

Associations thérapeutiques dans l'insuffisance cardiaque

Bernard PIERRE

l'Europe

Centre de réadaptation I.R.I.S.

Les Jéudis de

Quelques rappels

- IC : seule pathologie CV dont **incidence et prévalence en** ↗
- En France : **10⁶- 120000 nouveaux cas/an - 2/3 > 70 ans**
150000 hospitalisations (> 10 j) - 1,11 x 10⁹ €/an
- **Mauvais pronostic (= cancers) 1 patient sur 2 décède dans les 5 ans après le diagnostic**

Diagnostic positif souvent difficile

* Symptômes non spécifiques :

- ◆ Dyspnée - asthénie
- ◆ OMI - hépatomégalie
- ◆ Troubles digestifs , psychologiques, toux

* Intérêt d'examens para-cliniques simples :

- ◆ ECG
- ◆ RP
- ◆ BNP

• Diagnostic étiologique nécessaire : ATCD -
échocardiographie

* Valvulopathies

* Myocardiopathies

- ◆ 20 à 40 % (> 50 % après 70 ans) : **dysfonction diastolique**
(Euro Heart Failure Survey Study)
- ◆ **Dysfonction systolique** : FEVG < 30 - 40 %

* (IC droite par HTAP pré capillaire)

* (IC par hyper-débit)

* (IC par cardiopathie congénitale)

Rechercher un facteur déclenchant aux poussées

* Cardiovasculaire

- ◆ TRSV- trouble conducteur
- ◆ SCA
- ◆ Phlébite - EP

Extra cardiovasculaire

- ◆ Fièvre (surinfections broncho pulmonaires)
- ◆ Anémie
- ◆ Hyperthyroïdie
- ◆ Erreurs diététiques
- ◆ Poussée IR
- ◆ Iatrogène

Les conseils hygiéno - diététiques

- **Repos** en périodes de décompensation
- **Activité physique** d'endurance quotidienne, symptômes- limitée

Intérêt de la réadaptation +++

- **Restriction sodée et hydrique** dans les formes congestives sévères

L'éducation thérapeutique

- ◆ **Auto observation des symptômes**
- ◆ **Courbe de poids +++**
- ◆ **Carnet de suivi :**
 - .Signes cliniques
 - .TA couché - debout
 - .Créatinine- Na - K

Pour réduire les symptômes de l'ICC (stades II à IV NYHA)

DIURETIQUES

En phase aiguë : diurétiques de l'anse

furosémide : 60 à 80 mg voire plus selon gravité et efficacité

En phase chronique :

- ◆ Posologie progressivement réduite jusqu'au **minimum possible** (20 mg furosémide, 12,5 mg HCTZ)
- ◆ Suivi volémie (**P+++**), créatinine, acide urique, Na - K, TA couché debout, continence, prostatisme

DIGOXINE

Etude DIG

- Seul inotrope + sans effet sur mortalité

- **Dosologie faible aux stades III et IV+++**

- Dès stades I et II si FA rapide

- Peut améliorer tolérance béta-bloquant, aggraver cardiopathie ischémique

- Attention à l'arrêt, source de décompensation

EPO

Pour le pronostic

- Seuls les IC par dysfonction systolique sont concernés +++

- Pour l'instant chez les IC à fonction systolique préservée, les traitements adaptés aux différents mécanismes physiopathologiques (HTA++) sont le seul et libre recours

- L'EBM a mis au ban des prescriptions :

- ◆ inotropes
- ◆ nitrés
- ◆ calcium - bloqueurs
- ◆ doses massives de diurétiques
- ◆ association digitalo - diurétique seule

**Le blocage complet du SRAA (IEC
et/ou ARA II, spironolactone ou éplérénone) et
les bêta-bloquants constituent désormais la
Pierre angulaire du traitement médicamenteux**

SOLVD-MERIT-EPHESUS : 157 vies sauvées pour 1000 patients traités 2 ans

CONSENSUS-COPERNICUS-RALES : 465 vies sauvées pour 1000 patients traités 2 ans

IEC

- Recommandation niveau I

CONSENSUS-SOLVD treatment-V-HeFTII - SOLVD prevention-SAVE TRACE-AIRE - ATLAS

- A tous les stades NYHA

Augmentation progressive des doses jusqu'aux posologies

maximales utilisées dans les essais cliniques, si tolérées

Créatinine - Na-K : 1 semaine, puis au moins annuels, TA - toux

Attention

◆ introduction en déplétion hydrosodée

BETA-BLOQUANTS

Recommandation niveau I

MERIT HF - CIBIS I à III- US CARVEDILOL trial - COPERNICUS - COMET - SENIORS

Stades 2 à 4 (1 à 4 si post IDM)

Début faible dose, doublée/paliers d'au moins 2 semaines,
jusqu'au maximum tolérable validé

Attention ♦ suivi FC - TA

ARA II

ELITE-OPTIMAAL - Val. HeFT - VALIANT - CHARM

Indication :

- ◆ en cas d'intolérance à l'IEC (recommandation niveau I)
- ◆ au besoin associé aux stades II à IV
- ◆ IC post IDM : IEC et ARA II efficacité équivalente (recommandation niveau I)

- titration progressive jusqu'à posologie élevée (32 mg candesartan)

- **Attention** : suivi créatinine - Na-K

ANTI ALDOSTERONES

- RALES - EPHEBUS

- Indication :

- ◆ IC sévère (stades III et IV) : spironolactone 25 à 50 mg/j
- ◆ Post IDM avec dysfonction systolique VG : eplerenone : 25 à 50 mg

- Suivi :

- ◆ Créatinine Na-K +++
- ◆ Grande prudence chez la personne âgée

Recommandations européennes 2005 pour le traitement médical de l'ICC

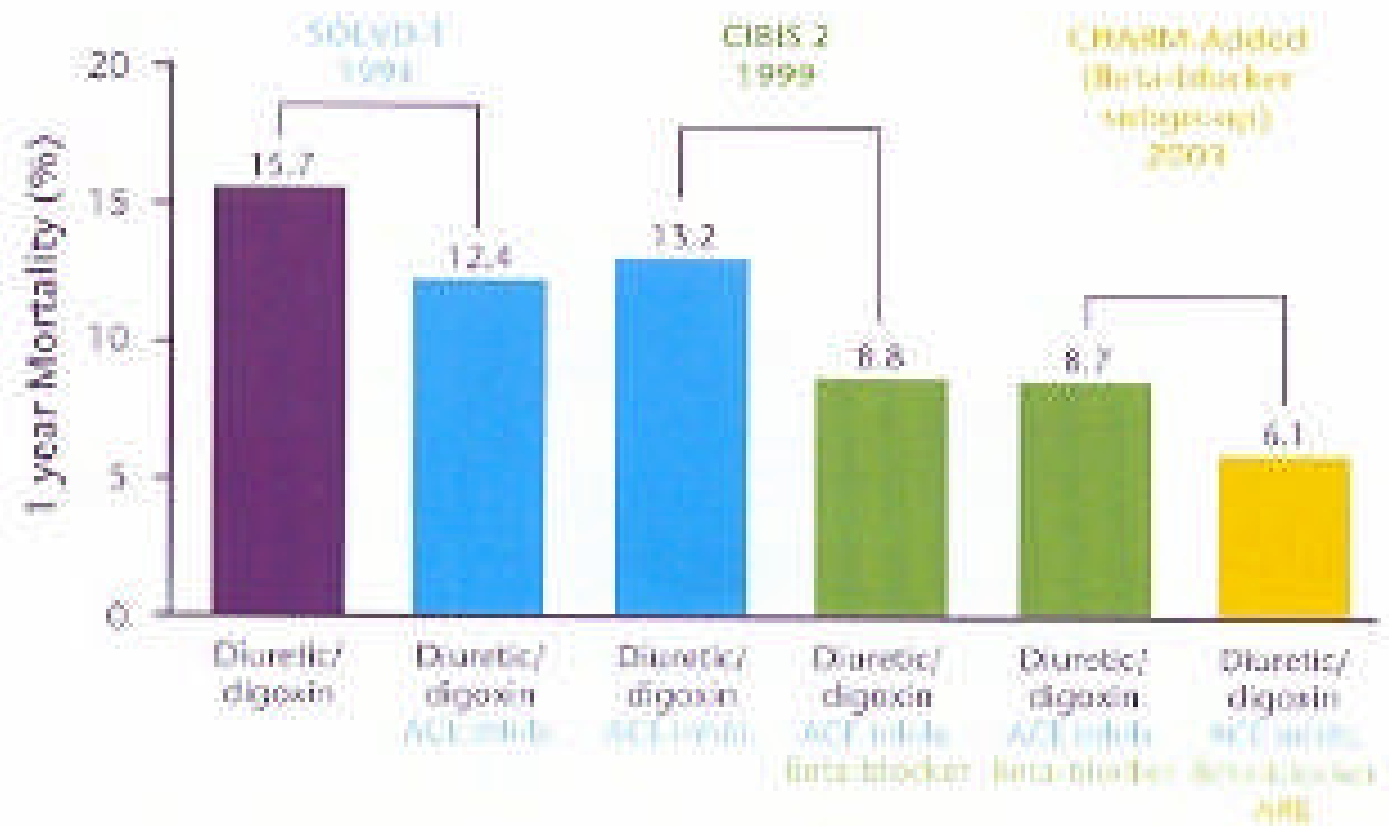
	I Dysfonction VG asymptomatique	II IC symptomatique	III/IV Aggravation de l'IC	IV IC terminale
IEC	indiqué	indiqué	indiqué	indiqué
ARAII	si intolérance aux IEC	indiqué avec ou sans IEC	indiqué avec ou sans IEC	indiqué avec ou sans IEC
Diurétiques	non indiqué	indiqué en cas de rétention hydrique	indiqué, association de diurétiques	indiqué, association de diurétiques
Bêtabloquants	postinfarctus	indiqué	indiqué (sous contrôle spécialisé)	indiqué (sous contrôle spécialisé)
Antialdostérone	infarctus récent	infarctus récent	indiqué	indiqué
Digoxine	avec FA	quand FA ou IC III en RS améliorée	indiqué	indiqué

	Amélioration de la survie et de la morbidité	Amélioration des symptômes
NYHA I	Continuer IEC (ou ARA2 si intolérance IEC) Si postIDM, continuer antagoniste de l'aldostérone et ajouter bêtabloquants	Réduire ou arrêter les diurétiques
NYHA II	IEC (ou ARA2 si intolérance IEC) Ajouter bêtabloquants Ajouter antagoniste de l'aldostérone si postIDM	Diurétiques selon le niveau de rétention hydrosodée
NYHA III	IEC + ARA2 (ou ARA2 seul si intolérance aux IEC) Bêtabloquants Antagoniste de l'aldostérone	Diurétiques + digitaliques si encore symptomatique
NYHA IV	Idem	Augmenter diurétiques + digitaliques + éventuellement cure transitoire d'inotropes

Fig. 3 - Algorithme de décision thérapeutique (traitements médicamenteux) (d'après ESC Guidelines, 2005)

Figure 1

Cumulative benefit of poly-pharmacy in mild-moderate HF



The SOLVD Investigators. N Engl J Med 1991; 325: 293–302.
CIBIS-II Investigators and Committees. Lancet 1999; 353: 9–13.
McMurray JJV, et al. Lancet 2003; 362: 767-771.

Particularités de la prise en charge chez la personne âgée

⊙ Rechercher et prendre en compte les autres comorbidités

- ◆ **1/3 des IC ont au moins 6 pathologies associées**
- ◆ **Faire évaluation gériatrique rapide**
 - * **Fonctions cognitives (MMSE)**
 - * **Autonomie**

② Prendre en compte les autres traitements médicamenteux

- ◆ 90 % des IC âgés en prennent au moins 4
- ◆ Attention aux associations suivantes :
 - . IEC - AINS (risque rénal)
 - . Diurétique laxatif (risque hypoK, déshydratation)
 - . Diurétique - IRS (risque hypo Na, hypo TA orthostatique)
 - . Béta-bloquant - anticholinesthésique (risque bradycardie)

③ Toujours vérifier le mode de prise des médicaments

- ◆ Le fonctionnement cognitif le permet-il ?

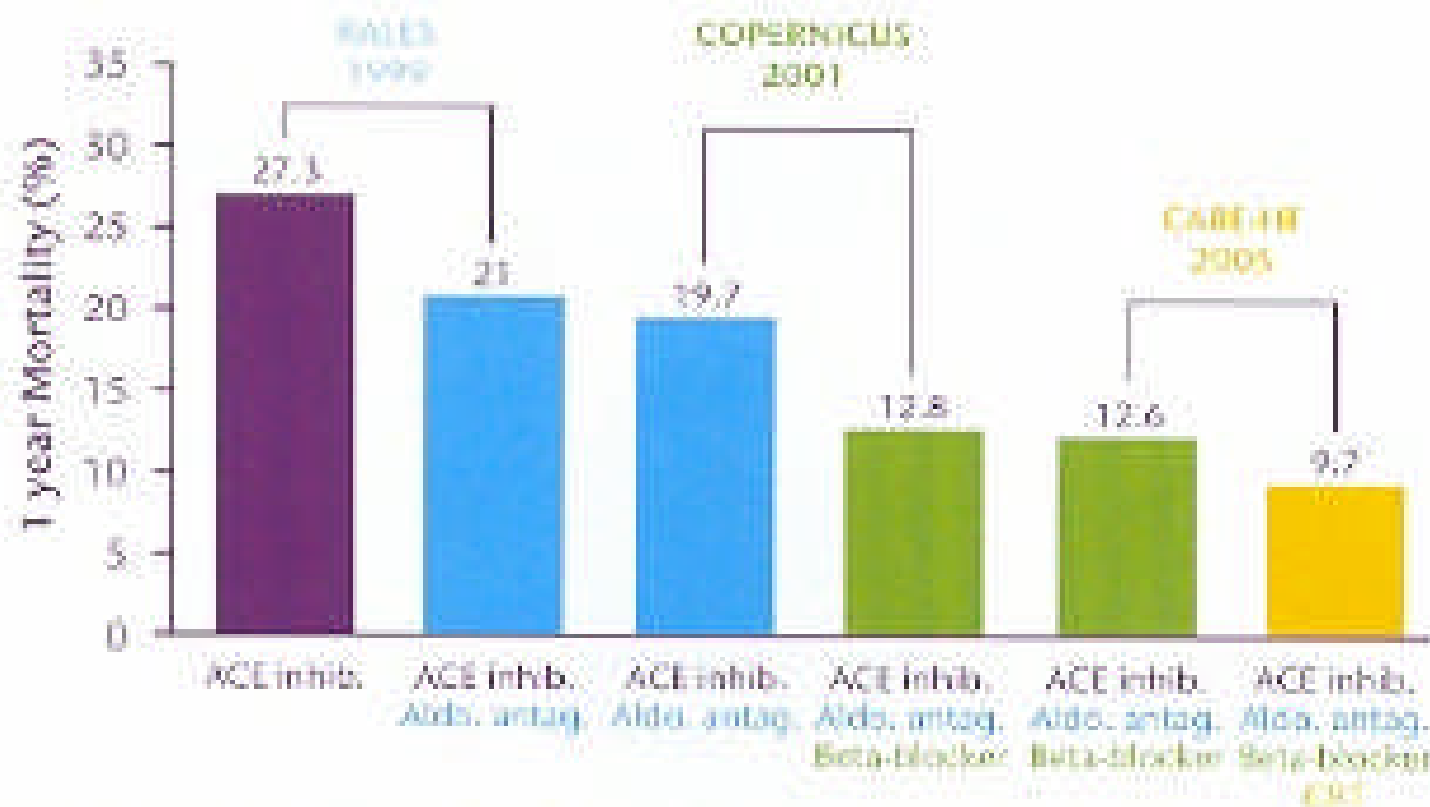
- ◆ Sinon impliquer famille : passage infirmière

Les alternatives non médicamenteuses

- Education - réseau de soins (patient acteur vis à vis de sa pathologie)
- **Réadaptation +++** (validation scientifique par méta analyse EXTRAMATCH)
- **D.A.I** (SCD - HeFT, COMPANION, MADIT II)
 - ◆ RRR mortalité = **25 %**
 - ◆ 4 à 15 patients à traiter versus 20 à 37 par médicaments
- Resynchronisation biventriculaire par stimulation multisite (CARE HF - MUSTIC - MIRACLE - COMPANION)
 - ◆ RRR mortalité = **36 %**
 - ◆ RRR mortalité et réhospitalisation = **37 %**
 - ◆ ↘ Signes ICC ↗ qualité de vie.

- Le « tout électrique » (défibrillateur - resynchroniseur) émerge comme traitement particulièrement efficace des formes les plus graves (20 à 25 % non répondeurs)
- Chirurgie de remodelage VG - plastie de l 'anneau mitral - PAC
- Thérapie cellulaire - génique (résultats encourageants mais non concluants)
- Transplantation cardiaque (↘ de moitié en 15 ans) « Cœur artificiel »

Cumulative benefit of poly-pharmacy (and CRT) in severe HF



Pitt B, et al. N Engl J Med 1999; 341: 709–717.

Packer M, et al. N Engl J Med 2001; 344: 1651–1658.

Cleland JGF, et al. N Engl J Med 1991; 325: 1539–1549.

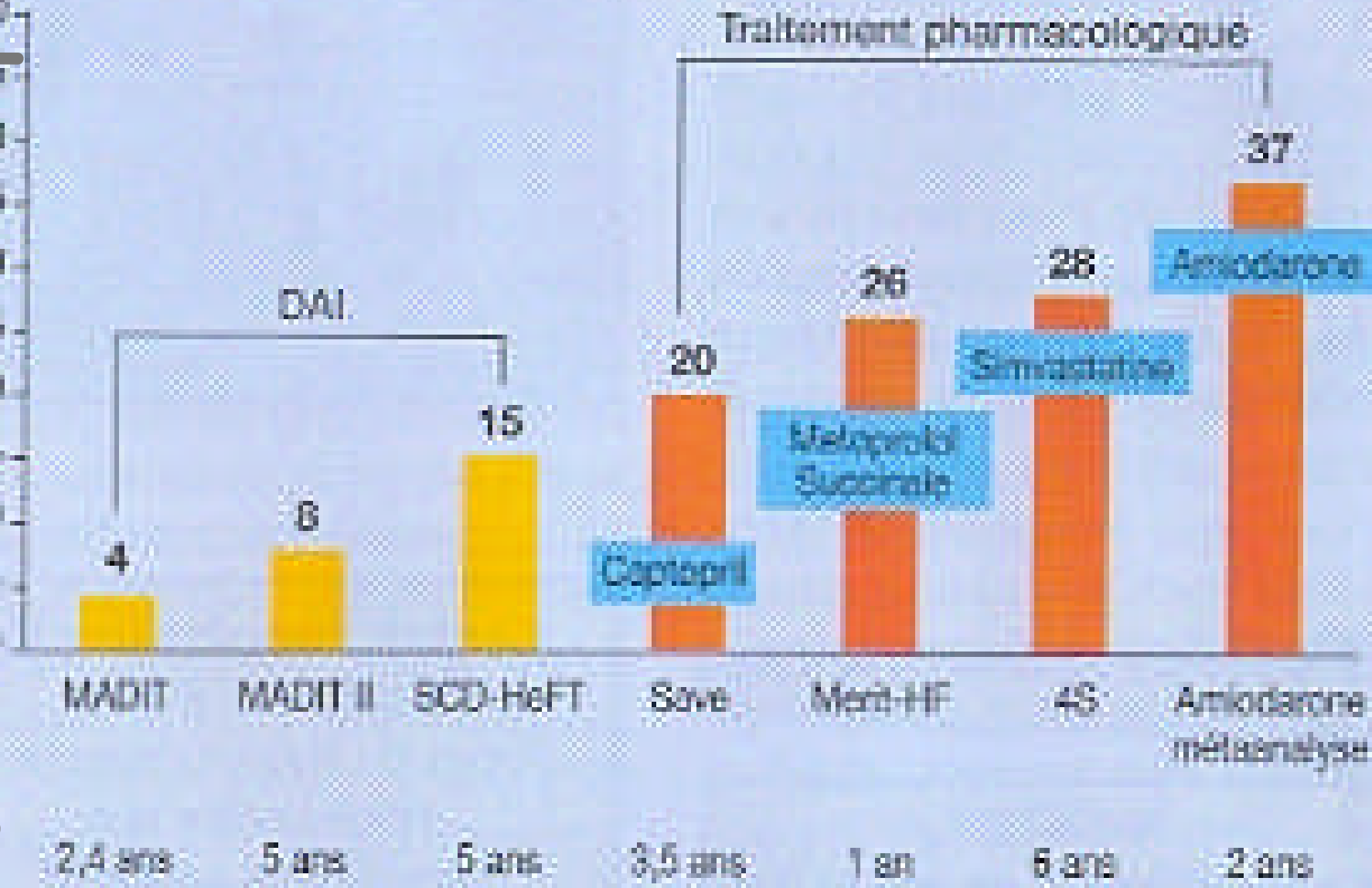


Figure 1. Nombre de patients à traiter pour sauver une vie.

Dans la vraie vie l'étude européenne INPROVEMENT
chez 11000 IC :

- ♦ IEC = 60 %
- ♦ Béta-bloquant = 34 %
- ♦ Association des 2 = 20 %
- ♦ Posologies trop faibles.

MERCI

POUR

VOTRE

ATTENTION

I R I S