

L'insuffisance cardiaque - une pathologie sous-estimée

Image



L'insuffisance cardiaque - une pathologie sous-estimée

L'insuffisance cardiaque constitue un syndrome clinique complexe présentant une mortalité et une morbidité élevées ainsi qu'une grande importance pour l'économie en général. La prévalence de la pathologie sous-estimée augmente constamment et les experts s'attendent à ce que les cas d'insuffisance cardiaque doublent au cours des vingt prochaines années.¹

Deux facteurs essentiels sont responsables de cette situation:

- L'évolution démographique, qui tend vers une population plus âgée²
- Une amélioration continue de la prise en charge médicale de pathologies primaires, comme les cardiopathies coronariennes ou l'infarctus du myocarde, causes de l'insuffisance cardiaque²

En Suisse, environ 200 000 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque.² Parmi elles, environ 18 000 patients décèdent des suites d'une insuffisance cardiaque.¹

Image



Mortalité

Image

5 ans

après le premier diagnostic ^{3,4}



Un patient IC sur deux décède ^{3,4}

espace

Une fois le diagnostic établi, le pronostic vital des patients est mauvais. La mortalité totale de l'insuffisance cardiaque s'élève à 50 % dans les cinq ans suivant le diagnostic.²⁻⁴ Le taux de survie est donc inférieur à celui de nombreux cancers.⁵

Image



Insuffisance cardiaque en Suisse

Image

Environ

200 000

patients IC en Suisse ²

Chaque année, environ

18 000

patients décèdent en Suisse d'IC ¹

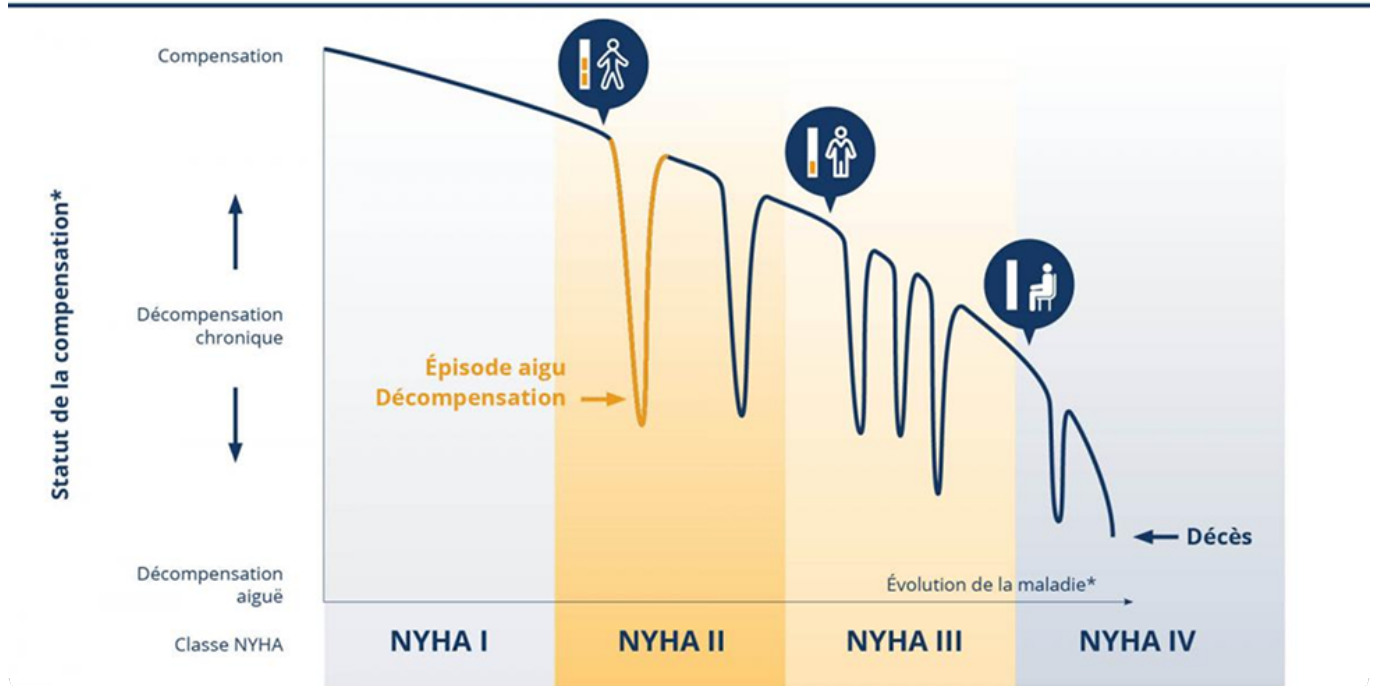
Le danger d'attendre trop longtemps

Il semblerait que face à l'insuffisance cardiaque, la devise appliquée se résume à dire que tant qu'un patient ou une patiente reste stable, il n'y a aucune raison de modifier son traitement. Cependant, cette approche peut avoir des conséquences fatales, car il n'y a pas de "patient stable" – du moins pas sur une période prolongée.

L'insuffisance cardiaque continue de progresser même si les symptômes passent d'abord inaperçus.^{6,7} Il en résulte toutefois des séquelles irréversibles du cœur, dont la conséquence se traduit par l'augmentation du risque d'hospitalisation et de mortalité.

Image

Comment évolue l'insuffisance cardiaque?



*Illustration modifiée conformément aux références^{8,9-11}

Besoin d'intervention chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

Le nombre de réhospitalisations imprévues à brève échéance et de décès en rapport avec une insuffisance cardiaque décompensée est élevé.^{9,10} La réhospitalisation engendre non seulement des coûts énormes, mais elle va également de pair avec un risque de mortalité deux fois plus élevé.^{10,12-14}

Image



Les

30 JOURS

décisifs après l'hospitalisation ¹²



Un patient IC sur 4
sera réhospitalisé ¹²

2x

Risque de décès deux
fois plus élevé après
l'hospitalisation ¹⁰

Ces chiffres montrent clairement que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque devraient être pris en charge à temps. C'est la seule manière de prévenir l'accumulation d'événements aigus inhérents à une progression de la pathologie, ce dont il résultera moins d'hospitalisations et un moindre risque de mortalité. ^{13,14}

L'insuffisance cardiaque ne vient que rarement seule

L'insuffisance cardiaque est étroitement liée à des comorbidités. En raison du rôle central joué par le système cardio-vasculaire, l'insuffisance cardiaque affecte directement et indirectement d'autres organes. ¹⁵ Les reins sont touchés particulièrement souvent. En sus d'une insuffisance cardiaque, plus de 40 % des patients souffrent également d'une insuffisance rénale chronique. ¹⁶ La perte fonctionnelle croissante du cœur exerce aussi une influence négative sur l'insuffisance rénale.

Par ailleurs, le risque de développer un diabète de type II augmente. Ainsi, en comparaison avec des patients à une phase plus précoce de l'insuffisance cardiaque (NYHA stade I-II) des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque avancée (NYHA stade III-IV) présentent un risque de une à cinq fois plus élevé de développer un diabète. ¹⁷

Références

1. Szucs, T.D., *Gesundheitsökonomische Aspekte der chronischen Herzinsuffizienz*, S. Ärztezeitung, Editor. 2003.
2. Mohacsi, P., et al., *Ein Curriculum für Herzinsuffizienz ist als Grundlage für die Entwicklung erforderlicher nationaler Strukturen unumgänglich: Positionspapier «Herzinsuffizienz-Curriculum» der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der SGK*. Cardiovascular Medicine, 2018. **21**(01): p. 26-32.
3. Loehr, L.R., et al., *Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerosis Risk in Communities study)*. Am J Cardiol, 2008. **101**(7): p. 1016-22.
4. Roger, V.L., et al., *Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the*

American Heart Association. *Circulation*, 2012. **125**(1): p. e2-e220.

5. Stewart, S., et al., *More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure*. *Eur J Heart Fail*, 2001. **3**(3): p. 315-22.
6. Young, J.B., et al., *Mortality and morbidity reduction with Candesartan in patients with chronic heart failure and left ventricular systolic dysfunction: results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials*. *Circulation*, 2004. **110**(17): p. 2618-26.
7. Zannad, F., et al., *Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms*. *N Engl J Med*, 2011. **364**(1): p. 11-21.
8. McMurray, J.J., et al., *Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure*. *N Engl J Med*, 2014. **371**(11): p. 993-1004.
9. Gheorghiade, M., et al., *Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives*. *J Am Coll Cardiol*, 2013. **61**(4): p. 391-403.
10. Solomon, S.D., et al., *Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure*. *Circulation*, 2007. **116**(13): p. 1482-7.
11. Sabbah, H.N., *Silent disease progression in clinically stable heart failure*. *Eur J Heart Fail*, 2017. **19**(4): p. 469-478.
12. Krumholz, H.M., et al., *Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission*. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2009. **2**(5): p. 407-13.
13. Benjamin, E.J., et al., *Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association*. *Circulation*, 2017. **135**(10): p. e146-e603.
14. Chang, P.P., et al., *Incidence and survival of hospitalized acute decompensated heart failure in four US communities (from the Atherosclerosis Risk in Communities Study)*. *Am J Cardiol*, 2014. **113**(3): p. 504-10.
15. Laskar, S.R. and D.L. Dries, *The prognostic significance of renal dysfunction in patients with chronic systolic heart failure*. *Curr Cardiol Rep*, 2003. **5**(3): p. 205-10.
16. Shiba, N. and H. Shimokawa, *Chronic kidney disease and heart failure--Bidirectional close link and common therapeutic goal*. *J Cardiol*, 2011. **57**(1): p. 8-17.

17. Amato, L., et al., *Congestive heart failure predicts the development of non-insulin-dependent diabetes mellitus in the elderly*. The Osservatorio Geriatrico Regione Campania Group. *Diabetes Metab*, 1997. **23**(3): p. 213-8.

Novartis fournit les références listées sur demande

Source URL: <https://www.pro.novartis.com/ch-fr/insuffisance-cardiaque>