

DÉVELOPPEMENT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE APRÈS INFARCTUS DU MYOCARDE : POURQUOI LE RISQUE RESTE ÉLEVÉ

www.medscape.org/curbside/heart-failure-post-mi-risk-french

Dr Mark Petrie, MD : Bonjour, je suis Mark Petrie, professeur de cardiologie à l'université de Glasgow, en Écosse. Je vous souhaite la bienvenue dans ce programme intitulé "Développement d'insuffisance cardiaque après infarctus du myocarde : Pourquoi le risque reste élevé". J'ai l'honneur d'être accompagné aujourd'hui par Deepak Bhatt. Deepak est directeur du Mount Sinai Heart et professeur de médecine cardiovasculaire à la Icahn School of Medicine à Mount Sinai, à New York.

Aujourd'hui, nous allons discuter des risques de développer une insuffisance cardiaque dans les suites d'un infarctus du myocarde (IDM), et comment ces risques sont comparés au risque de récurrence d'infarctus du myocarde, y compris de thrombose d'endoprothèse. Nous discuterons également de certaines lacunes dans la prise en charge des patients qui développent une insuffisance cardiaque à la suite d'un infarctus du myocarde. Au cours des 20 dernières années, nous avons assisté à des progrès remarquables dans le traitement de la maladie coronaire et de l'infarctus aigu du myocarde, notamment en ce qui concerne les thérapies antiplaquettaires, les stratégies de réduction des taux de cholestérol et la revascularisation. Malgré cela, le risque d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde reste élevé, et l'infarctus du myocarde est la cause la plus fréquente d'insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque consécutive à un infarctus du myocarde est un problème incroyablement important. Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont une qualité de vie très médiocre, un risque élevé d'hospitalisation et un faible taux de survie. L'insuffisance cardiaque consécutive à un infarctus du myocarde peut se manifester de différentes manières. Tout d'abord, les personnes peuvent présenter un infarctus du myocarde et une insuffisance cardiaque en même temps, ou elles peuvent développer une insuffisance cardiaque pendant l'hospitalisation pour leur infarctus du myocarde, ou encore, elles peuvent développer une insuffisance cardiaque une fois qu'elles sont rentrées chez elles. Et cela peut se produire soit lors de l'hospitalisation, soit lors des consultations avec les médecin généraliste ou lors des consultation spécialisées en ambulatoire.

Deepak, pour participer à notre discussion, pourriez-vous nous parler des mécanismes qui sous-tendent le développement de l'insuffisance cardiaque dans les suites d'un infarctus du myocarde ?

Dr Deepak Bhatt, MD : Oui, absolument. Bien sûr, dans un infarctus, il y a cette période initiale où l'infarctus se produit. Parfois, il peut se manifester sous forme d'une mort cardiaque subite hors de l'hôpital, mais en supposant qu'il s'agisse d'un événement non mortel, il y a ensuite une expansion de l'infarctus qui se produit dans les heures ou les jours qui suivent, puis un remodelage plus global qui peut se produire dans les jours ou les mois qui suivent. C'est ce type de phénomène qui est influencé par une thérapie précoce, en passant d'une simple thérapie médicale à une thérapie fibrinolytique. En particulier, l'intervention coronarienne percutanée primaire (ICP) a eu un impact réel sur ce phénomène, en réduisant considérablement le risque d'infarctus importants par rapport à ce qui se passait il y a une ou deux décennies.

Un certain nombre d'études ont montré que l'amélioration de la fonction ventriculaire gauche (VG) peut se produire jusqu'à trois mois après l'ICP primaire. Cette amélioration est en partie facilitée par un bon traitement médical concomitant. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), par exemple, ont démontré depuis longtemps un effet bénéfique sur le remodelage. Bien sûr, des approches plus contemporaines seront abordées plus tard dans le programme, mais ce type de remodelage peut être défavorable et peut être influencé de manière bénéfique par la thérapie médicale.

Mais je pourrais alors vous demander quel est la chronologie et l'incidence de survenue de l'insuffisance cardiaque, la conséquence potentielle de ce remodelage défavorable après un infarctus, et quels sont les facteurs de risque pour cela ?

Dr Petrie : Bien sûr. Nous constatons donc une insuffisance cardiaque et une congestion ou une surcharge hydrique qui se développent au cours de l'hospitalisation. Comme vous le savez, ce problème est généralement traité par des diurétiques ; des diurétiques intraveineux. Ce sur quoi nous nous sommes particulièrement concentrés récemment, c'est la chronologie de l'insuffisance cardiaque après la sortie de l'hôpital. C'est au cours des premières semaines et des premiers mois que l'on observe les taux les plus élevés d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou de développement d'une insuffisance cardiaque. Au cours de la première année, la plupart des cas d'insuffisance cardiaque se présentent et se développent, et ce taux est d'environ 9 % ou peut-être 10 % au cours des 12 premiers mois, mais c'est un taux raisonnablement élevé. Soit environ 1 personne sur 10 au cours de la première année. Si l'on regarde un peu plus loin, on constate que les taux diminuent légèrement, pour atteindre environ 15 % à 3 ans et environ 20 % à 5 ans. Mais cela fait beaucoup de personnes qui développent une insuffisance cardiaque à la suite d'un infarctus du myocarde. Je ne pense pas que le grand public ou peut-être certains cardiologues pensent que l'insuffisance cardiaque est un problème majeur après un infarctus du myocarde.

En ce qui concerne les facteurs de risque d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde, on peut s'attendre à certains d'entre eux : âge avancé, diabète, insuffisance rénale, fibrillation atriale, ce qui est assez prévisible ; mais aussi à des éléments intéressants tels que la maladie artérielle périphérique. Il est donc évident que les taux sont plus élevés que prévu et que les facteurs de risque sont utiles parce que nous pouvons réfléchir à ces facteurs de risque chez nos patients et peut-être surveiller plus attentivement l'apparition d'une insuffisance cardiaque après la sortie de l'hôpital.

Deepak, en nous éloignant un instant de l'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde, beaucoup d'entre nous et de nos collègues se sont concentrés sur d'autres choses après un infarctus du myocarde - des choses comme la thrombose du stent et l'infarctus du myocarde récidivant. Que pensez-vous des taux de thrombose de stent et de récurrence d'infarctus du myocarde à la suite d'un infarctus du myocarde ?

Dr Bhatt : C'est une excellente question. Bien sûr, nous avons constaté que la question de la thrombose de stent suscite beaucoup d'inquiétude et d'attention, et ce parce qu'elle peut se manifester de manière assez dramatique. Il peut s'agir d'une mort subite cardiaque en dehors de l'hôpital ou d'une réinfarctus catastrophique à l'intérieur de l'hôpital. Il y a beaucoup de façons différentes de se présenter, et elles ne sont généralement pas très bonnes. Une fois de plus, ils sont généralement associés à des infarctus importants ou à une mortalité élevée lorsqu'ils se produisent.

Ce qui n'est peut-être pas aussi évident pour les médecins, c'est l'évolution des stents, c'est-à-dire le passage des stents métalliques nus aux stents à élution médicamenteuse de première génération qui ont réduit le taux de resténose et la nécessité de procédures de revascularisation répétées de manière assez substantielle, bien qu'il semble, pour la plupart des données, que le risque de thrombose de stent ait en fait légèrement augmenté, en passant des stents métalliques nus aux stents à élution médicamenteuse de première génération. Mais en passant aux stents à élution médicamenteuse de deuxième génération, nous avons toujours les réductions de resténose et de revascularisation, mais pas d'augmentation des cas de thrombose de stent, avec certaines sources de données suggérant en fait moins de thrombose de stent avec les stents à élution médicamenteuse de deuxième génération que les stents à élution médicamenteuse de première génération, je dirais presque avec certitude, mais encore plus bas que les taux avec les stents nus.

Cela dépend donc des stents, des médicaments, des polymères et des combinaisons. Mais au cours de cette période, de nombreux autres progrès ont également été réalisés en cardiologie interventionnelle - les tiges des stents deviennent souvent plus fines et moins thrombogènes, les techniques d'implantation s'améliorent, l'implantation à haute pression est beaucoup plus courante, l'imagerie telle que l'échographie intravasculaire (IVUS) ou la tomographie de cohérence optique - qui sont probablement associées à des taux plus faibles de thrombose de stent. Certaines sources de données, en particulier pour l'IVUS, montrent des taux plus faibles de revascularisation du vaisseau cible, mais peut-être même de thrombose de stent, ou un tas de choses différentes où la thrombose de stent, bien qu'elle soit toujours importante, numériquement parlant, est beaucoup moins fréquente. Certainement moins fréquente que les chiffres que vous venez de citer pour l'insuffisance cardiaque, où, je crois, on parlait de taux d'environ 10 % à un an et d'environ 20 % ou plus à 5 ans.

Les taux de thrombose de stent n'ont donc rien à voir avec cela. Le risque est le plus élevé au cours des 24, 48 premières heures, de la semaine, voire du mois. Ensuite, le risque diminue considérablement. Et c'est sans compter les progrès de la bithérapie antiplaquettaire. Aujourd'hui, nous nous dirigeons même vers une désescalade de la bithérapie antiplaquettaire plus tôt pour essayer de minimiser le risque de saignement. Je ne dirais donc pas que la thrombose de stent a été vaincue. Elle reste importante, il y a encore beaucoup de travail pour

déterminer le régime antithrombotique optimal, mais je pense que, comparée à l'insuffisance cardiaque, elle est loin d'être aussi fréquente. C'est un ordre de grandeur moins fréquent.

Dr Petrie : D'accord, c'est un résumé fantastique, Deepak. Pourrais-je aller un peu plus loin ? Qu'en est-il de la perception de nos collègues, cardiologues ou médecins généralistes ? Pensez-vous qu'il est généralement admis que les risques d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde soient probablement plus importants que le risque d'infarctus du myocarde récurrent ou de thrombose de stent de nos jours ?

Dr Bhatt : Je pense qu'en général, l'insuffisance cardiaque n'a pas reçu toute l'attention qu'elle mérite dans le contexte post-infarctus. Et par post-infarctus, j'entends en fait le post syndrome coronaire aigu (SCA). Je fais référence à l'infarctus, qu'il s'agisse d'un infarctus avec sus-décalage du segment ST (STEMI) ou d'un infarctus sans sus-décalage du segment ST (NSTEMI). Nous pensons souvent à l'insuffisance cardiaque lorsque quelqu'un arrive avec un gros infarctus antérieur. Là encore, ces cas sont un peu moins fréquents aujourd'hui en raison de l'ICP rapide dans de nombreuses régions du monde, voire dans la plupart. Mais il y a toujours de gros infarctus antérieurs, bien sûr. Cependant, en termes de risque d'insuffisance cardiaque, il peut même s'agir d'un NSTEMI. Il ne s'agit pas forcément d'un gros infarctus par occlusion proximale de l'artère interventriculaire antérieure (IVA). En particulier dans le contexte d'un NSTEMI, beaucoup de ces patients souffrent d'une maladie multitronculaire et peuvent présenter une dysfonction ventriculaire gauche préexistante, nouvelle ou superposée à la suite de leur dernier syndrome coronarien aigu. Il est donc important de comprendre que, tout d'abord, nous parlons à la fois du STEMI et du NSTEMI et des risques potentiels d'insuffisance cardiaque.

Mais pour ce qui est d'apprécier le risque d'insuffisance cardiaque, je pense que l'accent a été mis au fil des ans sur la thrombose du stent en cas d'événement ischémique, mais aussi sur la récurrence d'infarctus du myocarde. Lorsqu'une personne présente un infarctus du myocarde, nous allons bien sûr nous préoccuper d'essayer de prévenir un nouvel infarctus du myocarde. Le traitement hypolipémiant et le traitement antithrombotique ont permis de réduire considérablement le risque d'infarctus récidivant, même si les infarctus récidivants restent un problème important. Mais pour ce qui est du caractère commun ou commun de différentes choses, l'insuffisance cardiaque est très fréquente chez les patients présentant un infarctus du myocarde avec ou sans sus-décalage du segment ST et, de nos jours, le risque est beaucoup plus élevé que celui de thrombose du stent, mais probablement aussi plus élevé que celui d'un infarctus du myocarde spontané de grande ampleur, par exemple.

Et même si nous n'examinons pas le contexte post-SCA, mais simplement les patients ambulatoires, par exemple, chez les diabétiques, pendant de nombreuses années, nous nous sommes concentrés sur le diabète, en disant que c'était un équivalent d'infarctus, ou un équivalent d'athérosclérose. C'était discutable à l'époque, et ça l'est encore aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, les diabétiques présentent un risque élevé d'accidents ischémiques. C'est vrai, mais le risque le plus important est celui d'insuffisance cardiaque. C'est ce que nous avons constaté dans l'essai SAVOR-TIMI 53, où le risque d'insuffisance cardiaque chez les patients diabétiques stables était au moins aussi élevé que le risque d'infarctus du myocarde. Et le principal facteur prédictif de mortalité dans cet essai était l'existence d'antécédents

d'insuffisance cardiaque. Il s'agit donc d'une double peine pour les patients qui souffrent à la fois de diabète et d'insuffisance cardiaque ou, dans le contexte de cette discussion, de diabète et de SCA. Ils présentent donc un risque élevé d'insuffisance cardiaque ou développent une insuffisance cardiaque. Il s'agit de patients à très haut risque, car le risque d'insuffisance cardiaque tend à prédominer dans le scénario que je viens de décrire.

Dr Petrie : Fantastique, Deepak. Je pense que nous avons également discuté par le passé d'autres choses qui se produisent, qui sont fascinantes et qui méritent d'être évitées. Des choses comme les hémorragies et les accidents vasculaires cérébraux, et bien d'autres choses encore. Je pense qu'il faut penser à l'ensemble de la situation après un infarctus du myocarde. L'insuffisance cardiaque est importante, la récurrence de l'infarctus du myocarde aussi, mais il y a aussi toutes ces autres choses.

Dr Bhatt : Oui, absolument. Je veux dire, encore une fois, que je ne veux pas diminuer l'importance de quoi que ce soit. L'AVC est très important chez le patient atteint d'un SCA, il est sous-estimé. Mais, numériquement parlant, il est encore relativement peu fréquent. Oui, il arrive qu'un patient atteint d'un SCA présente en même temps un accident vasculaire cérébral ou une complication périprocédurale à la suite d'un cathétérisme, d'une ICP ou d'un pontage aorto-coronarien. Mais les taux absolus restent heureusement assez faibles. Cela ne veut pas dire, pour ce patient particulier, que cela ne peut pas être catastrophique, c'est possible. Mais en termes de fréquence des événements à craindre, l'insuffisance cardiaque est assez fréquente et c'est quelque chose auquel nous n'avons probablement pas accordé assez d'attention au fil des ans, mais je pense que c'est en train de changer. En parlant de changement, j'aimerais peut-être vous demander comment les patients souffrant d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde sont actuellement pris en charge. Il y a eu beaucoup de changements par rapport à l'époque des bêta-bloquants et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

Dr Petrie : Bien sûr. La prise en charge actuelle des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde est encore assez simple. Nous étions assez fiers des preuves produites dans les années 90 pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Nous avons eu quelques grands essais - SAVE, AIRE et TRACE - qui ont montré des bénéfices importants chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque après un infarctus, ou de dysfonctionnement ventriculaire gauche après un infarctus, des réductions de la mortalité, une réduction des hospitalisations et des données vraiment impressionnantes sur le remodelage. Ainsi, le remodelage inverse et le rétrécissement de ces gros cœurs. Je pense que nous étions tous très fiers à l'époque, et ils sont vraiment l'une des pierres angulaires du traitement de l'insuffisance cardiaque en post-infarctus. Nous avons également constaté que les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA2) sont équivalents aux IEC, dans l'essai VALIANT, et que les bêtabloquants le sont également dans l'essai CAPRICORN. L'essai CAPRICORN a montré des avantages majeurs après un infarctus du myocarde avec une dysfonction ventriculaire gauche. Les IEC et les bêtabloquants, comme vous l'avez dit, existent depuis un certain temps, mais nous devons nous souvenir de leur importance et de l'ampleur des bénéfices que nous constatons avec ces médicaments.

Un médicament souvent oublié est l'éplérénone, un antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM) dans l'essai EPHEBUS. Là encore, les bénéfices sont importants en termes de réduction de la mortalité et de la durée d'hospitalisation. Ce sont vraiment les pierres angulaires - les IEC ou les ARA2, les bêtabloquants et les ARM. Je tiens à souligner à nouveau que les ARM sont vraiment sous-utilisés dans ce contexte. Si l'on examine les registres ou les enquêtes, on constate qu'environ 20 % des personnes qui devraient prendre ces médicaments les reçoivent. J'invite donc tout le monde à ne pas oublier le rôle de ces agents.

L'autre élément qui joue un rôle est le défibrillateur implantable (DAI), qui est indiqué après un infarctus du myocarde important et la persistance d'une dysfonction ventriculaire gauche grave, au moins 30 jours, mais probablement plus longtemps après un infarctus du myocarde. Et je pense que nous devons nous rappeler d'évaluer le ventricule après un infarctus du myocarde dans les mois qui suivent, pour voir si les personnes sont éligibles pour ces thérapies.

Telles sont les principales thérapies, les principales stratégies pharmacologiques et techniques pour la prise en charge des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde. Évidemment, Deepak, nous avons vu l'échec cuisant du sacubitril/valsartan dans l'essai PARADISE-MI. Il s'agit du sacubitril/valsartan comparé au ramipril après infarctus du myocarde, ce qui a été un échec marginal, mais certainement un essai neutre.

Dr Bhatt : Oui, absolument. Et bien sûr, quelques essais sont en cours sur des patients en post-ACS, en particulier avec des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose 2 (SGLT2). Il sera donc intéressant et important de voir comment tout cela va se dérouler. Ces médicaments sont évidemment très utiles dans l'insuffisance cardiaque, en général, y compris lorsqu'ils sont administrés en hospitalisation à des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Mais des données concernant spécifiquement les patients atteints de SCA et d'insuffisance cardiaque à haut risque devraient arriver très prochainement, tant pour la dapagliflozine que pour l'empagliflozine. Je pense donc qu'il sera très intéressant et pertinent de voir ce que ces données révèlent.

Dr Petrie : Bien sûr. C'est une période passionnante, Deepak. Vraiment, vraiment passionnante. Je voudrais juste vous demander, bien sûr, de nous situer dans le contexte des événements qui surviennent après un infarctus du myocarde, alors dites-moi ce que vous pensez de la façon dont nous nous occupons actuellement de ces patients - cardiologues interventionnels, cardiologues généralistes ? Pensez-vous qu'il y ait des lacunes majeures dans notre prise en charge, ou des angles morts

Dr Bhatt : Oui, je pense que nous devrions probablement faire un meilleur travail en termes de dépistage de l'insuffisance cardiaque. Cela vaut pour les phases aiguës, subaiguës et chroniques du traitement. Évidemment, si un patient se plaint d'un essoufflement manifeste, cela entraîne généralement un dépistage formel de l'insuffisance cardiaque. Mais en réalité, je dirais que tout patient qui se présente avec un SCA et un infarctus devrait faire l'objet d'une évaluation de la fraction d'éjection à ce moment-là - je pense que cela devrait être la norme de soins, mais ce n'est pas toujours le cas. Mais au-delà de la simple mesure d'un chiffre, il s'agit de rechercher les signes et les symptômes, à toutes les phases des soins. En effet, comme vous l'avez mentionné à propos des données, le taux d'insuffisance cardiaque est élevé au

cours de la première année, mais au cours des années suivantes, le risque d'insuffisance cardiaque augmente progressivement.

Il s'agit donc d'un élément à garder à l'esprit sur notre check-list et, s'il semble se développer, de veiller à ce que le patient suive la bonne thérapie médicale. Il faut également modifier le mode de vie. Il faut aussi penser aux thérapies électriques, qu'il s'agisse d'un DAI ou d'une thérapie de resynchronisation, ou de tout autre dispositif qui pourrait être indiqué. Mais rien de tout cela n'est possible sans cette identification initiale qui dit, oh oui, ce patient a une dysfonction ventriculaire gauche et/ou une insuffisance cardiaque. Je pense donc que, comme pour la plupart des choses en médecine, l'identification du problème est la plus grande lacune.

Ensuite, nous avons déjà discuté de la nécessité de ne pas se concentrer uniquement sur des éléments tels que le traitement antithrombotique, qui est important, ou le traitement hypolipidémiant, qui est très important, mais aussi de penser à un traitement spécifique à l'insuffisance cardiaque. Je pense donc que, comme c'est souvent le cas, il faut mettre en œuvre tous les essais dont nous disposons déjà à ce jour. Ensuite, il sera de plus en plus important d'intégrer certaines des données à venir, dont vous et moi venons de discuter.

Dr Petrie : C'est fantastique, Deepak. Donc, je suppose que pour résumer, nous devons vraiment réfléchir davantage à l'insuffisance cardiaque en général, en tant que cardiologues, cardiologues interventionnels et tout le monde en médecine générale, à l'importance de l'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde. Comme vous l'avez dit, c'est l'occasion d'être vigilant, de la rechercher et de faire bénéficier les patients de toutes les thérapies de l'insuffisance cardiaque si nous l'identifions et la traitons. C'est donc très important. Nous ne voulons pas minimiser ou réduire la vigilance pour d'autres événements ou diminuer nos efforts pour soigner les patients le mieux possible, mais il est certain, je pense, que nous n'avons pas donné la priorité à l'insuffisance cardiaque après un infarctus du myocarde autant que nous l'aurions dû.

Deepak, c'était une discussion fantastique. Ce fut un plaisir de vous parler, c'est vraiment un honneur. Je remercie également le public d'avoir participé à cette activité. Nous vous serions très reconnaissants de répondre aux questions qui suivent et de compléter l'évaluation. Merci encore, Deepak.

Dr Bhatt : Oui, merci beaucoup. C'est un plaisir de travailler avec vous.

Cette transcription n'a pas été éditée.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera accordé pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, rendez-vous sur www.medscape.org/viewarticle/993141

Pour toute question sur le contenu de cette activité, contactez le prestataire responsable de cette activité éducative, à l'adresse CME@webmd.net.

Pour obtenir une assistance technique, contactez l'adresse CME@medscape.net.

L'activité pédagogique présentée ci-dessus peut impliquer des scénarios de cas simulés. Les patients décrits dans ces scénarios sont fictifs, et aucune association avec un patient réel ne peut être envisagée ou suggérée. Le contenu présenté ici ne reflète pas forcément l'opinion de WebMD Global, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur medscape.org. Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été autorisés par l'Agence européenne des médicaments (European Medicines Agency) pour une utilisation en Europe et des utilisations hors AMM de produits autorisés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC