

La prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique

Denis Pouchain

Maître de conférences des universités : UFR Créteil

Généralités

En France, la prévalence de l'insuffisance cardiaque (IC) augmente régulièrement (1). Cette augmentation est liée au vieillissement de la population et à l'efficacité des traitements préventifs et curatifs des maladies et facteurs de risque cardiovasculaires.

Aux Etats-Unis entre 1990 et 1999, l'incidence de la maladie a cessé d'augmenter chez les hommes, elle a diminué chez les femmes et la durée de survie après le diagnostic a augmenté dans les deux sexes (2).

En France, il y a environ 500 000 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et 120 000 nouveaux cas chaque année (3). Un peu plus de 7,5% des patients âgés de 70 à 84 ans ont une fonction ventriculaire gauche altérée quel que soit le motif de consultation, et la moitié de ces patients n'est pas connue ni répertoriée comme atteints d'insuffisance cardiaque (4). En médecine générale, l'insuffisance cardiaque concerne en moyenne 2 actes par semaine et par médecin. Un peu plus de 80% des actes consacrés à l'insuffisance cardiaque sont réalisés par les médecins généralistes (5).

La plupart des affections cardiovasculaires peut provoquer ou aboutir à l'insuffisance cardiaque. Néanmoins, les étiologies les plus fréquentes sont l'insuffisance coronarienne (dont les séquelles d'infarctus du myocarde), l'hypertension artérielle, les valvulopathies et les troubles du rythme (6).

Les classifications

1. La classification clinique de la New York Heart Association (NYHA) permet de différencier 4 stades fonctionnels sur des critères d'entretien :

- Classe I : aucun symptôme.
- Classe II : symptômes à l'effort sans limitation des activités habituelles.

- Classe III : symptômes à l'effort limitant l'activité habituelle.

- Classe IV : symptômes au repos.

2. La classification anatomique est basée sur la valeur de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) mesurée par échocardiographie. Elle différencie 4 stades :

- Stade A : FEVG > 45%.
- Stade B : FEVG entre 35% et 45%.
- Stade C : FEVG entre 25% et 35%.
- Stade D : FEVG < 25%.

Il n'existe pas de corrélation obligatoire entre le stade fonctionnel clinique NYHA et le stade anatomique.

L'approche diagnostique

L'approche diagnostique de l'insuffisance cardiaque repose sur : le contexte cardiovasculaire global du patient, l'écoute des plaintes et l'entretien, l'examen physique, l'électrocardiogramme, la radiographie pulmonaire, et surtout l'échocardiographie, seul examen capable de quantifier objectivement la fonction ventriculaire gauche. Même en l'absence de signe clinique, certaines pathologies cardiovasculaires doivent faire rechercher une insuffisance cardiaque, en particulier les pathologies coronariennes et l'ischémie myocardique, mais aussi les troubles du rythme, une HTA ancienne et mal contrôlée, les valvulopathies, et un diabète évoluant depuis plus de 15 ans (6).

L'examen clinique recherche les signes classiques d'insuffisance cardiaque : asthénie, dyspnée d'effort, toux, tachycardie, galop, crépitations, œdème des membres inférieurs, pression artérielle pincée, etc. L'électrocardiogramme recherche les signes d'hypertrophie ventriculaire et la radiographie thoracique une cardiomégalie. D'après l'étude de R. Badgett (7), l'association choc de pointe (pas toujours facile à

objectiver), cardiomégalie radiologique et bloc de branche gauche à l'ECG possède la valeur prédictive positive la plus élevée pour le diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque. L'échocardiographie est l'examen clé. Elle confirme le diagnostic et quantifie la fonction ventriculaire gauche qui est considérée comme anormale quand elle est inférieure à 45%, qu'il y ait ou non des signes cliniques.

La stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique de l'insuffisance cardiaque a considérablement évolué ces dix dernières années. Aux classiques diurétiques associés aux digitaliques sont venus s'ajouter l'exercice physique, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), certains bêtabloquants, la spironolactone et dans quelques rares cas les antagonistes de l'angiotensine 2.

Les diurétiques

Les diurétiques, surtout de l'anse, permettent le contrôle de la volémie. Ils sont efficaces sur le syndrome œdémateux et soulagent les symptômes de l'IC. Ils sont inefficaces sur l'évolution de la maladie et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en terme de morbi-mortalité.

L'étude RALES (8) a fait évoluer les concepts. Elle a montré que l'adjonction de 25 mg de spironolactone au traitement conventionnel diminuait la mortalité toutes causes de 27% : nombre de sujets à traiter (NST) 9 pendant 2 ans pour éviter un décès, ainsi que la mortalité cardiaque et les hospitalisations de 22%, sans provoquer d'anomalie notable de la créatinine ni de la kaliémie (si créatinine < 25 mg/l) et au prix d'une augmentation significative des gynécomasties ou des mastodynies.

La digoxine

Elle améliore les symptômes de l'IC et la qualité de vie des patients. Elle a un effet neutre sur la mortalité globale. Elle diminue de 15% (ns) les décès liés à l'IC, et de 28% les hospitalisations pour IC. En revanche, elle augmente la mortalité liée aux troubles du rythme et le risque d'infarctus du myocarde. Aujourd'hui, elle est plutôt réservée aux patients tachycardes ou en arythmie complète rapide ou à ceux que l'association diurétique + IEC n'améliore pas suffisamment.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Les études qui ont démontré l'efficacité des IEC en terme de morbi-mortalité sont nombreuses (9,10), et une revue de la littérature solide a confirmé leur place fondamentale dans le traitement de l'insuffisance cardiaque et de la

dysfonction ventriculaire gauche (11). Ils diminuent la mortalité totale de 27%, ainsi que la mortalité liée à l'IC, et le nombre d'hospitalisations de 35%. L'utilisation des IEC est parfois restreinte par la relative fréquence de ses effets secondaires, en particulier la toux (6 à 10% des patients selon les études).

Les bêtabloquants

Ils ont fait une apparition remarquable dans le traitement de l'insuffisance cardiaque alors qu'auparavant ils étaient contre indiqués. Une méta-analyse (12) et une revue de la littérature (13) ont validé l'efficacité de certains bêtabloquants en terme de morbi-mortalité. Ces publications ne tenaient pas compte de CIBIS II (14) et MERIT-HF (15), qui ont été prématurément interrompues pour bénéfices importants observés dans les groupes traités : réduction de la mortalité toutes causes de 34% ($p = 0,00006$) et des hospitalisations de 32% ($p = 0,002$). CIBIS II a montré qu'il fallait traiter 25 patients pendant 1 an pour éviter un décès et MERIT-HF 27 patients. Ces résultats confirment la place des bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque pour peu qu'ils soient prescrits avec précautions. Cependant, les essais menés avec les bêtabloquants, à l'exception de Copernicus (16) n'ont pas montré de bénéfice chez les patients en classe IV NYHA.

En France, seuls le carvedilol, le bisoprolol et le métoprolol ont une indication validée par l'AMM dans l'insuffisance cardiaque de classe II et III. Le traitement doit être instauré par un cardiologue (selon des modalités précises) et peut être renouvelé par un médecin généraliste.

Les antagonistes de l'angiotensine 2

Pour l'instant les antagonistes de l'angiotensine 2 (AA2) n'ont pas montré de supériorité par rapport aux IEC en termes d'efficacité sur la morbi-mortalité (17,18). Une étude a montré que l'adjonction de valsartan (19) à un IEC réduisait la fréquence des hospitalisations, sans modification de la mortalité totale et avec un effet délétère dans le groupe prenant un IEC associé à un bêtabloquant. Pour le moment, les AA2 n'ont pas d'indication validée par la commission d'AMM dans l'insuffisance cardiaque. Il n'est donc pas recommandé de les utiliser en routine. Cependant, chez un patient symptomatique qui ne tolère pas les IEC mais qui nécessite un blocage efficace du système rénine-angiotensine-aldostérone, il est légitime de lui proposer un AA2 compte tenu du mécanisme d'action de cette classe et des travaux publiés. Cette prescription doit rester exceptionnelle et justifiée par une situation difficile.

	IEC	Diurétique de l'anse	Bêta-bloquants indiqués	Digoxine	Spironolactone
Classe I NYHA	+++	+/-	?	+/-	?
Classe II NYHA	+++	+++	+++	+/-	?
Classe III NYHA	+++	+++	+++	+/-	+++
Classe IV NYHA	+++	+++	+	+/-	+++

Alimentation hyposodée pour toutes les classes.

Tableau 1 : médicaments à utiliser selon la classe NYHA

Les patients

La moyenne d'âge des patients atteints d'insuffisance cardiaque en France est de 73,5 ans (3). Pour ces patients, l'insuffisance cardiaque est une maladie mystérieuse. Il est utile de leur expliquer simplement le dysfonctionnement de la pompe cardiaque et les conséquences qui en découlent. Ces explications permettent de justifier à leurs yeux le régime hyposodé parfois difficile à suivre, soit par habitude, soit lors des événements festifs de la vie (anniversaire, réveillon, mariage, etc.). Afin de prévenir une aggravation momentanée de la maladie dans les suites précoces de ces événements, il est judicieux de conseiller au patient d'augmenter sa dose de diurétique pendant un jour ou deux. Par ailleurs, ces patients âgés sont très souvent atteints de polyopathologies entraînant une polymédication (AINS, psychotropes, antihypertenseurs, hypoglycémisants). Il faut être particulièrement prudent dans la prescription de ces médicaments en association avec le traitement de l'insuffisance cardiaque, et très attentif à la qualité de l'observance (1).

Conclusion

Une étude internationale récente (20) a montré que les patients insuffisants cardiaque français suivis en médecine générale étaient plutôt bien soignés même si la situation est perfectible, en particulier dans les indications des bêta-bloquants. Comparativement à de nombreux pays européens, les généralistes français sont plutôt « up to date » malgré la restriction de prescription initiale des bêta-bloquants.

En conclusion, il est possible de dégager quelques messages clés pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques :

- L'insuffisance cardiaque est fréquente et en augmentation constante, surtout après 75 ans. Certaines études montrent qu'il y a un décalage entre les données de la littérature et la prise en charge diagnostique et thérapeutique effective des patients.
- Les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont fragiles. Ils nécessitent des soins intégrant une surveillance clinique attentive et une éducation diététique à la fois efficace et souple.
- Compte tenu du caractère souvent asymptomatique de l'insuffisance cardiaque, certaines situations cliniques (infarctus du myocarde, ischémie myocardique, valvulopathies, troubles du rythme, HTA ancienne mal contrôlée, diabète > 15 ans) doivent conduire à rechercher systématiquement une insuffisance cardiaque.
- La démarche diagnostique repose sur l'entretien, l'examen physique, l'électrocardiogramme, la radiographie thoracique et surtout l'échocardiographie qui quantifie la fonction ventriculaire gauche. Un avis spécialisé est parfois nécessaire.
- Le traitement de base validé fait appel aux diurétiques et aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion. La digoxine n'est pas toujours indiquée, ni nécessaire.
- Pour les patients en stade II et III NYHA, il est justifié de demander un avis cardiologique afin d'évaluer l'intérêt d'une association avec un bêta-bloquant ayant l'indication AMM.

- Pour les patients en stade III et IV NYHA, il est justifié d'ajouter 25 mg de spironolactone au traitement conventionnel (IEC + diurétique de l'anse) si la créatininémie est < 25 mg/l.
- Le statut de prescription des bêtabloquants ayant une indication dans l'insuffisance cardiaque est un obstacle médico-administratif à la diffusion d'un traitement qui a fait la preuve de son efficacité en terme de morbi-mortalité.
- La prise en charge de la majorité des patients insuffisants cardiaques est de la mission des médecins généralistes en collaboration avec leurs correspondants cardiologues quand c'est nécessaire.

Références

1. Pouchain D, Attali C, Butler J. de & al. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris : Masson 1996:662-8 et 241-5.
2. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KKL & al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:1397-402.
3. Delahaye F, de Gevigney G, Gaillard S, Cheneau E. Épidémiologie et impact économique de l'insuffisance cardiaque en France. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*. 1998;91,11:1307-14.
4. Morgan S, Smith H, Simpson I & al. Prevalence and clinical characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting : cross sectional survey. *BMJ* 1999;318:368-72.
5. Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. Paris : CREDES 1994:81-3.
6. Davis RC, Hobbs FDR, Kenkre JE, Roalfe AK, Hare R, Lancashire RJ. Prevalence of left ventricular dysfunction and heart failure in high risk patients : community based epidemiological study. *BMJ* 2002;325:1556-60.
7. Badgett RG. Can clinical examination diagnose left-sided heart failure in adults ? *JAMA* 1997;277,21:1712-19.
8. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A & al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med* 1999;341:709-17.
9. CONSENSUS trial study group. Effect of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the cooperative north Scandinavian enalapril survival study. *N Engl J Med* 1987;316:1429-35.
10. The SOLVD investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fraction and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991;325:293-302.
11. Garg R, Yusuf SW. Overview of randomised trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. *JAMA* 1995;273:1450-6.
12. Lechat P, Packer M, Chalon S, Cucherat M, Arab T, Boissel JP. Clinical effects of beta adrenergic blockade in chronic heart failure. *Circulation* 1998;98:1184-91.
13. Avezum A, Tsuyuki RT, Pogue J, Yusuf SW. Beta-blockers therapy for congestive heart failure : a systematic overview and critical appraisal of the published trials. *Can J Cardiol*. 1998;14:1045-53.
14. CIBIS II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II : a randomised trial. *Lancet* 1999;253:9-13.
15. MERIT-HF Study Group. Effect of métoprolol CR/XL in chronic heart failure. *Lancet* 1999;353:2001-7.
16. Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;344:1651-8.
17. Pitt B, Poole Wilson PA, Segal R for the Elite II investigators. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure. *Lancet* 2002;355:1582-87.
18. Dickstein K, Kjekshus J and the Optimaal Study Group. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high risk patients after acute myocardial infarction. *Lancet* 2002;360:752-60.
19. Cohn JN, Tognoni G for the Valsartan Heart Failure Trial investigators. A randomised trial of the angiotensin receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1667-75.
20. Cleland JG, Cohen-Solal A, Cosin Aguilar J, Dietz R, Eastaugh J, Follath F & al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet* 2002;360:1631-9.