

Les nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque ont été publiées dans l'European Heart Journal en août 2008 lors du Congrès annuel de la Société Européenne de Cardiologie à Munich.

Les précédentes recommandations dataient de 2005. Deux souhaits ont guidé la nouvelle version de ces recommandations qu'il est important de connaître :

1. intégrer l'insuffisance cardiaque aiguë, précédemment rédigées à part, à l'insuffisance cardiaque en général ;
2. avoir des recommandations assez simples et en particulier parfaitement assimilables par le médecin généraliste qui est celui qui, de plus en plus, sera amené à prendre en charge l'insuffisance cardiaque. C'est pourquoi les formules d'une version relativement résumée et de poche ont été privilégiées.

Quelles sont les modifications les plus significatives ?

La première concerne la définition de l'insuffisance cardiaque. Il est reconnu que l'insuffisance cardiaque est « un syndrome complexe » avec l'identification de présentations de novo, chronique ou intermittente. Cette nouvelle définition qui a un peu surpris prend acte que l'insuffisance cardiaque n'est pas toujours chronique et permet d'intégrer les décompensations congestives secondaires à un facteur intercurrent observées notamment dans l'insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée, poussées entre lesquelles les patients sont complètement asymptomatiques sans signe franc d'insuffisance cardiaque chronique. De même, la distinction entre insuffisants cardiaques systoliques et diastoliques a été atténuée : on parle maintenant d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée avec une barrière à 45-50% en insistant sur le caractère en partie académique de cette séparation.

Sur le plan diagnostique, les français seront peut être déçus devant l'absence de nouveautés majeure, notamment la faible part faites aux techniques diagnostiques modernes comme les peptides natriurétiques ou le Doppler tissulaire. Il a été considéré qu'il existait encore des zones d'ombre dans l'utilisation de ces peptides avec en particulier certaines incertitudes sur la fiabilité des dosages. En ce qui concerne le Doppler tissulaire, l'idée que cette technique n'est pas très répandue en dehors du milieu cardiologique spécialisé a également joué contre elle. Il est tout de même mentionné que l'échocardiographie est

aujourd'hui essentielle au diagnostic et doit être réalisée rapidement dès que l'on suspecte une insuffisance cardiaque. L'épreuve d'effort cardiorespiratoire réalisée encore en milieu spécialisée n'est pas très développée. L'IRM apparaît. A l'inverse, la place dévolue au cathétérisme cardiaque devient des plus ténues...

Sur le plan thérapeutique, l'accent a été mis beaucoup plus qu'en 2005 sur la prise en charge non médicamenteuse avec la prise de conscience de l'importance de l'hygiène de vie, de l'exercice physique, de l'éducation thérapeutique, de la prise en charge ambulatoire en ville -même si celle-ci n'a pas démontré formellement son efficacité- et de l'implication des infirmières dans la prise en charge de cette maladie.

Il n'y a pas eu de modifications majeures par rapport à 2005 en ce qui concerne les thérapeutiques médicamenteuses. On note que les IEC restent à prescrire en premier avant les bêtabloquants malgré CIBIS III, que la spironolactone reste confinée à la place qu'elle avait dans l'étude RALES c'est-à-dire chez des patients en classe NYHA III et IV avec FE abaissée et que l'éplerenone n'est recommandée aux insuffisants cardiaques qu'en post-infarctus immédiat. On insiste par contre sur l'importance de ne pas associer IEC-antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II-et spironolactone. Même si la population concernée en France est relativement limitée, on ne pouvait passer sous silence les bénéfices de l'association hydralazine – isosorbide dinitrate chez des sujets noirs dans l'étude A-HeFT, au moins égaux à ceux antérieurement observés avec les IEC et les bêtabloquants. Les recommandations ayant été rédigées avant la publication de l'étude GISSI-HF, la place des statines serait peut-être à reconsidérer à la baisse.

Si l'importance des comorbidités a été bien prise en compte, on pourra par contre être logiquement déçu par les recommandations thérapeutiques pour l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée. Il n'est signalé qu'aucun traitement n'a montré de façon démonstrative son efficacité sur la morbi-mortalité.

En ce qui concerne le traitement électrique de l'insuffisance cardiaque, les recommandations ont voulu s'affranchir des incohérences pouvant exister entre les recommandations de diverses Sociétés Savantes. C'est ainsi que pour le défibrillateur en prévention primaire, le chiffre retenu de FEVG est de 35%, que l'étiologie soit ischémique ou non.

La caractérisation et la définition de l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée reste toujours aussi problématique avec individualisation en 2006 de 6 catégories : insuffisance cardiaque décompensée, œdème pulmonaire, crise hypertensive, choc cardiogénique, insuffisance cardiaque droite isolée et insuffisance cardiaque dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu.... Il est clair que l'hétérogénéité de l'affection rend difficile une définition consensuelle. Les recommandations ne s'impliquent pas sur les effets de la ventilation non invasive –très prisée en France- sur la morbi-mortalité car ceux-ci restent discutés. Les recommandations signalent très logiquement que le traitement doit être adapté à chacune des présentations cliniques de la maladie, et qu'il n'existe pas UN traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée.

Enfin, et c'est une initiative parfaitement bien venue, les auteurs signalent très clairement à la fin des recommandations qu'il existe une dizaine de points pour lesquels ils n'ont pas suffisamment d'évidence pour donner une réponse claire malgré les attentes des médecins comme la place relative des anti-aldostérones par rapport aux antagonistes de l'angiotensine II, les IEC ou les bêtabloquants comme traitement à administrer en premier, etc.

Ces recommandations peuvent-elles être finalement être endossées sans crainte par la Société Française de Cardiologie : à mon sens oui, avec peut être un peu moins de frilosité sur le plan diagnostique ou thérapeutique dans notre pays où la couverture hospitalière à plateau technique développé et le grand nombre de cardiologues par patient peuvent autoriser un peu plus de modernisme.

Alain COHEN SOLAL