

Recommandations de l'American College of Cardiology – American Heart Association sur l'insuffisance cardiaque

Ces recommandations ont été publiées en juin 2013 [1].

Les recommandations de la Société européenne de cardiologie sont récentes elles aussi (septembre 2012). Nous ne passerons pas ici en revue l'ensemble du texte américain, mais apporterons des informations ne faisant pas partie des recommandations européennes, qui en sont différentes...

Environ 5 millions d'Américains ont une insuffisance cardiaque, 670 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Les Américains âgés d'au moins 40 ans ont une probabilité de 20 % d'avoir de l'insuffisance cardiaque au cours de leur vie. Extrapolé à la France, cela représente 1 million d'insuffisants cardiaques, 140 000 nouveaux cas chaque année.

Un nouveau terme – “traitement médical selon les recommandations” – est utilisé pour indiquer un traitement optimal.



→ F. DELAHAYE

Service de Cardiologie, CHU, LYON.

Mise à jour de la définition de l'insuffisance cardiaque selon la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG)

- Insuffisance cardiaque avec FEVG diminuée (IC-FED) : FEVG \leq 40 %.
- Insuffisance cardiaque avec FEVG préservée (IC-FEP) : FEVG \geq 50 % :
 - FEVG limite : 41 à 49 % : groupe intermédiaire dont les caractéristiques, le traitement et l'évolution sont similaires à ceux du groupe IC-FEP.
 - FEVG améliorée : $>$ 49 % : il s'agit d'un groupe de patients avec IC-FEP qui auparavant avait en une IC-FED et dont la FEVG s'est améliorée ou est redevenue normale.

Par rapport à la classification fonctionnelle de la *New York Heart Association*

(NYHA), les stades de l'ACC-AHA ajoutent de l'information sur la sévérité de l'insuffisance cardiaque, selon les facteurs de risque et les anomalies structurelles du développement et de la progression de l'insuffisance cardiaque (**tableau I**).

Interrogatoire et examen clinique

Un interrogatoire et un examen clinique détaillés doivent être réalisés chez les patients ayant une insuffisance cardiaque, afin d'identifier les anomalies cardiaques et non cardiaques et les comportements qui pourraient causer ou accélérer le développement ou la progression de l'insuffisance cardiaque (I, C).

En cas de CMD idiopathique (**tableau II**), une histoire familiale sur trois généra-

REVUES GÉNÉRALES

Recommandations

Stades de l'ACC-AHA		Classification fonctionnelle de la NYHA	
A	À haut risque d'insuffisance cardiaque mais sans maladie cardiaque structurale ou symptômes d'insuffisance cardiaque.	Non	
B	Maladie cardiaque structurale mais sans signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque.	I	Pas de limitation des activités physiques; l'activité physique ordinaire ne cause pas de symptômes d'insuffisance cardiaque.
C	Maladie cardiaque structurale avec symptômes d'insuffisance cardiaque actuels ou antérieurs.	II	Limitation modérée de l'activité physique ; bien au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne des symptômes d'insuffisance cardiaque.
		III	Limitation marquée de l'activité physique ; bien au repos, mais l'activité physique moins qu'ordinaire entraîne des symptômes d'insuffisance cardiaque.
		IV	Impossibilité d'avoir une activité physique sans symptôme d'insuffisance cardiaque, ou symptômes d'insuffisance cardiaque au repos.
D	Insuffisance cardiaque réfractaire nécessitant des interventions spécialisées.		

TABLEAU I : Comparaison des stades de l'insuffisance cardiaque et de la classification fonctionnelle de la *New York Heart Association*.

Situation	Dépistage dans la famille	Tests génétiques
CMD familiale	Les apparentés au premier degré non connus pour avoir une CMD devraient avoir une échocardiographie périodiquement, avec évaluation de la fonction et de la taille du ventricule gauche. La fréquence de l'examen est incertaine, tous les 3 à 5 ans paraît raisonnable.	Ils peuvent être envisagés conjointement avec un conseil génétique.
CMD idiopathique	Les patients doivent informer leurs apparentés au premier degré de leur diagnostic. Les apparentés doivent informer leur médecin et discuter avec lui de l'opportunité d'une échocardiographie de dépistage.	Leur utilité dans cette situation reste incertaine. Leur apport peut être plus élevé chez les patients ayant un trouble de conduction significatif et/ou une histoire familiale de mort cardiaque subite prématurée.

TABLEAU II : Dépistage dans la famille et tests génétiques chez les patients ayant une cardiomyopathie dilatée (CMD) idiopathique ou familiale.

tions doit être obtenue afin d'aider au diagnostic de CMD familiale (I, C).

La volémie et les signes vitaux doivent être évalués lors de chaque visite du patient. Cela inclut l'évaluation du poids, de la pression veineuse jugulaire, des œdèmes périphériques et d'une orthopnée (I, B).

Tests diagnostiques

L'évaluation biologique initiale chez les patients se présentant avec une insuffisance cardiaque doit inclure une numération formule sanguine complète, une analyse d'urine, les dosages

des électrolytes sanguins (y compris calcium et magnésium), l'azotémie, la créatininémie, la glycémie, le bilan lipidique, les tests de fonction hépatique et la TSH (I, C).

Le dépistage d'une hémochromatose ou du VIH est raisonnable chez certains patients ayant une insuffisance cardiaque (IIa, C).

Les tests diagnostiques des maladies rhumatismales, de l'amylose ou du phéochromocytome sont raisonnables chez les patients ayant une insuffisance cardiaque et une suspicion clinique de l'une de ces maladies (IIa, C).

Biomarqueurs

1. Patients ambulatoires

En cas de dyspnée, le dosage du BNP ou du NT-Pro-BNP est utile pour aider le processus de décision clinique concernant le diagnostic de l'insuffisance cardiaque, notamment en cas d'incertitude clinique (I, A).

Le dosage du BNP ou du NT-Pro-BNP est utile pour établir le pronostic et la sévérité de la maladie dans l'insuffisance cardiaque chronique (I, A). Les dosages du BNP ou du NT-Pro-BNP peuvent être utiles pour atteindre les dosages optimaux du traitement chez des patients

sélectionnés, euvolemiques, inclus dans un programme de prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IIa, B).

L'utilité de dosages répétés du BNP ou du NT-Pro-BNP, afin de réduire les hospitalisations et la mortalité chez les patients insuffisants cardiaques, n'est pas bien établie (IIb, B).

2. Patients hospitalisés/IC aiguë

Le dosage du BNP ou du NT-Pro-BNP est utile pour le jugement clinique du diagnostic d'une insuffisance cardiaque décompensée aiguë, notamment en cas d'incertitude diagnostique (I, A). Le dosage du BNP ou du NT-Pro-BNP et/ou de la troponine est utile pour établir le pronostic et la sévérité de la maladie dans l'insuffisance cardiaque décompensée aiguë (I, A).

L'intérêt du dosage du BNP ou du NT-Pro-BNP pour guider le traitement en cas d'insuffisance cardiaque décompensée aiguë n'est pas bien établi (IIb, C).

Imagerie cardiaque non invasive

Les patients ayant une suspicion d'insuffisance cardiaque aiguë ou nouvelle doivent avoir une radiographie thoracique (I, C).

Une échocardiographie bidimensionnelle-Doppler doit être réalisée pour l'évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque (I, C).

Une évaluation répétée de la FEVG est utile chez les patients insuffisants cardiaques dont le statut clinique significatif a changé ou qui reçoivent un traitement susceptible d'influencer la fonction cardiaque, ou si un dispositif électronique est envisagé (I, C).

Une imagerie non invasive afin de détecter une ischémie et une viabilité myocardiques est raisonnable en cas

d'insuffisance cardiaque avec maladie coronaire (IIa, C). Une évaluation de la viabilité est raisonnable avant revascularisation chez les patients insuffisants cardiaques avec maladie coronaire (IIa, B).

Une ventriculographie isotopique ou par IRM peut être utile pour évaluer la FEVG et les volumes ventriculaires gauches (IIa, C). L'IRM est raisonnable pour évaluer une infiltration ou une fibrose myocardique (IIa, B).

Une évaluation répétée de la fonction ventriculaire gauche à titre systématique n'est pas recommandée (III, B).

Évaluation invasive

Une évaluation par cathétérisme artériel pulmonaire doit être réalisée chez les patients avec détresse respiratoire ou perfusion systémique altérée lorsque l'évaluation clinique est inadéquate (I, C).

Une évaluation hémodynamique invasive peut être utile chez des patients soigneusement sélectionnés, ayant une insuffisance cardiaque aiguë, des symptômes persistants et/ou lorsque le statut hémodynamique est incertain (IIa, C).

Lorsqu'une ischémie peut contribuer à l'insuffisance cardiaque, une coronarographie est raisonnable (IIa, C).

Une biopsie endomyocardique peut être utile chez les patients insuffisants cardiaques lorsqu'un diagnostic spécifique est suspecté, qui influencerait le traitement (IIa, C).

Une évaluation hémodynamique invasive systématique n'est pas recommandée chez les patients normotendus en insuffisance cardiaque aiguë (III, B).

Une biopsie endomyocardique ne doit pas être réalisée à titre systématique dans l'insuffisance cardiaque (III, C).

Mesures thérapeutiques non pharmacologiques et non interventionnelles

Les patients insuffisants cardiaques doivent avoir une éducation spécifique afin de faciliter leur participation à la prise en charge (I, B).

Une restriction de la consommation de sel est raisonnable chez les patients ayant une insuffisance cardiaque symptomatique, afin de réduire les symptômes de congestion (IIa, C).

Chez les patients insuffisants cardiaques ayant un syndrome d'apnée du sommeil, une ventilation en pression positive continue (CPAP) peut être bénéfique afin d'augmenter la FEVG et d'améliorer le statut fonctionnel (IIa, B). Une activité physique régulière est recommandée (I, A).

Une réadaptation cardiaque peut être utile chez les patients insuffisants cardiaques cliniquement stables, afin d'améliorer les capacités fonctionnelles, la durée d'exercice, la qualité de vie et la mortalité (IIa, B).

Les médicaments

Les statines ne sont pas bénéfiques à titre systématique dans l'insuffisance cardiaque, en l'absence d'une autre indication (III, A). Il est raisonnable de prescrire des acides gras oméga-3 chez les patients en classe II à IV de la NYHA, avec insuffisance cardiaque à FEVG réduite ou préservée, dans le but de réduire la mortalité et les hospitalisations de cause cardiovasculaire (IIa, D).

Bibliographie

1. YANCY CW, JESSUP M *et al.* 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 2013 June 5 ou *J Am Coll Cardiol* 2013 June 5.