

# COUP D'ŒIL DU CONGRES PREUVES & PRATIQUES 2021

## Sommaire

### ARTICLE 1

<b>Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dermatite atopique chez l'adulte</b> D'après la communication du Dr. Bécherel Pierre-André, Hôpital privé d'Antony <i>Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris</i> .....	2
Questions de formation .....	4

### ARTICLE 2

<b>Visite d'absence de contre-indication à la pratique sportive (VACI)</b> D'après la communication du Dr. Fanon Laurie, cardiologue à Paris <i>Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris</i> .....	5
Questions de formation .....	7

### ARTICLE 3

<b>Ostéoporose post-ménopausique en 2021 : nouvelle stratégie thérapeutique</b> D'après la communication du Pr. Briot Karine, Hôpital Cochin <i>Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris</i> .....	8
Questions de formation .....	10

### ARTICLE 4

<b>Nouvelles recommandations de prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention secondaire</b> D'après la communication du Pr. Boccara Franck, Hôpital Saint Antoine <i>Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris</i> .....	11
Questions de formation .....	12

### ARTICLE 5

<b>Insuffisance cardiaque en 2021, la prise en charge évolue !</b> D'après la communication du Pr. Trochu Jean-Noël, CHU Nantes <i>Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris</i> formation .....	13
Questions de formation .....	15

### **Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dermatite atopique chez l'adulte**

D'après la communication du Dr. Bécherel Pierre-André, Hôpital privé d'Antony

*Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris*

#### Intro

La DA est une maladie fréquente, qui touche plus de 2 millions de patients en France, soit 4% de la population. C'est la seconde maladie de la peau la plus fréquente et elle touche enfants et adultes.

Avec le développement des biothérapies on note une révolution récente dans la prise en charge.

#### **Rappels sur la DA une maladie très courante et méconnue :**

La dermatite atopique apparaît le plus souvent dans la petite enfance, après le 3<sup>e</sup> mois.

Elle est due à une réponse inflammatoire chronique de type Th2 en réponse à une rupture de tolérance vis-à-vis d'antigènes de l'environnement. Il n'y a pas de réaction allergique c'est-à-dire qu'il n'y a pas de réaction auto-immune démontrée contre un allergène donné. Le franchissement de ces antigènes est favorisé par une altération de la barrière cutanée, principalement par une mutation de la Filaggrine (d'où une prédisposition génétique).

Cette réponse inflammatoire est médiée notamment les interleukines IL-4 et IL-13 et va altérer d'autant plus la barrière cutanée. Cela explique que les interleukines IL-4 et IL-13 soient à la base des nouvelles thérapies.

La DA n'étant pas une maladie allergique, il n'y a donc pas lieu de réaliser un bilan allergologique systématique en cas de DA ni de préconiser des évictions particulières.

Cliniquement la DA se présente comme une dermatose érythémato-vésiculeuse et prurigineuse.

On note une modification de la morphologie et des localisations selon l'âge.

- chez les nourrissons : touche principalement les zones convexes (joues, coudes, genoux), les lésions sont classiquement suintantes ;
- chez les enfants (à partir de 1-2 ans): les lésions sont prédominantes aux plis de flexion (plis des coudes, plis des genoux, plis du cou), d'avantage plus sèches avec fissures ;
- à l'adolescence et à l'âge adulte : les lésions sont sèches avec fissure, lichénification possible voire des saignements possibles. Elles prédominent aux plis, aux poignets et aux mains, aux épaules et sur le cuir chevelu.

Les complications sont notamment :

- la surinfection staphylococcique avec impétignisation des lésions
- la colonisation staphylococcique de la peau
- la favorisation des infections à herpes virus

## **Le médecin généraliste : un acteur de choix dans la prise en charge locale & systémique**

La prise en charge repose pour les formes modérées sur les dermocosmétiques et les dermocorticoïdes.

Les traitements émoullissants permettent d'hydrater la peau et de restaurer le film lipidique. Ils permettent une régression des symptômes et la diminution de la pénétration des allergènes et du portage staphylococcique.

On préférera les baumes et les pommades aux crèmes et lotions car ils ont un pouvoir hydratant plus efficace.

L'hydratation devra être quotidienne et son application augmentée en cas de temps froid et sec.

Les savons sont à éviter et on préférera les Syndets surgras.

Les dermocorticoïdes agissent en bloquant l'inflammation de type Th2 . Les effets secondaires sont en pratique rares et beaucoup plus faibles que la corticothérapie systémique.

Il faut donc lutter contre la corticophobie qui est la principale cause d'échec du traitement.

On utilisera, à dose efficace, une classe forte sur le corps et une classe modérée sur le visage. Après une première phase d'attaque il faudra insister sur une décroissance lente qui est fondamentale.

Les traitements systémiques, la ciclosporine et le tacrolimus, sont indiqués en cas d'échec des dermocorticoïdes. Ils sont bien tolérés même s'il existe des risques d'effets secondaires, rénaux principalement.

D'où le développement de biothérapies. Le dupilumab est un Ac monoclonal ciblant l'IL-4 et l'IL-13. Il est très efficace avec 73% de réponse à 12 semaines et est très bien toléré avec peu d'effets secondaires. De ce fait aucune surveillance biologique particulière n'est indiquée. C'est un traitement injectable à raison d'une injection sous-cutanée tous les 15 jours. Son initiation est hospitalière mais son suivi et son renouvellement est possible en ville.

### **Messages clé :**

- 1) La DA n'est pas une maladie allergique donc pas de test allergique systématique
- 2) Hydrater la peau quotidiennement
- 3) La corticothérapie est la base du traitement, il faut éviter la corticophobie et bien insister sur la décroissance lente
- 4) Prendre avis dermatologique si échec des dermocorticoïdes pour discuter l'introduction de biothérapie

## QUESTIONS DE FORMATION

La dermatite atopique est :

- 1) Une dermatose prurigineuse donnant des lésions érythémateuses et sèches des plis chez l'adulte
- 2) Provoquée par une rupture de tolérance vis-à-vis d'antigènes ce qui nécessite un bilan allergologique
- 3) Traitée par une corticothérapie locale dans les formes modérées
- 4) D'apparition dans la petite enfance
- 5) Peu fréquente à l'âge adulte

*Réponses : 1,3,4*

En cas de dermatite atopique :

- 1) L'usage de dermocosmétiques quotidien est nécessaire, notamment en baume
- 2) Il faut éviter les contagés herpétiques
- 3) Il existe des biothérapies par anticorps monoclonal
- 4) On retrouve souvent une prédisposition génétique
- 5) Une éviction de certains allergènes environnementaux est nécessaire pour éviter une majoration des lésions.

*Réponses : 1,2,3,4*

### **Visite d'absence de contre-indication à la pratique sportive (VACI)**

D'après la communication du Dr. Fanon Laurie, cardiologue à Paris

*Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris*

#### **Intro**

Les visites d'absence de contre-indication à la pratique sportive (VACI) sont principalement réalisées par le généraliste. Elle a pour but principal de prévenir les épisodes de mort subite du sportif, souvent le signe d'une cardiopathie méconnue et silencieuse. Elles sont rares, ne touchant que 6,5/100000 pratiquant mais touche principalement le sportif de loisir masculin de 40 à 50 ans.

Avant 35 ans le but est de dépister les cardiopathies congénitales ou génétiques. Après 35 ans le but est de dépister des maladies athéromateuses asymptomatiques.

#### **Une évolution administrative des VACI**

Depuis 2019, la HAS ne recommande plus de VACI chez un sujet asymptomatique souhaitant reprendre une activité physique sans essoufflement marqué lors de celle-ci. Elle recommande néanmoins la réalisation par le patient d'un [auto-questionnaire type Q-AAP+](#).

Depuis 2016, les VACI :

- Sont obligatoires tous les 3 ans pour une demande de licence chez un adulte, avec réalisation annuelle d'un auto-questionnaire de santé type QS-sport
- Restent obligatoire tous les ans pour une demande de licence pour des sports à contrainte particulières (sports mécaniques, escalade, plongée sous-marine, sports de combat notamment)
- Restent obligatoires tous les ans pour un adulte compétiteur non licencié
- Ne sont plus obligatoires chez les enfants mineurs, elles sont remplacées par une autorisation signée par les parents après réalisation d'un auto-questionnaire de santé.

#### **Les VACI en pratique**

Les VACI nécessitent :

- la réalisation d'un interrogatoire complet avec recherche d'antécédents et de facteurs de risque cardio-vasculaires personnels ou familiaux
  - un examen physique complet
  - la réalisation d'un ECG de repos tous les 3 ans entre 12 et 20 ans puis tous les 5 ans de 20 à 35 ans
  - la réalisation d'une épreuve d'effort après 35 ans selon le risque cardio-vasculaire et l'intensité de l'activité physique
  - l'éducation du pratiquant qui reste essentielle pour prévenir les accidents.

L'épreuve d'effort a pour principale indication la détection de maladie coronaire athéromateuse silencieuse. Elle analyse les réponses cardiovasculaires et respiratoires à l'effort et évalue la capacité

physique individuelle. Mais elle détecte mal le risque de rupture de plaque à l'effort c'est pourquoi il faut rester vigilant sur l'examen clinique notamment l'interrogatoire avec recherche d'une symptomatologie à l'effort.

L'épreuve d'effort :

- est indiquée chez tout sportif pratiquant une activité physique intense et symptomatique à l'effort et/ou avec un antécédent cardio-vasculaire personnel ou familial
- doit être envisagée chez un sportif pratiquant une activité sportive intense avec un risque cardio-vasculaire élevé ou très élevé
- peut être envisagée chez un patient souhaitant reprendre une activité physique intense et avec un risque cardio-vasculaire modéré ou élevé
- n'est pas indiquée chez un sportif pratiquant une activité physique intense asymptomatique avec un risque cardio-vasculaire faible

Le risque cardio-vasculaire est évalué par la classification de [l'European Society of Cardiology](#).

Dans tous les cas il faut garder à l'esprit qu'un patient présentant une pathologie cardio-vasculaire chronique et/ou un diabète et/ou une insuffisance rénale chronique présente un risque toujours élevé ou très élevé.

Dans les autres cas on évaluera le risque par l'index [SCORE](#) afin de déterminer un risque modéré ou faible. L'index score évalue le risque d'accident cardio-vasculaire à 10 ans, et tient compte de l'âge, du genre, du tabagisme, de la tension et de la dyslipidémie.

### **L'éducation du pratiquant doit absolument faire partie de la VACI.**

Elle repose sur les 10 règles de bonne pratique de l'activité physique du club des cardiologues du sport. On estime que si les pratiquants respectaient ces règles on pourrait diminuer de 40% le risque de mort subite chez le sportif.

- règles 1,2,3 : consulter et signaler à son médecin toute douleur, essoufflement anormal, palpitation ou malaise survenu à l'effort
- règle 4 : respecter un échauffement et un temps de récupération en entraînement et en compétition
- règle 5 : hydratation recommandée toutes les 30 min
- règle 6 : pas d'activité sportive intense en cas de variation brutale de la température et/ou du niveau de pollution
- règles 7, 8 : ne pas fumer, dans les 2h avant ou après la pratique, pas de prise de substance dopante
- règle 9 : pas d'activité sportive intense en période de fièvre ou dans 8 jours suivant un épisode grippal
- règle 10 : prendre un avis médical avant de reprendre une activité sportive intense si > 35 ans chez les hommes et > 45 ans chez les femmes

Il faudra rester vigilant chez le sportif du week-end ou occasionnel qui ne sera souvent pas demandeur d'une VACI car non exigée par une structure tierce. En effet ces patients s'imposent les mêmes contraintes cardio-vasculaires que chez les licenciés et il faudra rester vigilant à l'interrogatoire au risque cardio-vasculaire et la présence de symptômes anormaux à l'effort.

### **Messages clés :**

- la VACI n'est plus systématiquement annuelle
- le bilan recommandé est basé sur l'interrogatoire, l'examen clinique et l'ECG de repos
- l'épreuve d'effort n'est pas systématique mais ciblée selon l'intensité de l'effort et le risque cardio-vasculaire
- l'éducation du pratiquant est essentielle lors de la VACI

## QUESTIONS DE FORMATION

Quelles réponses sont vraies ?

- 1) L'épreuve d'effort est systématique chez les sportifs de plus de 35 ans dans le cadre de la VACI
- 2) L'éducation du pratiquant est essentielle pour diminuer le risque de mort subite
- 3) Je dois réaliser un ECG d'effort tous les 3 ans chez les 12-20 ans
- 4) La VACI est obligatoire tous les ans chez les mineurs
- 5) Le questionnaire QS-sport doit être rempli au cours d'une VACI

*Réponses 2,3*

Je dois informer le pratiquant :

- 1) De ne pas pratiquer d'activité sportive intense dans les 8 jours après un épisode grippal
- 2) Qu'il doit renouveler sa VACI tous les ans pour les compétitions si il n'est pas licencié
- 3) De consulter s'il note l'apparition de palpitations ou de malaise à l'effort
- 4) Que l'épreuve d'effort normale élimine tout risque de mort subite à l'effort.
- 5) Que les parents peuvent remplir un auto-questionnaire de non-contre-indication pour leur enfant

*Réponses : 1,2,3,5*



# **Ostéoporose post-ménopausique en 2021 : nouvelle stratégie thérapeutique**

D'après la communication du Pr. Briot Karine, Hôpital Cochin

*Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris*

### **Intro**

L'ostéoporose est une ostéopathie fragilisante c'est-à-dire qu'elle peut provoquer des fractures pour de faibles traumatismes.

Elle est fréquente avec environ 380000 fractures par an. On estime que 40% des femmes feront au moins un épisode de fracture de fragilité. Mais paradoxalement moins de 10% des femmes ayant présenté une fracture de fragilité bénéficient d'une ostéodensitométrie (ODM) et moins de 15% bénéficient d'un traitement anti-ostéoporotique.

### **Qu'est-ce qu'une fracture ostéoporotique ?**

On considère comme fracture sévère liée à l'ostéoporose les fractures ayant montré une majoration de la mortalité : les fractures de l'humérus proximal, les fractures vertébrales, les fractures du bassin, du sacrum, du pelvis, de la hanche ou du fémur diaphysaire ou distal).

Après un épisode de fracture sévère le risque de fracture à court terme est également nettement majoré : le risque de nouvelle fracture est doublé comparativement à une femme non fracturée et le risque est multiplié par 5,5 la première année. On estime ainsi qu'un quart refracturent dans l'année et plus de la moitié dans les 5 ans. D'où l'intérêt d'une intervention thérapeutique précoce, dans l'année, après la survenue de la fracture.

### **Comment choisir le traitement ?**

Afin de discuter de l'indication thérapeutique il faudra prendre en compte : la présence de facteurs de risque, la présence de fracture sévère et les résultats de l'ostéodensitométrie (T-score).

L'identification des patients à haut risque de fracture prend en compte :

- la présence d'ATCD personnel de fracture
- l'âge
- la présence de facteurs de risque de chute
- la valeur d'ostéodensitométrie
- dans les situations difficiles on peut utiliser le FRAX

L'indication à l'introduction du traitement dépend alors de la présence ou non de ces différents facteurs, repris ici dans le tableau des recommandations 2018 du GRIO .



En fonction du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Il faut retenir que :

- Toute patiente ayant un antécédent de fracture sévère doit bénéficier d'un traitement, ou d'un avis spécialisé si T-score > -1 ;
- Toute patiente dont le T-score est ≤ -3 doit bénéficier d'un traitement ;
- Les patientes ayant un antécédent de fracture non sévère doivent bénéficier d'un traitement si le T-score est ≤ -2 et bénéficier d'un avis spécialisé en cas de T-score entre -1 et -2 ;
- En cas d'absence de fracture mais de présence de facteurs de risques il faudra raisonner selon les résultats d'ODM.

### Quelles options thérapeutiques ?

Le traitement associera :

- une supplémentation vitamino-calcique dans tous les cas, avec un objectif de 25-OH-vitD entre 30 et 60 ng/mL et d'apports calciques de 1g/j
- une prévention des chutes par la pratique d'activité physique et la rééducation si besoin
- un traitement médicamenteux par bisphosphonate, teriparatide (analogue de la PTH), le raloxifène ou denosumab (Ac monoclonal anti-RANK ligand).

Les bisphosphonates, l'alendronate par voie orale ou l'acide zolédronique par voie injectable, ont un effet inhibiteur des ostéoclastes actifs. Ils sont indiqués en première intention. On préférera l'acide zolédronique en cas de fracture du col fémoral.

Le Teriparatide est indiqué en cas de présence de 2 fractures vertébrales.

Le Raloxifène est recommandé chez les patientes de moins de 65 ans sans antécédent de fracture non vertébrale avec un T-score bas à la hanche et un risque de fracture vertébrale faible.

Le Denosumab est un Ac monoclonal anti-RANK ligand avec une action sur les précurseurs des ostéoclastes. Il est indiqué en deuxième intention après échec des bisphosphonates.

En cas de DMO très basse (T-score ≤ -3) on préférera des molécules par voie injectable (acide zolédronique, tériparatide ou dénosumab)

## Quand arrêter le traitement ?

L'efficacité des anti-ostéoporotiques doit être réévaluée tous les 2 ans par examen clinique et ODM.

On définit comme cible ostéo-densitométrique l'absence de perte osseuse et au mieux une augmentation de la DMO notamment en cas de T-score initial  $\leq -3$ .

Il n'existe pas de durée maximale de traitement. En effet les traitements anti-ostéoporotiques sont bien tolérés à court et long terme. Le risque de complications notamment de l'ostéonécrose de la mâchoire ou de fracture atypique de la diaphyse fémorale sont rares. Chez les patientes avec un risque fracturaire important le bilan dentaire ne doit pas retarder l'introduction du traitement et un suivi dentaire annuel est suffisant

Les critères d'arrêt des anti-ostéoporotiques sont :

- l'absence de nouvelle fracture sous traitement
- l'absence de nouveau facteur de risque fracturaire
- la stabilisation de la valeur de DMO et un T-score fémorale  $> 2,5$

## Messages clés :

- Individualiser le traitement
- Il faut initier rapidement un traitement en cas de risque fracturaire à court terme sévère
- Réévaluer à 2 ans l'efficacité du traitement par ODM avec notion de cible ostéodensitométrique
- Personnaliser la durée du traitement selon le risque fracturaire et l'amélioration sous traitement

## QUESTIONS DE FORMATION

Quelles réponses sont justes ?

- 1) La supplémentation vitamino-calcique est indiquée chez toutes les patientes ayant une indication de traitement
- 2) L'ostéoporose est une pathologie fréquente, suffisamment dépistée et prise en charge après des épisodes fracturaires
- 3) En cas de doute sur le risque fracturaire de ma patiente je peux utiliser l'outil FRAX
- 4) Les biphosphonates sont la plupart du temps le traitement de première intention
- 5) Le risque de nouvelle fracture après une fracture sévère est plus élevé la première année mais devient comparable à la population générale passé ce délai

Réponses : 1,3,4

Lors de l'introduction d'un traitement anti-ostéoporotique :

- 1) Je dois toujours attendre les résultats du bilan bucco-dentaire avant leur introduction
- 2) Je dois réévaluer l'efficacité à 2 ans par une ODM
- 3) Je prends en compte l'âge et le type de fracture de la patiente pour décider de la classe thérapeutique
- 4) Je dois viser un objectif de 25-OH-vitD entre 30 et 60 ng/mL
- 5) J'informe la patiente que la durée maximale du traitement est de 5 ans

Réponses : 2,3,4

# **Nouvelles recommandations de prise en charge de l'hypercholestérolémie en prévention secondaire**

D'après la communication du Pr. Boccara Franck, Hôpital Saint Antoine

Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris

### Intro

Le LDL-c est un facteur de risque majeur de maladie athérosclérotique (infarctus du myocarde, AVC, AOMI). De nombreuses études ont mis en évidence un lien selon une relation linéaire entre le taux de LDL-c avec le risque de maladie athérosclérotique.

Les nouvelles recommandations européennes divisent les patients en 4 niveaux de risque cardio-vasculaire :

- Les patients à très haut risque : les patients ayant déjà présenté un évènement cardio-vasculaire, les patients diabétiques avec au moins 3 facteurs de risque cardio-vasculaires ou diabétiques de type 1 depuis plus de 20 ans, les insuffisants rénaux chronique sévères ( $DFG < 30\text{ml/min/1,73m}^2$ ), les patients avec un risque cardio-vasculaire estimé par SCORE  $> 10\%$ .
- Les patients à haut risque : les patients ayant un FDRCV majeur c'est-à-dire une HTA  $> 180/110$  ou des TG  $> 3,1\text{g/L}$  ou LDL-c  $> 1,9\text{g/L}$ , les patients diabétiques depuis plus de 10 ans sans atteinte d'organe, les insuffisants rénaux chronique avec un DFG compris entre 30 et 60  $\text{mL/min/1,73m}^2$ , les patients avec un risque cardio-vasculaire estimé par SCORE entre 5 et 10%
- Les patients à risque modéré : les patients diabétiques depuis moins de 10 ans sans autre FDRCV ou les patients avec un risque cardio-vasculaire estimé par SCORE entre 1 et 5%
- Les patients à faible risque : les patients avec un risque cardio-vasculaire estimé par SCORE  $< 1\%$

### **Quels sont les objectifs de LDL-c et comment les atteindre ?**

Chez les patients ayant déjà présenté un épisode cardio-vasculaire, donc à très haut risque, les objectifs de LDL-c depuis 2019 sont  $< 0,55\text{g/L}$  ET une baisse de plus de 50% du LDL-c de base.

Mais seulement 30% des patients présentent des objectifs respectés à 6 mois de l'évènement alors que les études ont montré une baisse d'un quart la réduction des évènements cardio-vasculaires pour chaque diminution de  $1\text{mmol/L}$  de LDL-c sous statines.

On peut identifier certains facteurs expliquant l'absence d'atteinte des objectifs :

- une inertie thérapeutique avec des traitements initiaux sous-dosés et/ou pas suffisamment rapidement majorés
- des règles hygiéno-diététiques insuffisamment suivies par les patients

La prise en charge secondaire médicamenteuse des dyslipidémies est basée sur :

- une statine à forte dose ou à dose maximale tolérée. L'atorvastatine et la rosuvastatine sont les deux molécules les plus efficaces, à recommander à forte dose d'emblée, 40mg voir 80mg/j

d'atorvastatine et 20mg/j de rosuvastatine. Elles sont également recommandées dans la prise en charge de l'hypertriglycéridémie

- l'ézetimibe en seconde ligne, en association aux statines si l'objectif n'est pas atteint ou en substitution en cas d'intolérance.
- les inhibiteurs de PCSK9 (alirocumab ou evolocumab) en plus de l'association statine et ezetimibe à dose maximale tolérée en cas de non atteinte des objectifs.

### **La tolérance comme variable d'ajustement thérapeutique**

Le risque de mauvaise tolérance musculaire des statines augmente avec la dose, elle concerne environ 10% des patients.

En cas de mauvaise tolérance sans autre cause retrouvée on peut proposer un changement de molécule précédée par une période de « wash-out » de 2 à 4 semaines. On introduira alors une nouvelle statine avec une majoration progressive de la dose jusqu'à une dose maximale tolérée.

On pourra proposer 2 changements de molécules selon ces modalités si nécessaire, avant d'ajouter l'ézetimibe à la dose maximale tolérée si l'objectif de LDL-c n'est pas atteint avec la dose prescrite.

### **Messages clés :**

- Identifier l'objectif de LDL-c selon le risque cardio-vasculaire du patient
- Objectif de LDL-c < 0,55g/L ET baisse de plus de 50% chez les patients à très hauts risques
- Eviter l'inertie thérapeutique

## **QUESTIONS DE FORMATION**

En prévention secondaire d'un évènement cardio-vasculaire :

- 1) Je peux prescrire des règles hygiéno-diététiques seules et réévaluer l'indication d'un traitement médicamenteux si besoin à 3 mois
- 2) L'objectif de LDL-c est < 0,55g/L ET une baisse de plus de 50% du taux de LDL-c
- 3) Je prescris de l'ézetimibe si l'objectif n'est pas atteint à dose maximale tolérée de statine
- 4) Je dois réaliser une évaluation du risque selon le SCORE pour discuter l'indication des statines
- 5) 60% des patients sont aux objectifs de LDL-c à 6 mois de l'évènement en France

Réponses : 2,3

Quelles réponses sont justes ?

- 1) En cas d'intolérance musculaire d'une statine je peux réaliser un changement de molécule après une période de « wash out » de 2 à 4 semaines
- 2) Je prescris toujours des règles hygiéno-diététiques en association aux thérapeutiques médicamenteuses
- 3) Les inhibiteurs de PCSK9 sont indiqués si l'objectif n'est pas atteint par l'association statine-ezetimibe
- 4) En cas d'hypertriglycéridémie je ne peux prescrire d'atorvastatine
- 5) L'Atorvastatine et la rosuvastatine sont les deux statines les plus efficaces

Réponses : 1,2,3,5



### **Insuffisance cardiaque en 2021, la prise en charge évolue !**

D'après la communication du Pr. Trochu Jean-Noël, CHU Nantes

*Article rédigé par le Dr Samuel Sarfati, Paris*

#### **Intro**

La prévalence de l'IC est en constantes augmentation du fait du vieillissement de la population et d'une meilleure prise en charge des pathologies cardio-vasculaires. La plupart présente une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée mais on observe un nombre croissant de patient insuffisants cardiaques avec une FEVG altérée, notamment après un épisode coronarien ou souffrant d'insuffisance rénale.

De nouvelles recommandations viennent préciser les modalités de prise en charge des comorbidités et la prise en charge médicamenteuse de ces patients.

#### **Des comorbidités au cœur de la prise en charge**

La prise en charge des comorbidités est complexe devant la multiplication des intervenants prenant en charge le patient insuffisant cardiaque. Elle reste néanmoins au centre de la prise en charge car leur augmentation majore le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et le risque de décès d'origine cardio-vasculaire. Le médecin traitant aura alors tout son rôle pour centraliser les informations et manager la prise en charge.

La carence martiale doit notamment être prise en charge.

Sa prévalence est estimée entre 35 et 50% chez les insuffisants cardiaques, avec ou sans anémie associée.

Elle est un facteur pronostique indépendant de décès.

Elle est d'origine plurifactorielle : processus inflammatoire, saignements digestifs infracliniques sur prise d'antiagrégants. Elle peut être absolue (ferritinémie basse) ou relative (coefficient de saturation de la transferrine bas).

Mais sa supplémentation orale n'a pas montré son efficacité dans le cadre de la carence martiale associée à l'insuffisance cardiaque. L'ESC recommande alors une supplémentation IV.

Différentes études ont mis en évidence une amélioration de la classe NYHA, l'augmentation du périmètre de marche, une amélioration de la qualité de vie et une diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque chez les supplémentés.

## **Des traitements médicamenteux qui évoluent**

Concernant la prise en charge médicamenteuse des insuffisances cardiaques à FEVG altérée :

- une association d'IEC (ou ARA2 si mauvaise tolérance) et de  $\beta$ -bloquant est indiquée jusqu'à dose maximale tolérée ;
- en cas de persistance des symptômes on y associera un antagoniste des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM) , spironolactone ou eplerone, en débutant à posologie faible puis en majorant jusqu'à la dose maximale .
- en cas de persistance des symptômes on remplacera l'IEC par un Inhibiteurs de la néprilysine/antagonistes de l'angiotensine II (IRAN), soit l'association fixe sacubitril/valsartan (Entresto®)
- on discutera d'une repolarisation en cas de bloc de branche ou d'une introduction d'ivabradine en cas de rythme sinusal avec fréquence cardiaque  $\geq 75$  bpm.

Depuis fin 2020 les inhibiteurs de SGLT2 (les glifozines) peuvent également être prescrits chez les insuffisants cardiaques à FEVG altérée. Ce sont des anti-diabétiques oraux qui bloquent la résorption du glucose dans le tubule proximal ce qui induit glycosurie.

Leur mode d'action est double :

- par une régulation du métabolisme énergétique myocardique avec une diminution des besoins en oxygène ;
- et par un effet vasculaire par réduction de l'œdème interstitiel de l'insuffisance cardiaque sans agissement sur le volume intra-vasculaire.

Leur usage permet ainsi une diminution de la fréquence des hospitalisations pour l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale.

En France la Dapaglifozine est actuellement recommandée :

- chez le patient diabétique de type 2 à haut risque cardio-vasculaire, en prévention primaire ou secondaire
- chez l'insuffisant cardiaque chronique à FEVG altérée diabétique ou non

Sa prescription initiale est restreinte aux cardiologues, diabétologues ou médecins internistes mais son renouvellement est possible par tout prescripteur.

## **Messages clés :**

- Il est nécessaire de prendre en compte les comorbidités dont la carence martiale
- La titration des médicaments cardioprotecteurs est garant d'une amélioration clinique
- Les I-SGLT2 peuvent être utilisés chez les insuffisants cardiaques chroniques à FEVG altérée diabétiques ou non

## QUESTIONS DE FORMATION

Quelles réponses sont justes ?

- 1) L'association IEC et  $\beta$ -bloquant est indiquée en première intention en cas d'insuffisance cardiaque à FEVG altérée
- 2) Les Glifozines ne sont indiquées que chez les diabétiques avec insuffisance cardiaque à FEVG altérée
- 3) La carence martiale chez l'insuffisant cardiaque ne doit être traitée qu'en cas d'anémie associée
- 4) Je prescris un IRAN en plus des IEC en cas d'échec des ARM
- 5) La carence martiale chez l'insuffisant cardiaque est un facteur de risque indépendant de décès d'origine cardio-vasculaire

Réponses : 1,5

Quelles réponses sont justes ?

- 1) Seule la carence martiale absolue doit être corrigée, celle relative avec CST bas ne doit pas l'être
- 2) Les médecins généralistes peuvent renouveler une prescription de Dapaglifozine
- 3) On préférera une supplémentation martiale IV en cas d'insuffisance cardiaque
- 4) J'ajoute un ARM en cas d'échec de l'association IEC et  $\beta$ -bloquant à dose maximale tolérée
- 5) Les Glifozines ont une action sur la consommation en oxygène myocardique et sur l'œdème interstitiel vasculaire

Réponses : 2, 3, 4, 5