



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 53-34 von «PrimaryCare» erschienen.

Insuffisance cardiaque

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Werner Estlinbaum, Benedict Martina

Importance

- Prévalence: 0,4–2%, en augmentation, surtout personnes âgées. En Suisse env. 100 000 patients, 10 millions en Europe [1].
- Etiologies: CC 65%, cardiopathie hypertensive 25%, autre cardiomyopathie 5%, cardiopathie valvulaire 5%, congénitale 1%.
- Pronostic: survie à 4 ans 50%, potentiellement plus [1].

Diagnostic [1, 2]

Définition

- Incapacité d'apporter suffisamment de sang aux organes périphériques au repos et à l'effort. Critères diagnostiques (1^{er} et 2^e obligatoires):
 - symptômes typiques (fatigue, dyspnée, œdèmes);
 - dysfonction cardiaque objectivée;
 - réponse au traitement.

Aucune définition ne tient compte de tous les aspects!

- Physiopathologie: vasoconstriction périphérique, activation neurohormonale, stimulation des cytokines inflammatoires, remodeling.

Classification [3]

- Aiguë contre chronique.
- Dysfonction systolique (fonction de pompe diminuée, 65%, surtout dans CC, FE 2, vol. VG 2) contre diastolique (pression télédiastolique augmentée, 35%, surtout dans cardiopathie hypertensive, cardiopathie valvulaire, cardiomyopathie restrictive, souvent associée à dysfonction systolique).

Examens

- But: confirmation du diagnostic, détermination de l'étiologie, de la gravité et du pronostic, recherche des maladies concomitantes et complications.
- Anamnèse/status: diagnostic «bedside» correct dans 50% seulement; 50% des patients asymptomatiques [4], tous les symptômes d'IC ne sont pas suf-

fisamment sensibles, spécifiques ni reproductibles [5].

- Laboratoire: routine: le BNP plasmatique (cut-off >100 pg/ml) est sensible (90%) et spécifique (76%) pour l'insuffisance cardiaque [6]. Le BNP est en corrélation avec la gravité de l'insuffisance cardiaque (diastolique et systolique) [7], le stade NYHA, le périmètre de marche. Le BNP identifie chez les patients dyspnéiques aux urgences une insuffisance cardiaque congestive mieux que la routine clinique (anamnèse, status, radiographie du thorax), même si la différence est peu marquée (précision 83% contre 73%) [6]. La baisse du BNP et le traitement en fonction du BNP sont associés à un meilleur pronostic et à une mortalité plus faible [8, 9].

- Rx thorax: mauvaise corrélation entre cardiomégalie et baisse de la fonction de pompe, 50% des patients en IC légère à modérée ont un cœur de taille normale [10].

- Echocardiographie: standard clinique pour la dysfonction systolique et diastolique.

- Scintigraphie/cathétérisme cardiaque dans la CC: pour préciser l'étiologie et éventuellement le traitement.

Traitement

Buts: prévention et traitement des pathologies (par ex. hypertension) à l'origine d'une IC; prévention de la progression de l'IC; baisse de la morbidité; conservation, voire amélioration de la qualité de vie et baisse de la mortalité.

Management

- Mesures générales: information du patient, auto-contrôle (dossier), modération avec alcool, sevrage tabagique, training physique, correction d'un excès pondéral [1].

- Traitement médicamenteux: un effet est prouvé pour les médicaments suivants (a-e: baisse de la morbidité et de la mortalité; autres: baisse de la morbidité, atténuation des symptômes) [1]:

- a) inhibiteurs de l'ECA: traitement de base, à hautes doses; contrôle du potassium et de la créatinine;
- b) diurétiques: traitement de base, diurétiques de l'anse ou thiazides, évt associés;

- c) bêtabloquants: NYHA II–IV, dose lentement progressive en fonction de la tolérance, également mesure initiale;
- d) Aldactone: NYHA III–IV, effets cardioprotecteurs [11];
- e) antagonistes de l'AT II: comme inhibiteurs de l'ECA; l'association aux inhibiteurs de l'ECA diminue la morbidité [12];
- f) glycosides: uniquement si fibrillation auriculaire, NYHA III–IV, diminuent les hospitalisations;
- g) anticoagulation: bien documentée dans la fibrillation auriculaire, moins si FE <40%;
- h) antiarythmiques: uniquement bêtabloquants ou amiodarone.
 - Revascularisation: si CC documentée avec ischémie (hibernation, stunning).
 - Pacemaker: le pacing biventriculaire (CRT) atténue les symptômes et améliore la survie.
 - Evaluer l'ICD.
 - Envisager précocement une transplantation.

Informations

- 1 Remme WJ, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001;22:1527–60.
- 2 Badgett RG, et al. Can the clinical examination diagnose left-sided heart failure in adults? *JAMA* 1997;277:1712–9.
- 3 How to diagnose diastolic heart failure. European Study Group on Diastolic Heart Failure. *Eur Heart J* 1998;19:990–1003.
- 4 McDonagh TA, et al. The prevalence of left ventricular dysfunction in north Glasgow. [Abstract] *Circulation* 1994;90(Suppl):1–282.
- 5 Cleland JG, et al. Assessment and diagnosis of heart failure. *J Intern Med* 1996;239:317–25.
- 6 Maisel A, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:161–7.
- 7 Dao Q, et al. Utility of B-type natriuretic peptide in the diagnosis of congestive heart failure in an urgent-care setting. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:379–85.
- 8 Troughton R, et al. Treatment of heart failure guided by plasma aminoterminal brain natriuretic peptide (N-BNP) concentrations. *Lancet* 2000;355:1126–30.
- 9 Latini R, et al. Effects of valsartan on circulating brain natriuretic peptide and norepinephrine in symptomatic chronic heart failure: the Valsartan Heart Failure Trial (Val-HeFT). *Circulation* 2002;106:2454–8.
- 10 Cohn JN, et al. Ejection fraction, peak exercise oxygen consumption, cardiothoracic ratio, ventricular arrhythmias, and plasma norepinephrine as determinants of prognosis in heart failure. The V-HeFT VA Cooperative Studies Group. *Circulation* 1993;87(6 Suppl):VI5–16.
- 11 Pitt B, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999;341:709–17.
- 12 Cohn JN, et al. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1667–75.

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (éd.).
 Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick
 Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.
 119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–
 ISBN 978-3-7965-2262-8
 (en allemand seulement).

Infos et commande sous www.emh.ch

Prof. Dr Benedict Martina
 Institut für Hausarztmedizin
 Universitätsspital
 Petersgraben 4
 4031 Basel
 bmartina@uhbs.ch