

**Viser de meilleurs
résultats dans l'ICFER :
éducation des patients, traitements
factuels et biomarqueurs**

Clause de non-responsabilité

- *Les produits médicaux non approuvés ou les utilisations non approuvées de produits médicaux approuvés peuvent être discutés par la faculté ; ces situations pouvant correspondre au statut d'approbation en vigueur dans une ou plusieurs juridictions*
- *USF Health et touchIME® ont demandé à la faculté responsable de la présentation de veiller à communiquer toute référence faite à une utilisation sans étiquette ou non approuvée*
- *USF Health ou touchIME® ne cautionne explicitement ou implicitement aucun produit non approuvé ou utilisation non approuvée en mentionnant ces produits ou utilisations dans les activités USF Health ou touchIME®*
- *USF Health et touchIME® déclinent toute responsabilité pour toute erreur ou omission*

Panel d'experts



Professeur Piotr Ponikowski

Université de médecine de Wrocław,
à Wrocław en Pologne



Professeur Adriaan Voors

Centre médical universitaire
de Groningue, à Groningue
aux Pays-Bas



Dr Stephen Greene

Université Duke,
à Durham en Caroline du
Nord, aux États-Unis
d'Amérique



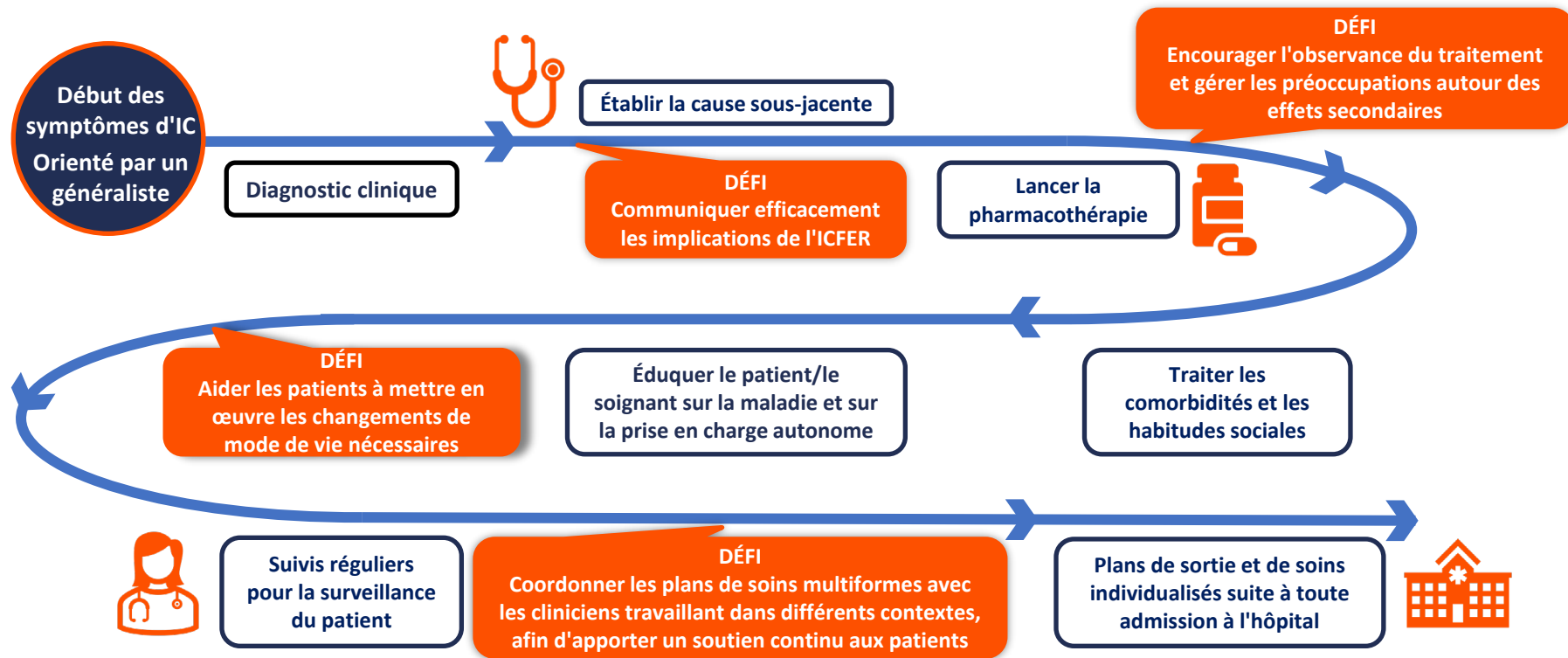
Ordre du jour

Comment pouvons-nous aider les patients à s'orienter dans leur parcours après un diagnostic d'ICFER ?

Comment pouvons-nous mettre en œuvre des traitements factuels pour l'ICFER dans la pratique clinique ?

Quels sont les rôles actuels et potentiels des biomarqueurs ICFER pour guider la gestion des patients ?

Parcours du patient avec l'ICFER : points de soins clés et défis¹⁻⁴



IC, insuffisance cardiaque ; ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite.

1. Aidemark J, et al. *Procedia Technol.* 2014;16:1256–64; 2. Ferreira JP, et al. *Global Heart.* 2019;14:197–214; 3. Maddox TM, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77:772–810; 4. The Heart Failure Policy Network. 2018. Disponible à l'adresse : www.hfpolicynetwork.org/wp-content/uploads/The-handbook-of-multidisciplinary-and-integrated-heart-failure-care.pdf (consulté le 17 juin 2021).

Éducation sur l'ICFER : que doivent savoir les patients ?

Changements de mode de vie importants^{1,2}



Activité physique



Contrôle quotidien du poids



Réduction de la consommation de sodium et d'eau



Prise des médicaments selon les instructions



Visites de suivi régulières avec le médecin

Les patients doivent être informés des causes sous-jacentes de l'ICFER pour souligner l'importance des changements de mode de vie

Signaux d'avertissement³

- Aggravation de l'essoufflement
- Gonflement accru des jambes, des pieds et des chevilles
- Prise de poids soudaine
- Dyspnée en position couchée
- Gêne dans l'abdomen
- Tousotement sec
- Problèmes de sommeil

Les patients doivent savoir à quel moment contacter leur médecin et, si les symptômes s'aggravent rapidement, s'il s'agit d'une urgence médicale

ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite.

1. Maddox TM, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77:772–810; 2. Ferreira JP, et al. *Global Heart*. 2019;14:197–214; 3. American Heart Association. 2021. Disponible à l'adresse : www.heart.org/-/media/files/health-topics/heart-failure/hf-symptom-tracker.pdf?la=en (consulté le 17 juin 2021).

Risques de modifications des traitements guidés par des directives dans l'ICFER

Les inconvénients potentiels de la mise à l'essai d'un nouveau traitement guidé par des directives ou d'une dose plus élevée chez un patient éligible comprennent :

- Effets secondaires
- Effets indésirables

Risque d'action

Les inconvénients potentiels de **NE PAS** essayer un nouveau traitement guidé par des directives ou une dose plus élevée chez un patient éligible comprennent :

- Réduction de la survie
- Augmentation de l'hospitalisation
- QdV réduite
- Augmentation des symptômes

Risque d'omission

Chaque visite est l'occasion d'initier/d'intensifier les traitements, en fonction de la tolérance

- La survenue d'une IC n'équivaut pas à un « risque faible »
- L'IC ambulatoire « stable » n'équivaut pas à un « risque faible »
- L'IC hospitalisée n'est pas synonyme de « risque faible »

“

Dans les **conversations entre les cliniciens et les patients** concernant les changements de médicaments, les risques d'effets secondaires et d'effets indésirables sont souvent abordés. Cependant, pour prendre des décisions éclairées, il est également essentiel de prendre en compte les « **risques de ne pas essayer** » le changement de médicaments, à savoir un risque accru de décès, d'hospitalisation et de détérioration de la qualité de vie.

”

Inertie clinique dans la gestion de l'IC : un résumé des facteurs contributifs

- L'inertie clinique est « le manque d'intensification du traitement chez un patient n'ayant pas atteint les objectifs de soins factuels »¹
- Principaux facteurs : liés au système (20 %), liés aux patients (30 %), **liés aux médecins (50 %)**¹



Connaissances des PS...

sur les lignes directrices factuelles et leur attitude vis-à-vis de ces lignes directrices²



Jugement clinique du PS...

ainsi que son expérience²



Sensibilisation des PS...

aux attitudes, comportements et préférences des patients²



Capacité des PS...

à prendre les décisions appropriées dans un contexte clinique et organisationnel donné²

Comblers les lacunes dans l'utilisation d'un traitement médical factuel pour l'IC

Les écarts de traitement dans le traitement médical ambulatoire pour l'ICFER

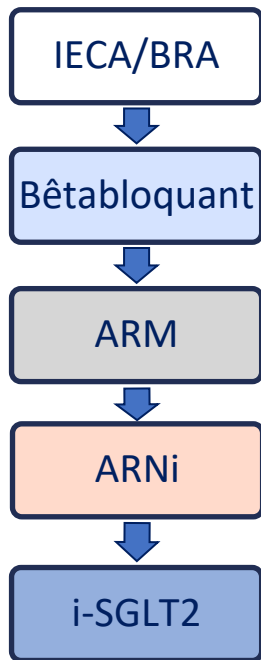
	IECA/BRA	ARNi	IECA/BRA/ ARNi	Bêtabloquant	ARM
Patients non traités et sans contre-indications, en %					
Pays-Bas (CHECK-HF)	7,4	0	0	15,7	38,2
États-Unis (CHAMP-HF)	39,1	86,1	26,2	32,9	65,9
Patients traités mais ne recevant pas de doses cibles, en %					
Pays-Bas (CHECK-HF)	56,4	0	0	81,1	48,0
États-Unis (CHAMP-HF)	82,5	86,0	83,2	72,5	23,4

ARM, antagoniste du récepteur des minéralocorticoïdes ; ARNi, inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine ; BRA, bloqueur des récepteurs de l'angiotensine ; IC, insuffisance cardiaque ; IECA, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; PS, professionnel de la santé.
Greene SJ, Felker GM. *JACC Heart Fail.* 2019;7:22–4.

Séquençage rapide factuel de médicaments fondamentaux pour l'ICFER

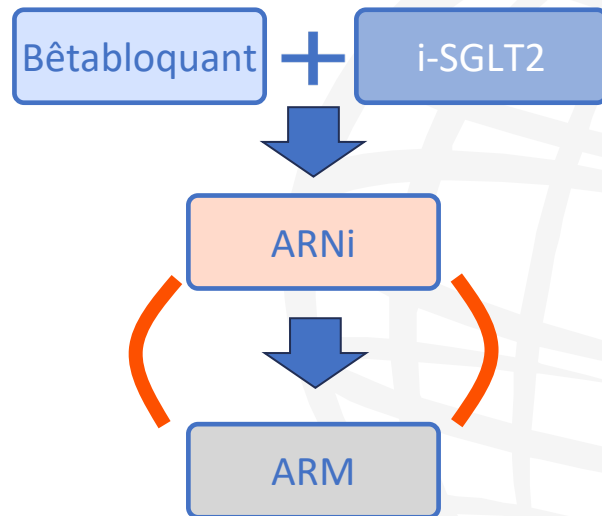
Séquençage conventionnel

- Augmentation de la posologie pour cibler les doses à chaque étape
- Nécessite généralement au moins 6 mois



Séquençage rapide

- Les 3 étapes ont été réalisées en 4 semaines
- Augmentation de la posologie pour cibler les doses par la suite

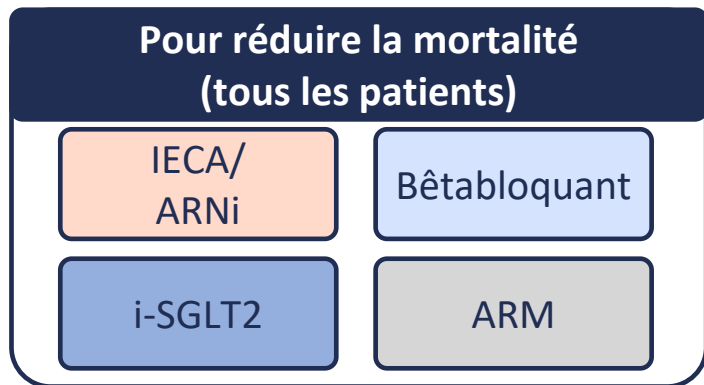


ARM, antagoniste du récepteur des minéralocorticoïdes ; ARNi, inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine ; BRA, bloqueur des récepteurs de l'angiotensine ; ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite ; IECA, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; i-SGLT2, inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

Packer M, McMurray JJV. *Eur J Heart Fail.* 2021. doi: 10.1002/ejhf.2149. Publié en ligne avant impression.

Lignes directrices 2021 de la revue ESC Heart Failure : mise à jour de l'algorithme de gestion de l'ICFER

Classe I



FEVG >35 % ou
traitement par
dispositif non
indiqué ou
inapproprié



Si les symptômes
persistent,
envisagez les
traitements avec les
recommandations
de Classe II

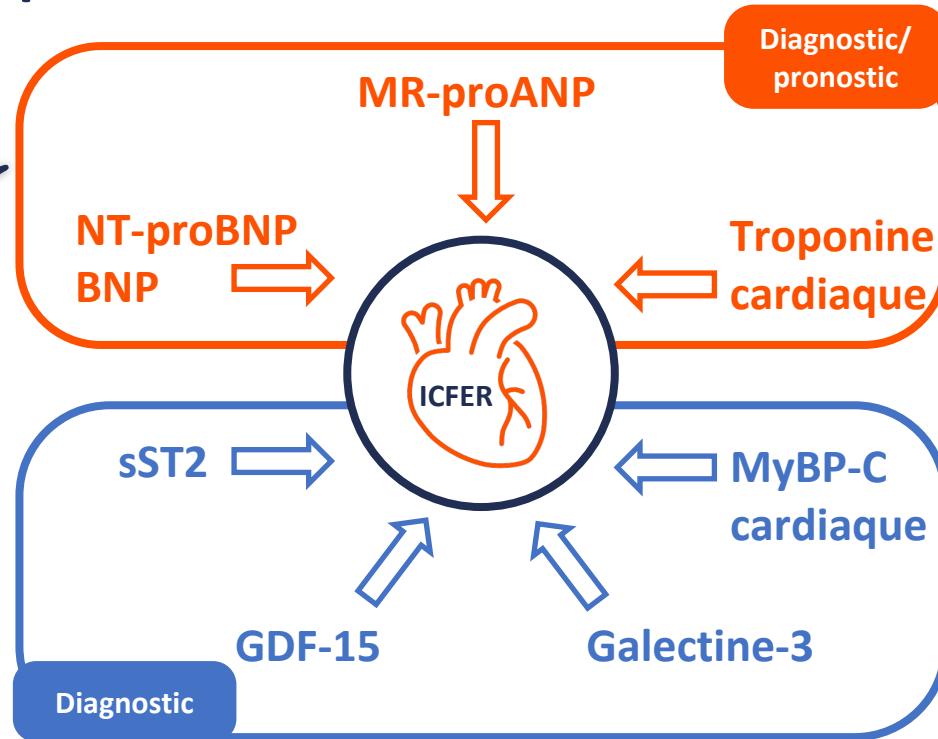
Diurétique de l'anse pour la surcharge
hydrique permettant de réduire
l'hospitalisation/la mortalité due à l'IC
(patients sélectionnés)

ARM, antagoniste du récepteur des minéralocorticoïdes ; ARNi, inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine ; ESC, Société européenne de cardiologie ; FEVG, fraction d'éjection ventriculaire gauche ; IC, insuffisance cardiaque ; ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite ; IECA, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; i-SGLT2, inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

Metra M, McDonagh T. New algorithm for the management of HFrEF. Présenté lors du World Congress on Acute Heart Failure 2021. 29 juin – 1er juillet 2021.

Biomarqueurs établis pour l'ICFER

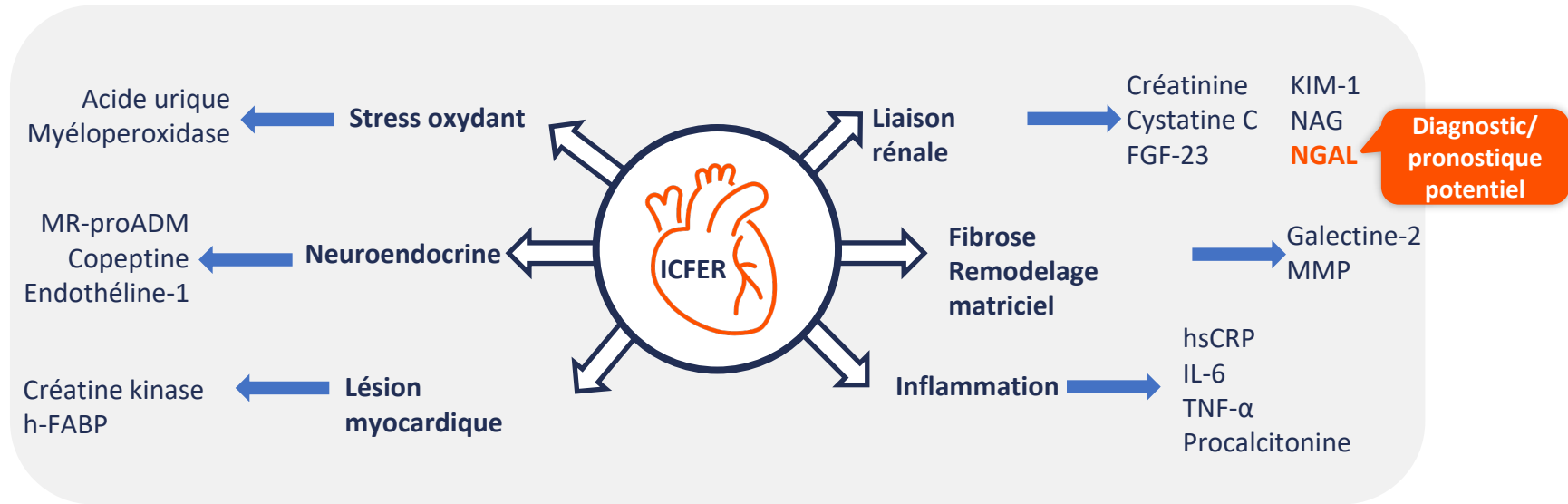
De nombreuses études ont évalué la capacité de pronostic des biomarqueurs NT-proBNP et BNP dans différents contextes d'IC, fournissant des preuves solides de leur valeur incrémentielle



BNP, peptide natriurétique de type B ; GDF-15, facteur de différenciation de la croissance 15 ; IC, insuffisance cardiaque ; ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite ; MR-proANP, mi-région de la prohormone N-terminale du peptide natriurétique pro-auriculaire ; MyBP-C, protéine C liant la myosine ; NT-proBNP, prohormone N-terminale du peptide natriurétique du cerveau ; sST2, suppression soluble de la tumorigénicité 2.

Shrivastava A, et al. *Front Cardiovasc Med.* 2020;7:601364.

Biomarqueurs expérimentaux sélectionnés pour l'ICFER*,1-3



*Biomarqueurs expérimentaux/potentiels non actuellement établis pour un usage clinique.

FABP, protéine de liaison aux acides gras ; FGF-23, facteur 23 de croissance du fibroblaste ; hsCRP, protéine C-réactive haute sensibilité ; ICFER, insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite ; IL, interleukine ; KIM-1, molécule 1 associée à une lésion rénale ; MMP, métalloprotéases matricielles ; MR-proADM, pro-adrénomédulline mi-régionale ; NAG, N-acétylglucosamine ; NGAL, gélatinase de neutrophile associée à la lipocaline ; TNF- α , facteur de nécrose tumorale-alpha.

1. Nadar SK, Shaikh MM. *Cardiac Failure Rev.* 2019;5:50-7; 2. Castiglione V, et al. *Heart Failure Rev.* 2021:1-9; 3. Ibrahim NE, Januzzi JL. *Circ Res.* 2018;123:614-29.