Les traitements

**Les mesures hygiéno-diététiques**.

**Les apports en sel.** Considérant que le volume sanguin circulant est un milieu marin du fait que nous sommes tous issus de la mer et que l’insuffisance cardiaque se traduit par une dérégulation de la volémie, il est essentiel de limiter les apports en sel. De façon assez simple on demandera au patient de ne pas rajouter de sel dans son assiette, de ne pas mettre la salière de la table, de remplacer le sel en cuisine chaque fois que cela est possible par d’autres épices, d’éviter les plats tout préparés et les assortiments à apéritif, de limiter les repas à l’extérieur où la charge en sel est inconnue.

**L’activité physique.** Autrefois non recommandé, elle est aujourd’hui importante pour maintenir le bon fonctionnement du système cardiovasculaire. On privilégiera des efforts d’endurance : marche, gymnastique et autres sports mettant en jeu une activité musculaire, vélo notamment d’appartement en hiver, natation… Il est actuellement recommandé d’avoir une activité physique de 150 minutes par semaine soit de 30 minutes 5 jours par semaine. Au-delà du système cardiovasculaire, l’activité physique permet le renforcement musculaire notamment des cuisses (qui limite le risque de chute chez les personnes âgées) et qui permet une socialisation plus importante au travers des rencontres.

**Les médicaments**

Le traitement de l’insuffisance cardiaque repose aujourd’hui sur la régulation du sel et de l’eau au travers du blocage d’un certain nombre de systèmes endocriniens mais aussi de limiter les effets délétères des catécholamines.

**Les diurétiques** (furosémide, bumétanide, hydrochlorothiazide). Bien qu’ils n’aient pas démontré leurs effets bénéfiques dans des essais cliniques, les diurétiques sont des médicaments essentiels pour gérer la congestion. Administrés lors d’une poussée d’insuffisance cardiaque aigue per os ou par voie intraveineuse ils permettent de réduire rapidement la congestion et soulager les symptômes qui y sont associés. On sera attentif à un surdosage, notamment chez les personnes âgées qui engendrent une insuffisance rénale fonctionnelle. En chronique, leur posologie sera adaptée aux apports en sel des patients. La dose de furosémide peut ainsi varier de 20 mg à 1000 mg dans les cas les plus sévères notamment en cas d’insuffisance rénale associée. Une supplémentation potassique est souvent nécessaire. Dans les cas les plus compliqués, furosémide et hydrochlorothiazide pourront être associés sous stricte surveillance de la kaliémie et de la fonction rénale.

**Les inhibiteurs de l’enzyme de conversion de l’angiotensine IEC** (lopril, lisinopril, ramipril, perindopril…) ont été les premières molécules à démontrer leur intérêt dans l’amélioration de la survie des patients insuffisants cardiaques. En bloquant la conversion de l’Angiotensine I en Angiotensine II, ils limitent la contraction vasculaire et inhibe la sécrétion d’aldostérone qui favorise la réabsorption de sodium et augmente ainsi la volémie. En limitant cette sécrétion et en limitant les contractions vasculaires, les IEC diminuent la volémie et abaissent la pression artérielle ce qui a pour conséquence de limiter le travail cardiaque. Bien tolérés en générale; ils ont pour effets secondaires d’occasionner chez certains patients une toux sèche qui peut être invalidante et très rarement des oedèmes angioneurotiques qui constitue une complication grave

**Les Antagonistes des récepteurs à l’angiotensine II** (Losartan, Candesartan, Irbesartan, Valsartan…). Agissant de manière similaire à ceux des IEC mais limitant leurs effets au blocage de l’Angiotensine II, ils ont moins d’effets secondaires que les IEC et sont donc indiqués en cas de mauvaise tolérance des IEC. Ils sont par ailleurs utilisés de façon conjointe (Valsartan) avec des inhibiteurs de la Neprylisine.

**Les antagonistes des récepteurs des minéralocorticoides** (Spironolactone, Eplérénone). Agissant directement sur la formation d’aldostérone, ils limitent la congestion. Ils sont indiqués en association avec un IEC pour bloquer davantage le système rénine-angiotensine- aldostérone. Dans ce cadre ils ont démontré un effet d’amélioration supplémentaire de la mortalité ainsi que du risque de réhospitalisation dans l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection réduite. Ils ont pour principaux effets secondaires d’aggraver une insuffisance rénale et ou d’engendrer une hyperkaliémie d’où l’importance de vérifier la fonction rénale et la Kaliémie au décours de leur prescription ou de l’augmentation des doses.

**Les inhibiteurs de la néprilysine/antagonistes de l’angiotensine II**. Les inhibiteurs de la néprilysine agissent sur une endopeptidase neutre qui inactive différents peptides dont les peptides natriurétiques. En maintenant des concentrations élevées de ces peptides en association avec le blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone par le valsartan ils favorisent la vasodilatation des vaisseaux et la régulation du sel et de l’eau. En comparaison avec un IEC, chez des patients recevant un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs minéralocorticoides, le sacubitril valsartan a montré, dans l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection réduite, sa capacité à limiter les risques de décès et d’hospitalisation pour insuffisance cardiaque

**Les Bêta-bloquants** (Carvédilol, Bisoprolol, Métoprolol, Nébivolol…) . Initialement contre-indiqués dans l’insuffisance cardiaque du fait de leurs effets délétères lors de la congestion, ils font partis aujourd’hui des médicaments essentiels de l’insuffisance cardiaque. En limitant l’effet délétères des catécholamines comme l’accélération de la fréquence cardiaque ou la vasoconstriction périphérique lors du stress, ils limitent le travail cardiaque ce qui conduit à une réduction de la mortalité et la des hospitalisations.

**Les gliflozines** (Empagliflozine, Dapagliflozine…). Ces molécules récemment introduites sur le marché, ont été initialement développées dans le traitement du diabète pour inhiber de façon spécifique le co-transporteur sodium glucose au niveau du tubule proximal rénale et augmenter l’excrétion urinaire du glucose. De façon parallèle ils augmentent l’excrétion de sodium. Après la démonstration de leur intérêt dans le diabète sur un critère combiné décès et hospitalisation, ces molécules ont démontré leur capacité à réduire la morbi-mortalité chez des patients déjà très bien traités par les molécules sus-citées dans l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection réduite. Plus récemment, et à la différence des autres molécules ayant démontré leur intérêt dans l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection réduite, ces molécules ont été les premières à démontrer leur capacité à réduire la morbi-mortalité chez les patients avec fraction d’éjection préservée.

**La titration**. De façon à exercer leurs pleins effets, les IEC, les ARA 2, les bêta-bloquants, le sacubitril-valsartan nécessitent une augmentation progressive des doses jusqu’aux doses maximales tolérées. Ces augmentations requièrent des consultations dites de titration qui théoriquement doivent être réalisées tous les 15 jours. La pénurie actuelle de médecins conduit à une difficulté pour obtenir de tels rendez-vous ce qui limite les effets bénéfiques de ces traitements chez de nombreux patients. Des procédures sont actuellement en expérimentation pour pallier à ce manquement.

Au-delà de ces molécules, la prise en charge de l’insuffisance cardiaque passe par le traitement de la cause de l’insuffisance cardiaque (dilatation et stent dans le cadre d’une cardiopathie ischémique, correction de la valvulopathie en cas de lésions valvulaire, correction du trouble du rythme notamment d’une arythmie complète par fibrillation auriculaire…) mais aussi des comorbidités associées comme une carence en fer (Cures de fer inject). Certaines formes d’insuffisance cardiaque comme l’amylose requièrent un traitement spécifique, les traitements sus-cités étant contre-indiqués.

Enfin en amont de l’hiver, les patients devront être vaccinés contre la grippe et le pneumocoque.

Les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie permet de guider le médecin dans la prescription de ces différents médicaments (mettre le lien avec les recommandations).