

Nouveau consensus d'experts* de l'ACC datant de 2021 pour l'optimisation du traitement de l'ICF_{Er}

Image



Nouveau consensus d'experts* de l'ACC datant de 2021 pour l'optimisation du traitement de l'ICF_{Er}

L'ACC recommande d'utiliser un ARNI comme inhibiteur du SRAA de premier choix en cas d'ICF_{Er}¹

Résumé de l'article « 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee », publié le 16 février 2021 dans le Journal of the American College of Cardiology.¹

L'American College of Cardiology (ACC) élabore divers documents, tels que les Expert Consensus Decision Pathways (ECDP), en complément aux lignes directrices cliniques, dans le but d'informer les cliniciens au sujet des études cliniques et des preuves les plus récentes.

Le consensus d'experts datant de 2021 inclut de nouveaux résultats d'études, qui recommandent l'utilisation d'un ARNI en traitement de première ligne chez les patients atteints d'ICF_{Er} de novo et/ou naïfs d'IECA/ARA.⁴⁻⁷ Parmi les autres nouveautés figurent des données cliniques sur les inhibiteurs du SGLT2 et des études portant sur des populations atteintes d'ICF_{Er} qui viennent étayer un effet de classe bénéfique de ces inhibiteurs ainsi que leur utilisation dans le cadre d'un large éventail d'ICF_{Er}.

Initiation du traitement : instauration, adjonction ou changement du traitement de l'ICFEr

Les traitements établis de l'ICFEr chronique englobent les ARNI, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), les bêtabloquants (BB), les diurétiques de l'anse, les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM), l'hydralazine/le dinitrate d'isosorbide (HYD/ISDN) et l'ivabradine.

Une hospitalisation due à une ICFEr constitue un moment idéal pour optimiser le traitement. Par ailleurs, il est important d'accompagner la titration continue de la GDMT chez les patients pendant l'hospitalisation et après la sortie de l'hôpital.

Thérapie médicale reposant sur les lignes directrices (guideline-directed medical therapy, GDMT)

Chez les patients atteints d'une ICFEr émergente au stade C**, le comité d'experts recommande d'instaurer le traitement soit par un ARNI/IECA/ARA (en privilégiant l'ARNI) et/ou par un BB. Quel que soit l'ordre choisi, les deux classes de principe actif doivent être titrées à la hausse jusqu'aux doses maximales tolérées ou jusqu'aux doses cibles à des intervalles adaptés (p. ex. toutes les deux semaines). L'instauration d'un traitement par un ARNI/IECA/ARA est souvent mieux tolérée lorsque le patient se trouve encore en état congestif (« humide »), alors que les BB sont mieux tolérés chez les patients moins congestionnés (« secs ») dont le pouls au repos est adéquat.

Inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI)

La **ligne directrice mise à jour en 2016 sur l'insuffisance cardiaque (IC)** recommandait déjà le recours à un ARNI/IECA/ARA pour réduire la morbidité et la mortalité chez les patients atteints d'ICFEr chronique.⁸ Il a par ailleurs été recommandé de **faire passer les patients symptomatiques selon la NYHA II-III, qui tolèrent les IECA/ARA, à un ARNI** (classe I, niveau de preuve : B-R).²⁻⁵

Des données issues de plusieurs études cliniques (PARADIGM-HF, PROVE-HF, TITRATION-HF) démontrent que **l'instauration directe d'un traitement par un ARNI est une stratégie sûre et efficace.**⁴⁻⁶ Les résultats des études PIONEER-HF, PROVE-HF et TITRATION, portant sur des patients atteints d'IC de novo et/ou naïfs d'IECA/ARA, qui avaient débuté un traitement par ENTRESTO® lors de leur séjour à l'hôpital, ont révélé

- une plus forte réduction de la concentration de peptides natriurétiques,

- une inversion du remodelage cardiaque,
- une amélioration de la fonction de pompage,
- un profil de sécurité comparable,
- une amélioration significative des résultats cliniques précoces par rapport aux patients traités par l'énalapril.^{4,6,9,10}

Sur la base des données récoltées, les experts recommandent à présent l'ARNI comme traitement de première ligne (à privilégier par rapport aux IECA/ARA).

Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)

EiUne méta-analyse des études DAPA-HF et EMPEROR-Reduced a révélé une réduction cohérente des hospitalisations dues à une IC ainsi que de la mortalité globale et d'origine cardiovasculaire sous la dapagliflozine et l'empagliflozine.¹¹

Optimisation du traitement : traitement optimal en cas de prise de plusieurs médicaments contre l'IC

Pour obtenir le bénéfice maximal de la GDMT chez les patients atteints d'IC chronique, les traitements doivent être instaurés et titrés à la hausse jusqu'aux doses maximales tolérées.¹²⁻¹⁵ Un **ARNI** est l'inhibiteur de rénine-angiotensine à privilégier en l'absence d'hypotension, d'instabilité électrolytique et rénale ainsi que d'antécédent d'angioœdème sous IECA/ARA, et la dose peut être augmentée toutes les deux semaines. Dans le cadre de l'étude TRANSITION, près de 50 % des patients ont atteint la dose cible d'ENTRESTO® en l'espace de 10 semaines.¹⁶ Pour la titration d'un ARNI/IECA/ARA, il peut s'avérer nécessaire de réduire les diurétiques de l'anse.

ENTRESTO® pouvant avoir un effet hypotenseur plus marqué que les IECA/ARA, un suivi étroit est recommandé chez les patients dont la tension artérielle se situe à la limite inférieure (TA systolique \leq 100 mm Hg). Chez les patients compensés à nouveau, présentant par ailleurs un profil clinique stable, une réduction des diurétiques permet d'atténuer l'effet hypotenseur d'ENTRESTO®.

Les inhibiteurs du SGLT2 sont recommandés chez les patients atteints d'ICFcr chronique et ayant déjà reçu un BB, un ARNI/IECA/ARA et un ARM. Les études DAPA-HF, EMPEROR-Reduced ainsi qu'une méta-analyse ont révélé un bénéfice cohérent de l'inhibition du SGLT2 chez les patients traités au préalable par un ARNI.^{11,17,18} En cas de troubles de la fonction rénale, la prudence est recommandée lors de l'instauration de la GDMT.

Thérapie en cas de récupération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG)

Lors de l'étude PROVE-HF, certains patients ont vu leur FEVG s'améliorer et le volume du ventricule gauche diminuer sur une période de 12 mois.¹⁹ Une répétition de l'examen d'imagerie peut par conséquent être utile en cas de modifications cliniques.²

Une récupération de la FEVG à > 40 % en cas d'ICFcr préexistante améliore le pronostic²⁰ et les médecins cliniciens sont souvent confrontés à la question de savoir si la GDMT doit être poursuivie, réduite ou arrêtée en cas de rétablissement ou d'amélioration de la FEVG. Toutefois, dans le cadre de l'étude TRED-HF, presque 50 % des patients ont subi une rechute de l'IC dans les six mois suivant l'arrêt de la GDMT.²¹ Par conséquent, en l'absence d'une cause définie et réversible de l'IC, la **poursuite de la GDMT est recommandée.**²²

Biomarqueurs - détermination des peptides natriurétiques

Le peptide natriurétique B (BNP) et le NT-proBNP comptent parmi les biomarqueurs les plus étudiés et les mieux établis, et il est recommandé de les déterminer pour appuyer le diagnostic clinique et le pronostic de l'ICFEr (recommandation de classe I).² Des concentrations élevées ou croissantes de BNP/NT-proBNP chez les patients ambulatoires atteints d'ICFEr indiquent un risque élevé.

Les taux de peptides natriurétiques doivent être interprétés en lien avec la GDMT. Il est important de savoir que la concentration de BNP augmente ou peut demeurer élevée du fait de l'inhibition de la néprilysine sous ARNI. Sous ARNI, la mesure du NT-proBNP permet d'évaluer la réponse au traitement. L'étude PROVE-HF a montré que la baisse du NT-proBNP après l'instauration d'ENTRESTO® était en corrélation avec un degré plus élevé d'inversion du remodelage cardiaque (reverse cardiac remodeling) et avec une amélioration du pronostic.^{4,20}

Cliquer [ici](#) pour accéder à la publication originale

* L'ECDP de 2017 pour l'optimisation du traitement de l'insuffisance cardiaque (IC) s'appuie sur la ligne directrice de l'ACCD/AHA datant de 2013 relative au traitement de l'IC et sur la mise à jour de la ligne directrice de 2013, publiée par l'ACC/AHA/HFSA en 2017^{2,3}

** Défini comme une maladie cardiaque structurelle avec antécédents de symptômes ou symptômes actuels d'IC

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/nouveau-consensus-dexperts-de-lacc-datant-de-2021-pour-loptimisation-du>