

DÉVELOPPEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE APRÈS INFARCTUS DU MYOCARDE : QUELS SONT LES BESOINS NON SATISFAITS ?

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

Dr Harriette Van Spall, MD, MPH : Bonjour, je suis Harriette Van Spall, professeur agrégée de médecine à l'Université McMaster au Canada, et j'ai le plaisir d'accueillir le Dr Schuyler Jones, professeur agrégée de médecine au Duke University Health System, pour discuter avec moi du développement d'insuffisance cardiaque (IC) après un infarctus du myocarde (IDM). Bienvenue, Schuyler.

Dr Schuyler Jones, MD : Bonjour, Harriette. Merci de m'accueillir. C'est un plaisir d'être ici.

Dr Van Spall : Aujourd'hui, nous allons discuter de la prise en charge et des besoins non satisfaits des patients qui présentent un risque élevé d'insuffisance cardiaque après un IDM. Cette activité et cette discussion font suite à une récente présentation du Dr Deepak Bhatt et de Mark Petrie, qui ont abordé l'histoire, les risques et les mécanismes sous-jacents de l'IC à la suite d'un IDM.

Je vais donc commencer par vous demander, Schuyler, comment les patients souffrant d'IC et d'une fraction d'éjection (FE) réduite avec une maladie coronaire sous-jacente sont actuellement pris en charge. Parlez-nous des quatre piliers du traitement médical guidé, voulez-vous ?

Dr Jones : Bien sûr. Je repense au début de ma carrière médicale, lorsque j'étais interne, et je pense souvent à des études comme AIRE, TRACE, VALIANT et d'autres encore. Les piliers sont les bêta-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), les antagonistes des récepteur de l'angiotensine 2 (ARA2) et les antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM). Ainsi, en ce qui concerne le traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite, la plupart des études réalisées chez les patients ayant subi un IDM ont porté sur des classes de médicaments similaires. Ces médicaments s'ajoutent aux traitements de la maladie coronaire, y compris les antiplaquettaires et les statines, ainsi que l'exercice physique et la modification des facteurs de risque tels que le tabagisme. Mais les principaux piliers sont les bêta-bloquants, les IEC, les ARA2 et les ARM.

Dr Van Spall : C'est vrai. Et cela s'applique aux patients souffrant d'un infarctus aigu, comme vous l'avez mentionné. Et pour les patients atteints de maladie coronaire chronique, nous disposons également de données probantes en faveur de l'utilisation des inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose 2 (SGLT2), bien entendu. Ainsi, dans l'insuffisance cardiaque aiguë en général, nous disposons de quatre piliers de thérapies médicales guidées par les recommandations, dont trois se sont avérées efficaces dans le cadre d'un infarctus aigu. Nous devons également mentionner le rôle de la réadaptation cardiaque, de la nutrition et de

l'exercice dans l'amélioration du pronostic de ces patients, bien sûr, et peut-être dans le traitement des facteurs de risque sous-jacents : tabagisme, diabète, hypertension et dyslipidémie. Il s'agit donc d'une approche globale de la gestion du risque d'IC, à la fois de la prévention primaire et de la prévention secondaire dans le contexte de la cardiopathie ischémique.

Nous constatons souvent une sous-utilisation des thérapies médicales prescrites par les recommandations dans toutes les régions du monde, et il existe des lacunes dans la prise en charge de l'IC en général, mais en particulier après un infarctus aigu, peut-être parce que l'accent est mis sur l'ischémie coronaire. Quelle est l'incidence de l'insuffisance cardiaque après un infarctus et où voyez-vous des possibilités d'améliorer la prise en charge?

Dr Jones : C'est une excellente question. L'incidence est d'au moins 10 % et certaines études ont montré que jusqu'à 20 % des patients présentent soit une dysfonction systolique transitoire du ventricule gauche (VG), soit une IC aiguë après un infarctus aigu. Je pense que différents spécialistes traitent les patients souffrant d'un infarctus aigu et d'une dysfonction systolique du ventricule gauche, en particulier les cardiologues généralistes, les cardiologues interventionnels, les cardiologues spécialisés en soins intensifs et, aujourd'hui, les spécialistes de l'insuffisance cardiaque.

Je pense donc que la question clé est de s'assurer que tout le monde est sur la même longueur d'onde, comme pour la plupart des choses, afin d'utiliser les médicaments appropriés. Et puis il y a les obstacles communs qui se dressent devant nous tous. L'un d'entre eux consiste à se demander si le patient va développer une IC à long terme. Nous espérons souvent que les patients n'en souffriront pas. Nous pensons que l'infarctus est transitoire, mais en général, ces patients évoluent mieux lorsqu'ils sont traités avec un traitement médical conforme aux recommandations et avec les médicaments pour lesquels il existe des preuves solides.

Je suppose que l'autre facteur serait la peur, c'est-à-dire la peur des complications ou la peur des effets indésirables de certains de ces médicaments. Mais je pense que les études ont bien montré que si nous pouvons mettre ces patients sous de bons traitements, leurs résultats à long terme seront meilleurs.

Dr Van Spall : Bien, donc un risque élevé d'IC à la suite d'un infarctus et l'incidence de l'IC laissent présager un risque pire ou plus élevé chez ces patients qui présentent un infarctus. Nous devrions parler de certains des essais cliniques qui ont guidé les soins prodigués à ces patients. Vous avez mentionné AIRE, TRACE et VALIANT. Bien sûr, il y a eu quelques autres essais, dont SAVE, pour guider l'utilisation des IEC et des ARA2 chez les patients ayant subi un infarctus et présentant un risque d'IC ou ayant une IC comme complication. L'essai PARADISE-MI a également testé l'efficacité du sacubitril/valsartan à la dose de 97/103 mg deux fois par jour, par rapport au ramipril 5 mg deux fois par jour. Il s'agissait de patients présentant un infarctus aigu, une FE réduite et une congestion pulmonaire avec des facteurs de risque supplémentaires tels que l'âge avancé, la réduction du débit de filtration glomérulaire (DFG), la présence d'un diabète, d'une fibrillation atriale et d'une classe de Killip élevée.

Ces patients ont donc été randomisés. L'essai a testé l'efficacité de l'inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI) versus l'IEC pour le critère d'évaluation principal, à savoir les décès cardiovasculaires, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou le développement d'une insuffisance cardiaque en ambulatoire. L'utilisation du sacubitril/valsartan n'était pas associée à une réduction significative du critère primaire composite et l'incidence de

l'insuffisance cardiaque a été légèrement plus élevée. Ainsi, chez les patients souffrant d'un infarctus aigu et d'une IC, soit avec une réduction de la FE, soit avec une congestion pulmonaire, il n'y a pas de preuves solides ou de preuves qui soutiennent l'utilisation d'un ARNI par rapport à un IEC.

Mais bien sûr, il existe de nombreuses preuves en faveur des ARNI dans le cadre ambulatoire, ou dans le cadre hospitalier chez des patients avec IC en l'absence d'IDM aigu. Il faut donc garder à l'esprit que les IEC sont également coûteux et que, dans certains contextes, ils ne sont pas disponibles ou accessibles à l'utilisation.

Que pensez-vous du rôle des inhibiteurs du SGLT2 dans l'infarctus aigu ? Les preuves manquent, mais parlez-nous des essais en plein essor dans ce domaine. Que pouvons-nous ajouter à la littérature ?

Dr Jones : Oui, c'est une excellente introduction pour PARADISE-MI. Alors que PARADISE-MI se terminait, deux autres études étaient lancées pour les inhibiteurs de SGLT2. Celle à laquelle je participe et qui est dirigée par Duke est l'étude EMPACT-MI, puis l'étude DAPA-MI, c'est-à-dire l'étude sur la dapagliflozine. Je vais donc vous dire ce que je connais le mieux, à savoir que l'étude EMPACT-MI est un vaste essai contrôlé randomisé portant sur 6 500 patients, qui ont été randomisés entre l'empagliflozine et un placebo. Ces patients avaient présenté un infarctus aigu, et avaient soit une dysfonction systolique du ventricule gauche, c'est-à-dire une FE < 45 %, soit des signes et des symptômes d'insuffisance cardiaque aiguë, c'est-à-dire une dyspnée, une élévation de la pression de remplissage, ce type de signes.

L'étude est en cours depuis 2021 et se terminera fin 2023. Le critère primaire est un composite des décès toutes causes confondues et des hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque. Il est donc très intéressant de voir cette étude se terminer cette année.

De même, l'étude DAPA-MI a débuté à peu près à la même époque. L'étude, est prévue pour environ 6 000 patients. Les patients sont randomisés entre dapagliflozine et placebo chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde et dont la FE est ≤ 50 %. Un essai similaire est en cours au Royaume-Uni et en Suède, je crois. Je pense que les résultats de cet essai seront également présentés dans le courant de l'année. Il s'agit donc de preuves très intéressantes qui seront développées pour cette classe de médicaments et nous serons en mesure d'en apprendre davantage et de mieux traiter les patients dans le courant de l'année.

Dr Van Spall : Fantastique. Donc, une indication potentiellement élargie pour les inhibiteurs de SGLT2 chez ces patients à haut risque. Selon vous, qu'est-ce que les cardiologues, y compris les cardiologues interventionnels, devraient faire différemment dans la pratique pour combler certaines des lacunes actuelles dans les soins ? Quelles sont vos idées à ce sujet ?

Dr Jones : Je pense qu'il faut vraiment prêter attention au patient et déterminer son risque. Le risque de dysfonction systolique du ventricule gauche et d'insuffisance cardiaque chronique est un problème majeur pour nos patients. En tant que cardiologues interventionnels, nous pensons souvent à l'ouverture de l'artère, aux médicaments antiplaquettaires, au risque de thrombose d'endoprothèse, autant de choses sur lesquelles nous pouvons agir. Mais en fin de compte, si nous parvenons à faire suivre aux patients un traitement médical conforme aux recommandations, les risques d'insuffisance cardiaque à long terme et de décès, en particulier de décès cardiovasculaire, sont plus faibles avec ces médicaments. On espère donc qu'avec un bêta-bloquant, un IEC, ou un ARA2 et un ARM, plus un inhibiteur de SGLT2, selon les résultats

de l'étude, nous pourrions vraiment traiter ces patients de manière plus agressive et plus efficace et réduire en particulier le risque d'insuffisance cardiaque, mais aussi les décès.

Dr Van Spall : Schuyler, pourriez-vous nous parler de certaines approches en matière de dépistage de l'insuffisance cardiaque ? Que pourraient faire les cardiologues pour mieux évaluer l'incidence de l'insuffisance cardiaque chez les patients qui présentent un infarctus du myocarde ?

Dr Jones : Harriette, au cours des 20 dernières années, le diagnostic d'insuffisance cardiaque en cas d'infarctus aigu a changé. Lorsque j'étais en formation, nous faisons toujours une angiographie du ventricule gauche, mais cette pratique a été abandonnée au profit de l'échocardiographie transthoracique. Ainsi, même si je pense que la plupart des patients bénéficient d'une échographie au cours de leur hospitalisation, les cardiologues interventionnels et les médecins des soins intensifs qui s'occupent de ces patients devraient vraiment prêter attention à ces résultats et s'assurer que chaque patient bénéficie d'une échographie.

L'une des choses que nous devrions probablement faire aussi est de mesurer la pression télédiastolique du ventricule gauche pendant le cathétérisme, d'évaluer l'état volumique. Nombre de ces patients présentent des signes et des symptômes d'insuffisance cardiaque qui ne sont pas seulement liés à l'ischémie, mais aussi à une dysfonction systolique du ventricule gauche ou à des problèmes de pompe. Il existe également des données sur les taux de peptide natriurétique NTproBNP. Ainsi, je pense que lorsque nous pensons à l'infarctus aigu, nous pensons à la troponine, mais nous pourrions probablement ajouter un autre test sérique à notre arsenal pour vraiment aider à définir le risque chez ces patients.

En résumé, l'évaluation de la fonction systolique du ventricule gauche est un aspect essentiel. Il faut ensuite associer cette évaluation à l'instauration d'un traitement médical conforme aux recommandations. Encore une fois, il ne s'agit pas seulement des coronaires, nous devons penser globalement au patient.

Dr Van Spall : C'est exact. Et bien sûr, nous devons coupler cela à une évaluation clinique du patient. Il faut donc demander au patient s'il présente des symptômes, évaluer les signes d'insuffisance cardiaque, puis coupler cela, comme vous l'avez dit, à l'évaluation de la structure et de la fonction, à la fois systolique et diastolique, des pressions pulmonaires et ventriculaires gauche. Et puis la fonction du ventricule droit (VD), ce que je dis souvent aux stagiaires, parce que le VD est souvent le ventricule oublié. Et bien sûr, il peut être affecté et altéré par une ischémie aiguë. Il faut donc procéder à une évaluation globale et être vigilant quant à l'existence d'une IC pour guider le traitement médical.

Dr Jones : Oui, je suis tout à fait d'accord.

Dr Van Spall : L'infarctus aigu ne concerne donc pas seulement les coronaires, mais aussi la pompe. Il faut donc être attentif aux disparités dans les soins, à l'accessibilité et à l'abordabilité de nos traitements médicaux, afin de s'assurer que ce que nous prescrivons se traduit par ce que le patient prend pour améliorer son état de santé. Je vous remercie de vous être joints à moi pour discuter de la modification du risque chez les patients qui présentent un infarctus du myocarde et qui sont exposés à un risque d'insuffisance cardiaque. Et je vous remercie de m'avoir fait part de certains de ces essais passionnants que nous allons surveiller au cours des prochains mois. Merci, Schuyler.

Dr Jones : Super, Harriette. Merci beaucoup.

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/993393

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