

ACTUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Dr Jérôme Thévenin
Cardiologue - HPL

Epidémiologie

Société Européenne de Cardiologie (E.S.C.) :
51 pays > 900 millions d'habitants.

15 millions avec des signes d'I.C.

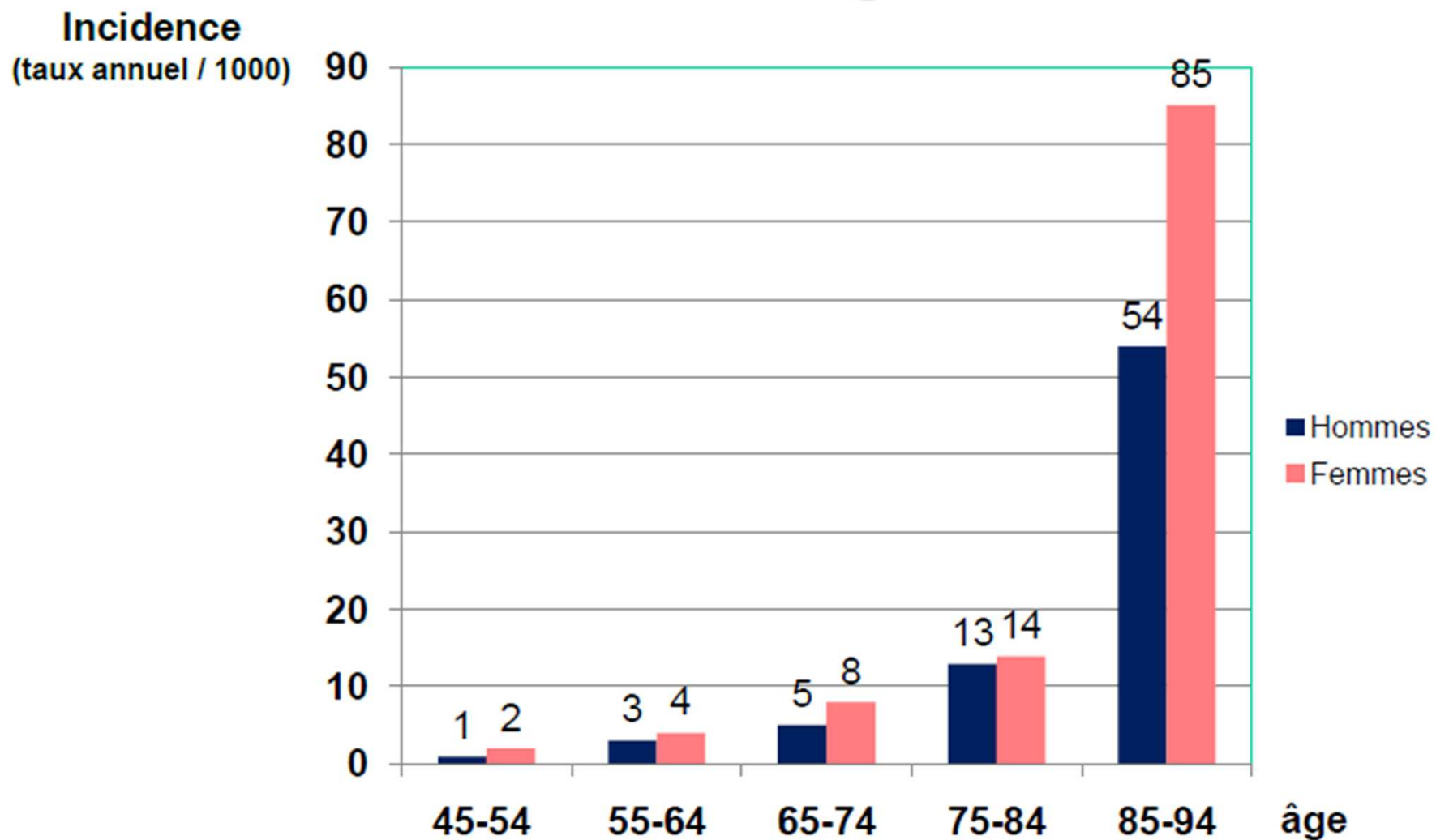
15 millions avec dysfonction VG asymptomatique

Prévalence : > 5 % de la population.

> 10 % après 70 ans

> 20 % après 80 ans

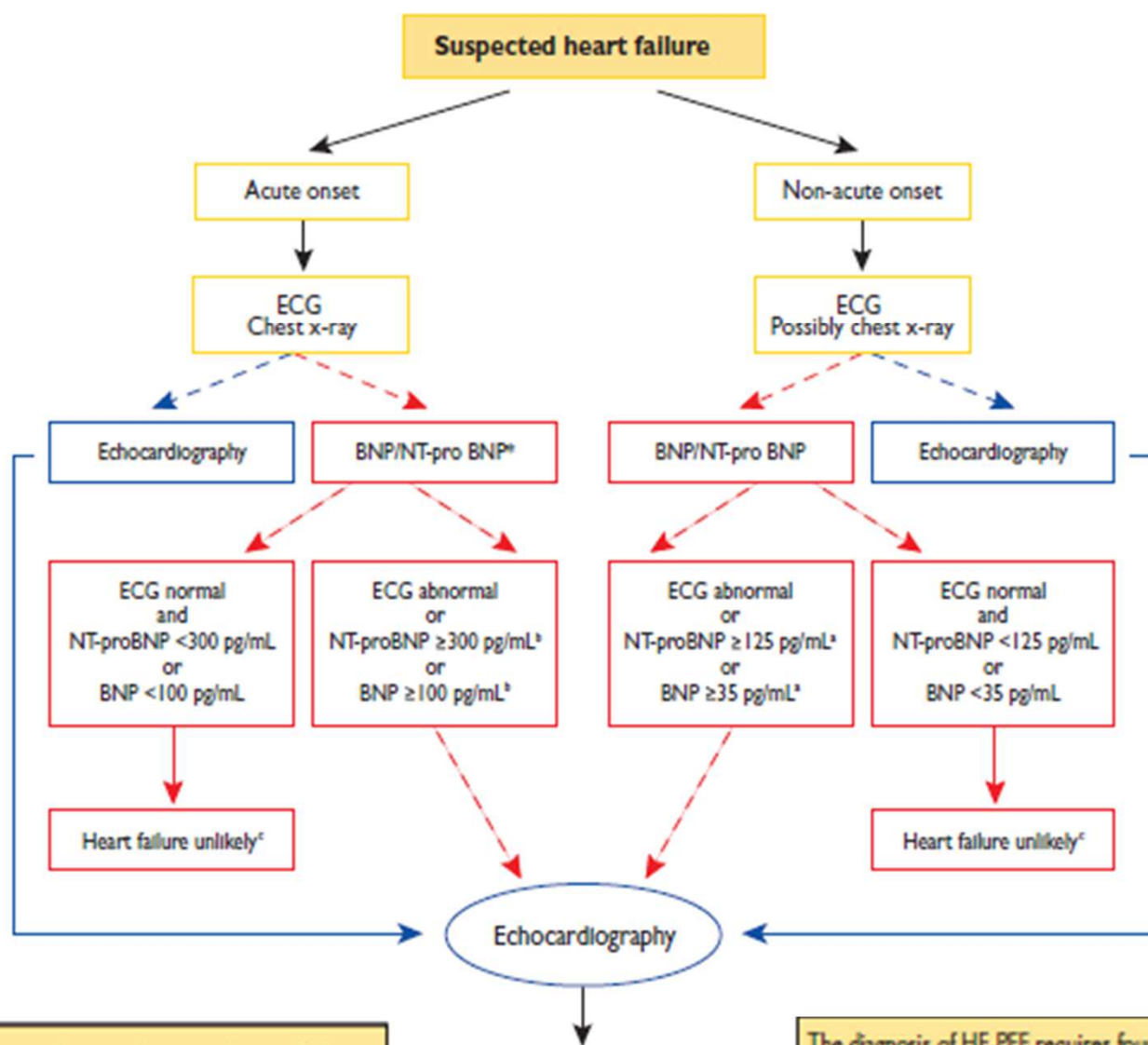
Incidence de l'insuffisance cardiaque, selon l'âge



Epidémiologie

- ▣ **Mortalité:** 4% des causes de décès , 15 à 50% à 1an
- ▣ **Morbidité:** 200000 hospit/an dont 20% de réhospitalisation à 3 mois
- ▣ **Etiologie:**
 - IC systolique: 50%: 2/3 cardiopathie ischémique
 - IC diastolique: 50% sujets agés, HTA , FA

DIAGNOSTIQUER L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



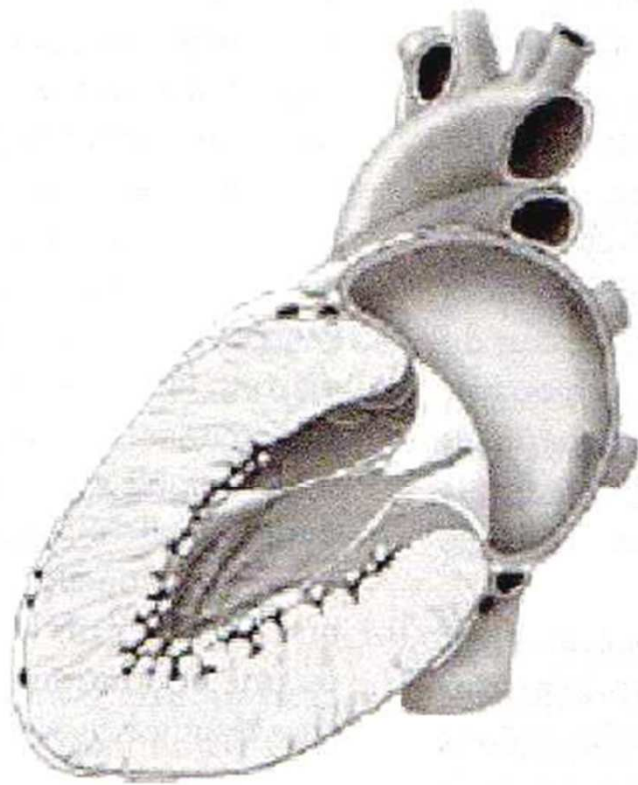
The diagnosis of HF-REF requires three conditions to be satisfied:

1. Symptoms typical of HF
2. Signs typical of HF^a
3. Reduced LVEF

The diagnosis of HF-PEF requires four conditions to be satisfied:

1. Symptoms typical of HF
2. Signs typical of HF^a
3. Normal or only mildly reduced LVEF and LV not dilated
4. Relevant structural heart disease (LV hypertrophy/LA enlargement) and/or diastolic dysfunction (see Section 4.1.2)

If heart failure confirmed,
determine aetiology^d and
start appropriate treatment



**Insuffisance cardiaque
DIASTOLIQUE**
à fonction systolique préservée
FE \geq 50%



**Insuffisance cardiaque
SYSTOLIQUE**
à fonction systolique altérée
FE $<$ 50%

TRAITEMENTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



Le traitement de base: IEC et bêta bloquants

β -B recommandés chez tous les patients avec des symptômes et un FE \leq 40%.

β -B : améliorent la fonction VG, le bien-être des patients, réduisent les ré-hospitalisations et augmentent la survie.

Classe I A

β -B doivent être débutés avant la sortie d'une hospitalisation.

Les minéralocorticoïdes

- ▣ Aldactone et Eplerenone

- ▣ ALDACTONE: étude RALES
 - Patient stade 3 NYHA
 - Diminution de 30% de la mortalité et de 35% les hospitalisations à 2 ans
 - 10% de gynécomastie

EPLERENONE

- ▣ 1^{ère} étude Ephesus dans post Idm
- ▣ EMPHASIS- HF: 21 mois de suivi , FEVG < 35% et NYHA II

Outcome	Eplerenone (n=1364), %	Placebo (n=1373), %	Adjusted hazard ratio (95% CI)	p
Primary end point	18.3	25.9	0.63 (0.54–0.74)	<0.001
CV death	10.8	13.5	0.76 (0.61–0.94)	0.01
HF hospitalization	12.0	18.4	0.58 (0.47–0.70)	<0.001
Hospitalization for hyperkalemia	0.3	0.2	1.15 (0.25–5.31)	0.85

ALDACTONE et IC FEP

▣ Etude TOPCAT: 3550 pts, IC FEP

	Spironolactone (n=1722)	Placebo (n=1723)	RR ; [IC95%] ; p
Critère primaire	18,6 %	20,4 %	0,89 ; [0,77-1,04] ; 0,138
Décès CV	9,3 %	10,2 %	0,90 ; [0,73-1,12] ; 0,354
AC récupéré	< 1 %	< 1%	0,60 ; [0,14-2,50] ; 0,482
Hospitalisation pour IC	12 %	14,2 %	0,83 ; [0,69-0,99] ; 0,042

IVABRADINE

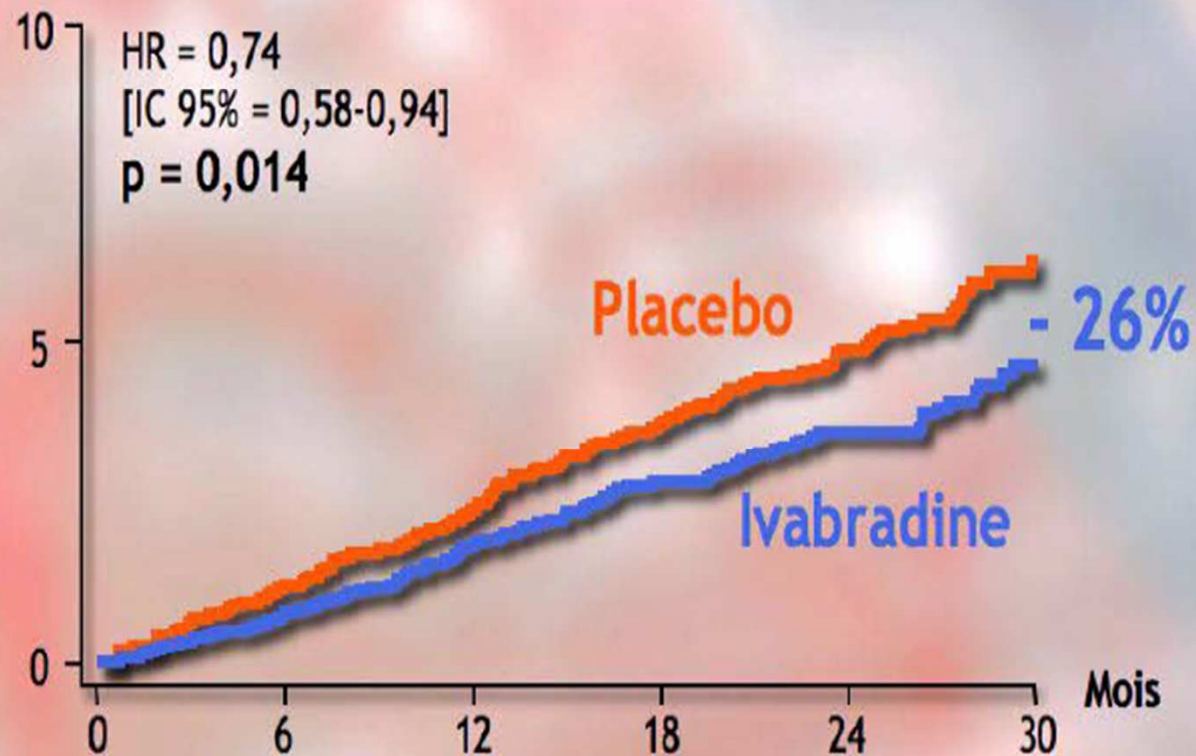
- ▣ Inhibiteur des canaux If du nœud sinusal
- ▣ Ralentit la FC
- ▣ Pas d'action si ACFA
- ▣ Etude Shift: IC avec FeVG < 35% et FC >70/min malgré un traitement classique

IVABRADINE

Etude SHIFT

Résultat sur les décès par IC

Fréquence cumulative (%)

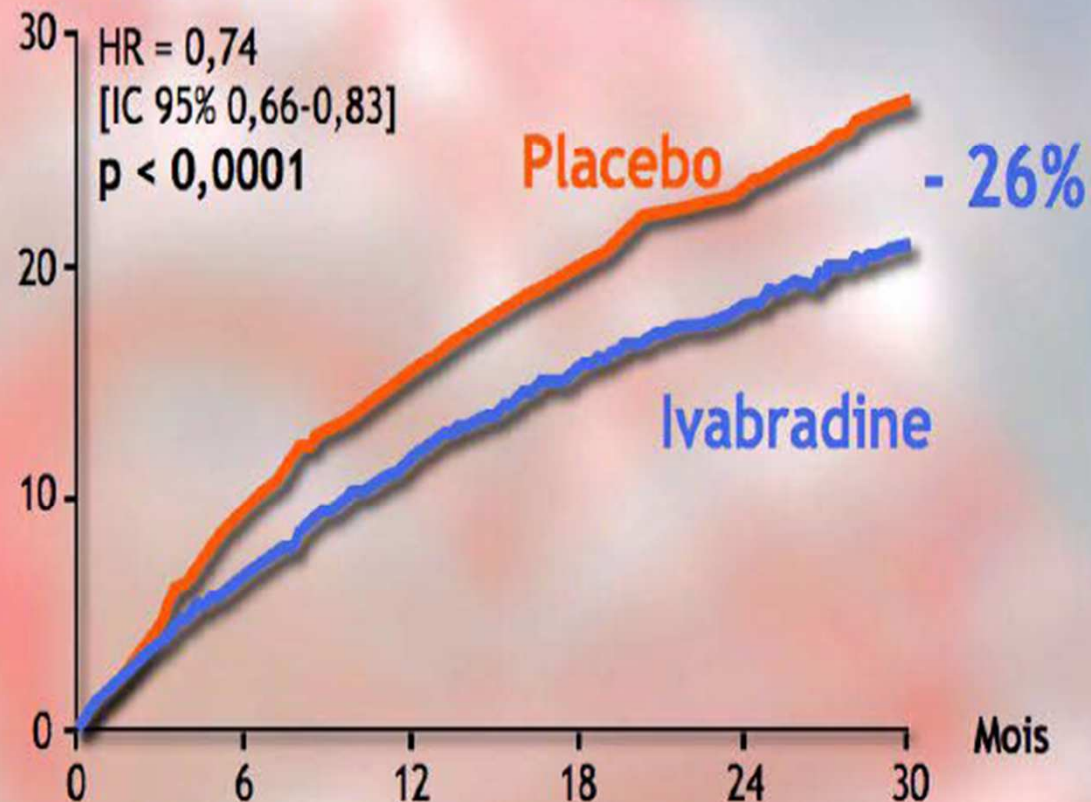


IVABRADINE

Etude SHIFT

Résultat sur les hospitalisation pour IC

Fréquence cumulative (%)

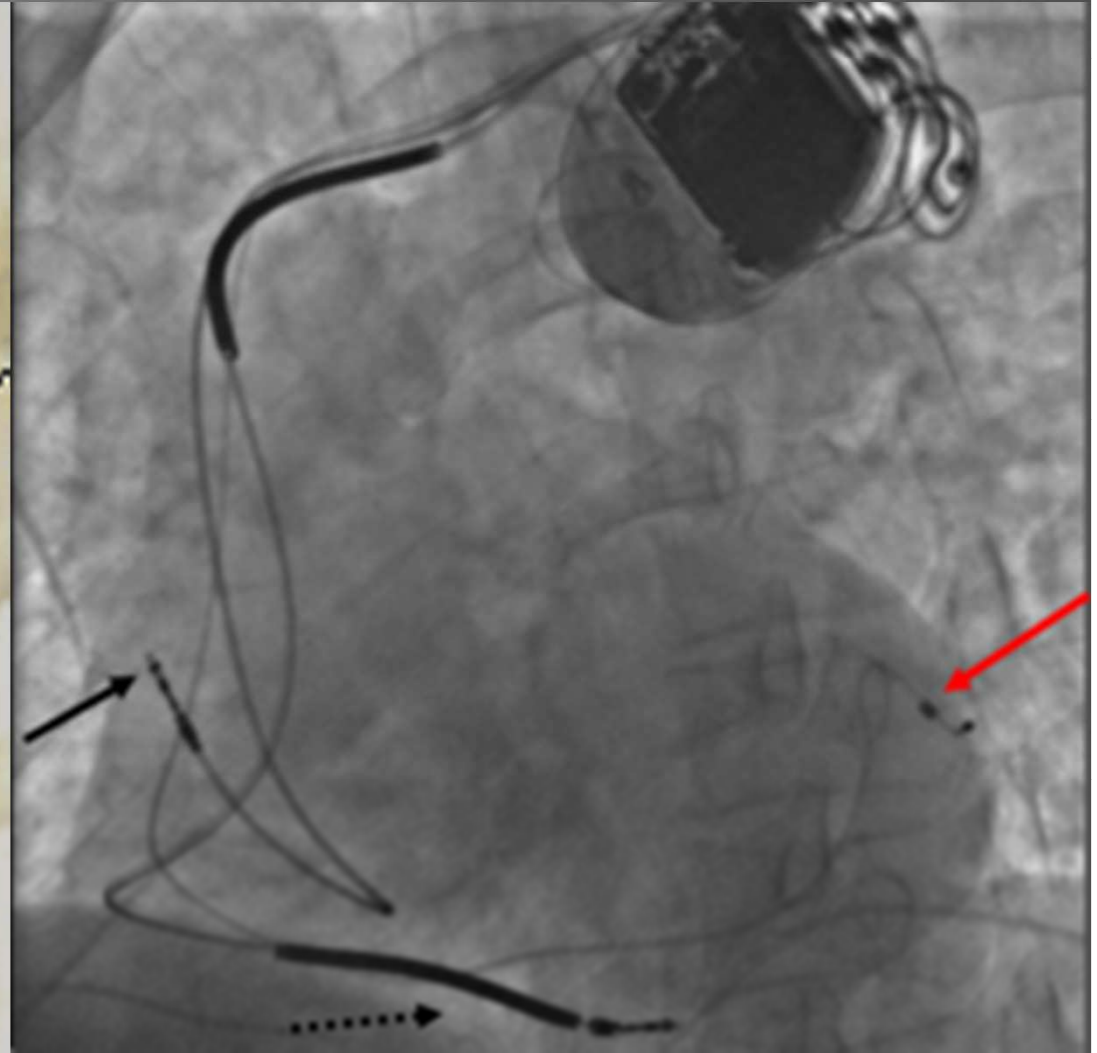
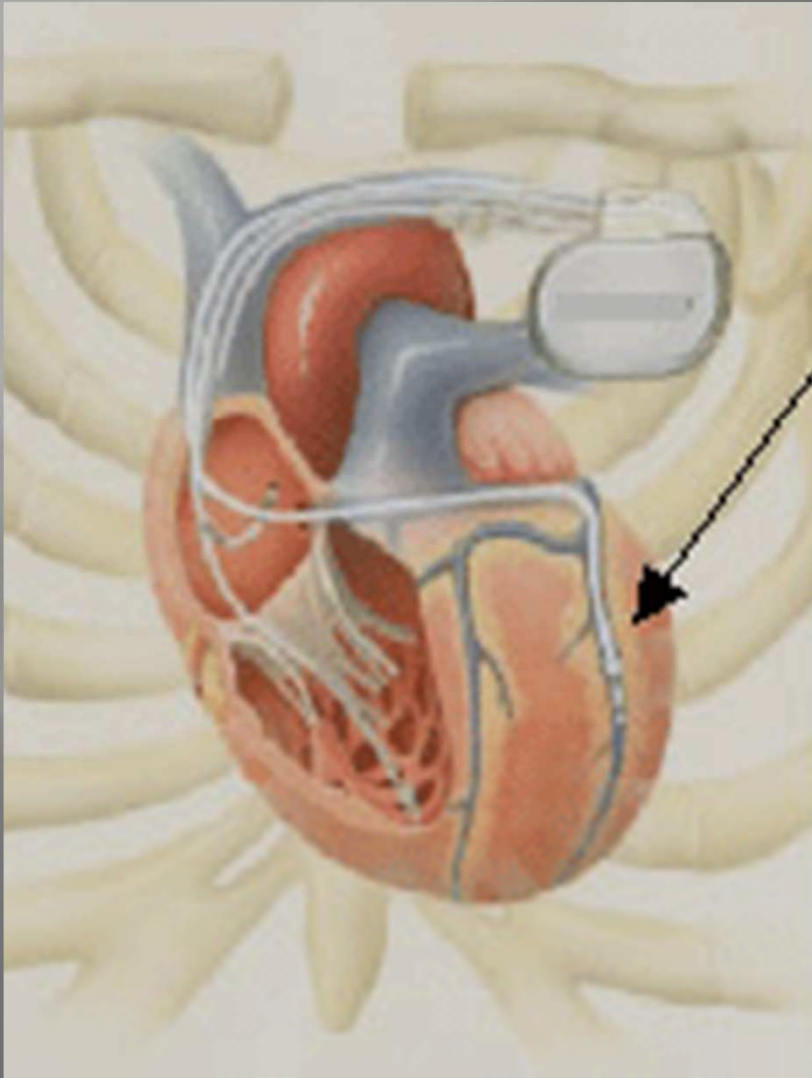


MISE EN PLACE DU TTT

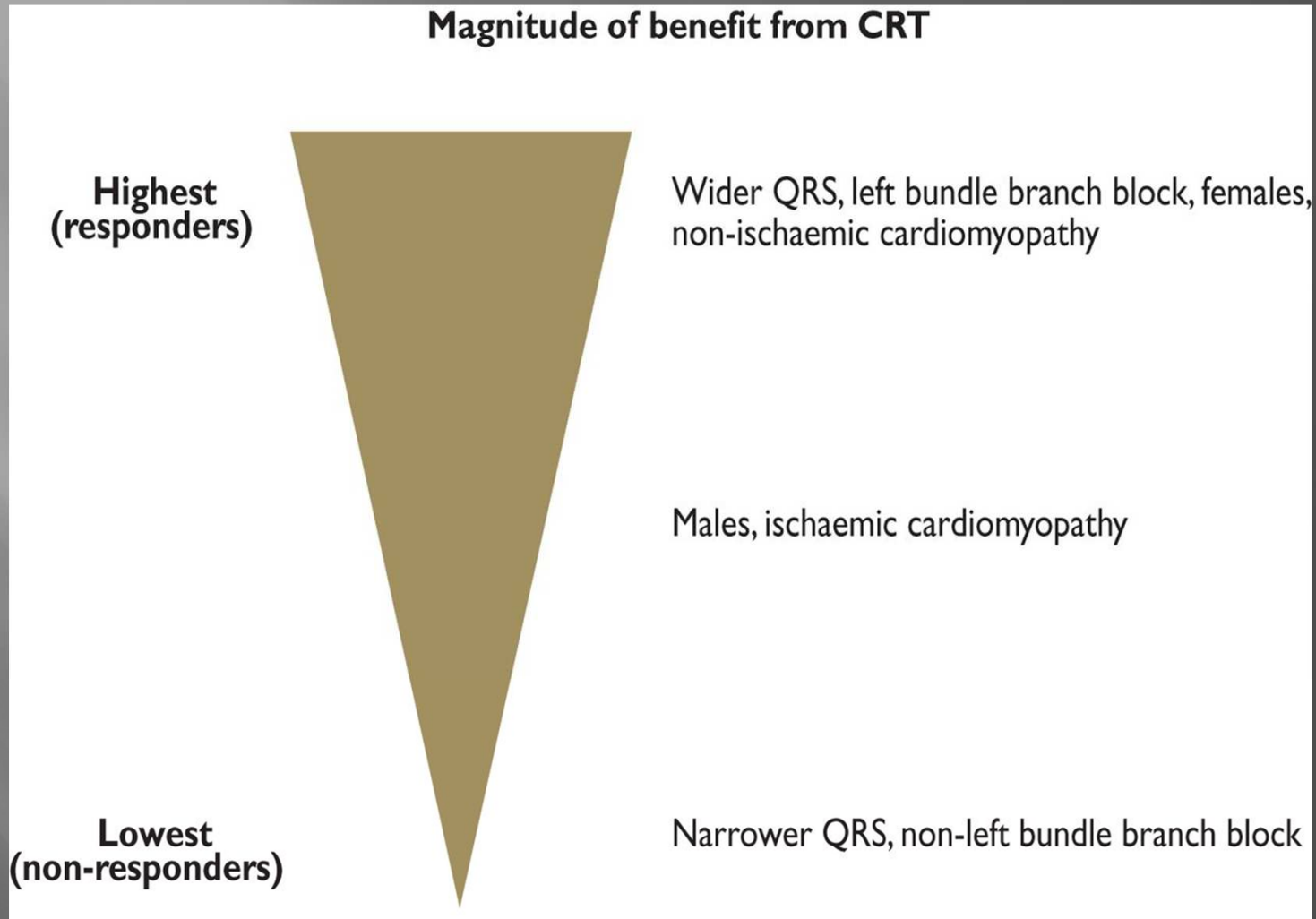
- ▣ Introduction progressive
- ▣ Paliers de 15 jours
- ▣ Surveillance TA et FC
- ▣ Collaboration cardiologue et MT

TECHNIQUES NON MEDICAMENTEUSES

RESYNCHRONISATION CARDIAQUE et DAI



Facteurs influençant la resynchronisation



Recommandations 2013

3) Non-LBBB with QRS duration >150 ms. CRT should be considered in chronic HF patients and LVEF <35% who remain in NYHA functional class II, III and ambulatory IV despite adequate medical treatment. ⁴	IIa	B	48-64
4) Non-LBBB with QRS duration 120-150 ms. CRT may be considered in chronic HF patients and LVEF <35% who remain in NYHA functional class II, III and ambulatory IV despite adequate medical treatment. ⁴	IIb	B	48-64
5) Non-LBBB with QRS duration <120 ms. CRT may be considered in chronic HF patients and LVEF <35% who remain in NYHA functional class II, III and ambulatory IV despite adequate medical treatment. ⁴	III	C	48-64

Implantation plus tardive
Implantation précoce

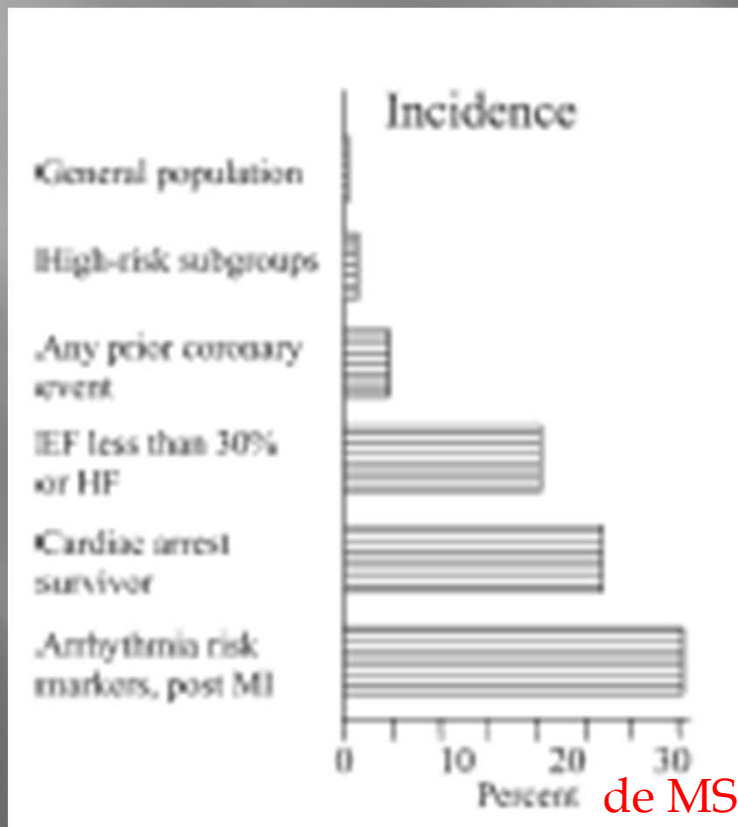
Stade 2
Si QRS > 150 ms

Amélioration de la survie
Remodelage inverse du cœur

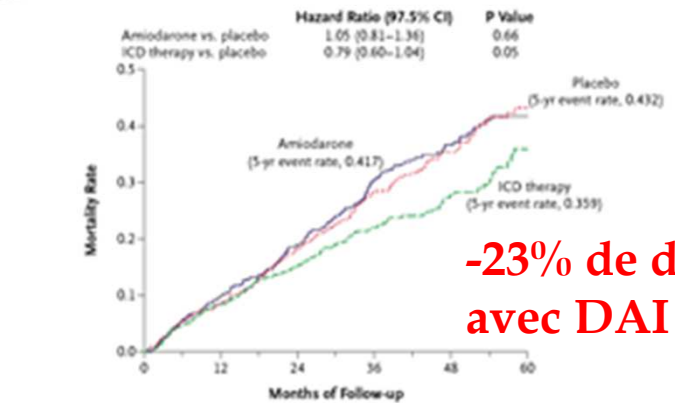
Defibrillateur implantable

Etude DEFINITE

- ▣ 12% de décès annuel
- ▣ 50% par mort subite



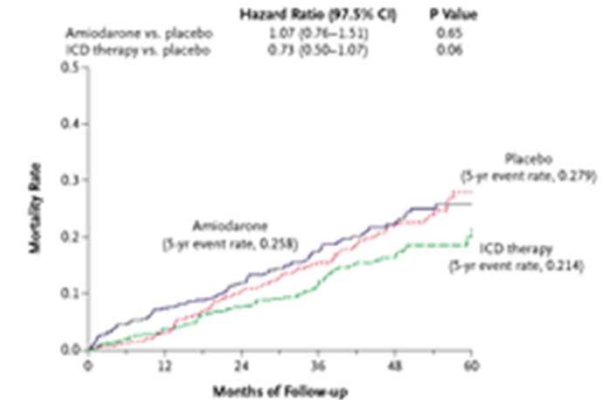
A Ischemic CHF



-23% de décès avec DAI

No. at Risk	0	12	24	36	48	60
Amiodarone	426	384	346	227	130	46
Placebo	453	415	370	244	152	48
ICD therapy	431	395	365	244	144	48

B Nonischemic CHF



No. at Risk	0	12	24	36	48	60
Amiodarone	419	388	369	257	150	51
Placebo	394	382	354	261	152	41
ICD therapy	398	383	368	257	160	55

Défibrillateur

Primary prevention

An ICD is recommended in a patient with symptomatic HF (NYHA class II–III) and an EF $\leq 35\%$ despite ≥ 3 months of treatment with optimal pharmacological therapy, who is expected to survive for >1 year with good functional status, to reduce the risk of sudden death

(i) Ischaemic aetiology and >40 days after acute myocardial infarction

(ii) Non-ischaemic aetiology

I

A

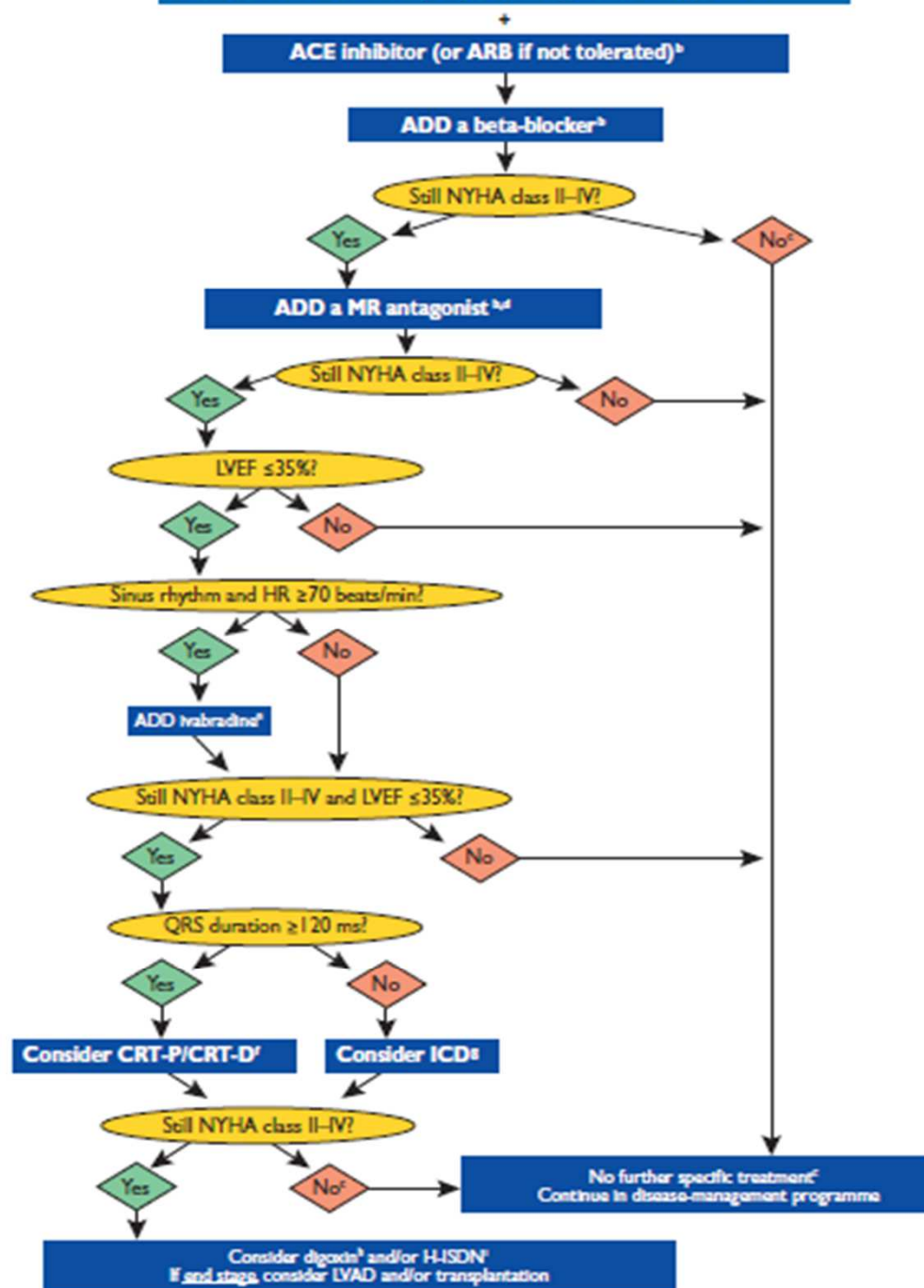
148, 149

I

B

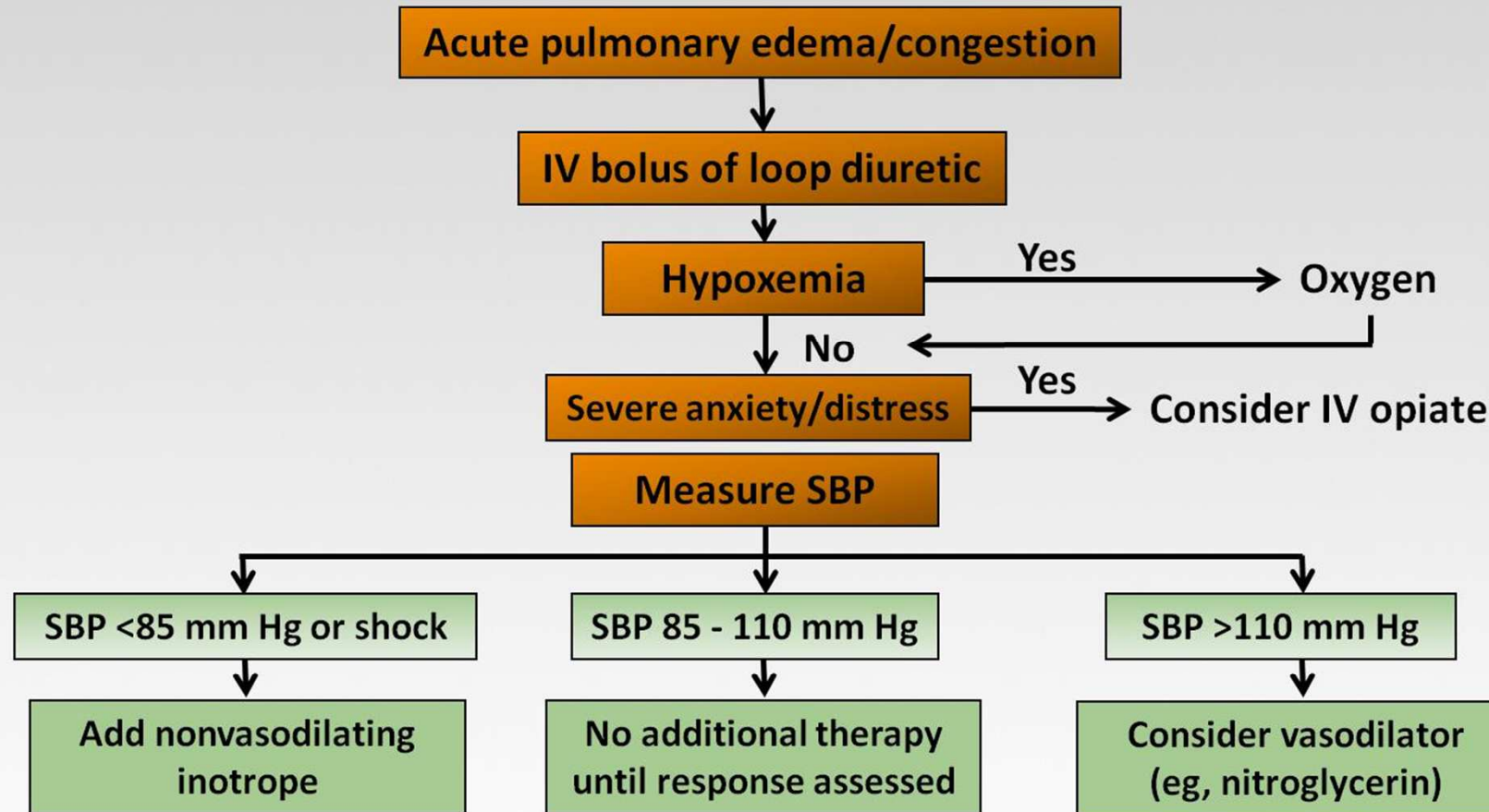
149

Diuretics to relieve symptoms/signs of congestion*



**INSUFFISANCE CARDIAQUE
AIGUE:
UNE NOUVELLE MOLÉCULE**

ESC HF Guidelines 2012: Algorithm for Management of Acute Pulmonary Edema/Congestion



Please consult published guidelines for additional treatment information.



Heart failure

Adapted from McMurray JJ, et al. *Eur J Heart Fail.* 2012;14:803-869.^[3]

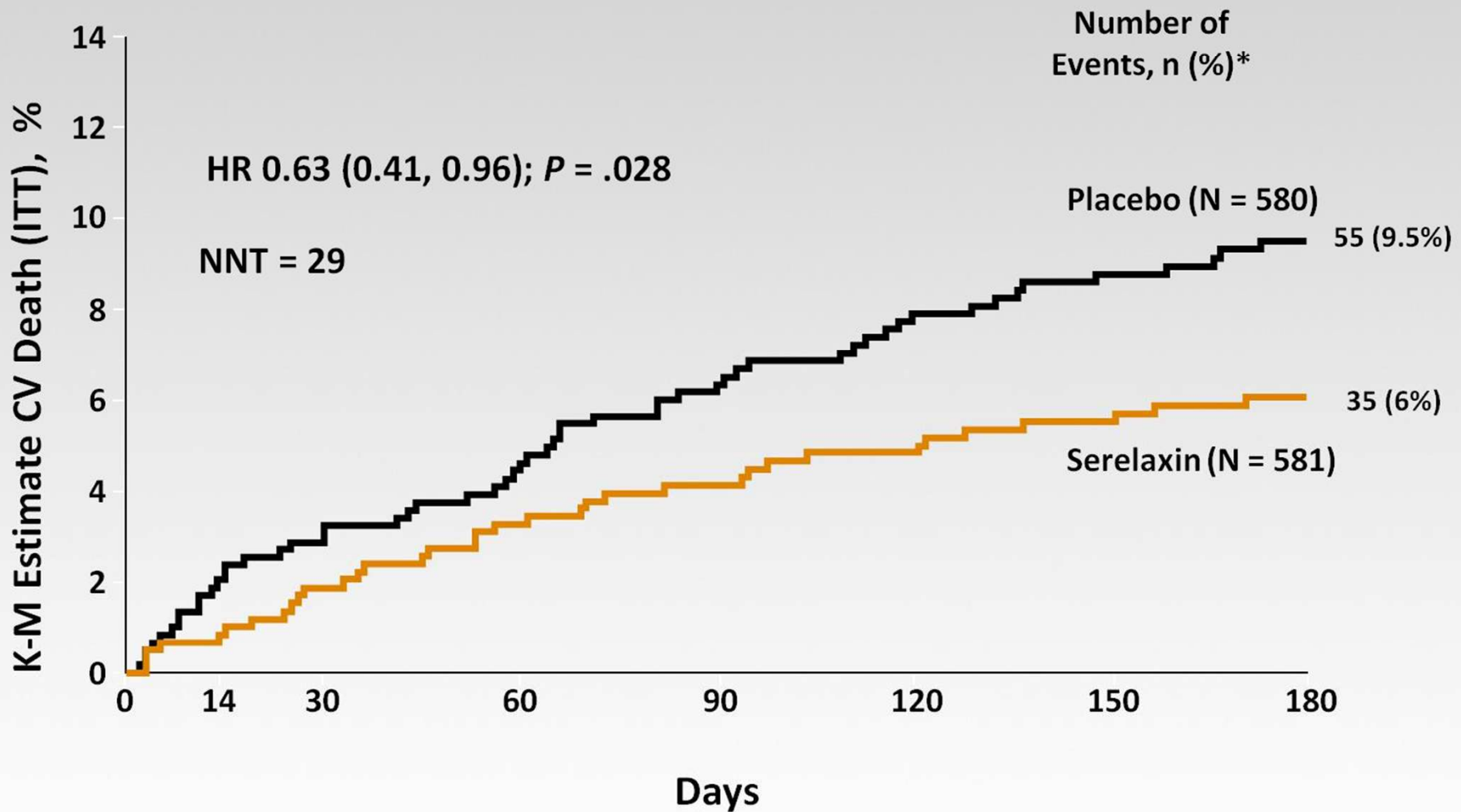
the heart.org
from W&MD

Medscape
EDUCATION

RELAX AHF

- ▣ Traitement par relaxine: augmente le DC, diminue les résistances périphériques et augmente le débit rénal
- ▣ Etude chez des insuffisants cardiaques , perfusion de 48 en phase aigue
- ▣ Améliore la sensation de dyspnée dans les premiers jours

RELAX-AHF: CV Deaths Through Day 180



SUIVI DU PATIENT

Objectifs:

Diminuer les réhospitalisations

Améliorer la qualité de vie

Marqueurs Biologiques: BNP ou NT pro BNP

- ▣ Suivi de l'insuffisant BNP guidé: résultat hétérogène STAR BNP / PROTECT
- ▣ Marqueur diagnostique
- ▣ Marqueur pronostique

Prise en charge multidisciplinaire

Recommendations for exercise prescription and multidisciplinary management

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in patients with heart failure to improve functional capacity and symptoms.	I	A	262, 263
It is recommended that patients with heart failure are enrolled in a multidisciplinary-care management programme to reduce the risk of heart failure hospitalization.	I	A	236, 259, 264

<
)E

alisations.
(e rien)

ements.

)AI).

Notre programme

- ▣ 1/2 journée
- ▣ Réévaluation de la cardiopathie
 - Symptômes, capacité à l'effort TDM 6 min
 - Retentissement sur la qualité de vie
 - Rééquilibrage du traitement
- ▣ Education thérapeutique
 - Information : maladie, symptômes, médicament
 - Conseils de mode de vie: cslt diététique
 - Fixe des objectifs pour le patient
- ▣ Prescription secondaire d'une rééducation

Conclusions

- ▣ Pathologie garde un mauvais pronostic: **prise en charge active**
- ▣ Nouvelles molécules: eplerenone, ivabradine, serelaxine
- ▣ Traitements non pharmacologiques: défibrillateur / resynchronisation cardiaque
- ▣ Prise en charge multidisciplinaire