

# ADHÉSION AUX RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

E. NELLESSEN (1), P. LANCELLOTTI (2), L.A. PIÉRARD (3)

**RÉSUMÉ :** L'insuffisance cardiaque chronique représente un important problème de santé publique dont la prévalence est croissante et dont le pronostic reste sombre. Malgré la gravité de ce syndrome et l'existence d'une approche thérapeutique bien définie, l'adhérence aux recommandations demeure insuffisante. Après avoir rappelé brièvement l'essentiel de ces recommandations, nous présentons les données statistiques évaluant la prise en charge de ces patients. Nous évoquons ensuite les facteurs influençant la prescription ou la non prescription du traitement de l'insuffisance cardiaque avant de décrire une approche multidisciplinaire et l'intérêt des trajets de soins.

**MOTS-CLÉS :** *Insuffisance cardiaque - Adhérence thérapeutique - Recommandations - Trajets de soins*

TREATMENT ADHERENCE TO GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE

**SUMMARY :** Chronic heart failure is a growing public health problem with a bad prognosis. Despite the seriousness of this syndrome and the well defined therapeutic approach, adherence to guidelines remains poor. After briefly recalling the main points of these guidelines, we present statistical data regarding therapeutic care of these patients. We then present factors influencing prescription or non prescription of heart failure drugs and emphasize the importance of a team management programme and patients pathways.

**KEYWORDS :** *Heart failure - Treatment adherence - Guidelines - Team management programme*

## INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque chronique est un problème majeur de santé publique dont la prévalence est sans cesse croissante, touchant 0,4 à 2% de la population européenne (environ 10 millions de personnes) (1). Cette évolution est essentiellement la conséquence d'une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde responsable d'une importante réduction de la mortalité à la phase aiguë et du vieillissement de la population (2).

Malgré d'importants progrès dans sa prise en charge thérapeutique, la mortalité de ce syndrome reste élevée, de l'ordre de 50% deux ans après le diagnostic (3-6).

Parmi les raisons évoquées, on cite le fait que l'insuffisance cardiaque demeure sous diagnostiquée et sous-traitée par rapport aux recommandations (7-11). Par traitement insuffisant, on entend l'usage incomplet des médicaments reconnus pour réduire la morbidité et/ou la mortalité ou la prescription de posologies insuffisantes.

Les recommandations sont conçues pour traduire la recherche médicale et l'opinion d'experts en outils de pratique clinique. On constate malheureusement que la mise en pratique réelle

de ces recommandations est généralement lente au sein du corps médical (12-14).

L'adhérence aux recommandations est un facteur prédictif de réduction du taux de réhospitalisations dans l'insuffisance cardiaque chronique (15). Aux Etats-Unis, il a été démontré que les centres médicaux ayant la meilleure adhérence aux traitements recommandés ont aussi les durées de séjour hospitalier les plus courtes et les taux de mortalité les plus bas (16). On sait par ailleurs que l'insuffisance cardiaque représente la première cause d'hospitalisation après 65 ans et c'est cette caractéristique qui en fait un syndrome extrêmement coûteux pour les services de soins de santé (2% du budget global).

L'insuffisance cardiaque chronique représente une des rares situations cliniques où le traitement médicamenteux doit être optimisé lorsque le patient va bien. En effet, il s'agit ici de se focaliser davantage sur les aspects pronostiques que sur les symptômes pour majorer le traitement.

Dans certaines situations, l'atteinte des posologies recommandées n'est pas envisageable en raison d'effets secondaires. L'objectif est alors d'aboutir au traitement «optimal», qui ne correspond pas toujours au traitement «maximal».

Cette approche thérapeutique nécessite beaucoup de patience et un suivi clinique et biologique rapproché, surtout chez les patients les plus graves. Ces derniers sont généralement ceux dont le traitement est le moins bien précisé alors qu'ils représentent le sous-groupe au sein duquel le bénéfice escompté est le plus important en terme pronostique (17).

(1) Chef de Clinique, (2) Chef de Clinique, Professeur de Clinique, (3) Professeur ordinaire, Chef de Service, Service de Cardiologie, CHU de Liège

Précisons que dans cet article, nous ne considérerons que l'insuffisance cardiaque chronique avec dysfonction systolique du ventricule gauche. En effet, le traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque chronique à fonction systolique préservée demeure actuellement largement empirique.

#### RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Les dernières recommandations européennes pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique ont été publiées en 2008 (1).

##### APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

L'approche non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque est considérée comme partie intégrante d'une approche thérapeutique globale. Elle consiste en une information et une éducation thérapeutique à l'insuffisance cardiaque que les professionnels de la santé sont tenus de fournir aux patients. Elle a un impact significatif sur les symptômes, la capacité fonctionnelle, le bien-être, la morbidité et le pronostic. Elle est définie comme une action dont le but est le maintien d'une stabilité physique, l'exclusion de comportements aggravants (exemples : une consommation abusive de sel alimentaire, la poursuite du tabagisme ou le non-respect d'une restriction hydrique) et la détection précoce des symptômes de détérioration. Les différents éléments abordés dans cette approche sont repris dans le tableau I.

##### TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Plusieurs classes thérapeutiques sont reconnues pour réduire la morbidité et/ou la mortalité de l'insuffisance cardiaque chronique. Le tableau II résume les indications de chacune d'entre elles en fonction de la classe NYHA.

##### APPROCHES THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉES

Plusieurs approches thérapeutiques associées sont reprises dans les recommandations pour la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque : revascularisation chirurgicale, remplacement ou réparation valvulaire, resynchronisation ventriculaire, ultrafiltration, mise en place d'un défibrillateur implantable, assistance circulatoire et cœur artificiel, transplantation cardiaque.

Ces différentes approches sortent du cadre du présent article et ne seront pas abordées.

##### ADHÉRENCE AU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) et les  $\beta$ -bloquants forment la pierre angulaire du traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque chronique et sont repris dans les recommandations européennes depuis 1997. Plusieurs études à large échelle ont largement démontré leur intérêt en termes de morbidité et de mortalité. Les sartans sont aujourd'hui considérés comme une alternative efficace aux IEC en cas d'intolérance et peuvent également être associés aux IEC et aux  $\beta$ -bloquants chez les patients qui demeurent symptomatiques. La spironolactone réduit

TABEAU I. ÉLÉMENTS DE L'APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Adhérence au traitement, connaissance du traitement médicamenteux.
Reconnaissance des symptômes.
Suivi pondéral.
Restriction hydrosodée, arrêt du tabac, réduction ou arrêt de l'alcool.
Vaccins.
Exercice physique.
Activité sexuelle.
Voyages.
Troubles du sommeil, de l'humeur, dépression.

TABEAU II. CLASSES THÉRAPEUTIQUES RÉDUISANT LA MORBIDITÉ ET/OU LA MORTALITÉ DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

	IEC	Sartans	Diurétiques	$\beta$ -bloquants	Antag. de l'aldostérone	Digitaliques
NYHA I	OUI	Intolérance aux IEC	NON	Post -infarctus	Infarctus récent	FA
NYHA II	OUI	OUI (*)	OUI (**)	OUI	Infarctus récent	FA ou < NYHA III-IV
NYHA III	OUI	OUI (*)	OUI (***)	OUI	OUI	OUI
NYHA IV	OUI	OUI (*)	OUI (***)	OUI	OUI	OUI

\* Avec ou sans IEC  
 \*\* Si rétention hydrosodée  
 \*\*\* Combinaison de diurétiques

la mortalité des patients qui restent en stade III ou IV de la NYHA malgré un traitement optimal et les digitaliques, qui ont un effet neutre sur la survie, réduisent les hospitalisations chez les mêmes patients.

Plusieurs études ont évalué le taux de prescription de ces molécules chez les insuffisants cardiaques. Déjà en 1995, l'étude EPICAL (3) évaluait le traitement médicamenteux des insuffisants cardiaques hospitalisés et retrouvait un taux de prescription de 75% pour les IEC alors que les  $\beta$ -bloquants n'étaient prescrits que dans 5% des cas. Il faut dire qu'à l'époque, les preuves de l'intérêt des  $\beta$ -bloquants dans l'insuffisance cardiaque étaient peu nombreuses, seules les études MDC (18) et CIBIS 1 (19) ayant été publiées sur le sujet. En 2002, l'étude IMPROVEMENT (20) publiée dans le Lancet montrait un taux de prescription d'IEC de 60% et de  $\beta$ -bloquants de 34%. On notait également qu'environ 20% des patients recevaient une combinaison des deux molécules, mais globalement à une posologie moitié moindre de celle recommandée. A noter que, dans cette étude, 49% des patients présentaient une insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée, ce qui rend délicate l'analyse des résultats. On notait toutefois que les patients avec dysfonction systolique recevaient plus d'IEC, mais moins de  $\beta$ -bloquants, que ceux avec fonction systolique préservée.

En 2003, furent publiés les résultats d'une étude importante, The EuroHeart Failure Survey programme (21) qui évaluait le traitement médicamenteux de 11.204 patients en insuffisance cardiaque. Près de 80% des patients ayant une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40% recevaient un IEC et 6% un antagoniste de l'angiotensine II. Près de 50% des patients étaient sous  $\beta$ -bloquants alors qu'un peu plus de 20% recevaient de la spironolactone. Plus de 40% des patients étaient traités par digitaliques.

En 2005, l'étude MAHLER (15) démontrait que l'adhérence aux recommandations était un facteur prédictif d'hospitalisation cardiovasculaire. Cette étude européenne multicentrique présentait une population d'insuffisants cardiaques dont 87% recevaient un IEC, 53% un  $\beta$ -bloquant et 28% de la spironolactone. Les digitaliques étaient prescrits chez 41% des patients.

En 2008, des données provenant d'une cohorte de 15381 patients aux Etats-Unis (IMPROVE-HF) (22) montrait que 80% des patients étaient sous IEC alors que 86% recevaient un  $\beta$ -bloquant. La spironolactone était prescrite dans 36% des cas. Cette étude rapportait également des chiffres concernant la resynchronisation ventriculaire

(39%), les défibrillateurs (51%) et l'éducation thérapeutique (61%). Environ 27% des patients recevaient l'ensemble des traitements étudiés.

En pratique, lorsqu'on analyse les chiffres de ces différentes études, les constatations suivantes peuvent être émises. En ce qui concerne les IEC, on note en général un taux de prescription relativement élevé, de l'ordre de 80% alors que les  $\beta$ -bloquants sont nettement moins prescrits, dans environ 50% des cas sauf pour les résultats de la cohorte américaine IMPROVE-HF (86%). La prescription de spironolactone est restée plus stable dans le temps et il en va de même pour les digitaliques.

Au total, le traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque chronique dans son ensemble demeure insuffisamment prescrit à l'heure actuelle, en particulier en ce qui concerne les  $\beta$ -bloquants. Lorsque les patients reçoivent les molécules appropriées, la posologie reste en général insuffisante et des progrès restent donc possible pour améliorer leur prise en charge, notamment par une titration appropriée.

#### FACTEURS INFLUENÇANT LA PRESCRIPTION DU TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

De nombreux facteurs influencent la prescription du traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque, qu'ils soient d'ordre général ou propres à chaque molécule (21). En ce qui concerne les facteurs d'ordre général, les plus fréquemment cités sont :

1. Une sous-estimation de la gravité de ce syndrome.
2. Une sous-estimation de l'importance du bénéfice de chaque traitement.
3. Une crainte concernant les effets secondaires des différentes molécules.
4. Le profil clinique des patients : l'âge, le sexe, la présence de comorbidités importantes comme l'insuffisance rénale ou le diabète.
5. L'étiologie de l'insuffisance cardiaque, les patients souffrant de cardiopathie ischémique recevant plus souvent un traitement par  $\beta$ -bloquants, les patients hypertendus recevant plus souvent la combinaison IEC- $\beta$ -bloquants.
6. La spécialité du médecin qui reçoit le patient en hospitalisation.

Parmi les facteurs propres à chaque molécule, l'existence d'une insuffisance rénale chronique limite la prescription d'IEC alors que la présence d'une BPCO ou d'un asthme est le premier facteur restrictif pour la prescription de  $\beta$ -bloquants.

A noter également que dans 20% des cas environ, les médecins interrogés sur la sous-prescription du traitement médicamenteux ne peuvent pas en préciser la raison, ce qui suggère une connaissance insuffisante du syndrome et des indications thérapeutiques ou un suivi inadéquat.

En ce qui concerne la prescription insuffisante de  $\beta$ -bloquants, qui constitue la classe thérapeutique la plus touchée par ce problème dans l'insuffisance cardiaque, rappelons qu'ils étaient autrefois contre-indiqués dans ce syndrome. Soulignons aussi à quel point la titration progressive est longue et fastidieuse. Néanmoins, les bénéfices démontrés sont irréfutables et justifient un effort tout particulier pour la prescription des  $\beta$ -bloquants.

#### APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE ET TRAJETS DE SOINS

Une approche active pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique améliore la qualité des soins et réduit la morbidité et la mortalité. Parmi les raisons de ce bénéfice, une application plus stricte des recommandations thérapeutiques est retrouvée.

Au CHU de Liège, depuis 2005, une approche multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque est proposée. Elle repose sur la collaboration de toute une équipe comportant une infirmière orientée vers l'information et l'éducation thérapeutique à l'insuffisance cardiaque; elle s'assure d'une accessibilité accrue aux soins et aux prestataires de soins pour les patients et coordonne l'activité de l'ensemble de l'équipe comportant en outre des kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologue, assistante sociale. Sous la responsabilité du cardiologue, cette équipe permet d'aborder le patient sous différents aspects afin de lui fournir une prise en charge globale. Le rôle d'information et d'éducation thérapeutique de l'infirmière est crucial pour que le patient puisse faire partie intégrante de sa propre prise en charge. Une meilleure compréhension de son problème médical, de l'intérêt des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques amène à une diminution importante de l'anxiété et à une meilleure adhérence thérapeutique.

C'est pour faciliter cette approche que les patients en décompensation cardiaque sont orientés préférentiellement en hospitalisation vers un service spécifique où les infirmières sont progressivement spécialisées dans la prise en charge de ce type de problème.

Cet aspect multidisciplinaire perdrait de son sens si l'on n'y associait un suivi extra-hospitalier où les médecins traitants occupent le rôle principal. Il nous paraît indispensable de pouvoir les intégrer à cette équipe et renforcer les contacts pour optimiser la prise en charge non seulement médicale mais aussi para-médicale. C'est pour répondre à ce souci de continuité dans le traitement que des groupes de travail ont été chargés par l'INAMI depuis 2002 de formuler des propositions qui ont abouti à la création de trajets de soins pour l'insuffisance cardiaque. Pour que ces derniers puissent être acceptés comme nouveau mode de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique, il est indispensable qu'en plus de répondre aux besoins des patients, ils puissent optimiser l'activité professionnelle des différents prestataires de soins.

A l'heure actuelle, malheureusement, alors que cette approche thérapeutique a démontré des bénéfices irréfutables pour les patients, aucun remboursement n'est prévu par l'INAMI, notamment en ce qui concerne le travail de l'infirmière.

#### CONCLUSION

L'insuffisance cardiaque chronique représente un problème majeur de santé publique dont la prise en charge a fortement progressé ces dernières années. Des recommandations thérapeutiques claires sont régulièrement mises à jour mais leur utilisation pratique semble toujours incomplète. De nombreuses raisons sont évoquées et pour y remédier, une approche multidisciplinaire est proposée en collaboration avec les médecins généralistes.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al.— ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur J Heart Failure*, 2008, **10**, 933-989.
2. Stewart S, MacIntyre K, MacLeod MM, et al.— Trends in hospitalisation for heart failure in Scotland, 1990-1996. An epidemic that has reached its peak? *Eur Heart J*, 2001, **22**, 209-217.
3. Zannad F, Briancon S, Juilliere Y, et al.— Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL Study. Epidemiologie de l'Insuffisance Cardiaque Avancée en Lorraine. *J Am Coll Cardiol*, 1999, **33**, 734-742.
4. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, et al.— Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J*, 2004, **25**, 300-307.

5. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, et al.— Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*, 2006, **355**, 251-259.
6. Cleland JG, Gemmell I, Khand A, Boddy A.— Is the prognosis of heart failure improving ? *Eur J Heart Fail* 1999, **1**, 229-241.
7. Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al.— Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme) : an international survey. *Lancet*, 2002, **360**, 1631-1639.
8. Cohen-Solal A, Desnos M, Delahaye F, et al.— A national survey of heart failure in French hospitals. The Myocardiopathy and Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology, the National College of General Hospital Cardiologists and the French Geriatrics Society. *Eur Heart J*, 2000, **21**, 763-769.
9. Komajda M, Bouhour JB, Amouyel P, et al.— Ambulatory heart failure management in private practice in France. *Eur J Heart Fail*, 2001, **3**, 503-507.
10. Philbin EF, Andreaou C, Rocco TA, et al.— Patterns of angiotensin converting enzyme inhibitor use in congestive heart failure in two community hospitals. *Am J Cardiol*, 1996, **77**, 832-838.
11. Taubert G, Bergmeier C, Andresen H, et al.— Clinical profile and management of heart failure : rural community hospital vs. metropolitan heart center *Eur J Heart Fail*, 2001, **3**, 611-617.
12. Anderson G.— Implementing practice guidelines. *Can Med Assoc J*, 1993, **148**, 753-735.
13. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, et al.— Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*, 1989, **321**, 1306-1311.
14. Lee TH, Pearson SD, Johnson PA, et al.— Failure of information as an intervention to modify clinical management : a time-series trial in patients with acute chest pain. *Ann Intern Med*, 1995, **122**, 434-437.
15. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, et al.— Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure : the MAHLER survey. *Eur Heart J*, 2005, **26**, 1653-1659.
16. (No authors listed). Heart failure treatment guidelines often ignored. But medical centers with highest adherence had shorter lengths of stay and lower mortality rates. *Health News*, 2005, **11**, 8-9.
17. Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al.— Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med*, 2001, **344**, 1651-1658.
18. Waagstein F, Bristow MR, Swedberg K, et al.— Beneficial effects of metoprolol in idiopathic dilated cardiomyopathy. *Lancet*, 1993, **342**, 1441-1446.
19. CIBIS Investigators and Committees (No authors listed). A randomized trial of  $\beta$ -blockade in heart failure. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS). *Circulation*, 1994, **90**, 1765-1773.
20. Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al.— Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme) : an international survey. *Lancet*, 2002, **360**, 1631-1639.
21. Komajda M, Follath F, Swedberg K, et al.— The Euro-Heart Failure Survey programme- a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2 : Treatment. *Eur Heart J*, 2003, **24**, 464-474.
22. Fonarow GC, Yancy CW, Albert NM, et al.— Heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF. *Circ Heart Fail*, 2008, **1**, 98-106.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr E. Nellesen, Service de Cardiologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.