

Gestion des patients souffrant d'insuffisance cardiaque : État des lieux en 2020

L'insuffisance cardiaque (IC) a toujours été associée à un très mauvais pronostic caractérisé par une incapacité fonctionnelle progressive, des hospitalisations récurrentes et, en fin de compte, un décès directement lié à des causes cardiovasculaires. Bien que l'incidence de l'HF nouvellement diagnostiquée au Canada soit en baisse¹, la charge de l'HF reste élevée en termes absolus, avec une prévalence nationale supérieure à 500 000 et des taux d'hospitalisation répétée toujours élevés² et ³. Les admissions pour l'HF sont un facteur important du coût global des soins de santé au Canada⁴, et les nouvelles approches thérapeutiques conçues pour améliorer la mortalité, la qualité de vie et les taux d'hospitalisation pour l'HF nécessitent un investissement économique substantiel et continu.

Au cours de la dernière décennie, les résultats d'essais cliniques marquants ont suscité beaucoup d'enthousiasme et de discussions. Des essais randomisés évaluant de nouveaux agents pharmacologiques, des interventions structurelles et des procédures chirurgicales ont démontré des avantages significatifs en termes de mortalité et de morbidité chez certains patients atteints de l'HF⁵, et plusieurs thérapies prometteuses sont en cours de développement clinique. Des progrès ont également été réalisés dans les stratégies de gestion des maladies et notre compréhension de la sélection optimale des patients pour des thérapies plus avancées s'est affinée. Bien que les patients atteints d'HF et les prestataires de soins puissent être à juste titre optimistes à l'heure actuelle, plusieurs défis demeurent. Par exemple, il est souvent difficile de savoir si les résultats positifs d'essais randomisés sur des patients relativement bien sélectionnés s'appliquent aux patients atteints d'HF évalués en pratique clinique qui présentent des comorbidités multiples, une fragilité, un soutien social variable et une connaissance limitée de la santé. Malgré les lignes directrices et les outils éducatifs disponibles, les efforts d'application des connaissances ont échoué car une petite minorité de patients sont vus ou pris en charge par des spécialistes de l'HF et un très faible pourcentage de patients admissibles se sont vu prescrire des doses optimales de thérapies médicales directes conformes aux lignes directrices^{6,7}. Au niveau de la population, il existe plusieurs autres défis omniprésents, notamment l'accès variable aux cliniques spécialisées dans l'HF au Canada, les variations importantes dans la structure des cliniques d'HF, les services offerts et les données démographiques des patients cibles, les ressources insuffisantes pour les prestataires de soins multidisciplinaires d'HF et l'accès variable aux tests de diagnostic et aux interventions thérapeutiques⁸.

Dans ce supplément, 5 articles aborderont des sujets clés liés à la gestion contemporaine de l'HF afin de mettre en évidence les progrès actuels et les perspectives qui permettront aux cliniciens de fournir des soins optimaux. Le premier de ces articles, "Gestion et pronostic de l'insuffisance cardiaque", donne un aperçu complet de la gestion contemporaine de l'insuffisance cardiaque, depuis les traitements fondés sur des données probantes et orientés vers des lignes directrices jusqu'aux stratégies de gestion des maladies chroniques et de stratification des risques pour les patients. Le deuxième article, "Managing Common Comorbidities in Heart Failure" (Gestion des comorbidités courantes en cas d'insuffisance cardiaque), identifie l'interaction complexe entre l'HF et d'autres affections courantes

coexistantes, en particulier les maladies rénales, l'anémie et le diabète de type 2. Les preuves récentes de la gestion de ces comorbidités dans le cadre de l'insuffisance cardiaque chronique sont examinées d'un point de vue pragmatique. Dans "Heart Failure : Novel and Emerging Therapies", de nombreuses nouvelles thérapies prometteuses sont examinées, ainsi que l'état actuel des preuves pour leur application. Il s'agit notamment des inhibiteurs SGLT2 pour un large éventail de patients atteints d'HF, de la réparation percutanée de la valve mitrale pour une régurgitation mitrale fonctionnelle sévère, de l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire dans l'HF, et des thérapies médicamenteuses omecamtiv, mecarbil et vericiguat pour l'HF chronique. Le quatrième article, "Application des connaissances en matière d'insuffisance cardiaque", identifie les principales lacunes en matière de soins et les obstacles à la mise en œuvre des thérapies de l'HF au niveau de la population au Canada, et propose plusieurs stratégies visant à optimiser le titrage des médicaments, à faciliter la gestion multidisciplinaire et à intégrer les soins avec plusieurs prestataires. Enfin, dans "Heart Failure in the Young : The Patient Perspective and Lived-Experience", les patients atteints d'insuffisance cardiaque chez les jeunes donnent un aperçu critique de l'impact de leur état sur leur bien-être physique, psychologique et social. Ceux qui ont vécu l'expérience de l'insuffisance cardiaque chez les jeunes explorent les besoins non satisfaits des patients plus jeunes et plaident pour l'intégration des résultats importants pour le patient dans toutes les mesures de la qualité des soins de l'insuffisance cardiaque.

Nous espérons que ce supplément au *Canadian Journal of General Internal Medicine* vous donnera, en tant que clinicien praticien, les moyens de fournir des soins de pointe à vos patients atteints d'HF.

Références

1. Yeung DF, Boom NK, Guo H, et al. Trends in the incidence and outcomes of heart failure in Ontario, Canada: 1997 to 2007. *CMAJ* 2012;184:E765-73.
2. Virani SA, Bains M, Code J, Ducharme A, Harkness K, Howlett JG, et al. The need for heart failure advocacy in Canada. *Can J Cardiol* 2017;33(11):1450-54.
3. Tu JV, Nardi L, Fang J, et al. National trends in rates of death and hospital admissions related to myocardial infarction, heart failure and stroke, 1994-2004. *CMAJ* 2009;180:E120-27.
4. Tran DT, Ohinmaa A, Thanh NX, et al. The current and future financial burden of hospital admissions for heart failure in Canada: a cost analysis *CMAJ Open* 2016;4:E365-E370.
5. O'Meara E, McDonald M, Chan M, et al. CCS/CHFS Heart Failure Guidelines: Clinical trial update on functional mitral regurgitation, SGLT2 inhibitors, ARNI in HFpEF and Tafamidis in amyloidosis. *Can J Cardiol* 2020 (in press).
6. Howlett JG. Specialist heart failure clinics must evolve to stay relevant. *Can J Cardiol* 2014;30:276-80.
7. Greene SJ, Fonarow GC, DeVore AD, et al. Titration of medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:2365-83.
8. Virani SA, Zieroth S, Bray S, et al. The status of specialized ambulatory heart failure care in Canada: A joint Canadian Heart Failure Society and CCS Heart Failure Guidelines report. *CJC Open* (in press).

Michael McDonald MD, FRCP(C)
James D. Douketis MD, FRCP(C)