

🕒 XIIème journée normande d'anesthésie-réanimation

Le traitement médical de l'insuffisant cardiaque en 2005

Yves Juillière. Cardiologie, CHU Nancy-Brabois, 54500 Vandoeuvre-les-Nancy

L'insuffisance cardiaque est une des pathologies cardiovasculaires la plus « cadencée » par des recommandations thérapeutiques précises étayées par de nombreux essais cliniques.

I- Ce qu'on doit faire impérativement

Le traitement repose sur l'association reine IEC-bêtabloquant en plus d'un diurétique.

A - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Les IEC sont devenus incontournables et leur efficacité sur la réduction de morbi-mortalité a été confirmée dans toutes les classes de l'insuffisance cardiaque, que les patients soient symptomatiques ou non et quelle que soit l'étiologie. Les posologies utilisées doivent toujours être maximales (ou plutôt optimales, c'est-à-dire les plus élevées possibles selon la tolérance des patients). L'attitude pratique consiste à augmenter progressivement la posologie en contrôlant la fonction rénale 4 à 7 jours après l'initiation ou chaque augmentation posologique. Leur prescription doit être privilégiée et pour cela, la posologie diurétique ou d'autres vasodilatateurs sera éventuellement réduite.

En cas de dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique, les IEC sont la seule thérapeutique recommandée et doivent également être prescrits à posologie optimale.

B – Bêtabloquants

Les bêtabloquants sont la seconde thérapeutique incontournable et doivent être associés systématiquement avec les IEC. Leur efficacité en matière de réduction de morbi-mortalité a été démontrée dans les classes II et III mais aussi dans l'insuffisance cardiaque sévère de classe IV stable (ils ne peuvent pas être introduits tant que des signes de surcharge hydrique persistent). Ils doivent être prescrits chez des patients encore symptomatiques malgré l'IEC à dose optimale. La posologie sera également optimale. Elle est débutée à faible dose puis doublée par palier toutes les 2 semaines. L'étude SENIORS a confirmé l'intérêt de cette classe chez les sujets âgés.

Chez les patients asymptomatiques, les bêtabloquants n'ont démontré d'intérêt que dans la dysfonction ventriculaire post-infarctus et doivent donc être réservés aux patients coronariens.

Pour l'instant, il n'a jamais été démontré qu'il puisse y avoir une efficacité identique lorsque le bêtabloquant est prescrit chez un patient ne recevant pas d'IEC.

C – Diurétiques

Les diurétiques sont incontournables chez les patients symptomatiques afin de réduire la surcharge hydrique. Ils améliorent les symptômes cliniques, la tolérance à l'effort et la qualité de vie. Toutefois, du fait

de la stimulation neuro-hormonale délétère induite à long terme, leur posologie doit être progressivement réduite à la posologie minimale permettant de maintenir la stabilité hémodynamique chez des patients recevant un IEC et un bêtabloquant. Il faudra éventuellement moduler cette posologie afin de privilégier l'association IEC-bêtabloquant si des problèmes de tolérance tensionnelle ou rénale existent.

Toutes les classes de diurétiques peuvent être utilisées. Un problème d'accoutumance aux diurétiques de l'anse peut s'instaurer et l'association avec un diurétique thiazidique peut alors être bénéfique car synergique. Il sera alors impératif d'envisager une surveillance biologique rénale étroite.

II - Ce qu'on peut discuter selon les cas

A - Anti-aldostérones

La spironolactone a démontré une réduction de morbi-mortalité chez les patients en insuffisance cardiaque sévère de classe III et IV. La posologie doit alors être faible (25 à 50 mg/jour) afin notamment d'éviter des effets secondaires rénaux, surtout chez les patients recevant déjà un IEC et des diurétiques.

Récemment, l'efficacité de cette classe médicamenteuse s'est confirmée avec un nouvel agent, l'éplérénone, après infarctus aigu avec insuffisance cardiaque ou dysfonction ventriculaire gauche systolique chez des patients recevant déjà le traitement classique par IEC, bêtabloquant et diurétique.

Ainsi, un anti-aldostérone peut être envisagé en cas d'insuffisance cardiaque sévère ou d'insuffisance cardiaque post-infarctus.

B – Digoxine

La digoxine est le seul inotrope positif à ne pas avoir démontré d'effet délétère sur la mortalité des patients insuffisants cardiaques. Il existe de plus une réduction de la morbidité, notamment chez les patients non ischémiques. La posologie sera modérée pour éviter les risques de surdosage et car l'efficacité de ce produit dans l'essai DIG a été obtenue pour des concentrations sériques faibles. La digoxine peut toutefois être délétère chez des patients avec cardiopathie ischémique par augmentation du travail cardiaque, et chez les femmes, même si aucune explication précise n'a été avancée hormis une pharmacocinétique potentiellement perturbée par les oestrogènes. Dans tous les cas, une fois prescrite, il faudra se garder de l'interrompre du fait de l'effet très défavorable que cela entraîne sur la morbi-mortalité.

La digoxine trouve ainsi une petite place dans l'arsenal thérapeutique. Elle peut également être prescrite avant l'introduction de bêtabloquants pour en augmenter la tolérance, y associant de plus un effet synergique non dénué d'intérêt, tout au moins avec le carvédilol.

C - Antagonistes des récepteurs à l'aldostérone (ARA II)

La place des ARA II demeure discutée selon le produit envisagé. Les études ELITE avec le losartan ont servi à démontrer le risque rénal identique entre IEC et ARA II. L'étude Val-HeFT, comparant l'association IEC-valsartan et IEC seul s'est avérée certes positive sur un critère combiné de morbi-mortalité mais a démontré un effet très défavorable de la triple association IEC-bêtabloquant-valsartan sur la mortalité. Les études avec le candésartan montrent l'efficacité de l'ARA II en cas d'intolérance à un IEC, même si l'impact sur la mortalité globale demeure peut-être un peu moins marqué que ce que l'on peut attendre d'un IEC, et retrouvent également un bénéfice de l'association avec l'IEC, sans mettre en évidence d'effets délétères lorsqu'on y ajoute un bêtabloquant. L'étude VALIANT montre que le valsartan a un effet similaire à celui du captopril chez les patients avec insuffisance cardiaque après infarctus du myocarde (pas de supériorité mais également pas de non-infériorité sur le plan statistique). L'association valsartan-IEC n'apporte aucun effet supplémentaire sur le plan de la morbi-mortalité avec de plus une potentialisation importante des effets secondaires.

Dans tous les cas, la posologie de l'ARA II doit être élevée (320 mg de valsartan ou 32 mg de candésartan). Une surveillance rénale est indispensable, surtout en cas d'association à un IEC.

On peut donc concevoir qu'en cas d'intolérance à un IEC, on puisse envisager la prescription de candésartan, voire également de valsartan. Par ailleurs, si la triple association IEC-bêtabloquant-diurétique ne suffit pas à rendre le patient asymptomatique, l'adjonction de candésartan peut se concevoir, nécessitant encore une fois une surveillance rénale extrêmement étroite.

D - Dérivés nitrés

Les dérivés nitrés peuvent être utiles, uniquement en cas d'œdème aigu du poumon pour diminuer la surcharge pulmonaire.

III - Ce qu'on ne doit pas faire

A - Inotropes positifs

Les inotropes positifs se sont avérés délétères et n'existent pas sous forme orale. En administration intraveineuse, leur prescription est utile dans les formes graves décompensées au prix toutefois d'un risque de surmortalité, notamment par trouble du rythme ventriculaire.

B - Inhibiteurs calciques

Les antagonistes calciques n'ont aucun intérêt dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Cependant, les dihydropyridines de 2^{ème} génération peuvent servir de thérapeutique d'appoint des pathologies associées (hypertension artérielle ou angor) puisqu'elles n'aggravent pas la mortalité des patients insuffisants cardiaques. Cependant, en cas de mauvaise tolérance tensionnelle, il va de soi que cette classe médicamenteuse doit être la première à être supprimée.

C - Association digitalo-diurétique seule

Enfin, faut-il le répéter, la classique association digitalo-diurétiques ne doit plus bien sûr avoir cours aujourd'hui. Le patient insuffisant cardiaque doit impérativement recevoir IEC-bêtabloquant ou tout au moins, une tentative doit-elle avoir été entreprise avec des motifs sérieux d'intolérance pour ne pas être poursuivie.

IV - Ce qu'on ne sait pas faire

Seule l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée conserve un traitement empirique sans recommandation consensuelle. L'étude CHARM-Preserved s'est avérée négative et l'étude SENIORS a finalement inclus peu de patients avec insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée. Pour l'instant, un traitement adapté aux différents mécanismes physiopathologiques incriminés doit être le seul recours du cardiologue dont la liberté de choix est totale en attendant les résultats des essais thérapeutiques en cours.

V - Conclusion

La prescription du traitement médicamenteux demeure compliquée du fait des nombreuses possibilités offertes et de recommandations assez contraignantes à respecter. L'association reine est l'association IEC-bêtabloquant et tout doit être fait pour essayer de la mettre en place à posologie optimale.