

Bulletin d'INFORMATION du MEDICAMENT et de PHARMACOVIGILANCE

CRIM Rennes - CRIM Rennes - CRIM

N° 96 JUIL-AOUT 2001

CRIM Rennes - CRIM Rennes - CRIM

ISSN N° 1169 - 8772



PLACE DES BETABLOQUANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE (chronic heart failure)

DEFINITION

L'insuffisance cardiaque se définit comme l'incapacité du cœur à maintenir en toutes circonstances un débit cardiaque correspondant aux besoins métaboliques de l'organisme. Elle constitue généralement le terme ultime de l'évolution, sur de longues années, de nombreuses atteintes cardiaques (hypertension artérielle, maladie coronarienne). C'est une pathologie qui peut être aussi la conséquence d'une affection aiguë, dépassant brutalement les possibilités d'adaptation de l'organisme, comme c'est le cas dans l'infarctus du myocarde, qui représente la forme la plus fréquente d'insuffisance cardiaque aiguë. Des mécanismes compensateurs peuvent intervenir, et le patient présente alors une insuffisance cardiaque chronique. C'est une véritable maladie de système. Sa physiopathologie apparaît aujourd'hui plurifactorielle, impliquant des facteurs hémodynamiques, neuro-hormonaux, et cellulaires.

Epidémiologie (1)

- seule maladie cardiaque dont la fréquence augmente, du fait du vieillissement de la population
- plus de 500 000 personnes en France
- 10 % des plus de 80 ans
- 55 000 décès par an
- représente entre 1 et 3 % des dépenses de santé

DIAGNOSTIC

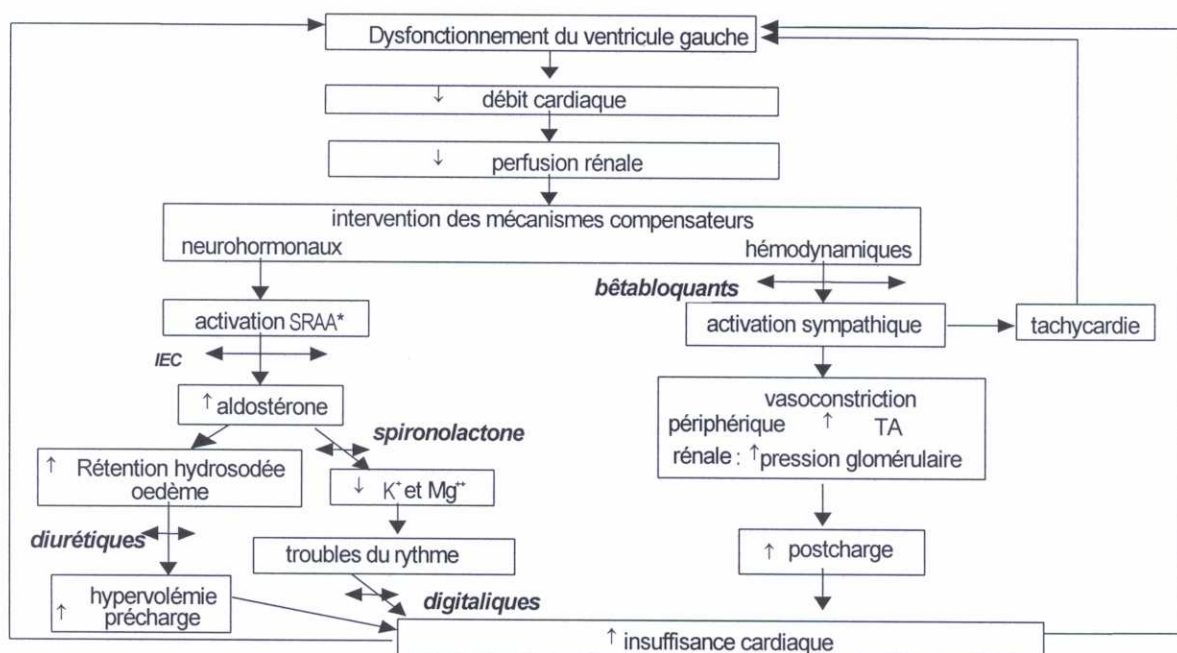
Il est principalement clinique. Malheureusement, les symptômes et données d'examen peuvent être minimes, variables et non spécifiques, spécialement chez la personne âgée, rendant le diagnostic difficile et parfois tardif.

Critères diagnostiques	
Majeurs	Mineurs
Dyspnée nocturne paroxystique, Cardiomégalie à la radio pulmonaire, Distension veineuse jugulaire, Hépatomégalie, Reflux hépato-jugulaire, Œdème pulmonaire, Œdème des membres inférieurs, Epanchement pleural, Hémoptysie (rare)	Œdèmes bi-malléolaires, Toux, Grésillement laryngé, Hépatalgie d'effort, Tachycardie

Une fois évoqué le diagnostic d'insuffisance cardiaque, il est nécessaire d'effectuer un bilan cardiovasculaire pour évaluer la cardiopathie sous-jacente et le mécanisme de l'insuffisance cardiaque :

- ✓ ECG, radiographie thoracique,
- ✓ échographie cardiaque,
- ✓ bilan biologique (hémogramme, ionogramme, créatininémie, urémie et glycémie),
- ✓ épreuve d'effort.

CERCLE VICIEUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



* Système rénine-angiotensine-aldostérone

↔ cibles thérapeutiques et médicaments

CLASSIFICATION

La classification actuellement la plus utilisée est celle publiée en 1964 par la New-York Heart Association (NYHA), qui décrit 4 stades de la maladie selon le degré de l'atteinte fonctionnelle (2).

Elle repose sur l'appréciation subjective de la capacité du patient à assurer une activité physique, par référence à ce qu'était sa propre activité physique avant le début de la maladie, ou à la capacité physique considérée comme habituelle pour un individu du même âge, du même sexe et de la même corpulence.

Classification NYHA
Stade I : Cardiopathies sans limitation de l'activité physique. Les activités physiques ordinaires n'entraînent ni fatigue anormale, ni palpitation, ni dyspnée, ni douleur angineuse.
Stade II : Cardiopathies entraînant une limitation modérée de l'activité physique. Le patient est bien au repos. Les activités physiques ordinaires entraînent fatigue, palpitations, dyspnée et douleur angineuse.
Stade III : Cardiopathies entraînant une limitation marquée de l'activité physique. Le patient est bien au repos. Des efforts moins importants qu'à l'ordinaire entraînent fatigue, palpitations, dyspnée et douleur angineuse.
Stade IV : Cardiopathies dans lesquelles tout effort s'accompagne de signes fonctionnels marqués. Parfois ces signes existent même au repos. Toute entreprise physique entraîne une gêne accrue.

Mais cette classification a ses limites : mauvaise reproductibilité, changement fréquent de stade pour le même patient, mauvaise corrélation avec la gravité de la maladie et son pronostic.

Les définitions actuelles tiennent compte des symptômes physiques, des examens complémentaires et de l'évolution de la maladie, définissant ainsi 4 situations :

- altération latente de la fonction cardiaque
- insuffisance cardiaque symptomatique modérée
- insuffisance cardiaque évolutive
- insuffisance cardiaque aiguë

PREVENTION

La prévention de l'insuffisance cardiaque est essentielle. Le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients âgés, de l'hypercholestérolémie chez les coronariens, et de la dysfonction systolique latente sont des mesures ayant démontré leur capacité à prévenir l'insuffisance cardiaque (2).

MESURES HYGIENODIETETIQUES

- **Un repos physique et émotionnel :** l'objectif est d'adapter les efforts de chaque patient à la réduction de sa performance cardiaque, sans pour autant le transformer en sujet sédentaire et entraîner ainsi une perte musculaire. Il est indispensable que le patient garde une activité physique quotidienne n'entraînant pas de dyspnée.
- **Un régime pauvre en sel :** c'est une mesure fondamentale chez tout patient symptomatique. La restriction sodée doit être proportionnelle à la gêne fonctionnelle.
- **Un arrêt du tabac et de l'alcool**
- **Un régime hypocalorique en cas d'obésité.**

TRAITEMENT (Voir Algorithme sur feuillet supplémentaire)

✓ Objectifs

- d'une part, le traitement doit améliorer le confort fonctionnel du patient et sa qualité de vie, en lui permettant notamment d'augmenter sa tolérance à l'effort et de diminuer le nombre de poussées aiguës de la maladie et des hospitalisations,
- d'autre part, il doit être capable de ralentir l'évolution de la cardiopathie sous-jacente, et, si possible, de prolonger la survie du patient (3).

✓ Médicaments

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque a débuté par l'utilisation massive des glucosides cardiotoniques, dans le but d'améliorer l'éjection du ventricule défaillant par renforcement de la force de contraction des fibres myocardiques. Mais, l'action de ces molécules étant insuffisante pour supprimer les signes œdémateux, les ponctions de plèvre et d'ascite étaient indispensables, jusqu'à l'apparition des diurétiques dans les années 50. Ainsi, jusqu'au début des années 70, l'association digitaliques-diurétiques a constitué le fondement du traitement de l'insuffisance cardiaque. Puis, l'attention a été portée sur la vasoconstriction périphérique et ses effets néfastes, entraînant une utilisation très large des vasodilatateurs, initialement dans l'insuffisance cardiaque aiguë puis dans l'insuffisance cardiaque chronique.

Fin des années 80, l'insuffisance cardiaque ne se résumant plus à des perturbations hémodynamiques touchant le cœur et la circulation, mais mettant également en jeu des mécanismes neurohormonaux complexes, le système rénine-angiotensine et le système nerveux autonome deviennent la cible essentielle et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) le traitement de choix. Actuellement, les médicaments de référence sont : des IEC, des diurétiques, la spironolactone, la digoxine et des bêtabloquants (2).

IEC
<ul style="list-style-type: none">• Ils constituent aujourd'hui le traitement de première intention de l'insuffisance cardiaque. Ils ont démontré un effet très bénéfique sur la mortalité quelque soit le stade de la maladie.• Précautions d'emploi : débiter par de faibles posologies, les augmenter progressivement et surveiller l'état clinique et hémodynamique du patient.• Effets indésirables : ils peuvent provoquer des toux rebelles et mal tolérées, des hypotensions artérielles, des hyperkaliémies et des insuffisances rénales fonctionnelles, surtout en début de traitement et en cas de doses élevées.
Diurétiques
<ul style="list-style-type: none">• Même si aucune étude n'a clairement démontré leur efficacité sur la morbidité et la mortalité, l'expérience clinique l'a néanmoins prouvée lors des poussées de la maladie, en diminuant la dyspnée et les œdèmes périphériques.• Les diurétiques de l'anse de Henlé (furosémide, Lasilix®) sont de loin les plus utilisés de par leur action rapide, leur durée d'action relativement brève et la conservation de leur efficacité en cas d'insuffisance rénale. Ils peuvent provoquer des hypokaliémies, des hyponatrémies et des déshydratations.
Spironolactone
<ul style="list-style-type: none">• Fréquemment prescrite en cardiologie pour ses propriétés intrinsèques, mais également pour corriger l'hyperaldostéronisme primaire ou secondaire à l'utilisation de diurétiques de l'anse ; administrée à faible dose, elle s'intègre logiquement dans le traitement de fond de l'insuffisance cardiaque en association aux IEC. Elle est particulièrement efficace dans les œdèmes des membres inférieurs.• Contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère, elle expose à un risque d'hyperkaliémie et peut provoquer des gynécomasties (4).
Digoxine
<ul style="list-style-type: none">• Les digitaliques sont, aujourd'hui encore, les seuls inotropes positifs utilisables dans le traitement au long cours de l'insuffisance cardiaque chronique. Ils associent aux effets sur la contractilité des effets bénéfiques dromotropes et chronotropes négatifs, ralentissant le cœur et améliorant son remplissage. L'insuffisance cardiaque avec fibrillation auriculaire rapide est leur indication majeure.• L'utilisation plus répandue de la digoxine par rapport à la digitoxine s'explique par ses délais d'action plus courts et par son élimination plus rapide.• Sa toxicité est dose-dépendante, son élimination rénale impose la surveillance régulière de la créatininémie.

