

Insuffisance cardiaque: nouvelles recommandations européennes

Dre Raluca ALEXE, service de cardiologie CHVR

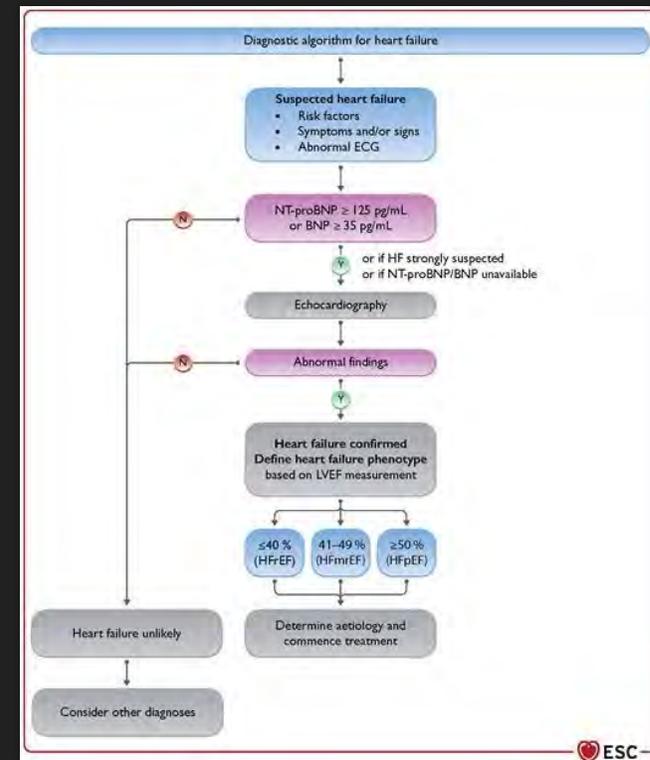
Nouvelles recos: pourquoi?

- Dernières guidelines ESC: 2016
- Nouvelles molécules avec efficacité prouvées dans études cliniques randomisées
- Nécessité de mieux définir les différents types d'insuffisance cardiaque
- Notion de « phénotype » d'insuffisance cardiaque
- Prise en charge plus claire des comorbidités
- Entités nouvelles: amyloïdose cardiaque

Diagnostic de l'insuffisance cardiaque

○ Etapes:

- Suspicion clinique: ATCD, symptômes, signes
- ECG: jamais normal dans l'insuffisance cardiaque
- Peptides natriurétiques
- Échocardiographie → type d'insuffisance cardiaque



L'insuffisance cardiaque selon la FEVG

- $\leq 40\%$ insuffisance cardiaque à FE réduite (HFrEF)
- 41-49% insuffisance cardiaque à FE modérément réduite (HFmrEF)
- $\geq 50\%$ insuffisance cardiaque à FE préservée (HFpEF)

50% HFrEF et 50% HFmrEF/HFpEF

Investigations de base

Recommendations	Class ^a	Level ^b
BNP/NT-proBNP ^c	I	B
12-lead ECG	I	C
Transthoracic echocardiography	I	C
Chest radiography (X-ray)	I	C
Routine blood tests for comorbidities, including full blood count, urea and electrolytes, thyroid function, fasting glucose and HbA1c, lipids, iron status (TSAT and ferritin)	I	C

Les traitements

- Algorithme clair pour l'HFpEF
- Traitements HFmrEF: ils suivent les recommandations pour l'HFpEF
- HFpEF: à l'heure de l'apparition des guidelines, aucun traitement n'avait démontré une réduction de la Mb-M
 - Mais: EMPEROR-PRESERVED empagliflozine 10 mg

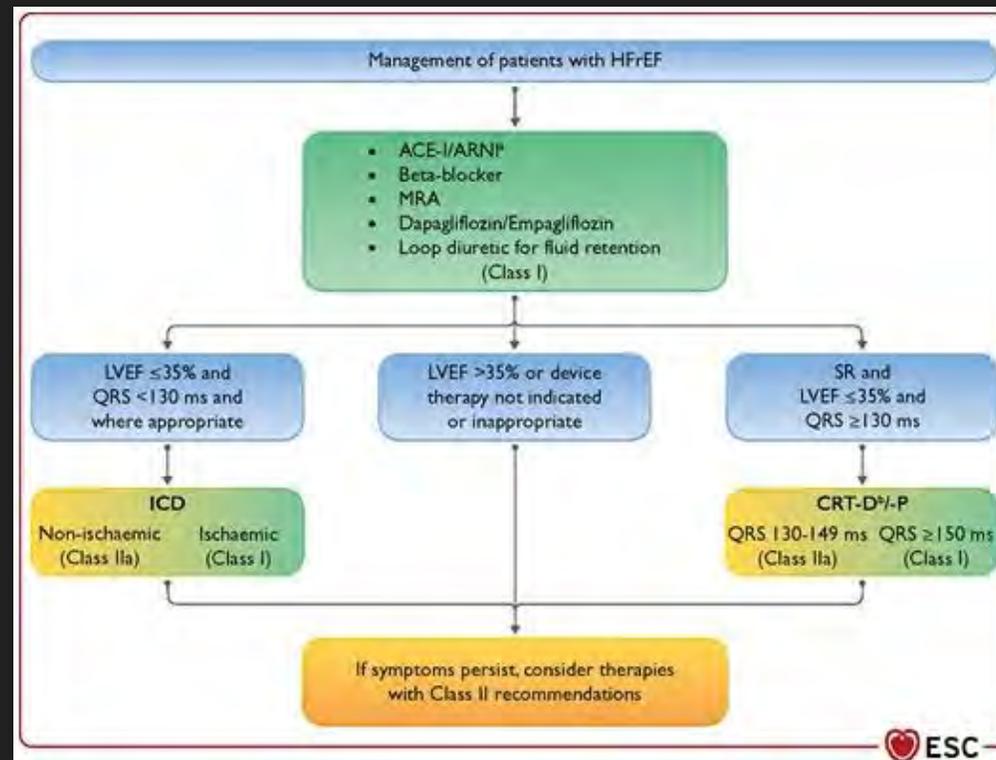
But des traitements

1. Baisser la mortalité
2. Diminuer les hospitalisations
3. Améliorer la qualité de vie

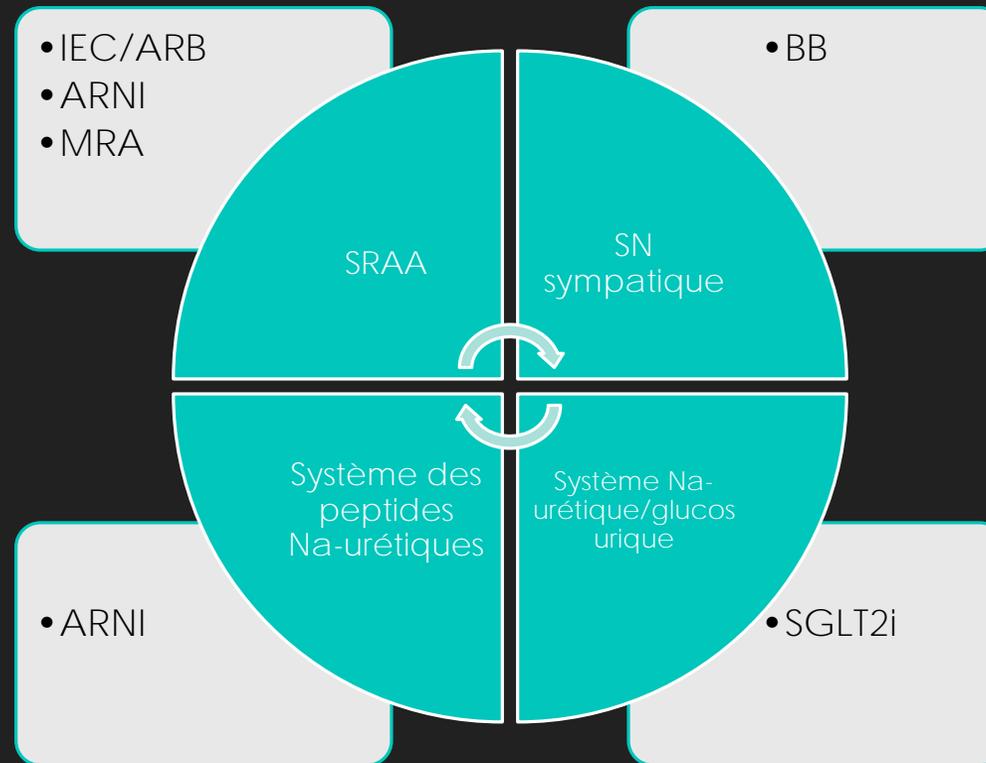
L'insuffisance cardiaque à FE réduite

- Dg: signes/symptômes et FEVG $\leq 40\%$
- Etiologie: coronaropathie, HTA, valvulopathies, CMD idiopathique, cardiopathies infiltratives, arythmies, toxiques \Rightarrow bilan spécifique
- Traitement médicamenteux pour tous les patients
- Traitements ciblés sur le phénotype
- Traitements pour patients sélectionnés avec insuffisance cardiaque avancée

Algorithme de prise en charge



Les cibles pharmacologiques



Médicaments indiqués pour tous les patients: classe d'indication I

- IEC/ARNI
- BB
- MRA
- SGLT2i

Recommendations	Class ^a	Level ^b
An ACE-I is recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ¹¹⁰⁻¹¹³	I	A
A beta-blocker is recommended for patients with stable HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ¹¹⁴⁻¹²⁰	I	A
An MRA is recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{121,122}	I	A
Dapagliflozin or empagliflozin are recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{106,109}	I	A
Sacubitril/valsartan is recommended as a replacement for an ACE-I in patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ¹²⁴	I	B

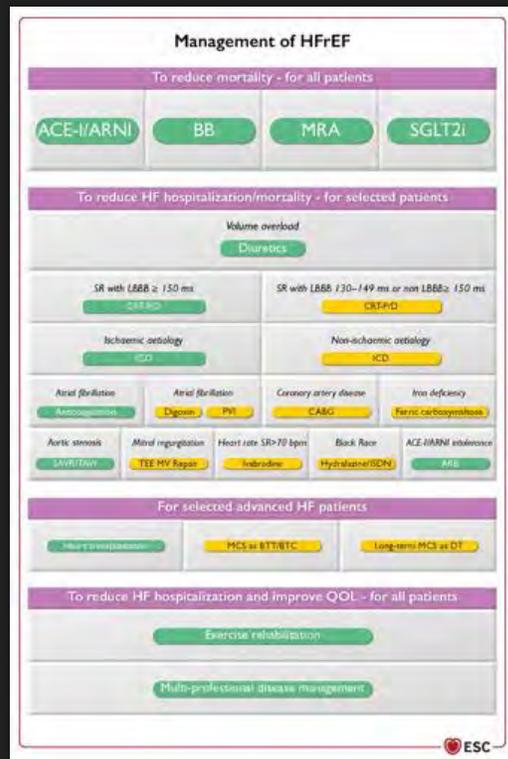
© ESC 2021

Les 4 incontournables

Comment les introduire?

- Patient naïf de tout traitement: il y a un consensus de commencer par introduire le BB et l'IEC/ARNI en même temps, puis les 2 autres classes (MRA et SGLT2i)
- Patient décompensé: atteindre d'abord l'état euvolémique (diurétique de l'anse), puis introduire les 4 incontournables selon le profil clinique et biologique du patient, peut être en débutant avec l'IEC/ARNI pour l'effet vasodilatateur, baisse de la postcharge et légèrement Na⁺-urétique (ARNI)
- Si le patient a déjà un traitement mais reste symptomatique ou décompense: chercher à optimiser
 1. Toutes les classes sont utilisées?
 2. Les doses sont optimales?
 3. Quels sont les freins?

Autres traitements



- Au-delà de 4 thérapies incontournables: définir le **phénotype d'IC** et traiter le cas échéant ⇒ traitement individualisé

L'insuffisance cardiaque à FE modérément réduite (HFmrEF)

- Population similaire en grande proportion aux patients avec HFrEF (hommes, maladie coronarienne, FA moins fréquente)
- Parmi les patients avec HFmrEF: sous-groupe de patients avec FE améliorée (anciennement HFrEF)
- Pronostic plus favorable que les patients HFrEF

Traitement HFmrEF

- Suit les grandes lignes du traitement médicamenteux de l'HFmrEF, avec un niveau de recommandation différent: IIb vs I
- Diurétique selon les symptômes
- IEC/ARB/ARNI
- BB
- MRA

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Diuretics are recommended in patients with congestion and HFmrEF in order to alleviate symptoms and signs. ¹³⁷	I	C
An ACE-I may be considered for patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ¹¹	IIb	C
An ARB may be considered for patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ²⁴⁵	IIb	C
A beta-blocker may be considered for patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{12,119}	IIb	C
An MRA may be considered for patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ²⁴⁶	IIb	C
Sacubitril/valsartan may be considered for patients with HFmrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. ^{13,247}	IIb	C

© ESC 2021

L'insuffisance cardiaque à FE préservée (HFpEF)

- Population différente par rapport aux 2 autres entités: femme, âgée, FA, plus de coMb (diabète, obésité, insuffisance rénale, HTA)
- Diagnostic difficile
- Traitement difficile

Diagnostic HFpEF

- Symptômes et signes d'IC
- FEVG \geq 50%
- Preuve objective d'anomalie morphologique/fonctionnelle cardiaque en faveur d'une dysfonction diastolique du ventricule gauche \Rightarrow rôle de l'ETT et des peptides natriurétiques
 - Si dg pas claire: test de stress diastolique (échographie d'effort, cathétérisme D d'effort)

Traitement HFpEF

- Seulement 2 recommandations officielles IC:
 1. Chercher et traiter les différentes étiologies et/ou coMb cardiovasculaires ou extraCV
 2. Diurétiques en cas de congestion
- Depuis février 2021 la FDA a élargi l'indication du sacubitril/valsartan à l'HFpEF, suite à l'étude PARAGON-HF (effet bénéfique sur une sous-population avec FEVG entre 45-57%)
- Résultats EMPEROR-Preserved: l'empagliflozine 10 mg/jour baisse de 21% le risque relatif de M de cause CV ou hospitalisation pour IC (indice composite)
 - Résultats concordants dans tous les sous-groupes (diabétiques vs non diabétiques, FEVG, insuffisance rénale chronique)
 - Endpoint secondaire: le ralentissement dans la péjoration de l'insuffisance rénale ⇒ atteint

Les programmes de prise en charge au long cours de l'IC

- Recommandations de classe IA:
 1. Inclusion des patients dans des programmes multidisciplinaires pour ↓ les hospitalisations et la M
 2. Stratégies pour que le patient soit capable de se prendre en charge lui-même
 3. Programmes de prise en charge soit à domicile (infirmière spécialisée/télémonitoring) soit dans le cadre d'une clinique dédiée: amélioration de l'évolution des patients

Ce qu'on attend de ces programmes

- Patient au centre
- Multidisciplinaire
- Buts: empêcher la progression de la maladie, contrôler les symptômes
- « Eduquer » le patient selon son niveau de compréhension, ses connaissances médicales: le patient qui acquiert des bonnes compétences de self-management a une meilleure QOL, moins d'hospitalisation pour IC et une M plus basse.

Après une décompensation aiguë

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that patients hospitalized for HF be carefully evaluated to exclude persistent signs of congestion before discharge and to optimize oral treatment. ^{427,472}	I	C
It is recommended that evidence-based oral medical treatment be administered before discharge. ^{103,513}	I	C
An early follow-up visit is recommended at 1–2 weeks after discharge to assess signs of congestion, drug tolerance and start and/or uptitrate evidence-based therapy. ^{517,518}	I	C
Ferric carboxymaltose should be considered for iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to improve symptoms and reduce rehospitalizations. ⁵¹²	IIa	B

© ESC 2021

- S'assurer que le patient n'a plus de signe de surcharge
- Il est important que tous les médicaments soient introduits
- Idéalement le patient doit être revu à 1-2 semaines après la sortie

Les principales comorbidités CV et extraCV

- Coronaropathie, valvulopathies
- FA
- Diabète
- Déficit en fer et anémie
- Insuffisance rénale chronique
- Troubles électrolytiques
- Dysfonction érectile
- Dépression
- Cancer
- Infections

La FA

- Souvent représente un point de tournure dans l'évolution IC
- Contrôle de la FC: BB et/ou digoxine
- Maintien du RS: ablation > amiodarone
 - L'ablation est proposée quand il y a une association claire entre la FA et la péjoration du status clinique du patient
- Anticoagulation: NOAC sauf si prothèse mécanique ou sténose mitrale significative

Rate control

Beta-blockers should be considered for short- and long-term rate control in patients with HF and AF.⁵³⁵

IIa

B

Digoxin should be considered when the ventricular rate remains high, despite beta-blockers, or when beta-blockers are contraindicated or not tolerated.⁵³⁶

IIa

C

AF catheter ablation

In cases of a clear association between paroxysmal or persistent AF and worsening of HF symptoms, which persist despite MT, catheter ablation should be considered for the prevention or treatment of AF.^{552-554,557}

IIa

B

Management du déficit en Fe chez l'insuffisant cardiaque

- Screening régulier des patients
- L'erythropoïétine n'est pas indiquée
- Le fer oral n'apporte pas de bénéfice
- Seule molécule recommandée: ferric carboxymaltose
- Dans contexte chronique, mais aussi semi-aigu

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that all patients with HF be periodically screened for anaemia and iron deficiency with a full blood count, serum ferritin concentration, and TSAT.	I	C
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic patients with LVEF <45% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to alleviate HF symptoms, improve exercise capacity and QOL. ^{720,722,724}	IIa	A
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic HF patients recently hospitalized for HF and with LVEF <50% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to reduce the risk of HF hospitalization. ⁵¹²	IIa	B

© ESC 2021

L'essentiel en quelques lignes

1. Diagnostic: le rôle incontournable des peptides Na⁺-urétiques et échocardiographie
2. Traitement médicamenteux HFrEF: 4 molécules à introduire d'emblée, selon le profil clinique de chaque patient
 - Même une petite dose est meilleure que rien
3. Freins pour l'optimisation du traitement (hypoTA, dysélectrolytémies, adhérence du patient): bien les identifier et les prendre en charge
4. Comorbidités: les rechercher activement et les traiter
5. Participer à chaque occasion à l'éducation du patient (au-delà des programmes spécifiques)
6. N'hésiter pas à adresser le patient dans un centre dédié à l'insuffisance cardiaque si la situation se dégrade

[2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure | European Heart Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](#)

Merci de votre attention

