Ligne directrice 2021 de l’ESC pour le diagnostic et le traitement de l’insuffisance cardiaque aiguë et chronique – qu’y a-t-il de nouveau ?
Image

Ligne directrice 2021 de l’ESC pour le diagnostic et le traitement de l’insuffisance cardiaque aiguë et chronique – qu’y a-t-il de nouveau ?

La mise à jour de la ligne directrice de la Société européenne de cardiologie (ESC)i comprend notamment un nouvel algorithme simplifié pour le traitement de l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection réduite (ICFEr) ainsi que des recommandations sur la prise en charge des patients après une hospitalisation due à une insuffisance cardiaque.[1]

Algorithme simplifié pour le traitement de l’ICFEr

Le traitement pharmacologique est un élément fondamental dans la prise en charge de patients atteints d’ICFEr. Avant d’envisager toute intervention (dispositifs implantables), il est recommandé de développer pleinement le traitement médicamenteux en association avec des mesures non pharmacologiques. L’abandon du schéma thérapeutique conventionnel séquentiel pour l’instauration du traitement constitue une grande innovation. Jusqu’à présent, une fois la dose cible respective atteinte, le traitement pharmacologique devait être agencé par séquences. Les experts ont déploré la longue période s’écoulant jusqu’à l’aboutissement d’un traitement pleinement développé.[2]

En vertu de la nouvelle ligne directrice, tous les patients atteints d’ICFEr doivent recevoir un IEC (inhibiteur de l’enzyme de conversion), un ARNI (antagoniste des récepteurs de l’angiotensine et de la néprilysine), un bêtabloquant, un ARM

(antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes ou antagoniste de l'aldostérone) et un iSGLT2 (inhibiteur du cotransporteur du sodium-glucose de type II) (tous présentant une recommandation de classe IA, et de classe IB pour les ARNI) pour réduire le taux de mortalité, le risque d'hospitalisations imputables à une insuffisance cardiaque et les symptômes. L'ordre d'initiation du traitement reste désormais à la discrétion du médecin traitant. L'ARNI sacubitril/valsartan est recommandé pour remplacer un IEC afin de réduire le risque d'hospitalisation et de décès imputable à une insuffisance cardiaque.[3] Lors du passage d'un IEC à l'association sacubitril/valsartan, il faut respecter une phase de wash out de 36 heures pour minimiser le risque d'angioœdème. Désormais, un ARNI peut également être envisagé à titre de traitement de première ligne.[4,5]

Cette recommandation de traitement de première ligne s'appuie sur les résultats issus des études PIONEER-HF et TRANSITION, qui ont également examiné l'utilisation de l'ARNI sacubitril/valsartan chez des patients hospitalisés n'ayant pas reçu d'IEC auparavant. Ces études ont démontré la sécurité et la tolérance de l'instauration d'une thérapie par ARNI chez ces patients. Par rapport à un traitement par l'énalapril, les décès cardiovasculaires ou les hospitalisations imputables à une insuffisance cardiaque ont diminué de 42 %.[4,5] Il en résulte que l'instauration d'un traitement par l'association sacubitril/valsartan peut être envisagée chez les patients naïfs d'IEC (par exemple patients de novo).
La recommandation de classe IA pour les iSGLT2 dapagliflozine et empagliflozine est également nouvelle pour tous les patients atteints d'ICFEr avec ou sans diabète ayant déjà reçu un IEC ou un ARNI, un bêtabloquant et un ARM, pour autant qu'ils tolèrent les iSGLT2 et que ceux-ci ne soient pas contre-indiqués. Cette recommandation repose sur les résultats des études DAPA-HF et EMPEROR-Reduced.[6,7]

Les diurétiques de l'anse restent recommandés pour réduire les signes et/ou symptômes de surcharge volumique chez les patients atteints d'ICFEr et améliorer leurs capacités physiques.[8] Il ne faut ici pas perdre de vue que les ARNI, ARM et iSGLT2 peuvent augmenter la diurèse.[9,10] Il convient donc de vérifier la posologie des diurétiques lors du passage de l'IEC à l'ARNI.Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) sont de moindre importance dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Ils ne sont indiqués que chez les patients ne tolérant ni IEC, ni ARNI (recommandation de classe IB).

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque avant et après la fin de l'hospitalisation

La nouvelle ligne directrice recommande aux patients hospitalisés en raison d'une insuffisance cardiaque aiguë décompensée (ICAD) de poursuivre le traitement médical optimal oral (TMO). Une réduction de la dose ou l'arrêt du TMO ne sont recommandés qu'en cas d'instabilité hémodynamique (hypotension symptomatique), d'une grave altération de la fonction rénale ou d'une hyperkaliémie. Après une stabilisation réussie obtenue par thérapie intraveineuse, il convient d'optimiser le traitement médicamenteux avant que le patient ne quitte l'hôpital.[11]
L'optimisation du traitement doit viser une élimination de la surcharge volumique, un traitement des comorbidités impactant le pronostic ainsi que l'instauration ou la reprise

d’un TMO oral exerçant une influence positive sur le pronostic. La posologie des médicaments peut être augmentée avant la sortie de l’hôpital et/ou à brève échéance après la sortie du patient de l’hôpital.
En vertu des nouvelles lignes directrices, l’instauration d’un traitement par ARNI peut être considérée comme sûre. Elle doit être envisagée chez les patients atteints d’ICFEr, stables et récemment hospitalisés, même si ceux-ci sont naïfs d’IEC et d’ARA.[4,5]
Par ailleurs, les lignes directrices recommandent un examen de suivi précoce dans un délai d’une à deux semaines suivant la sortie de l’hôpital, afin d’évaluer les signes de congestion et la tolérance des médicaments et d’instaurer et/ou d’intensifier un traitement basé sur les preuves (recommandation de classe IC).[12,13]
Des études rétrospectives montrent qu’une telle approche couplée àun suivi étroit est liée à des taux réduits de ré-hospitalisation à trente jours.[14,15]
Vous trouverez plus de détails et d’informations dans la ligne directrice officielle de l’ESC datant de 2021 pour le diagnostic et le traitement de l’insuffisance cardiaque aiguë et chronique.1 Pour consulter la publication originale, cliquer **ici**.

[i] Développement par la Task Force pour le diagnostic et le traitement de l’insuffisance cardiaque aiguë et chronique de la Société européenne de cardiologie (European Society of Cardiology, ESC) avec une contribution particulière de l’Association insuffisance cardiaque (Heart Failure Association, HFA) de l’ESC

Références

1. McDonagh TA, et al., *2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC*. Eur Heart J 2021;42:3599–372.

2. McMurray JJV, Packer M, *How Should We Sequence the Treatments for Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction?* Circulation 2021;143:875–877.

3. McMurray JJ, et al., PARADIGM-HF *Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure*. N Engl J Med 2014;371:993-1004.

4. Velazquez EJ, et al., *PIONEER-HF Investigators. Angiotensin-neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure*. N Engl J Med 2019;380:539-548.

5. Wachter R, et al., *Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study*. Eur J Heart Fail 2019;21:998-1007.

6. McMurray JJV, et al., *DAPA-HF Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction*. N Engl J Med 2019;381:1995-2008.

7. Packer M, et al., *EMPEROR- Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure*. N Engl J Med 2020;383:1413-1424.

8. Faris R, et al., *Current evidence supporting the role of diuretics in heart failure: a meta analysis of randomised controlled trials*. Int J Cardiol 2002;82:149-158.

9. Vardeny O, et al., *Reduced loop diuretic use in patients taking sacubitril/valsartan compared with enalapril: the PARADIGM-HF trial*. Eur J Heart Fail 2019;21:337-341.

10. Mullens W, et al., *The use of diuretics in heart failure with congestion – a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology*. Eur J Heart Fail 2019;21:137-155.

11. Mebazaa A, et al., *Recommendations on pre-hospital & early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine*. Eur J Heart Fail 2015;17:544-558.

12. Lee KK, et al., *Post-discharge Follow-up characteristics associated with 30-day readmission after heart failure hospitalization*. Med Care 2016;54:365-372.

13. Edmonston DL, et al., *Association of post-discharge specialty outpatient visits with readmissions and mortality in high-risk heart failure patients*. Am Heart J 2019;212:101-112.

14. Bhagat AA, et al., *Initiation, continuation, switching, and withdrawal of heart failure medical therapies during hospitalization*. JACC Heart Fail 2019;7:1-12.

15. Greene SJ, et al., *The vulnerable phase after hospitalization for heart failure*. Nat Rev Cardiol 2015;12:220-229.

Novartis fournit les références listées sur demande

Source URL:
https://www.pro.novartis.com/ch-de/insuffisance-cardiaque/ligne-directrice-2021-de-lesc-pour-le-diagnostic-et-le-traitement-de