

Traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque chronique systolique

La prise en charge de l'insuffisant cardiaque chronique est **complexe** comprenant une approche **pharmacologique** qui a beaucoup évolué ces dernières années, avec des molécules efficaces en termes de **réduction de morbi-mortalité**, des dispositifs implantables spécialisés, une approche non pharmacologique éducative favorisant des **règles hygiéno-diététiques**, une **surveillance** régulière, un **réentraînement** à l'effort et un soutien psychologique.

Nous détaillerons ici l'approche pharmacologique selon les dernières recommandations des sociétés Européennes et Américaines concernant la **dysfonction systolique** (FEVG<40%).

Association formellement recommandée
diurétiques de l'anse, à la dose minimale adaptée aux symptômes
inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) à la dose maximale tolérée
béta-bloquants (BB) à la dose maximale tolérée et les Antagonistes des Récepteurs aux
Minéralocorticoïdes (ARM)

1/ Les diurétiques

Principalement diurétiques de l'anse (furosémide, bumétamide)

Il s'agit du traitement **symptomatique** incontournable de la surcharge hydro-sodée.

Ils n'ont pas de bénéfice sur le pronostic et ne devraient pas être utilisés seuls (sans IEC ou BB)

Leur **posologie doit être adaptée en fonction des symptômes** : réduire les doses en l'absence de surcharge, certains patients peuvent même apprendre à gérer les variations selon la volémie. Ils nécessitent une surveillance du risque d'hypokaliémie et de déshydratation.

2 / Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Ils améliorent la survie, les symptômes, la qualité de vie et diminuent les ré-hospitalisations chez les patients symptomatiques ou non (classe I à II de la NYHA).

L'initiation de l'IEC se fait à petite dose puis la **posologie doit être augmentée aux doses maximales recommandées** qui sont tolérées par le patient en baissant les diurétiques **ou arrêtant les vasodilatateurs**.

Ramipril 10mg, Captopril 150, Enalapril 20mg, Lisinopril 20-35mg, Trandolapril 4 mg

La surveillance clinique :

Hypotension artérielle : se baser sur la **tolérance clinique** (signes d'hypotension orthostatique), les IEC peuvent être introduits même si PAS <100mmHg sous surveillance spécialisée.

Toux : la survenue d'une toux sèche par accumulation de bradykinines doit faire prescrire à la place de l'IEC un ARA2.

La surveillance biologique :

La prescription est possible si insuffisance rénale modérée (créatininémie <250 µmol/l ou clearance de la créatininémie >30ml/min).

Faire un dosage de la **créatininémie et du potassium 1 à 2 semaines après l'introduction et après chaque changement** de dose, puis à **1, 3, 6 mois**.

Une élévation initiale de la créatinine de 20% est possible et nécessite une surveillance biologique rapprochée.

3/ Les béta-bloquants

Ils permettent d'améliorer la survie, les symptômes et les ré-hospitalisations. Les bénéfices apparaissent après 3 mois et sont démontrés aussi chez les sujets âgés.

Sont recommandés :

- chez l'insuffisant cardiaque STABLE SYMPTOMATIQUE en **stade II à IV**,
- dans le post infarctus avec une dysfonction ventriculaire, si asymptomatique (NYHA I).

L'**instauration** se fait avec une très faible dose initiale et sous surveillance clinique tensionnelle et électrocardiographique 4 heures après la prise à distance d'une décompensation cardiaque.

L'**augmentation progressive** des doses se fait selon un protocole de titration défini selon les molécules pour atteindre les **doses maximales recommandées**.

Les contre indications se résument à l'**asthme** et les BAV de 2^e et 3^e degré non appareillés et les limites de prescription sont liées à une hypotension ou une bradycardie.

4/ Les Antagonistes des Récepteurs Minéralocorticoïdes (ARM)

Ils prennent une place plus importante dans les nouvelles recommandations.

Ils sont recommandés chez les insuffisants cardiaques avec dyspnée classe II, III et IV de la NYHA, une FEVG < ou = à 35% malgré un traitement optimal.

Ils réduisent le risque de décès et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque (eplerenone 50 mg, spironolactone 50 mg).

L'instauration se fait avec une dose faible qu'on va augmenter progressivement.

La surveillance biologique (rénale et kaliémie) doit être rigoureuse du fait des risques d'hyperkaliémie.

5/ Autres traitements

a. Les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA2)

Sont recommandés chez les patients avec FEVG <40%, en stade I à IV de la NYHA, s'ils sont intolérants aux IEC.

Ils sont passés en arrière plan en terme d'association par rapport aux ARM.

b. L'ivabradine

C'est un bradycardisant pur en inhibant canal If du nœud sinusal.

Il est recommandé chez les patients en rythme sinusal avec une FEVG ≤35%, une fréquence cardiaque > ou = à 70/min, symptomatiques (stade II à IV de la NYHA) malgré un traitement optimal associant bêtabloquants, IEC (ou ARA2), ARM (ou ARA2) ou chez les patients intolérants aux bêtabloquants.

c. La digoxine

La digoxine est indiquée dans la **fibrillation auriculaire** à tous les stades d'insuffisance cardiaque afin de ralentir la fréquence ventriculaire améliorant ainsi les symptômes et la morbidité (réduction des hospitalisations) sans bénéfice en terme de mortalité.

Elle est recommandée en plus de la quadrithérapie de base si le patient reste symptomatique.

Adaptation des doses chez le sujet âgé ou si dysfonction rénale

Surveillance clinique : risque de bradycardie, signes de surdosage

Surveillance biologique avec dosage de la digoxinémie deux semaines après l'introduction et dans les situations à risque (poussée d'insuffisance rénale).

d. Autres traitements

Les dérivés nitrés ne seront prescrits seulement qu'à visée symptomatique en cas d'angor ou dyspnée aiguë. En cas d'hypotension ils doivent être arrêtés en priorité pour maintenir la prescription IEC+BB.

LES Médicaments à éviter :

AINS et COXIBS

Anti arythmiques de classe 1C

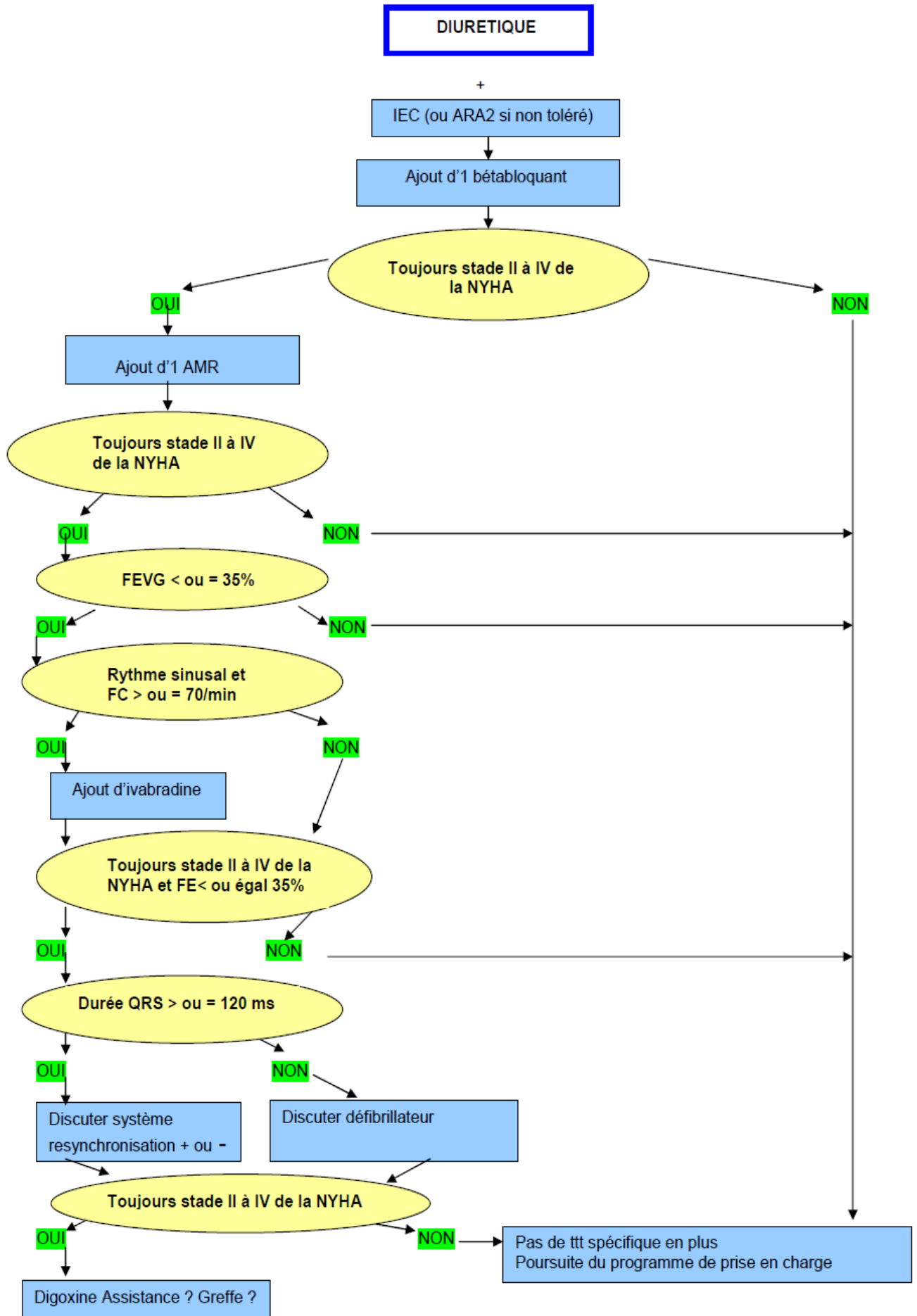
Antagonistes calciques (verapamil diltiazem)

Antidépresseurs tricycliques, lithium





Corticoides,

Les formes effervescentes contiennent beaucoup de sodium

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSUFFISANT CARDIAQUE CHRONIQUE DE
TYPE SYSTOLIQUE EN CLASSE II A IV DE LA NYHA**



Adaptation thérapeutique en fonction des symptômes

	Réduction morbi-mortalité	Réduction des symptômes
NYHA I	Poursuivre IEC (ou ARA2 si intolérance), ARM et bêtabloquants si post infarctus 	Réduire, arrêter les diurétiques 
NYHA II	IEC en première intention (ou ARA2 si intolérance), beta bloquants et ARM 	Doses variables de diurétiques en fonction surcharge
NYHA III	IEC + ARM (ou seuls si intolérance IEC) bêtabloquants 	Diurétiques + digitaliques si toujours symptomatique
NYHA IV	Continuer IEC/ARA2 Beta bloquants ARM	Diurétiques + digitaliques +/- support inotrope temporaire

En résumé :

	indication	surveillance clinique	surveillance biologique
Diurétiques de l'anse	symptomatique signes de surcharge NYHA II à IV	déshydratation	hypokaliémie hyponatrémie
Inhibiteurs Enzyme Conversion	pronostique NYHA I à IV	Hypotension toux	hyper kaliémie insuffisance rénale
Beta Bloquants	pronostic NYHA II à IV NYHA I en post IDM	hypotension bradycardie	ECG conduction
ARM	pronostic NYHA II à IV NYHA I en post IDM récent	gynécomastie	hyper kaliémie insuffisance rénale
ARA2	pronostic NYHA I à IV <i>si intolérance IEC</i> <i>ou</i> <i>en association aux IEC si symptômes</i>	hypotension	hyper kaliémie insuffisance rénale
Digoxine	Symptomatique si ACFA	Bradycardie surdosage	Digoxinémie créatininémie

ATTENTION : pas d'association IEC + ARA2 + antialdostérone

Référentiel octobre 2012

Références : recommandations de la société européenne lien sur le site : www.resic38.org

POUR EN SAVOIR PLUS :

* Etude Shift : effects of ivabradine on cardiovascular events in patients with moderate to severe chronic heart disease. Lancet 2010

* Etude Emphasis HF NEJM 2010

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012, European Journal of heart failure 2012-14, 803-869 *ou sur le site* : www.resic38.org

* 2009 focused Update : J. Am. Coll. Cardio. 2009 ; 53 ; 1343-1382