d'éjection ≥ 50 %, sans dilatation ventriculaire gauche ; d'anomalies structurales cardiaques (hypertrophie ventriculaire gauche ou dilatation de l'oreillette gauche [> 34 mL/m²]) ; et/ou de signes échocardiographiques de dysfonction diastolique (onde e' < 9 cm/s et/ou rapport E/e' > 15).

Le traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée ou insuffisance cardiaque systolique repose dorénavant pour les patients en stade II à IV sur un triptyque associant IEC (ou ARA2 en cas d'intolérance), bêtabloquants et ARM, scellant la fin de l'association IEC-ARA2 qui, du fait du faible niveau tensionnel de ces patients, ne s'était pas développée. En effet, la trithérapie bloquant le système rénine-angiotensine-aldostérone, IEC, ARA2 et ARM, reste contre-indiquée du fait du risque d'hyperkaliémie.

Ainsi, chez les patients restant symptomatiques en stade II à IV sous l'association IEC-bêtabloquants, alors que jusqu'à présent nous avions le choix entre associer un ARA2 ou un ARM, c'est maintenant ces derniers qu'il faut utiliser, leur niveau de preuve étant plus élevé, notamment sur la réduction de la mortalité.

Les ARM sont ainsi indiqués avec une recommandation de classe I et de niveau A chez tous les patients en stade II à IV restant symptomatiques sous l'association IEC-bêtabloquants et dont la fraction d'éjection est ≤ 35 %. Cette recommandation est même étendue à l'ensemble des patients présentant une insuffisance cardiaque systolique, à condition que leur débit de filtration glomérulaire soit ≥ 30 mL/mn et la kaliémie ≤ 5 mmol/L.

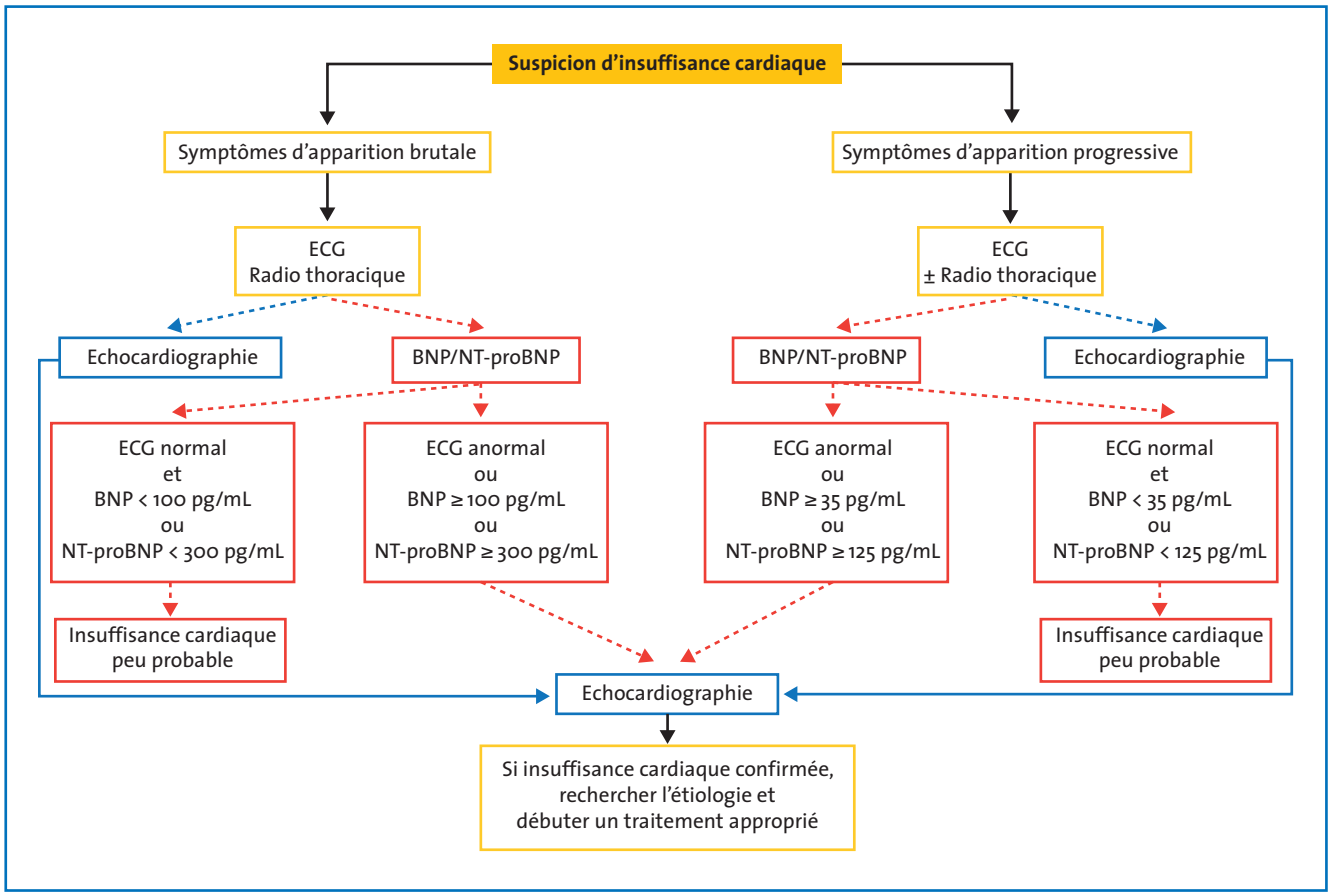

FIG. 1: Stratégies diagnostiques de l'insuffisance cardiaque.

La place des ARA2 se limite donc aux patients développant une toux sous IEC et ils doivent alors être prescrits à la dose maximale tolérée, les fortes doses s'étant révélées, comme pour les IEC, supérieures aux faibles posologies, en atteignant si possible la dose cible.

Chez les patients restant symptomatiques sous la trithérapie anti-neurohormonale, en rythme sinusal, dont la fraction d'éjection est ≤ 35 % et la fréquence cardiaque ≥ 70 batt/mn malgré une dose maximale tolérée de bêtabloquants, l'ivabradine doit être prescrite pour diminuer la fréquence des hospitalisations pour insuffisance cardiaque avec une recommandation de classe IIa et de niveau B. L'ivabradine peut également être utilisée chez les patients en rythme sinusal ne pouvant être traités par bêtabloquants, comme les asthmatiques, ou chez les patients ayant une intolérance à ces derniers, si la fraction d'éjection est ≤ 35 % et la fréquence cardiaque ≥ 70 bpm, avec une recommandation de classe IIb et de niveau C (***fig. 2***).

L'AMM européenne de l'ivabradine dans l'insuffisance cardiaque précise qu'elle ne peut être prescrite que chez les patients dont la fréquence cardiaque est ≥ 75 batt/mn car elle diminue alors la mortalité totale et cardiovasculaire. Il existe donc une différence de 5 batt/mn entre AMM et recommandations dont les cliniciens devront tenir compte, en connaissant la variabilité de ce paramètre.

Quoiqu'il en soit, cette place prépondérante de l'ivabradine chez les patients demeurant tachycardes, en rythme sinusal, sonne le glas de la digoxine dans cette indication, puisqu'à la différence de l'ivabradine, elle ne diminue pas la mortalité et peut présenter des effets arythmogènes ventriculaires. De plus, chez les patients en fibrillation atriale permanente, la digoxine a également perdu du terrain puisque, selon les dernières recommandations, elle ne doit être prescrite qu'en deuxième intention, après les bêtabloquants qui sont plus efficaces pour contrôler le rythme à l'effort, pour ramener la fréquence ventriculaire au-dessous de 80 batt/mn au repos et de 110 batt/mn à l'effort sous-maximal (test de marche de 6 minutes).

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

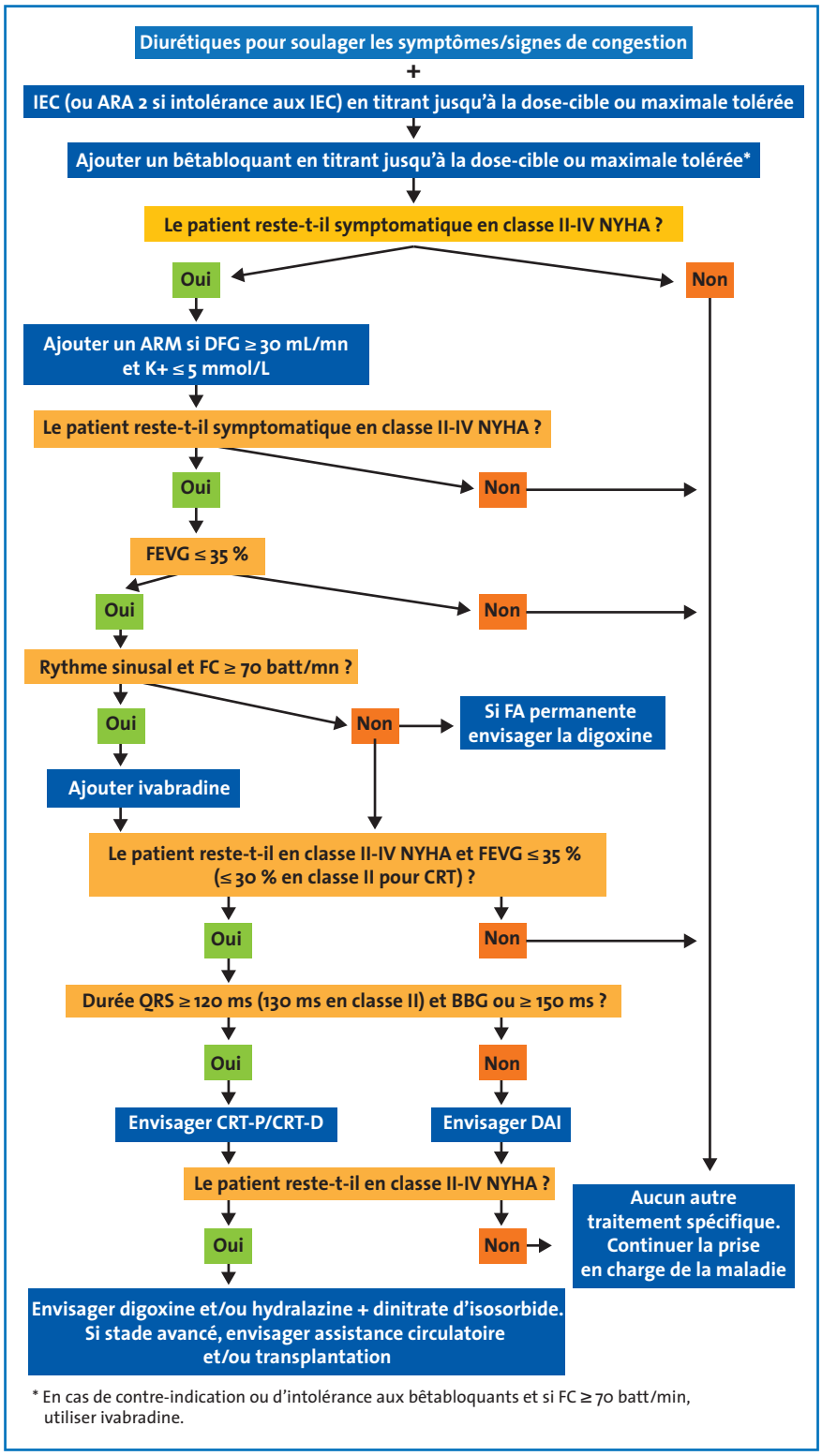

FIG. 2 : Traitement de l'insuffisance cardiaque systolique.

Les indications de la stimulation multisite ont été étendues aux patients en stade II de la NYHA, présentant une fraction d'éjection ≤ 30 % et soit une durée de QRS ≥ 130 ms en présence d'un bloc de branche gauche, soit une durée de QRS ≥ 150 ms en l'absence d'un bloc de branche gauche.

Pour les patients les plus sévères, l'accent est mis sur l'apport de l'assistance circulatoire qui a maintenant, en plus de son indication classique en attente d'une transplantation cardiaque de classe I et de niveau B, quatre autres indications :
– en destination thérapie pour les patients non éligibles à une transplantation cardiaque, recommandation de classe IIa et de niveau B ;
– en pont à la décision chez les patients dont le pronostic vital immédiat est en jeu pour les maintenir en vie jusqu'à ce qu'une évaluation complète permette de proposer une décision thérapeutique ;
– en pont à la candidature à une transplantation pour rendre éligible un patient temporairement contre-indiqué à cette dernière en améliorant ses fonctions vitales ;
– en attente d'une récupération myocardique, comme dans les myocardites aiguës.

Les candidats à l'assistance circulatoire sont ainsi les patients en insuffisance cardiaque avancée depuis plus de 2 mois malgré un traitement médical et électrique optimal et présentant plus d'un des critères suivants :
– fraction d'éjection < 25 % et pic VO_2 < 12 mL/kg/min ;
– avoir été hospitalisé au moins trois fois pour décompensation cardiaque dans les 12 derniers mois sans facteur précipitant évident ;
– être dépendant des inotropes intraveineux ;
– présenter une dysfonction rénale et/ou hépatique due à un bas débit circulatoire et non à des pressions de remplissage inadéquates ;
– altérer la fonction ventriculaire droite.

Patients	Tous patients				Rythme sinusal	Fibrillation atriale	
Classes thérapeutiques	IEC (ARA2 en cas d'intolérance)	Bêtabloquants	Antagonistes des récepteurs minéralo-corticoïdes*	Diurétiques	Ivabradine**	Digoxine***	AVK/AntiXa /Antilla
NYHA I	+	+ Si post-IDM	+ Si post-IDM	-	-	+	+
NYHA II	+	+	+	+ Si rétention hydrosodée	+	+	+
NYHA III	+	+	+	+	+	+	+
NYHA IV	+	+	+	+	+	+	+

* Si DFG ≥ 30 mL/kg/mn et K+ ≤ 5 mmol/L.
** Si FC ≥ 70 batt/mn sous bêtabloquants ou bêtabloquants contre-indiqués.
*** Si FC ≥ 80 batt/mn au repos ou ≥ 110 batt/mn pour un effort sous-maximal sous bêtabloquants.

TABLEAU I : Traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque systolique.

Le traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ou insuffisance cardiaque diastolique continue en revanche à marquer le pas, puisque les recommandations reconnaissent qu'aucun traitement n'a à ce jour démontré de bénéfice dans cette indication.

Le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë n'a de même connu aucun progrès significatif ces dernières années. Les recommandations soulignent cependant, qu'en cas d'altération de la fonction systolique, la trithérapie anti-neuro-hormonale par IEC, bêtabloquants et ARM doit être débutée, puis augmentée dès que possible avant la sortie. Celle-ci doit être associée à un plan d'optimisation des posologies pour compléter la titration en ambulatoire. De plus, en cas de décompensation, en l'absence de choc cardiogénique, les bêtabloquants peuvent être poursuivis.

Concernant **les mesures hygiéno-diététiques,** si le régime sans sel reste impératif dans l'insuffisance cardiaque aiguë, il est maintenant discuté au cours de l'insuffisance cardiaque chronique, les nouvelles recommandations n'abordant pas de manière concrète ce problème pourtant crucial. Elles confirment en revanche l'intérêt d'un exercice physique d'endurance régulier pour améliorer les symptômes et les capacités fonctionnelles, recommandations de classe I et de niveau A, ainsi que d'une approche multidisciplinaire de la maladie.

Quant aux **adaptations du traitement** grâce à une surveillance des peptides natriurétiques ou à la télésurveillance, elles doivent encore faire leurs preuves au vu des résultats divergents des essais disponibles.

Ainsi, plus que jamais, l'insuffisance cardiaque est un syndrome en progrès constant, du moins pour sa forme systolique, obéissant à des recommandations complexes mais précises (***tableau I***).

Bibliographie

Authors/Task Force Members, MCMURRAY JJV, ADAMOPOULOS S, ANKER SD *et al.* Guidelines: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 : The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J,* ehs104 May 19, 2012 doi: 10.1093/eurheartj/ehs104.

Conflits d'intérêts: intervenant pour des réunions ou des conférences, et investigateur dans le cadre d'études pour les laboratoires Servier, Pfizer, Roche Diagnostic.