

Nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Vincent VALIN

6^{eme} journée de Cardiologie

Samedi 19 mars 2022

Déclarations légales

- Je n'ai pas de liens d'intérêts conduisant à des conflits particuliers à ce jour dans le cadre de cette présentation

Loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du code de la santé publique) et décret du 28 mars 2007

DEFINITION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

SYNDROME

- SYMPTOMES
- SIGNES CLINIQUES

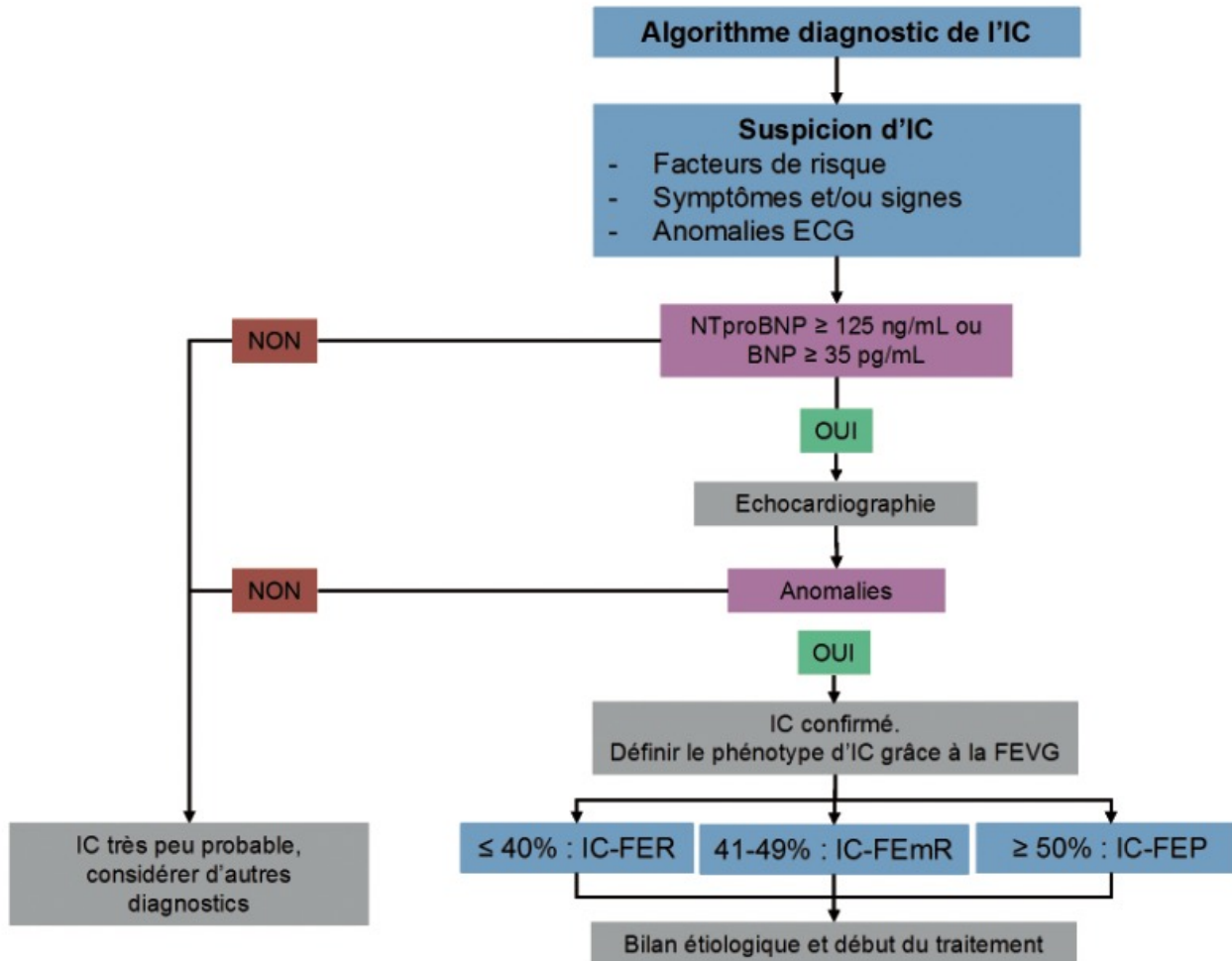
ANOMALIES MYOCARDIQUES

- Anomalie structurale
- Anomalie fonctionnelle

INADAPTATION DU DÉBIT CARDIAQUE

- incapacité du cœur à assurer un débit cardiaque suffisant aux besoins de l'organisme dans des conditions normales de remplissage

Faire le diagnostic



Maladie fréquente

2,3% de la population / 10 % après 75 ans
Incidence qui augmente de 25 % tous les 4 ans

Maladie aux complications majeures

1ere cause d'hospitalisation après 65 ans
200 000 hospitalisations par an
70000 décès par an
Mortalité : 25% à un an 45 % à 5 ans
Survie à 10 ans: 10%

Le diagnostic est le plus souvent tardif lors d'une première hospitalisation

Le dépistage doit être plus précoce pour améliorer la prise en charge de nos patients

Insuffisance cardiaque

3 catégories

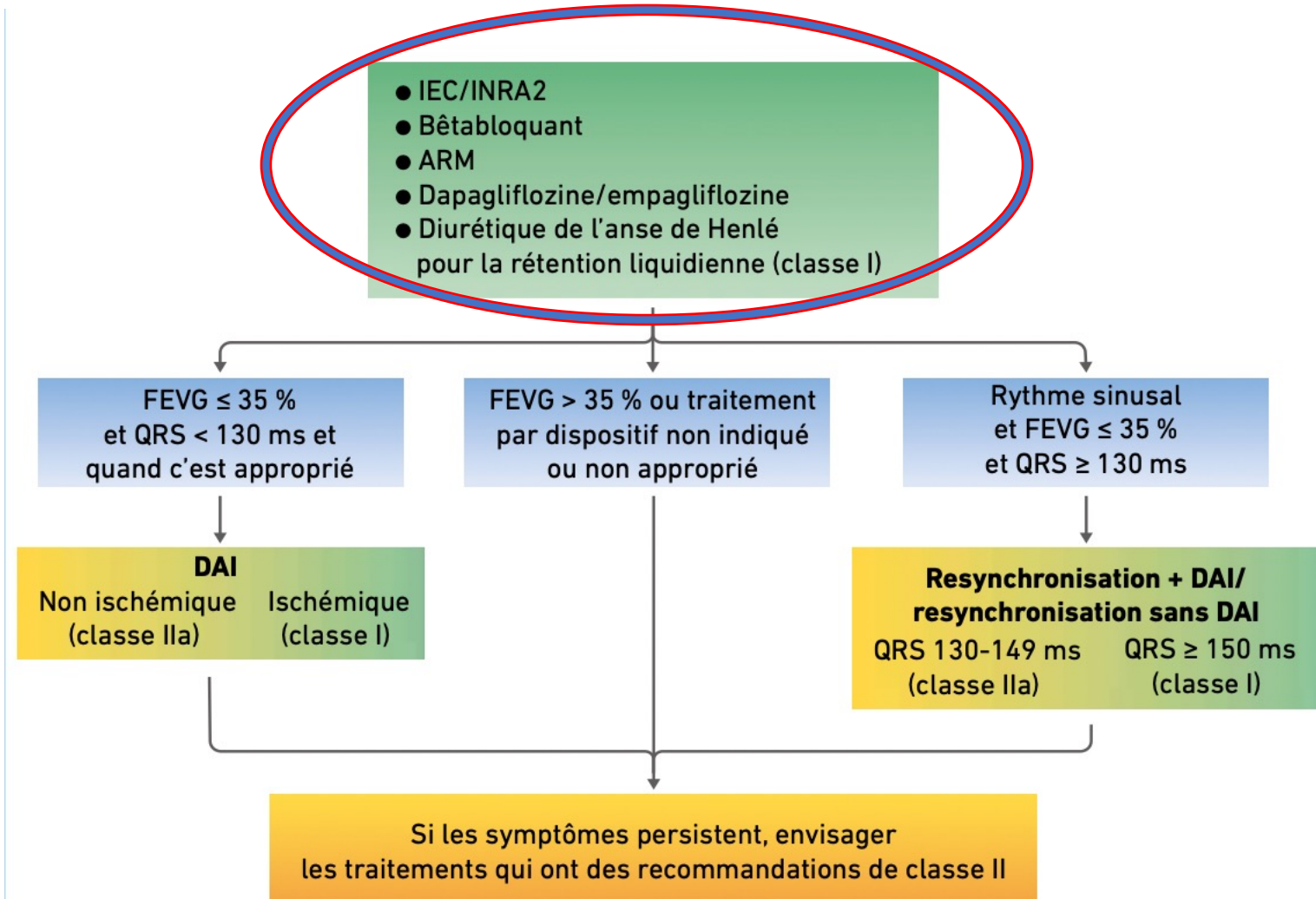
Type d'insuffisance cardiaque		Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (IC-FER)	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection moyennement réduite (IC-FEMR)	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (IC-FEP)
Critères	1	Symptômes et/ou signes d'insuffisance cardiaque	Symptômes et/ou signes d'insuffisance cardiaque	Symptômes et/ou signes d'insuffisance cardiaque
	2	FEVG < 40 %	FEVG comprise entre 41 et 49 %	FEVG > 50 %
	3			Preuve d'une modification structurelle cardiaque et/ou d'une anomalie fonctionnelle cohérente avec une dysfonction diastolique VG ou une élévation des pressions de remplissage VG, incluant une élévation des peptides natriurétiques

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque à FE réduite

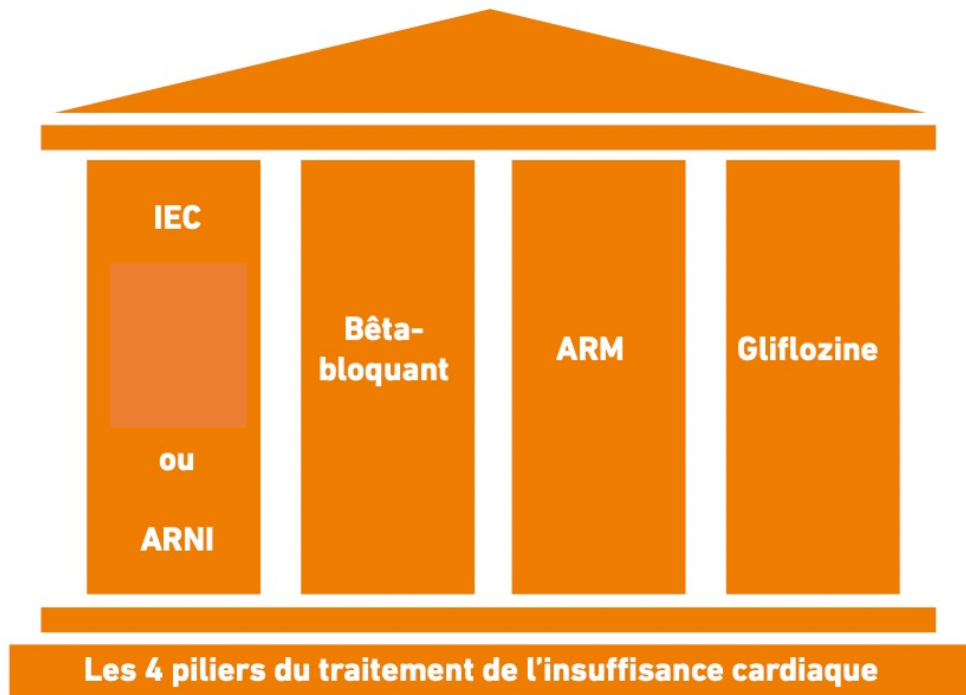
Traitement médicamenteux
En première intention

Traitement « électrique »
En deuxième intention

Traitement de 2eme ligne
Prise en charge
en fonction du profil du patient



traitement médicamenteux de l'insuffisance à FE réduite



En première intention

4 classes médicamenteuses en 1ere ligne
nouvelle classe médicamenteuse: les gliflozines
Sacubitril/valsartan : en première intention

Introduction et titration précoce
Amélioration de la survie et diminution des hospitalisations

Bénéfice précoce

Limitation de l'inertie thérapeutique

Traitement symptomatique par diurétique de l'anse en cas de signe de rétention hydrosodée

Traitement « électrique » de l' IC à FE altérée

- **En 2eme intention**
- Patient symptomatique $FEVG \leq 35\%$ à 3 mois d' un traitement médicamenteux optimal

DEFIBRILLATEUR

$FEVG \leq 35\%$ NYHA II à III
Origine ischémique (classe Ia)
Origine non ischémique (classe IIa)
Espérance de vie > 1 an

RESYNCHRONISATION CARDIAQUE

QRS > 150 ms et BBG (classe Ia)
BBG et QRS entre 130 à 150ms (classe IIa)
QRS > 150 ms sans BBG (classe IIa)

Traitement à discuter selon le profil du patient en cas de persistance des symptômes

IVABRADINE

Patient symptomatique
en rythme sinusal
Avec FC > 70
Soit sous bêtabloquant
Ou en cas de contre indication au
bêtabloquant

VALVULOPATHIE
MITRAL CLIP
TAVI

**FIBRILLATION
ATRIALE**
Ablation par
radiofréquence

VERICIGUAT

Patient NYHA II à IVV
FEVG ≤ 35%
Avec aggravation de
l'IC

ARA II

Patient symptomatique
Sous BB /ARM
Intolérant aux IEC
ou au
sacubitril/valsartan

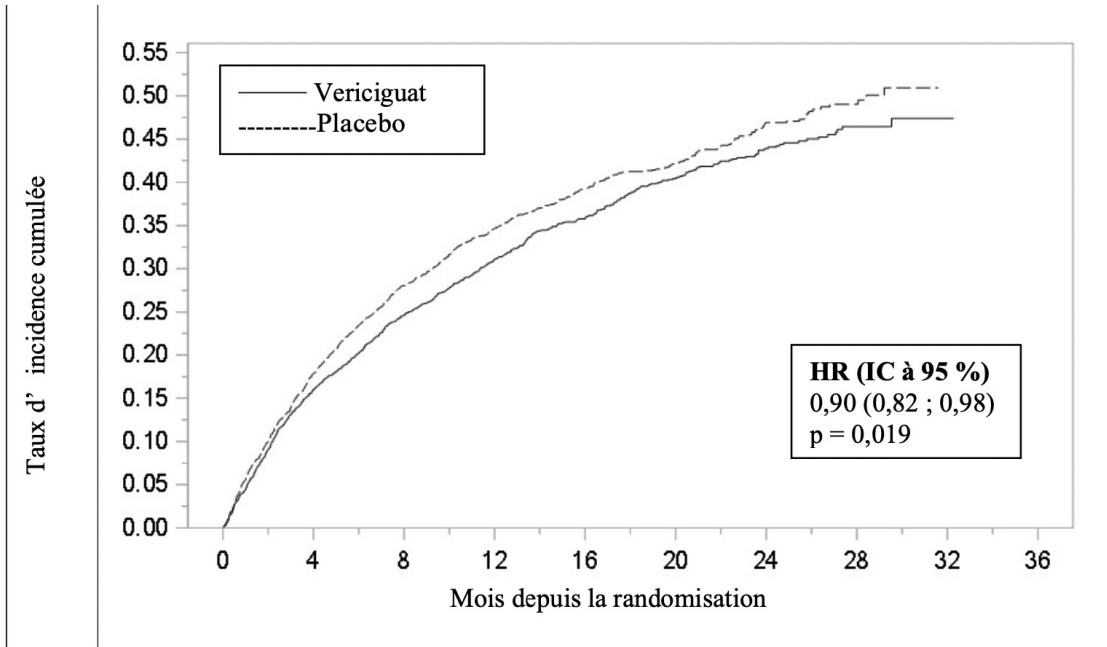
CORONAROPATHIE

DIGOXINE

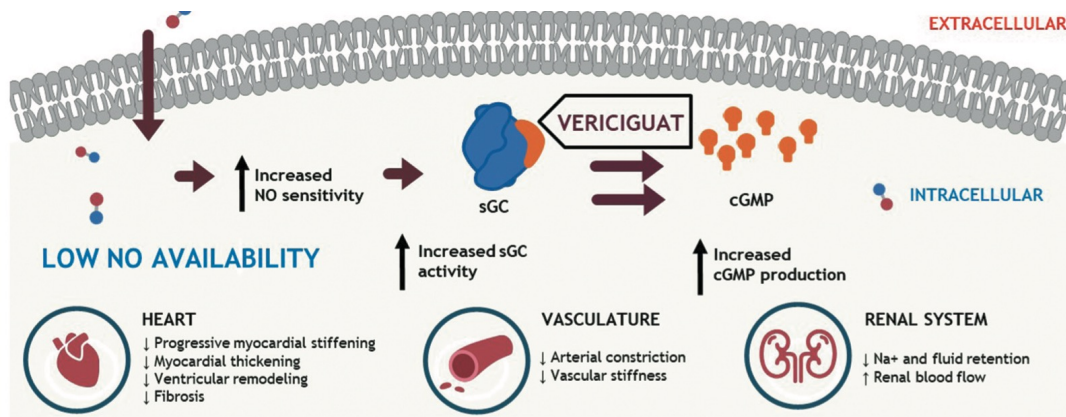
- Patient en FA
- Patient en RS et symptomatique sous TT médicamenteux optimal

Vericiguat in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

N ENGL J MED 382;20 NEJM.ORG MAY 14, 2020



- 5500 patients IC à FE réduite
- Décompensation cardiaque < 6 mois
- NT BNP élevés
- Diminution des H IC et DC CV: 10%
- diminution des H IC :- 10%
- Effet indésirable: hypotension orthostatique



Stimulateur de la guanylate cyclase soluble

Activation de la voie du NO

Augmentation du GMP cyclique

Amélioration de la fonction cardiaque, rénale et vasculaire

Traitement de l'IC FE moyennement altérée

Recommandations	Classe	Niveau
Les diurétiques sont recommandés chez les patients qui ont une congestion et une IC-FEMR afin de diminuer les symptômes et les signes	I	C
Un IEC peut être envisagé chez les patients ayant une IC-FEMR pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès	IIb	C
Un ARA 2 peut être envisagé chez les patients ayant une IC-FEMR pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès	IIb	C
Un bêtabloquant peut être envisagé chez les patients ayant une IC-FEMR pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès	IIb	C
Un ARM peut être envisagé chez les patients ayant une IC-FEMR pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès	IIb	C
Le sacubitril/valsartan peut être envisagé chez les patients ayant une IC-FEMR pour réduire le risque d'hospitalisation et de décès	IIb	C

Traitement de l'IC à FE préservée

Aucun traitement n'avait pu démontrer une amélioration du pronostic jusqu'en 2021

- IEC /ARA II/Anti aldostérone : tendance à améliorer la morbi mortalité
- Bêtabloquants : ? Réservé au cardiopathie ischémique ou FA rapide

Traitement symptomatique

- Diurétiques
- Alimentation hyposodée
- Exercice physique
- Education thérapeutique

Prise en charge des comorbidités

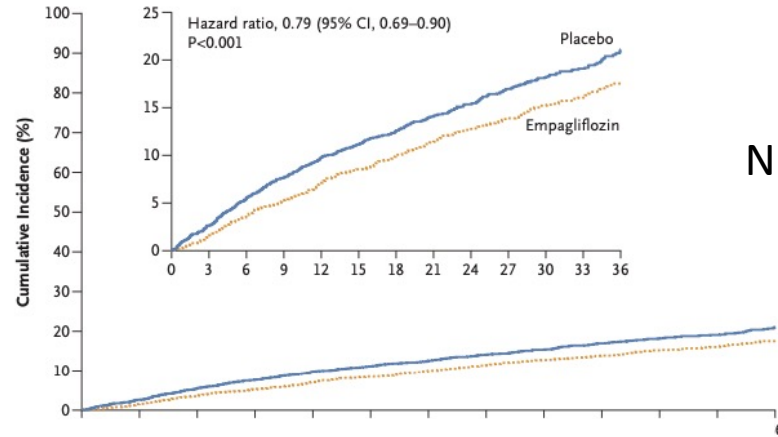
- HTA coronaropathie

Prise en charge de l'étiologie dominante

- Amylose..

EMPEROR PRESERVED

Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction

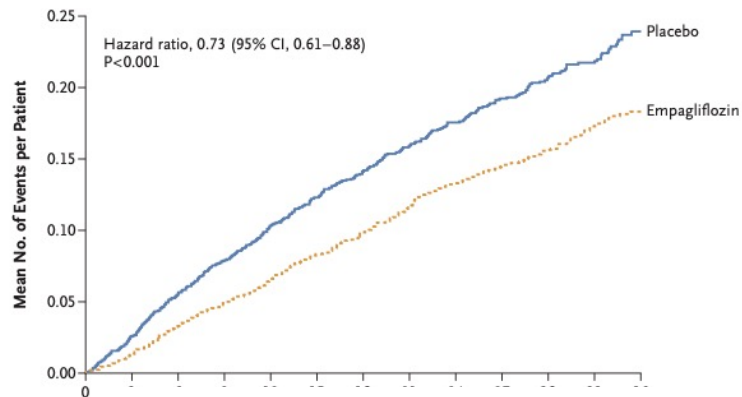


NNT = 31

No. at Risk
Placebo
Empagliflozin

critère principal: H pour IC et décès CV

30
32



No. at Risk
Placebo
Empagliflozin

Hospitalisation pour IC

- 6000 Patients NYHA I à IV avec FEVG > 40%
- Elévation du NTproBNP /
- critères ETT : HVG dilatation OG ou H pour IC dans l'année
- 49% patients diabétiques
- Cl rénale > 20
- Suivi de 26 mois

Critère principal H pour IC et décès CV = - 21%

Diminution des hospitalisation IC= - 27%

Ralentissement significatif de la dégradation de la fonction rénale

Pas de différence significative sur la mortalité globale ou mortalité cardiovasculaire

Tout au long du parcours de l'IC

Correction de la carence martiale

Patient symptomatique

FE \leq 50%

Diminution des hospitalisations

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Médecin généraliste

Cardiologue

Gériatre

Diététicienne

IDE spécialisée

Diabétologue

Néphrologue

EDUCATION THERAPEUTIQUE

ACTIVITE PHYSIQUE READAPTATION CARDIAQUE

VACCINATION Anti grippale et Anti pneumocoque

TELESURVEILLANCE IC

CONCLUSION

- Importance du dépistage
- Dans le cadre de l'IC FE réduite:
 1. 4 classes médicamenteuses recommandées en 1^{er} intention dans l'insuffisance cardiaque à FE altérée avec une titration progressive mais active avec pour objectif d'obtenir les doses cibles/ maximale tolérée en 2 mois
 2. Une nouvelle classe médicamenteuse, les gliflozines, recommandée en première intention
 3. Le traitement « électrique » est de deuxième intention dans le cadre de l'IC FE réduite
 4. Une prise en charge individualisée est
- Dans l'IC à FE préservée : bénéfice démontré de l'empagliflozine.
- Prise en charge multidisciplinaire