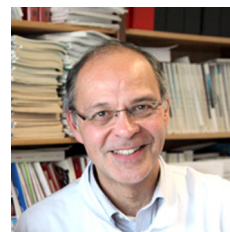


## Que retenir des dernières recommandations européennes sur l'insuffisance cardiaque ?



R. Isnard

### Spotlights on the European guidelines on heart failure

R. Isnard

L'actualité de l'insuffisance cardiaque, outre les nouvelles approches technologiques ou non auxquelles ce numéro est consacré, ce sont bien sûr aussi les nouvelles recommandations de la Société européenne de cardiologie, dont la mise à jour régulière représente un temps fort pour notre spécialité [1].

Voici en résumé, les 10 principaux messages à retenir des recommandations 2016 sur l'insuffisance cardiaque :

- une nouvelle classification basée sur la fraction d'éjection a été proposée avec la distinction d'une nouvelle entité : l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection modérément altérée définie par une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) entre 40 et 50 %, entre l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée (FEVG < 40 %) et l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (FEVG > 50 %). La raison principale est que ces patients sont peu (ou ne sont pas) représentés dans les grandes études thérapeutiques et un des objectifs est de stimuler la recherche chez ces patients. Cependant, cette nouvelle entité a été plutôt rapprochée de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, alors que l'étiologie ischémique fréquente chez ces patients laisse penser que le lien serait sans doute plus pertinent avec l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée ;
- pour le diagnostic ambulatoire, cap sur le BNP ou le NT proBNP en première intention, l'échocardiographie n'étant demandée que dans un second temps. Cette démarche est surtout intéressante pour le médecin généraliste et lorsque l'accès au spécialiste est difficile. Là encore, un écueil est représenté par les seuils très bas proposés pour le malade ambulatoire consultant en règle pour une dyspnée ou des œdèmes (BNP < 35 pg/mL ou NT proBNP < 150 pg/mL) afin d'avoir une sensibilité maximale. Mais cela se fera au prix de nombreux faux positifs générant donc des échocardiographies « inutiles ». L'échographie pulmonaire est envisagée pour la première fois comme outil diagnostique de la congestion pulmonaire ou de l'épanchement pleural dans l'insuffisance cardiaque aiguë (recommandation IIb) (voir la première mise au point de Hammoudi et al. de ce numéro) ;
- un nouvel algorithme simplifié pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée est proposé : il faut bien sûr avoir des symptômes ou des signes d'insuffisance cardiaque, une FEVG supérieure ou égale à 50 %, un BNP ou un NT-proBNP au-dessus des seuils cités précédemment et enfin au moins une des quatre anomalies structurales ou fonctionnelles suivantes : une dilatation de l'oreillette gauche (volume indexé > 34 mL/m<sup>2</sup>), une augmentation de la masse ventriculaire gauche (MVG indexée ≥ 115 g/m<sup>2</sup> chez l'homme et ≥ 95 g/m<sup>2</sup> chez la femme), une augmentation du rapport E/E' moyen supérieur à 13 ou une baisse de E' septal et latéral moyen inférieur à 9 cm/sec. Il n'y a pas de nouveautés sur le traitement si ce n'est que la spironolactone peut aider à diminuer les hospitalisations après les résultats de l'étude TOPCAT. Nous verrons dans ce numéro une nouvelle approche interventionnelle pour le traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ;
- pour la première fois, une place importante est faite à la prévention. Il nous est rappelé que le traitement de l'hypertension artérielle, les statines dans la maladie coronaire, une nouvelle classe d'antidiabétiques (les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2) pour le traitement du diabète de type 2, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans la dysfonction systolique asymptomatique d'origine ischémique ou non et enfin bêtabloquants dans la dysfonction systolique asymptomatique postinfarctus du myocarde, diminuent le risque de survenue d'une insuffisance cardiaque. On peut regretter qu'il n'y ait toujours rien sur la place

Département de cardiologie,  
institut du cœur, centre hospitalier  
universitaire de la Pitié-Salpêtrière,  
47-83, boulevard de l'Hôpital,  
75013 Paris, France

Adresse e-mail :  
richard.isnard@aphp.fr

Disponible en ligne sur  
ScienceDirect le xxx

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2017.04.001>

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

des bêtabloquants dans la dysfonction systolique asymptomatique d'origine non ischémique, qui, bien qu'il n'y ait pas d'étude, fait l'objet d'une recommandation de niveau 1 (niveau d'évidence C) dans les recommandations américaines ;

- le traitement médical de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée fait l'objet d'un nouvel algorithme, qui propose plusieurs étapes successives et qui précise bien la place du sacubitril/valsartan en seconde intention chez des patients restant symptomatiques et gardant une FEVG inférieure à 35 %, malgré la trithérapie par inhibiteurs de l'enzyme de conversion (ou sartans si intolérance), bêtabloquants, spironolactone (ou éplérénone). D'autres alternatives existent à ce stade qui ne sont pas exclusives les unes des autres : ivabradine si le rythme sinusal et la fréquence cardiaque est supérieur à 70–75/min malgré un traitement médical optimal ou resynchronisation. L'idée de cette approche par étape est qu'il y a un potentiel d'amélioration des symptômes et de la FEVG chez les nouveaux patients insuffisants cardiaques et qu'il faut se donner un peu de temps (au moins 3 mois) pour évaluer les effets des traitements conventionnels ;
- concernant la prise en charge des comorbidités, les deux grandes nouveautés sont la recommandation du traitement de la carence martiale même en l'absence d'anémie en utilisant de préférence le fer intraveineux et la contre-indication de la ventilation des syndromes d'apnée du sommeil d'origine centrale prédominante, à la suite des résultats négatifs de l'étude SERVE-HF ;
- les indications de la resynchronisation sont simplifiées par rapport aux recommandations de 2012 qui, rappelons-le, faisaient la distinction entre classe 3 de NYHA où la FEVG devait être inférieure à 35 % et classe 2 de NYHA où la FEVG devait être inférieure à 30 %. Les nouvelles recommandations de 2016 prennent un seuil de durée de QRS non plus supérieur ou égal à 120 ms mais supérieur ou égal à 130 ms et donne un niveau de recommandation d'autant plus fort que le QRS est large et que la morphologie est un bloc de branche gauche. En pratique, la resynchronisation est contre-indiquée si la durée du QRS est inférieure à 130 ms quelle que soit la morphologie ; en cas de bloc de branche gauche, elle est recommandée si la durée du QRS est supérieure ou égale à 130 ms ; pour un bloc de branche non gauche, elle est recommandée si la durée du QRS est supérieure ou égale à 150 msec, mais peut simplement être envisagée si la durée de QRS est entre 130 et 150 ms (IIb), compte tenu de l'incertitude de la réponse ;
- les recommandations sur l'indication du défibrillateur automatique implantable (DAI) n'ont pas changé par rapport aux

recommandations 2012 et n'ont pas pu prendre en compte les résultats de l'étude DANISH publiée quelques mois après, qui sont en retrait sur les indications en prévention primaire dans l'insuffisance cardiaque d'origine non ischémique. Il faut souligner qu'en prévention primaire, l'indication doit être posée après au moins trois mois de traitement médical optimal, donc en pratique souvent plus de trois mois après la découverte de l'insuffisance cardiaque, puisque atteindre un traitement optimal met souvent plusieurs semaines compte tenu de la titration très progressive des médicaments. Le défibrillateur portable (Life vest) est cité comme une possibilité pour couvrir cette période, notamment en postinfarctus (IIb) ;

- pour la prévention des accidents thrombo-emboliques dans la fibrillation atriale chez le patient insuffisant cardiaque, les recommandations préconisent le recours aux nouveaux anticoagulants qui ont été largement étudiés dans l'insuffisance cardiaque (proportion importante de patients insuffisants cardiaques dans les quatre études pivots) et dont l'efficacité est au moins équivalente aux antivitamines K mais qui sont associés à moins d'accidents hémorragiques, en particulier intracrâniens ;
- enfin, pour la première fois, les recommandations font référence au parcours de soins et notamment à la nécessité de planifier la sortie chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë, en leur proposant un minimum d'informations et en organisant les rendez-vous de suivi. Ce point est évidemment majeur pour améliorer la prise en charge de nos patients et il fait écho à deux articles de ce numéro (check-list à la sortie, télémédecine), même si les recommandations sont relativement en retrait par rapport à la télémédecine.

#### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare des subventions de recherche et/ou honoraires de Novartis, Servier, Daiichi Sankyo, Menarini, Sanofi, Vifor, Bayer, Astra-Zeneca, BMS, Abbott, ResMed, Zoll.

#### Référence

- [1] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. Authors/Task Force Members. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2016;37:2129–200.