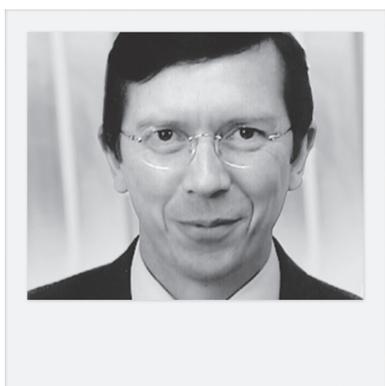


CONGRÈS
European Society of Cardiology

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur l'insuffisance cardiaque

RÉSUMÉ : Ces recommandations ont été présentées durant le récent congrès du groupe "insuffisance cardiaque" de la Société européenne de cardiologie et sont disponibles sur le site de l'ESC (*European guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J, 2012 ; www.escardio.org*). Voici, très résumées, les principales nouveautés.



→ F. DELAHAYE
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Nouveautés sur le plan diagnostique depuis les recommandations de 2008

• Mid regional-proANP

Comme le BNP et le NT-proBNP, son dosage doit être envisagé pour exclure d'autres causes de dyspnée, ou pour avoir des informations pronostiques (IIa, C, *tableau I*).

• Imagerie par résonance magnétique

Elle est recommandée pour évaluer la structure et la fonction cardiaques, mesurer la FEVG, et étudier le tissu

cardiaque, particulièrement en cas d'échocardiographie non concluante (I, C).

• Tests génétiques

Ils sont recommandés chez les patients avec cardiomyopathie dilatée et bloc atrioventriculaire ou antécédent familial de mort subite prématurée inattendue, parce que l'implantation d'un défibrillateur peut être indiquée.

L'algorithme diagnostique en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque se fait selon deux approches: l'échocardiographie première (en bleu) ou les

Classes de recommandations et niveaux de preuve

Classe de recommandations

I: Preuves et/ou consensus qu'un examen ou un traitement est utile/bénéfique.

IIa: Poids des preuves/opinions en faveur de l'utilité/l'efficacité d'un examen ou d'un traitement.

Niveau de preuve

A: Données provenant de plusieurs essais cliniques randomisés ou de méta-analyses.

B: Données provenant d'un seul essai clinique randomisé ou d'études non randomisées de grande taille.

C: Consensus d'expert et/ou petites études, études rétrospectives, registres.

TABLEAU I.

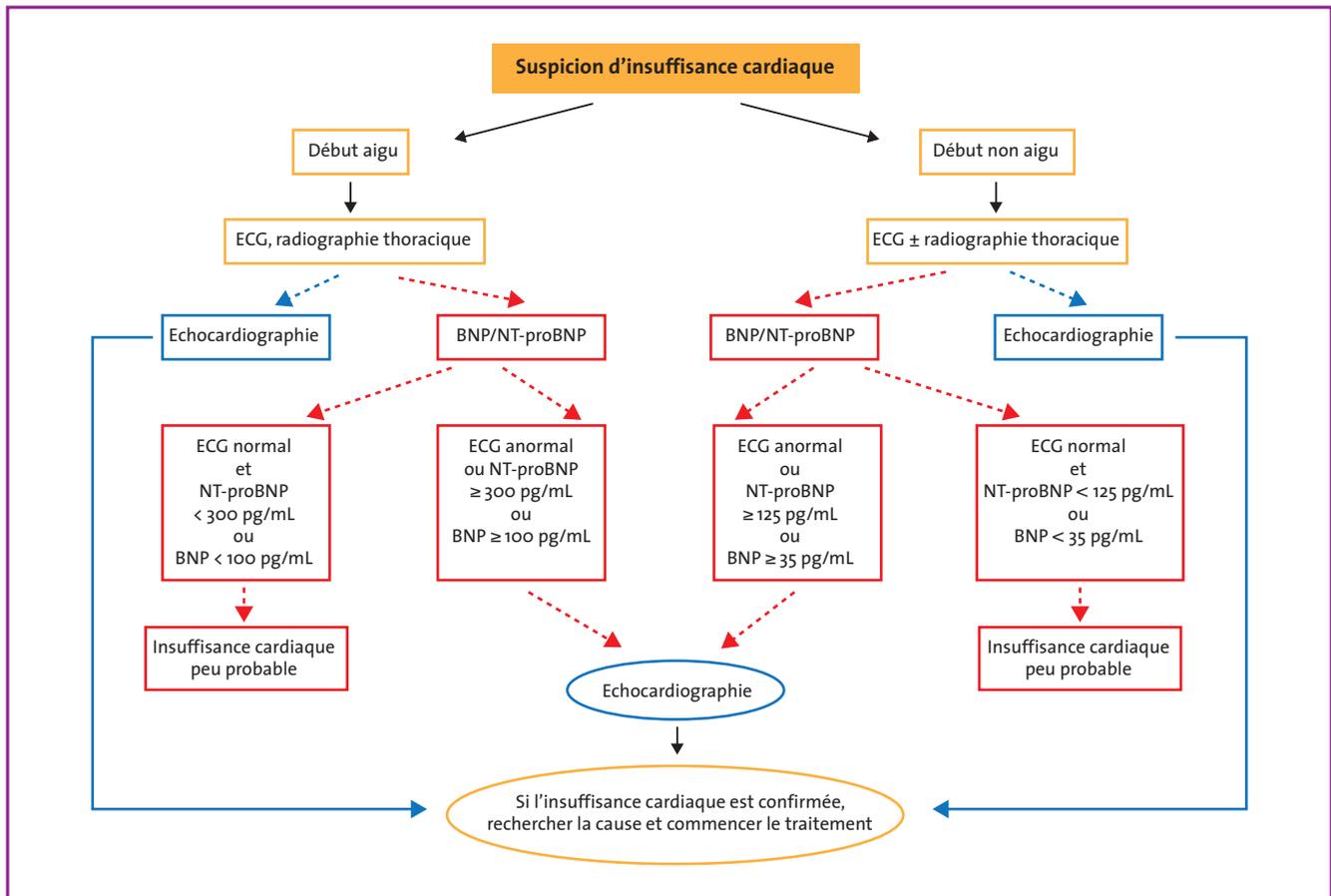


FIG. 1: Algorithme diagnostique en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque.

peptides natriurétiques premiers (en rouge) (fig. 1).

Principales nouveautés thérapeutiques (fig. 2)

- **Indications étendues pour les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes**: dès la classe II de la NYHA, chez les patients restant symptomatiques malgré un traitement associant bêtabloquant, IEC et diurétique.

- **Indication nouvelle pour l'inhibiteur du nœud sinusal ivabradine**: dès la classe II de la NYHA, chez les patients dont la FEVG est $\leq 35\%$, restant symptomatiques malgré un

traitement associant bêtabloquant, IEC et diurétique, en rythme sinusal, si la fréquence cardiaque est ≥ 70 battements par minute (75 dans l'AMM).

- **Indications étendues pour la synchronisation cardiaque**:

>>> **Chez les patients en classe III ou IV ambulatoire, en rythme sinusal**, avec une FEVG $\leq 35\%$ de façon persistante malgré un traitement pharmacologique optimal, quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état fonctionnel:

- morphologie de QRS de type BBG: la resynchronisation, avec ou sans défibrillateur, est recommandée lorsque la durée de QRS est ≥ 120 ms (I, A);

- morphologie de QRS pas de type BBG: la resynchronisation, avec ou sans défibrillateur, doit être envisagée lorsque la durée de QRS est ≥ 150 ms (IIa, A).

>>> **Chez les patients en classe II, en rythme sinusal**, avec une FEVG $\leq 30\%$ de façon persistante malgré un traitement pharmacologique optimal, quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état fonctionnel:

- morphologie de QRS de type BBG: la resynchronisation, de préférence avec défibrillateur, est recommandée lorsque la durée de QRS est ≥ 130 ms (I, A);
- morphologie de QRS pas de type BBG: la resynchronisation, de pré-

CONGRÈS European Society of Cardiology

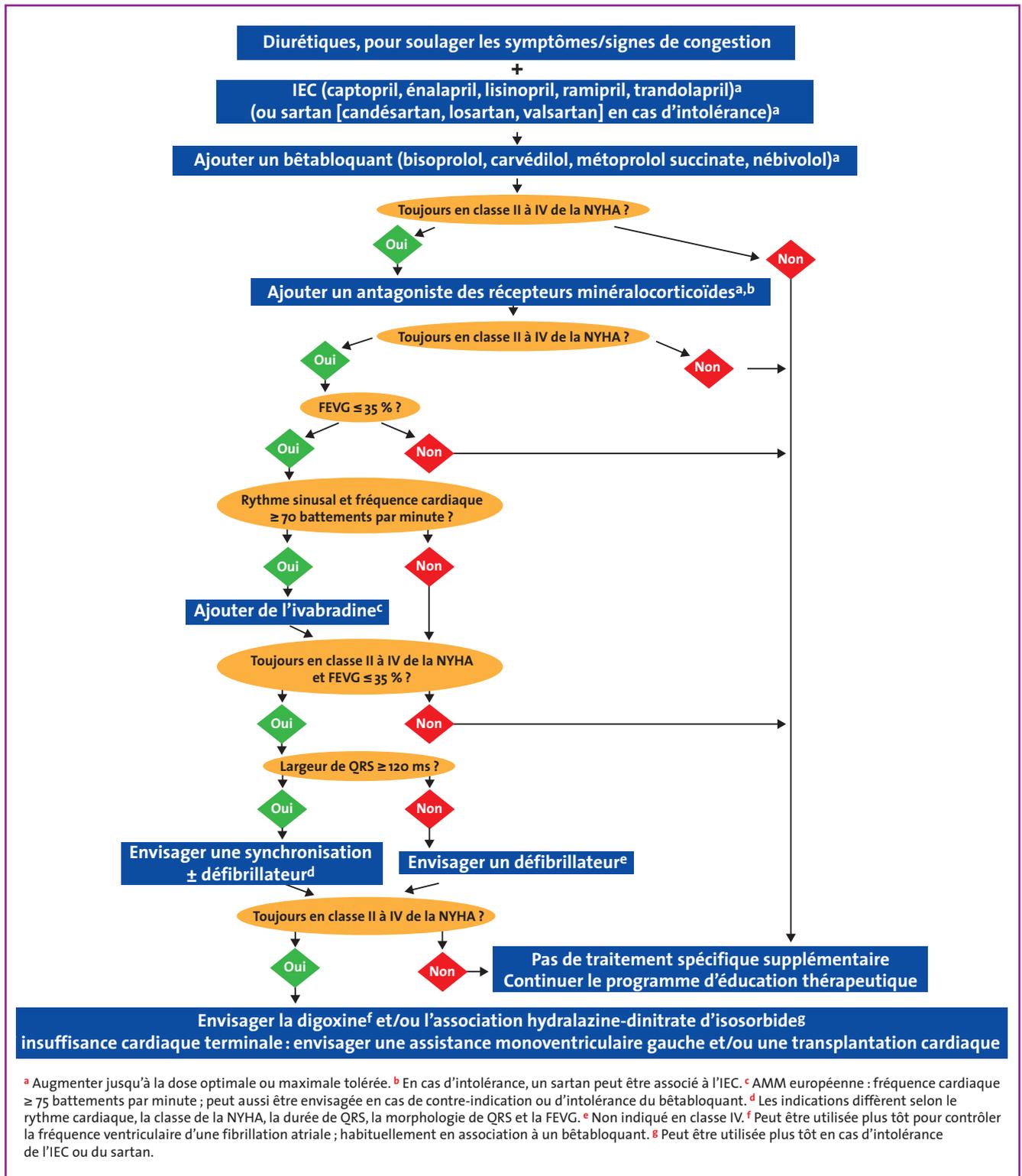


FIG. 2: Options thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque systolique symptomatique (classes II à IV de la NYHA).

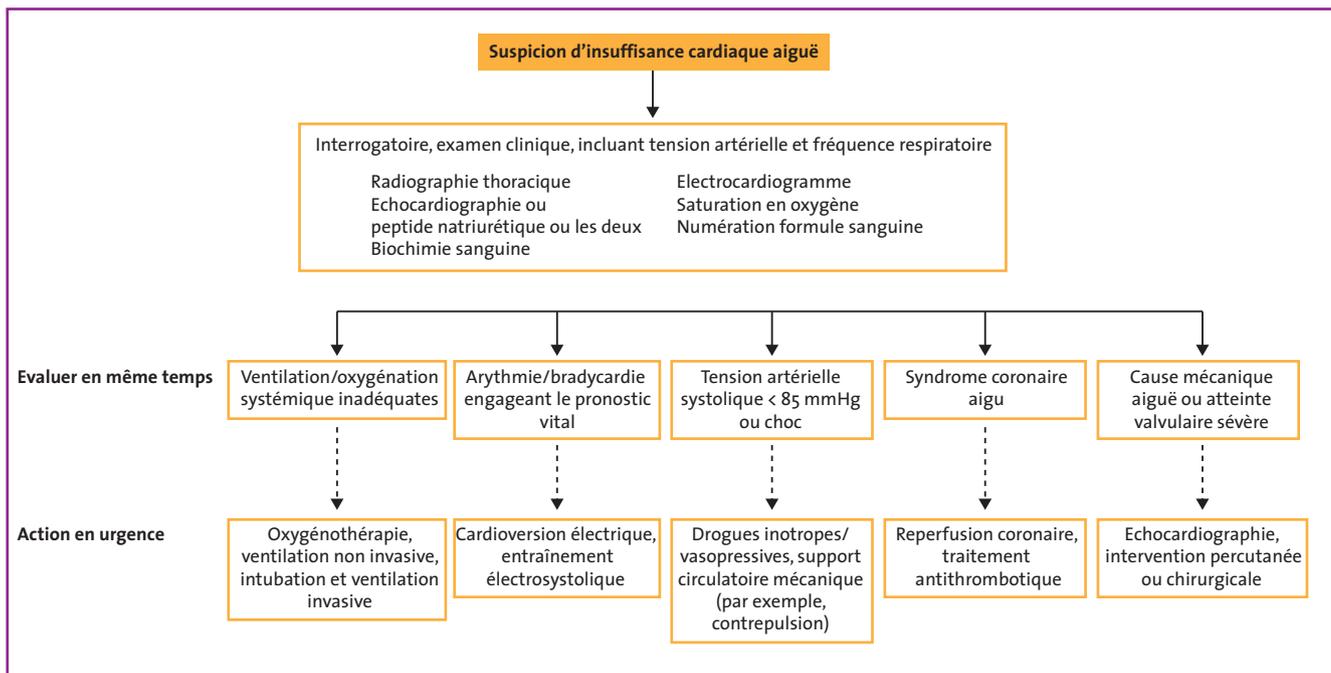


FIG. 3 : Evaluation initiale en cas de suspicion d'une insuffisance cardiaque aiguë.

férence avec défibrillateur, doit être envisagée lorsque la durée de QRS est ≥ 150 ms (IIa, A).

>>> Chez les patients en classe III ou IV ambulatoire, en fibrillation atriale permanente, avec une FEVG $\leq 35\%$ de façon persistante malgré un traitement pharmacologique optimal, lorsque la durée de QRS est ≥ 120 ms, quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état fonctionnel: la resynchronisation, avec ou sans défibrillateur, peut être envisagée si le patient doit avoir un stimulateur du fait d'une fréquence cardiaque intrinsèquement lente, s'il est stimulo-dépendant après une ablation du nœud atrioventriculaire, ou si la fréquence ventriculaire est ≤ 60 battements par minute au repos et ≤ 90 bpm à l'effort (IIb, C).

>>> Chez les patients qui ont une indication de simulateur conventionnel, quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état

fonctionnel: la synchronisation doit être envisagée chez les patients en classe III ou IV, avec une FEVG $\leq 35\%$, quelle que soit la durée de QRS (IIa, C); elle peut être envisagée chez les patients en classe II, avec une FEVG $\leq 35\%$, quelle que soit la durée de QRS (IIb, C).

● **Informations nouvelles sur le rôle de la revascularisation coronaire dans l'insuffisance cardiaque systolique**

Le pontage coronaire est recommandé chez les patients avec angine de poitrine et sténose significative du tronc commun de la coronaire gauche (I, C) ou atteinte bi- ou tritronculaire incluant l'artère interventriculaire antérieure (I, B), quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état fonctionnel.

● **Reconnaissance de l'utilisation de plus en plus importante de l'assistance ventriculaire**

>>> Pont à la transplantation

Une assistance monoventriculaire gauche ou biventriculaire est recommandée chez des patients sélectionnés (note d) avec une insuffisance cardiaque terminale malgré un traitement pharmacologique et électrique optimal et ayant une indication de transplantation cardiaque (I, B).

>>> Assistance ventriculaire définitive

Une assistance monoventriculaire gauche doit être envisagée chez des patients très sélectionnés (note d) avec une insuffisance cardiaque terminale malgré un traitement pharmacologique et électrique optimal et n'ayant pas d'indication de transplantation cardiaque (IIa, B), quand l'espérance de vie est supérieure à un an en bon état fonctionnel.

● **Reconnaissance de l'émergence des interventions valvulaires percutanées**

CONGRÈS European Society of Cardiology

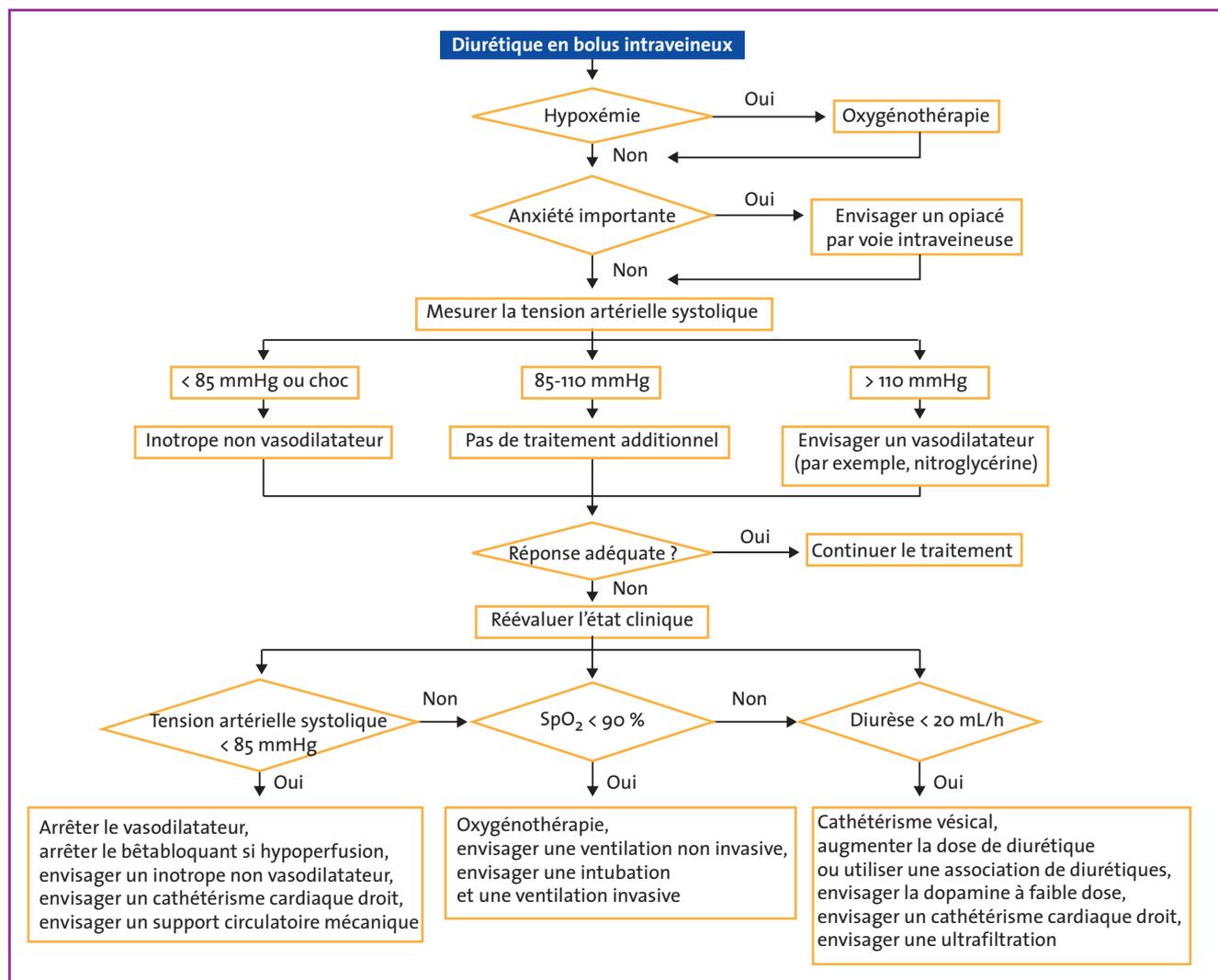


FIG. 4 : Prise en charge d'un œdème ou d'une congestion pulmonaire.

Indications d'implantation d'un défibrillateur chez les patients avec IC

● En prévention secondaire

L'implantation est recommandée chez les patients ayant une arythmie ventriculaire responsable d'une instabilité hémodynamique, quand l'espérance de vie est supérieure à 1 an en bon état fonctionnel.

● En prévention primaire

L'implantation est recommandée chez les patients avec une insuffisance cardiaque symptomatique (classe II ou III de la NYHA) et une FEVG ≤ 35 % malgré ≥ 3 mois de traitement pharmacologique optimal, quand l'espérance de vie est supérieure à 1 an en bon état fonctionnel.

Evaluation initiale en cas de suspicion d'une IC aiguë

Les données sont présentées dans la figure 3.

Algorithme de prise en charge d'un œdème/ congestion pulmonaire (fig. 4)

A la fin de du texte, il y a une liste des points pour lesquels nous n'avons pas de preuves. Notamment, reste incertain l'intérêt:

- de la surveillance à distance, avec ou sans appareillage implanté;
- de la surveillance répétée par les peptides natriurétiques;
- de la restriction sodée, qui n'est plus recommandée.