

Insuffisance cardiaque : les nouvelles recommandations européennes sont publiées !

Aude Lecrubier

31 août 2021

Les nouvelles recommandations de l'**European Society of Cardiology (ESC)** sur le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique et aiguë étaient très attendues ; les dernières datant de 2016. Elles ont été présentées lors de l'édition virtuelle du congrès de l'ESC 2021. Particulièrement exhaustives, elles sont résumées par le groupe de travail en 20 messages clés (voir encadré en fin de texte). Le **Pr Thibaud Damy**, (cardiologue, CHU Henri Mondor, Créteil ; Président du programme institutionnel Optim'IC) apporte ici son éclairage sur les principaux points à retenir.

« Il y a eu de nombreux changements sur le plan thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque ces 5 dernières années. Nous attendions vraiment ces recommandations. Les deux points les plus importants de ce nouveau texte sont l'évolution des traitements et la place du bilan étiologique, dont l'importance est fortement rappelée », commente le Pr Damy.

Les deux points les plus importants de ce nouveau texte sont l'évolution des traitements et la place du bilan étiologique, dont l'importance est fortement rappelée. Pr Thibaud Damy

Traitements et prise en charge : des changements majeurs

Le point clé des recommandations sur le plan thérapeutique est l'algorithme simplifié de traitement et de prise en charge de l'IC à fraction d'éjection réduite avec la possibilité de mettre 4 classes de médicaments immédiatement avant la sortie de l'hôpital pour lutter contre l'inertie thérapeutique.

Les IEC/ARA2, bêtabloquant et antialdostérone (ARM) associés au traitement diurétique chez les patients symptomatiques NYHA II-IV restent des indications de classe I. Les inhibiteurs du co-transporteur du glucose de type II (SGLT2), dapaglifozine et empaglifozine, deviennent un traitement de première ligne en association aux précédents (indication de classe IA), indépendamment de la présence d'un diabète ou non.

Aussi, il est possible de prescrire le sacubitril/Valsartan (ARNi) d'emblée en alternative à l'IEC (recommandation de classe IB).

« Auparavant, les traitements étaient très séquentiels. Désormais, il est recommandé de mettre les traitements en même temps et le plus rapidement possible, avant la sortie de l'hôpital. C'est une logique du « sooner is better ». Il y a eu une prise de conscience que la raison pour laquelle les patients ne seront pas correctement traités, c'est l'inertie thérapeutique. Il faut prescrire de façon optimale dès le départ pour que le maximum de patients bénéficie des traitements. Nous n'avons pas d'étude ayant validé les 4 traitements en même temps mais

nous n'allons pas attendre car nous nous doutons que leur combinaison est bénéfique », explique le Pr Damy.

Désormais, il est recommandé de mettre les traitements en même temps et le plus rapidement possible, avant la sortie de l'hôpital. Pr Thibaud Damy

Concernant les ISGLT2, « ils sont mis en avant de manière forte dans l'IC à fraction d'éjection altérée. Il est maintenant démontré que ces molécules sont efficaces, qu'il y a un effet de classe. Aussi, elles sont très faciles à prescrire (un comprimé) et ont peu d'effets secondaires », ajoute-t-il.

Lors du congrès, l'étude **EMPEROR-preserved** a été présentée qui démontre aussi l'intérêt de l'empagliflozine chez les patients qui ont une fraction d'éjection préservée. « Du coup, cette avancée n'apparaît pas dans les recommandations mais elle fera l'objet d'un supplément. A termes, les ISGLT2 pourront être prescrits dans l'IC à fraction d'éjection altérée et dans l'IC à fraction d'éjection préservée en première ligne avec les bêta bloquants, les inhibiteurs du système rénine-angiotensine, et les anti-aldostérones », souligne le cardiologue.

Autre nouveauté, le sacubitril-valsartan peut désormais être considéré en première intention à la place des IEC et des ARAII dans l'IC à FEVG réduite (étude PARADISE MI). « Il y a peu d'études qui le valident mais le groupe de travail considère que l'on peut le donner en première intention. Ce sera de l'interprétation du cardiologue de décider s'il veut commencer par un IEC-ARA2 ou par le sacubitril-valsartan », indique le Pr Damy.

En seconde intention, on retrouve les mesures de prévention primaire de la mort subite (défibrillateur automatique implantable) avec ou sans fonction de resynchronisation (selon la largeur du QRS \geq ou $<$ 130 ms).

Dans l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection moyennement réduite (41 à 49%), nouvelle entité à part entière, le seul traitement recommandé de manière formelle est le traitement diurétique à visée symptomatique. Mais, les experts recommandent d'envisager les mêmes traitements que pour l'IC à FEVG réduite avec un niveau de recommandation plus faible (IIB,C). « Ces traitements doivent être considérés dans l'HFmrEF, c'est nouveau », souligne le Pr Damy.

Concernant les nouvelles thérapeutiques, on peut aussi noter que le véricigat, nouveau stimulateur oral de la guanylate cyclase soluble, a désormais une place en cas de décompensation (étude VICTORIA) malgré un traitement de fond triple classique (recommandation IIB).

A noter que la prise en charge de l'insuffisance cardiaque avancée est mieux précisée dans ces nouvelles recommandations, du triage des patients à la prise en charge.

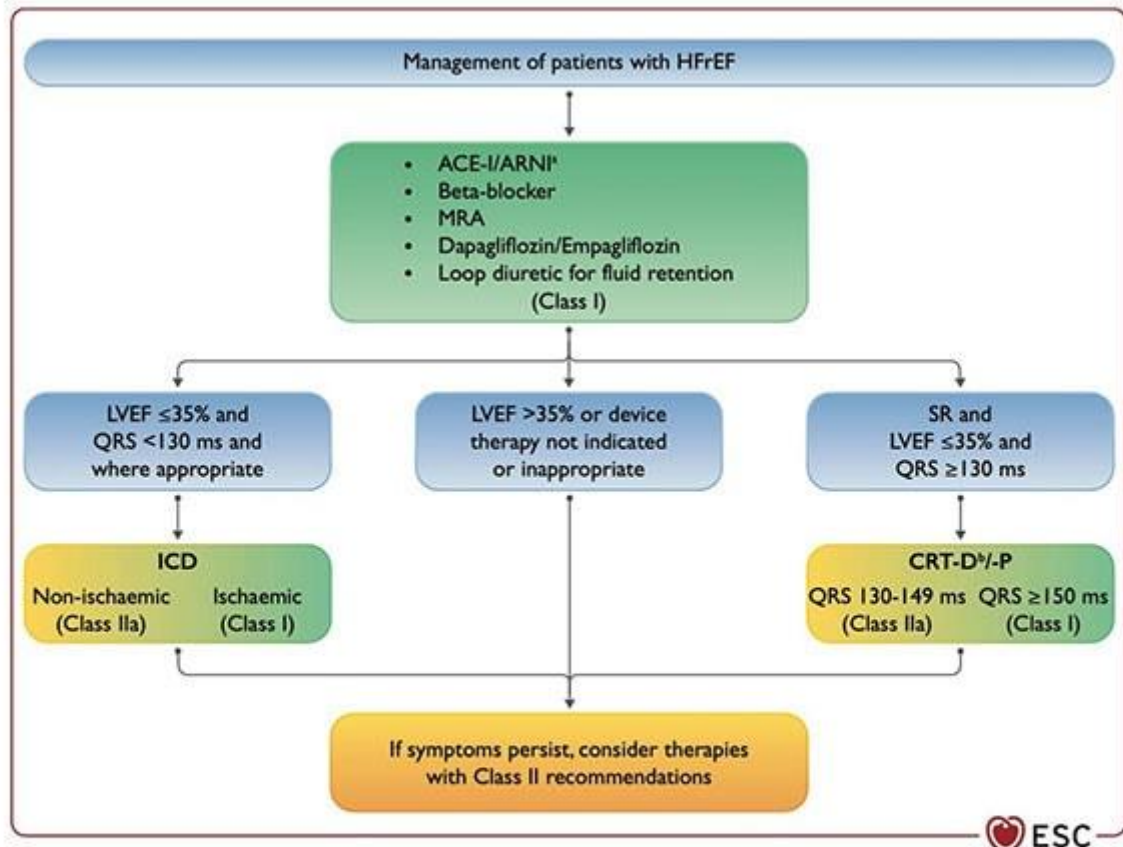


Figure 2 Therapeutic algorithm of Class I Therapy Indications for a patient with heart failure with reduced ejection fraction. ACE-I = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARNI = angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; CRT-D = cardiac resynchronization therapy with defibrillator; CRT-P = cardiac resynchronization therapy with pacemaker; ICD = implantable cardioverter-defibrillator; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist; QRS = Q, R, and S waves (on a 12-lead electrocardiogram); SR = sinus rhythm. ^aAs a replacement for ACE-I. ^bWhere appropriate. Class I = green. Class IIa = Yellow.

L'importance d'une prise en charge multidisciplinaire

Les recommandations préconisent que tous les patients aient accès à un programme multidisciplinaire de prise en charge de l'insuffisance cardiaque pour s'assurer que celle-ci est correctement diagnostiquée et suivie.

En outre, il est stipulé que les patients atteints d'insuffisance cardiaque doivent être encouragés à participer activement à la prise en charge de leur maladie. Une bonne hygiène de vie et l'exercice physique, notamment, sont recommandés pour tous les insuffisants cardiaques chroniques pour améliorer la qualité de vie et de réduire les hospitalisations.

« Le texte insiste sur l'importance de la prise en charge multidisciplinaire afin de réduire les risques d'hospitalisations et de mortalité. Il s'agit d'une recommandation de grade IA. Un chapitre entier est consacré à la prise en charge en équipe avec des infirmier.es, et la mise en place de la télésurveillance, avec des programmes d'éducation. Cela précise bien que le cardiologue ne peut pas tout faire et qu'une consultation tous les 6 mois pour les patients en IC cela ne suffit pas. Il faut pouvoir mettre en place des systèmes de télésurveillance et transférer des compétences aux infirmier.es », insiste le Pr Damy.

Du sur-mesure

Les recommandations insistent fortement sur l'importance du diagnostic étiologique pour adapter la prise en charge.

« Ce que disent les recommandations, c'est qu'il faut dépasser la simple mesure de la fraction d'éjection, ne pas juste poser le diagnostic d'insuffisance cardiaque. Il faut réaliser précisément le bilan étiologique des patients. Le texte insiste sur la nécessité de faire un bilan étiologique de toutes les cardiopathies possibles et imaginables. Il y a notamment un chapitre sur l'amylose où il est recommandé de ne pas mettre de bêtabloquants et d'ARA2. En effet, dans cette pathologie, les traitements classiques de l'IC peuvent aggraver les patients. Aussi, le tafamidis, traitement de l'amylose TTR sauvage ou héréditaire qui améliore la survie, rentre dans ces guidelines (classe I) », souligne le Pr Damy, spécialiste de l'amylose cardiaque.

En parallèle, plusieurs recommandations précisent la façon de prendre en charge les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui ont des comorbidités telles que la fibrillation auriculaire et la cardiopathie valvulaire. « Il est crucial de traiter les causes sous-jacentes de l'insuffisance cardiaque et ses comorbidités », a déclaré le président du groupe de travail, le **Pr Marco Metra** de l'Université de Brescia, Italie, dans un communiqué ESC. « Un traitement approprié de l'hypertension artérielle, du diabète et des maladies coronariennes peut prévenir le développement de l'insuffisance cardiaque. La fibrillation auriculaire, les cardiopathies valvulaires, le diabète, les maladies rénales chroniques, la carence en fer et d'autres comorbidités coexistent fréquemment avec l'insuffisance cardiaque et l'adoption de traitements spécifiques peut avoir un impact majeur sur l'évolution clinique de nos patients ».

Il est crucial de traiter les causes sous-jacentes de l'insuffisance cardiaque et ses comorbidités. Pr Marco Metra

« C'est la première fois que nous avons ces nombreux algorithmes très précis qui formalisent le diagnostic et la prise en charge en fonction du bilan étiologique, des facteurs déclenchants, de l'arythmie, des comorbidités ou des cardiopathies sous-jacentes », note le Pr Damy.

Les messages clés des nouvelles recommandations ESC

1. L'insuffisance cardiaque est définie en fonction du niveau de la FEVG des patients : altérée ($\leq 40\%$, HF_rEF), moyennement altérée (41-49 %, maintenant appelée « mildly reduced » et non plus « mid range », HF_{mr}EF), et préservée ($\geq 50\%$, HF_pEF).
2. Le dosage des peptides natriurétiques et l'échographie ont un rôle central dans le diagnostic de l'IC.
3. Les bêtas bloquants, les IEC/ARA2, les antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes et les inhibiteurs des SGLT2 sont la pierre angulaire du traitement de l'IC à FEVG altérée (grade I).
4. L'implantation d'un défibrillateur implantable est recommandée chez certains patients atteints d'IC à FEVG altérée en cas de pathologie ischémique et devrait être considérée chez ceux qui n'ont pas de cardiopathie non ischémique (recommandation passant de I à IIa pour ce dernier cas).
5. La resynchronisation cardiaque est recommandée dans l'IC à FEVG altérée en rythme sinusal, avec un bloc de branche gauche, QRS ≥ 150 ms et peut être considérée chez ceux avec un bloc de branche gauche, QRS $\geq 130-149$ ms ou non-LBBB, QRS ≥ 150 ms (la recommandation passe de I à IIa pour ces deux derniers cas).

6. Des stratégies comme la transplantation cardiaque et l'assistance circulatoire mécanique peuvent être envisagées pour certains patients sélectionnés.
7. Les bêtas bloquants, les IEC/ARA2, les antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes peuvent être considérés dans l'IC à FEVG moyennement altérée.
8. Le diagnostic d'ICFpEF nécessite des preuves objectives d'anomalies cardiaques structurelles ou fonctionnelles ainsi que des concentrations plasmatiques élevées de peptides natriurétiques compatibles avec la présence d'un dysfonctionnement diastolique du VG et d'une augmentation des pressions de remplissage du VG. Un test d'effort diastolique est recommandé lorsque ces marqueurs sont équivoques.
9. À ce jour, aucun traitement n'a démontré qu'il réduisait la mortalité et la morbidité chez les patients atteints d'ICFpEF.
10. Il est recommandé que tous les patients atteints d'IC soient inscrits dans un groupe de prise en charge multidisciplinaire.
11. L'exercice est recommandé pour tous les patients qui le peuvent afin d'améliorer la capacité d'exercice et la qualité de vie, et de réduire les hospitalisations pour insuffisance cardiaque.
12. Les patients atteints d'insuffisance cardiaque avancée réfractaire au traitement médical/dispositif et qui n'ont pas de contre-indications absolues doivent être référés pour une transplantation cardiaque. L'assistance circulatoire mécanique doit également être considérée comme pont à la transplantation et thérapie définitive chez des patients sélectionnés.
13. Quatre présentations cliniques majeures d'IC aiguë peuvent survenir : insuffisance cardiaque aiguë décompensée, œdème pulmonaire aigu, insuffisance ventriculaire droite et choc cardiogénique.
14. Le traitement de l'IC aiguë repose sur les diurétiques pour la congestion, les inotropes et l'assistance circulatoire mécanique à court terme pour l'hypoperfusion périphérique.
15. Les patients hospitalisés pour IC doivent être soigneusement évalués pour exclure les signes persistants de congestion. Le traitement oral doit être optimisé avant la sortie.
16. En plus de l'anticoagulation orale, une stratégie de contrôle du rythme incluant l'ablation par cathéter doit être envisagée chez les patients dont les symptômes et/ou le dysfonctionnement cardiaque sont associés à la FA.
17. Le traitement chirurgical de la sténose aortique ou le TAVI, selon les conseils de l'équipe d'experts, sont recommandés chez les patients présentant une sténose aortique sévère symptomatique.
18. Les patients présentant des critères SMR (régurgitation mitrale secondaire) et COAPT significatifs devraient être envisagés pour une réparation bord à bord par voie percutanée, tandis que ceux avec SMR et une maladie coronarienne, qui ont besoin d'une revascularisation, devraient être envisagés pour une intervention chirurgicale.
19. Il est recommandé que les patients atteints de diabète de type II soient traités avec des inhibiteurs du SGLT2.
20. Les patients doivent être périodiquement dépistés pour l'anémie et la carence en fer. Une supplémentation en fer avec du carboxymaltose ferrique doit être envisagée chez les patients symptomatiques avec une FEVG <45 % et une carence en fer, et chez les patients récemment hospitalisés pour une IC et avec une FEVG ≤ 50 % et une carence en fer.