

# Décision des experts 2021 pour l'optimisation du traitement de l'IC FE réduite

## Message clés à retenir :

- 1) Pour les patients ayant une insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF) symptomatique (stade C) nouvellement diagnostiquée, un bêtabloquant et un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) / inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine (ARAII) / inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine-néprilysine (l'association Sacubitril/valsartan) doivent être mis en place dans n'importe quel ordre.

Chaque agent doit être augmenté à la dose maximale tolérée ou cible. L'initiation d'un bêtabloquant est mieux tolérée lorsque les patients sont secs et d'un IEC / ARAII / (Sacubitril/Valsartan) lorsque les patients sont humides.

- 2) Seuls les bêtabloquants recommandés par les lignes directrices (c'est-à-dire le carvedilol, le succinate de

métoprolol ou le bisoprolol) doivent être utilisés chez les patients atteints d'HFrEF.

Parmi les antagonistes de l'angiotensine, l'association Sacubitril/Valsartan est l'agent préféré. La fonction rénale et le potassium doivent être contrôlés dans les 1 à 2 semaines suivant l'initiation ou l'augmentation de la dose d'IEC/ ARAII / (Sacubitril/Valsartan).

- 3) Des diurétiques doivent être ajoutés au besoin et la dose doit être titrée pour obtenir une décongestion complète. Si des doses supérieures à 80 mg de furosémide deux fois par jour sont nécessaires, un diurétique de l'anse différent doit être envisagé ou un thiazidique doit être ajouté.

- 4) Après l'initiation d'un bêtabloquant et d'un antagoniste de l'angiotensine, l'ajout d'un antagoniste de l'aldostérone doit être envisagé avec une surveillance étroite des électrolytes.

Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose (SGLT-2) doivent également être envisagés pour l'HFrEF chez les patients en classe II-IV de la New York Heart Association (NYHA).

- 5) Pour les patients noirs présentant des symptômes persistants malgré les traitements ci-dessus, l'hydralazine et le dinitrate d'isosorbide doivent être

envisagés. De plus, si malgré une tolérance maximale du bêtabloquant, la FC au repos est  $\geq 70$  bpm en rythme sinusal, l'ivabradine peut être envisagée.

- 6) L'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (IC) est un moment idéal pour envisager l'optimisation du traitement. En ambulatoire, un ajustement des thérapies doit être envisagé toutes les 2 semaines pour obtenir un traitement médical optimale aligné aux directives pendant les 3 à 6 mois suivant le diagnostic initial.

Un échocardiogramme doit être répété 3 à 6 mois après avoir atteint les doses cibles de traitement pour envisager un défibrillateur implantable (DAI) / une thérapie de resynchronisation cardiaque (CRT).

- 7) Un traitement chirurgical est recommandé pour les patients présentant une insuffisance mitrale primaire chronique sévère. Pour la régurgitation mitrale fonctionnelle sévère, l'optimisation du traitement médical est recommandée avant d'envisager une réparation percutanée chez les patients symptomatiques uniquement.
- 8) L'hyperkaliémie et / ou une insuffisance rénale sont des obstacles courants à l'atteinte des doses cibles des traitements. Les patients atteints d'hyperkaliémie doivent être informés sur un régime pauvre en potassium. Des chélateurs potassiques peuvent être envisagés.
- 9) Les barrières socio-économiques constituent un obstacle majeur à

l'utilisation des sacubitril/valsartan, des inhibiteurs du SGLT-2 et de l'ivabradine. Dans ces cas, des options financièrement réalisables doivent être envisagées. Cela peut inclure des soins virtuels et des services de soins infirmiers à domicile, en particulier pendant la pandémie de coronavirus (COVID-19).

- 10) Le traitement médical doit être repris en l'absence d'une cause définie et réversible chez les patients ayant une récupération de la fraction d'éjection du ventricule gauche  $> 40\%$

- 11) Les échocardiogrammes répétés ne doivent être envisagés que dans le contexte d'un changement d'état clinique ou d'autres caractéristiques à haut risque. La mesure du peptide natriurétique de type B (BNP) ou N-terminal – proBNP (NT-proBNP) est utile pour l'évaluation des risques et la prise de décision concernant l'orientation vers un spécialiste de l'insuffisance cardiaque ou l'évaluation du besoin d'autres études d'imagerie. Les niveaux de BNP peuvent augmenter avec l'utilisation de l'association sacubitril/valsartan, mais les niveaux de NT-proBNP ne sont pas affectés.

- 12) Un cathétérisme cardiaque droit doit être envisagé lorsque les symptômes persistent malgré une dose diurétique adéquate, une détérioration de la fonction rénale avec des tentatives d'utilisation de thérapies à dose plus élevée, y compris des diurétiques ou en cas d'hospitalisations répétées pour

décompensation. Chez les patients hautement sélectionnés présentant une congestion récurrente, un capteur implantable pour guider l'évaluation de la pression de remplissage (par exemple, CardioMEMS) chez les patients ambulatoires atteints d'insuffisance cardiaque peut être envisagé.

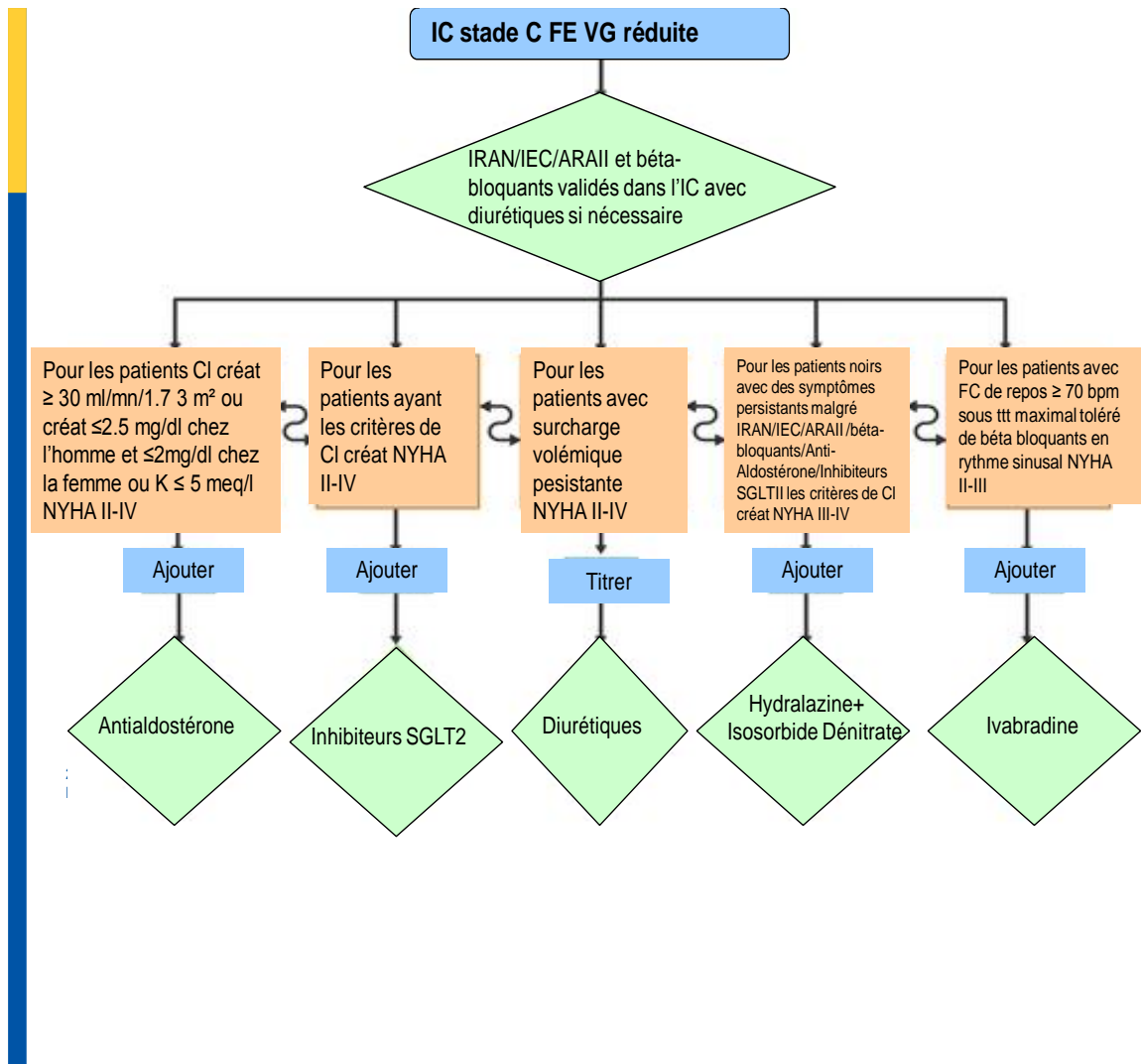
13) Confié le patient à un spécialiste de l'insuffisance cardiaque doit être envisagée chez les patients nécessitant des inotropes, des symptômes de classe NYHA IIIB / IV ou des peptides natriurétiques constamment élevés, un dysfonctionnement terminal d'organe (hépatique, rénale...) , une FE  $\leq$  35%, des chocs répétés approprié/inapproprié par son DAI, des hospitalisations récurrentes, une congestion persistante malgré une escalade des diurétiques, une pression artérielle basse et / ou FC élevée et intolérance progressive au traitement nécessitant une réduction de la titration.

14) La prestation de soins pour l'IC nécessite une approche d'équipe. Des infrastructures telles que la

fourniture de dispositifs de surveillance des patients ou des téléphones intelligents ou des dossiers de santé électroniques peuvent prendre en charge ces soins en équipe.

15) L'observance du traitement doit être évaluée régulièrement. Les interventions aidant à l'observance comprennent l'éducation des patients, la gestion des médicaments, la coopération des pharmaciens, les thérapies cognitivo-comportementales, les rappels de prise de médicaments et les incitations à améliorer l'observance.

16) Les objectifs de soins doivent être abordés au cours de la maladie et les attentes doivent être calibrées pour guider les décisions en temps approprié. Lorsque cela est possible, des outils d'aide à la décision doivent être utilisés. Les soins de fin de vie dans l'IC impliquent une gestion méticuleuse des traitements d'IC, et une consultation en soins palliatifs peut aider avec d'autres symptômes non cardiaques tels que la douleur.



### Référence

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