Michel Zuber, Paul Erne

Insuffisance cardiaque: diagnostic et traitement selon les dernières guidelines

Séminaire lors du congrès CMPR 2012 à Lucerne

Les guidelines de 2008 sur le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque de la Société européenne de cardiologie revues et corrigées ont été publiées en 2012. Une importante commission internationale d'experts les a retravaillées et adaptées à tous les pays européens en se référant au meilleur niveau d'évidence possible. Ces guidelines ont été discutées dans un séminaire lors du congrès 2012 du CMPR et sont brièvement résumées ci-dessous.

Qu'est-ce qui a changé depuis 2008?

1. Pour le traitement, l'indication des antagonistes du récepteur des minéralocorticoïdes a été implémentée.
2. L'ivrabadine a été introduite dans le traitement comme inhibitrice du nœud sinusal.
3. Il a été tenu compte de nouvelles informations sur l'importance du pontage coronarien.
4. Les nouvelles thérapies valvulaires interventionnelles ont été intégrées.
5. L'importance de la resynchronisation (CRT) a été documentée.

Classification

L'insuffisance cardiaque est classée en systolique, ou HF-REF (heart failure with reduced ejection fraction) et diastolique HF-PEF (heart failure with preserved ejection fraction).

Diagnostic

Le diagnostic de la HF-REF comporte une symptomatologie typique et des résultats cliniques spécifiques (tab. 1). Il faut en outre confirmer chez chaque patient la diminution de la fonction ventriculaire gauche systolique (fraction d'éjection) par échocardiographie.

Dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque diastolique, en plus de la documentation d'une fraction d'éjection normale ou légèrement diminuée seulement, il faut apporter la preuve d'une cardiopathie par échocardiographie et/ou d'une dysfonction diastolique par Doppler.

Si l'échocardiographie ne peut être faite directement, une alternative pour étayer le diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique ou diastolique est le dosage du peptide natriurétique. Des valeurs normales aident à exclure une insuffisance cardiaque. En l'absence d'autres arguments une échocardiographie n'est plus nécessaire par la suite (fig. 1).

Un patient en insuffisance cardiaque a besoin comme examens complémentaires d'un ECG 12 dérivations au repos (s'il est normal l'insuffisance cardiaque est improbable) pour la documentation du rythme cardiaque et de cicatrices. Il faut en outre doser sodium, potassium, calcium, créatinine (clairance), GPT, bilirubine, ferritine et TSH dans le sérum, dont certains sont importants pour la comorbidité, le traitement et le pronostic. Il s'agit également exclure une anémie. Une radiographie du thorax est recommandée en cas de dyspnée aiguë surtout, à la recherche de pneumopathies.

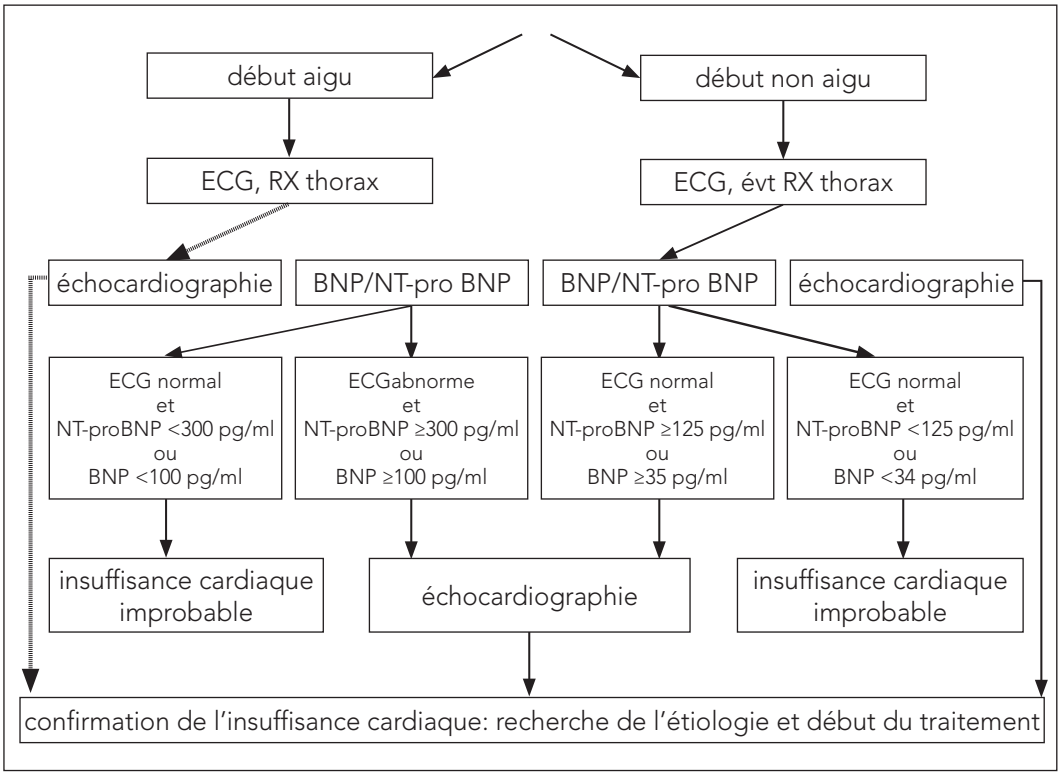

Figure 1
Flow-chart diagnostique pour examens de l'insuffisance cardiaque (anamnèse, clinique).

Tableau 1
Symptômes et signes cliniques d'insuffisance cardiaque.

Symptômes	Signes cliniques
Typiques	Spécifiques
– Dyspnée, surtout orthopnée et dyspnée paroxystique nocturne	– Augmentation de la pression jugulaire et reflux hépato-jugulaire positif
– Baisse des performances physiques	– 3e bruit cardiaque (galop)
– Fatigue, allongement du temps de récupération après effort	– Elargissement du choc de la pointe
– Œdèmes malléolaires	– Insuffisance mitrale
Moins typiques	Moins spécifiques
– Toux nocturne	– Râles de stase
– Prise de poids	– Œdèmes périphériques (malléoles, sacrum, scrotum)
– Inappétence	– Epanchement pleural (surtout basal)
– Symptômes neurologiques (syncopes, dépression, confusion)	– Ascite, hépatomégalie
	– Tachycardie, arythmie absolue, tachypnée

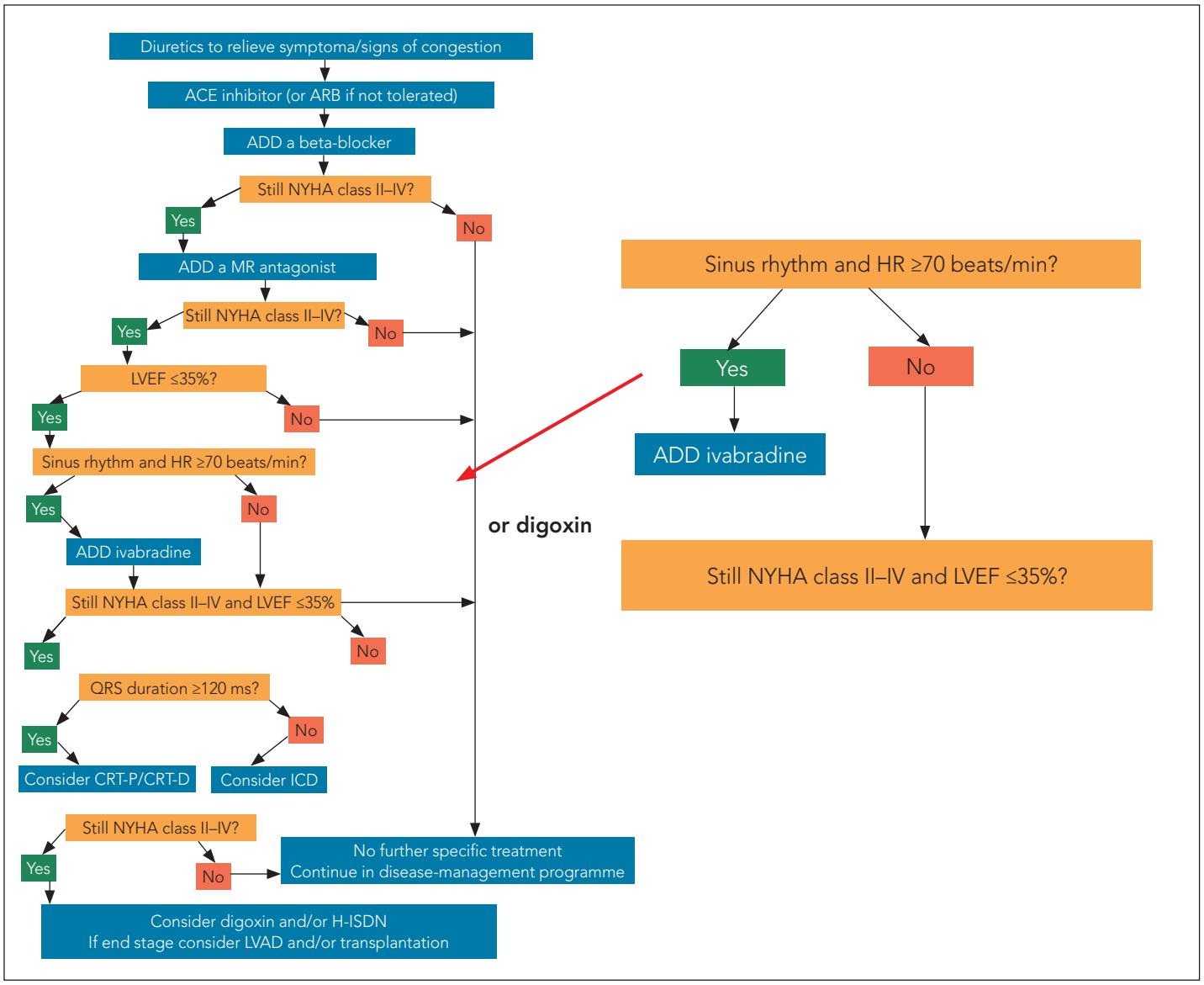

Figure 2
Options de traitement de l'insuffisance cardiaque systolique.

Ergométrie, IRM, scintigraphie et cathétérisme cardiaque ne sont nécessaires que sélectivement dans le diagnostic.

Buts thérapeutiques

Les buts thérapeutiques sont l'amélioration de la symptomatologie, de la qualité de vie et de la capacité d'effort, mais il n'y a aucune donnée sur l'outcome primaire. Ces paramètres sont difficiles à mesurer et des études thérapeutiques ont montré que le pronostic peut même s'en trouver péjoré.

Traitement

Le traitement commence par l'administration de diurétiques contre les symptômes de stase, il sera ensuite complété par inhibiteurs de l'ECA (ou antagonistes du récepteur de l'angiotensine [ARB] si intolérance). Ils améliorent aussi le pronostic (40% de diminution de la mortalité de l'insuffisance cardiaque grave à 6 mois et 31% à 12 mois [consensus]). Du fait qu'un effet positif a pu être démontré dans l'insuffisance cardiaque légère et même dans la dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique (SOLVD), tous les patients ayant une fraction d'éjection inférieure à 41% devraient recevoir un inhibiteur de l'ECA. Mais attention à l'insuffisance rénale (contre-indication si clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min).
Comme autre traitement tous les patients devraient aussi recevoir un bêtabloquant pour améliorer leur pronostic (35% de diminution de la mortalité), et ni les patients ayant un diabète, une bronchopneumopathie obstructive (sauf asthme avec spasmes actifs), ni ceux ayant une maladie artérielle occlusive périphérique ne devraient en être privés. Le bénéfice de ce traitement a en outre été démontré chez des patients âgés. Il ne faut pas oublier de commencer à une très faible dose avant de l'augmenter très progressivement. Les contre-indications restent une bradycardie sinusale à moins de 55 p/min et une TA systolique inférieure à 80 mmHg.

> L'insuffisance cardiaque est un diagnostic toujours plus souvent posé.

Alternativement il est possible d'abaisser la fréquence cardiaque en rythme sinusal ou fibrillation auriculaire par ivrabadine ou digoxine, la première étant parvenue à abaisser encore de 18% le critère combiné décès/hospitalisation (shift) et la seconde uniquement à améliorer la symptomatologie de la fibrillation auriculaire (fréquence cible <70 p/min).
Si la dyspnée d'effort persiste il faut ajouter un antagoniste de l'aldostérone, qui permettra lui aussi d'obtenir une amélioration du pronostic (étude RALES). Mais il est contre-indiqué avec une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min et une kaliémie supérieure à 5,0 mmol/l. Il est recommandé de doser le potassium après 1 semaine, un mois puis tous les 3 mois. Le traitement par paliers des patients en insuffisance cardiaque systolique est présenté à la figure 2.
Chez les patients souffrant de dyspnée et ayant une fraction d'éjection inférieure à 36% il vaut la peine d'envisager l'implantation d'un défibrillateur pour la prévention d'une mort cardiaque subite, la décision devant être prise compte tenu de l'état général, des maladies concomitantes et du pronostic. Après un infarctus du myocarde il faut cependant attendre 3 mois pour ne pas manquer une récupération fonctionnelle. Une baisse de 22% de la mortalité a ainsi pu être obtenue comparativement à l'amiodarone 22% (SCD-HeFT-Trial).

Take-home messages

1. L'insuffisance cardiaque est un diagnostic de plus en plus souvent posé car elle est au terme de cardiopathies progressives.
2. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique est posé en présence de symptômes typiques et de résultats cliniques, il est étayé par une diminution de la fraction d'éjection à l'échocardiographie.
3. Comme examen de dépistage l'échocardiographie peut être précédée en ambulatoire par le dosage du BNP ou du pro-BNP.
4 L'insuffisance cardiaque diastolique est diagnostiquée en présence de symptômes en sa faveur, par sa clinique et la confirmation d'une fraction d'éjection normale ou peu abaissée seulement, de même que par la confirmation d'une cardiopathie et d'une dysfonction diastolique au Doppler.
5. Le traitement de l'insuffisance cardiaque commence par diurétiques pour en corriger les symptômes, il sera complété par paliers par inhibiteurs de l'ECA (ou ARB), bêtabloquants, antagonistes de l'aldostérone, ivrabadine, digoxine et éventuelle implantation d'appareils dans le but d'en améliorer le pronostic.

Si avec une mauvaise fonction de pompe une dyssynchronisation du ventricule gauche électrique (ECG) et/ou mécanique (échocardiogramme/Doppler) est constatée, l'implantation d'un pacemaker biventriculaire donnera une amélioration symptomatique et pronostique additionnelle.
La cardiochirurgie et les corrections valvulaires interventionnelles sont une autre option thérapeutique chez des patients sélectionnés. La transplantation cardiaque est un traitement en réserve pour de très rares patients.
Chez les patients en insuffisance cardiaque diastolique le traitement dépend de la maladie de base et son but consiste à améliorer la symptomatologie d'abord par diurétiques, inhibiteurs de l'ECA et bêtabloquants. Il manque malheureusement de résultats prospectifs à ce sujet.

Consilium

Le consilium d'un cardiologue est nécessaire lors de tout premier diagnostic d'insuffisance cardiaque et recommandé en cas d'aggravation d'un status chronique ou de problèmes de dosage des médicaments, car l'exploitation optimale des options diagnostiques et thérapeutiques permet à la plupart des patients de conserver une bonne qualité de vie.

Référence

1 McMurray j, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1778–847.

Correspondance:
Pr Michel Zuber
Kardiologie
Luzerner Kantonsspital
6000 Luzern
michel.zuber[at]luks.ch