



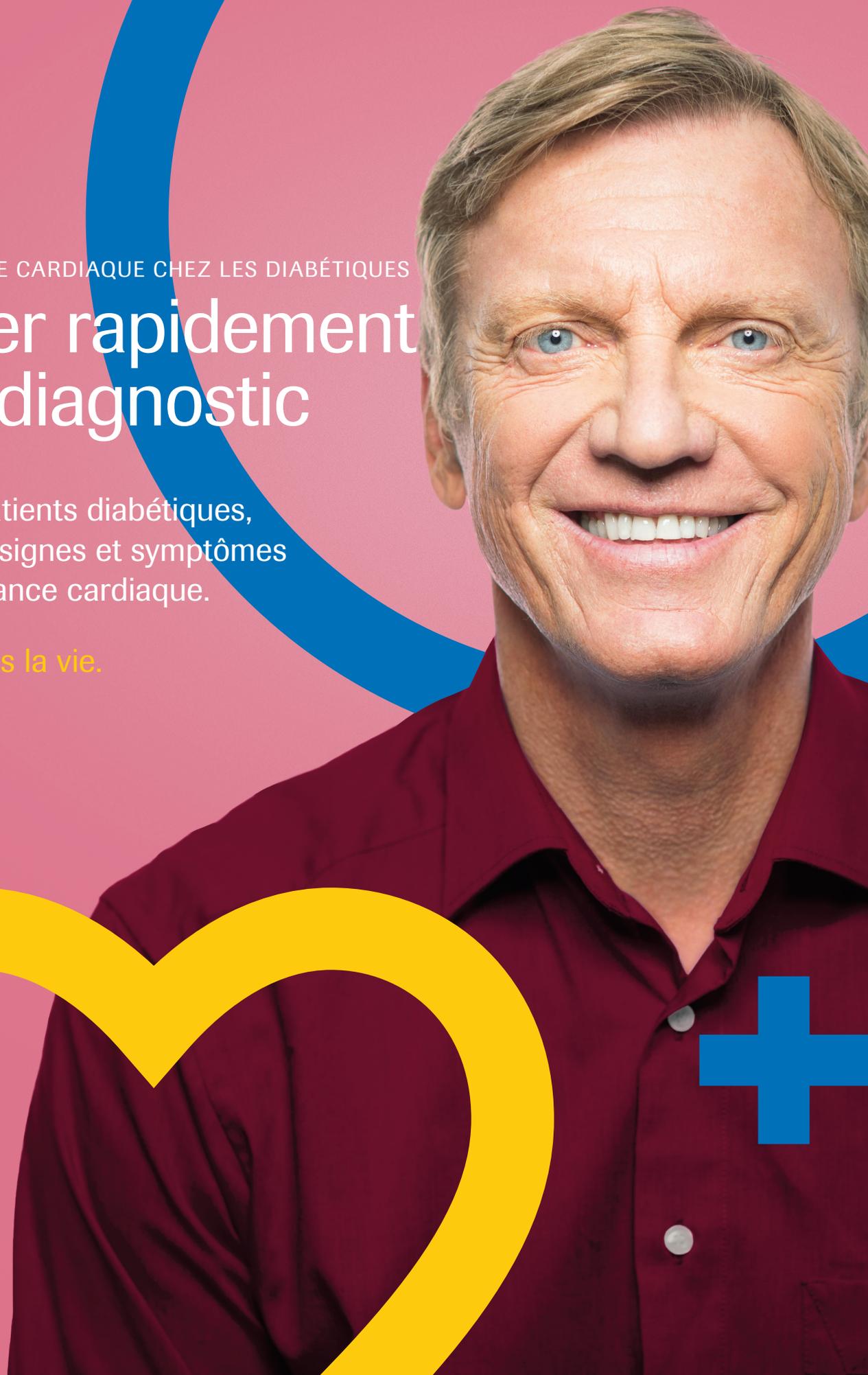
Roche

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHEZ LES DIABÉTIQUES

Arriver rapidement à un diagnostic

Chez vos patients diabétiques,
pensez aux signes et symptômes
de l'insuffisance cardiaque.

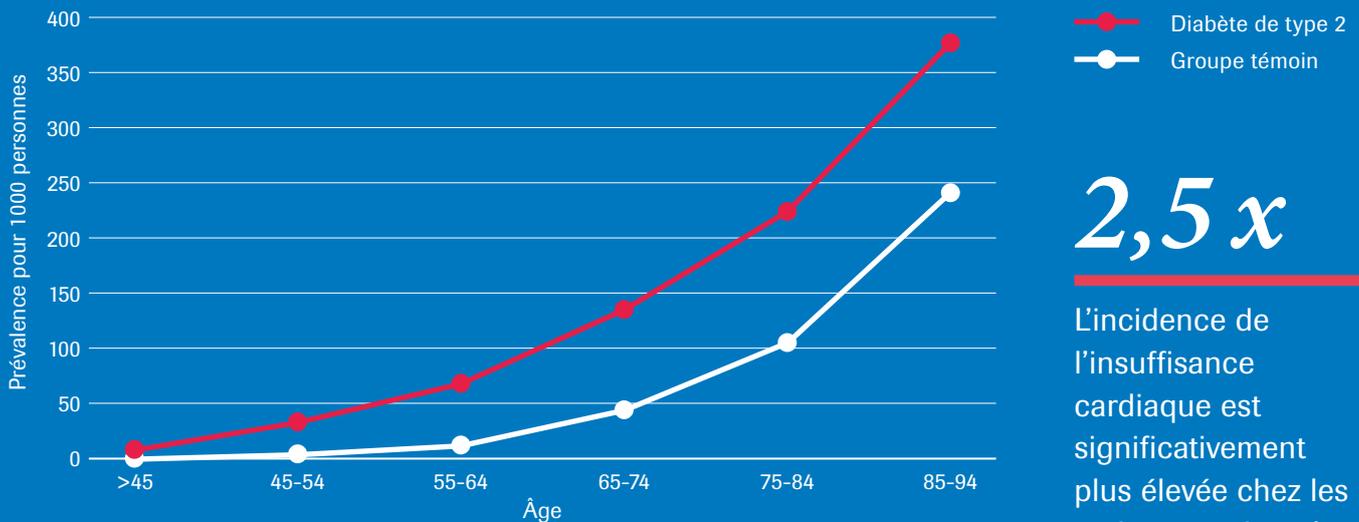
Nous aimons la vie.



Parmi vos patients diabétiques, lesquels ont une fonction cardiaque normale?

Le diabète est fortement associé à une prévalence accrue de l'insuffisance cardiaque et d'autres maladies cardio-vasculaires.¹

Prévalence de l'insuffisance cardiaque chronique²



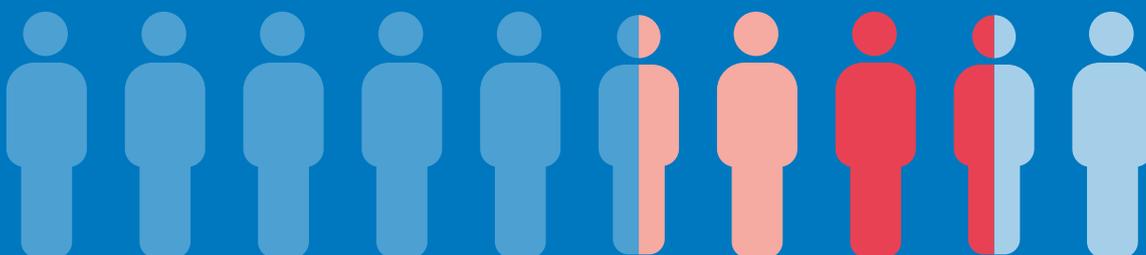
2,5 x

L'incidence de l'insuffisance cardiaque est significativement plus élevée chez les patients atteints de diabète de type 2³

Les patients diabétiques de moins de 60 ans présentent également un risque d'insuffisance cardiaque élevé.⁴ Un mode de vie sain leur permet cependant de minimiser ce risque.⁵

Dans sa phase précoce, une insuffisance cardiaque est difficile à diagnostiquer, car les symptômes sont souvent légers, non persistants ou non spécifiques.⁶

Patients diabétiques >60 ans^{7,1}



55%

présentent une fonction ventriculaire gauche normale

15%

présentent une fonction cardiaque déjà réduite

15%

présentent une insuffisance cardiaque non détectée

15%

présentent une insuffisance cardiaque diagnostiquée



En cas de suspicion d'insuffisance cardiaque avec présence d'au moins UN critère caractéristique, les lignes directrices de l'ESC recommandent d'effectuer un dosage du NT-proBNP.⁶

Symptômes

Typiques

- Essoufflement
- Orthopnée
- Dyspnée paroxystique nocturne
- Tolérance à l'effort restreinte
- Epuisement, fatigue, temps de récupération accru après un effort physique
- Gonflement des chevilles

Moins typiques

- Toux nocturne
- Respiration sifflante
- Sensations de ballonnement
- Inappétence
- Confusion mentale (en particulier chez les personnes âgées)
- Dépression
- Palpitations
- Vertiges
- Syncope
- Bendaopnée

Signes cliniques

Spécifiques

- Pression veineuse jugulaire accrue
- Reflux hépato-jugulaire
- Troisième bruit cardiaque (bruit de galop)
- Impulsion apicale latéralisée

Moins spécifiques

- Prise de poids (>2 kg/sem.)
- Perte de poids (insuffisance cardiaque à un stade avancé)
- Fonte tissulaire (cachexie)
- Souffle cardiaque
- Œdèmes périphériques (talaire, sacré, scrotal)
- Râles crépitants
- Admission d'air réduite et matité lors de la percussion à la base des poumons (épanchement pleural)
- Tachycardie
- Pouls irrégulier
- Tachypnée
- Respiration de Cheynes-Stokes
- Hépatomégalie
- Ascite
- Extrémités froides
- Oligurie
- Faible pression pulsée

Critères caractéristiques

Antécédents cliniques

- Maladies coronariennes (infarctus du myocarde)
- Evolution de l'hypertension artérielle
- Exposition à des principes actifs cardiotoxiques*
- Administration de diurétiques
- Orthopnée/dyspnée nocturne

Examen physique

- Râles crépitants
- Souffle cardiaque
- Dilatation des veines du cou
- Œdèmes des jambes

Anomalies à l'ECG

Présence d'au moins 1 critère

NT-proBNP ≥ 125 pg/ml

OUI

Echocardiographie pour confirmation de la suspicion.

NON

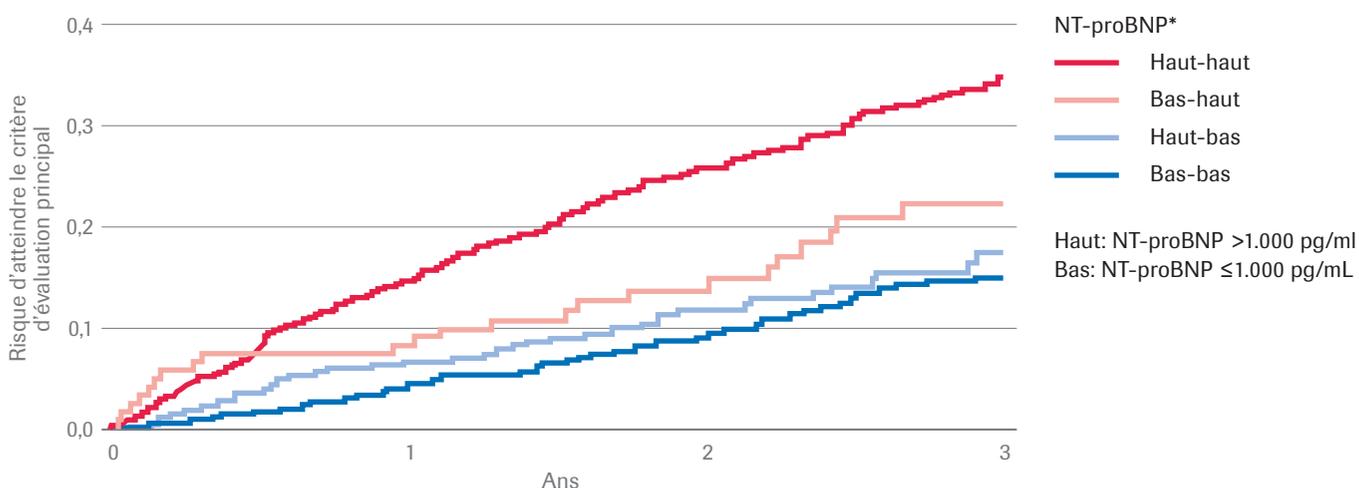
Insuffisance cardiaque improbable, envisager un autre diagnostic.

*Exemple: traitements oncologiques (chimiothérapie, radiothérapie), ibuprofène.

Le NT-proBNP peut tirer les choses au clair: plus le taux de NT-proBNP est bas, plus le pronostic est favorable.

Dans une étude (PARADIGM-HF) incluant également des patients diabétiques, l'évolution du taux de NT-proBNP a permis de prédire de façon durable le risque de décès d'origine cardio-vasculaire et d'hospitalisation suite à une insuffisance cardiaque.^{13, 14}

La pertinence pronostique du NT-proBNP: l'évolution du taux de NT-proBNP dans le temps est décisive.



L'évolution du taux de NT-proBNP sur une période d'un mois avait une haute valeur prédictive pour les décès d'origine cardio-vasculaire et les hospitalisations suite à une insuffisance cardiaque (critère d'évaluation principal):

- Les patients présentant des valeurs durablement élevées de NT-proBNP (haut-haut) ou des valeurs croissantes (bas-haut) présentaient le risque le plus élevé
- Les patients présentant des valeurs durablement basses de NT-proBNP (bas-bas) ou des valeurs décroissantes (haut-bas) présentaient le risque le plus réduit

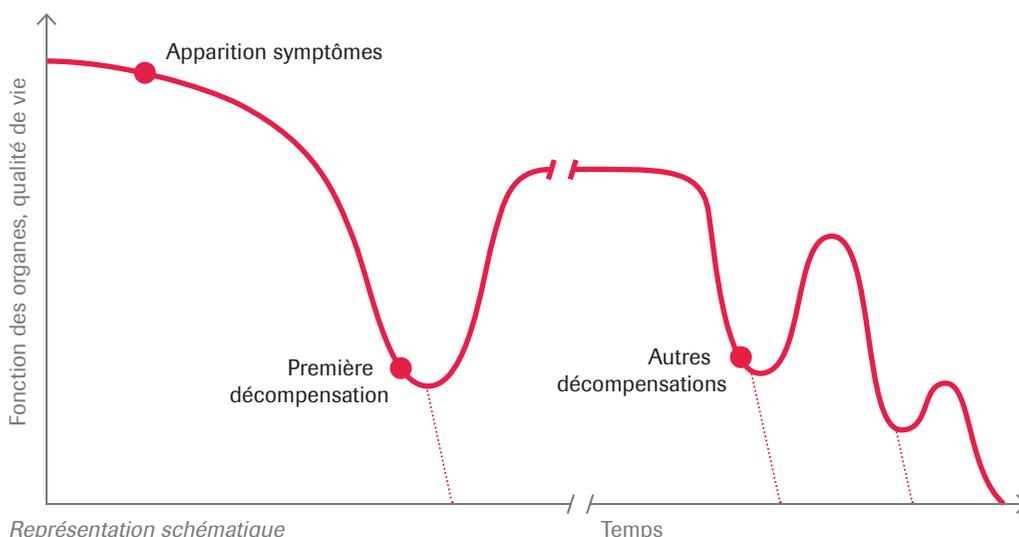
Les patients chez lesquels le taux de NT-proBNP a pu être abaissé à **≤1000 pg/ml** présentaient un risque de décès d'origine cardio-vasculaire et d'hospitalisation suite à une insuffisance cardiaque réduit de **59%**.



Un diagnostic précoce est important en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque.

Evolution de l'insuffisance cardiaque⁸

50% des patients décèdent dans les 5 ans suivant le diagnostic.^{9,10}



La détection précoce et la prévention des maladies cardio-vasculaires sont un objectif primaire de la prise en charge des patients diabétiques: il s'agit de prévenir les complications à long terme de la maladie et de réduire les coûts pour le système de santé.⁷ (**Stratégie nationale de la Suisse (2017-2024)**¹¹ contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète)

Les **lignes directrices suisses relatives au diabète** recommandent un examen de dépistage des maladies cardio-vasculaires et, en particulier, de l'insuffisance cardiaque.¹² Le NT-proBNP contribue au diagnostic en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque.⁶

Le NT-proBNP est un biomarqueur qui apporte une réponse claire et permet de poser le bon diagnostic de manière précoce.

Récapitulatif: L'insuffisance cardiaque chez les diabétiques

- Le diabète est fortement associé à une prévalence accrue d'insuffisance cardiaque
- Il convient de penser aux signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque chez les patients diabétiques
- Un taux de NT-proBNP <125 pg/ml permet d'infirmer une suspicion d'insuffisance cardiaque
- Les taux de NT-proBNP ont une haute valeur prédictive lors d'insuffisance cardiaque

Dosage du NT-proBNP en quelques minutes

Mesurez le taux de NT-proBNP au sein de votre cabinet à l'aide du système **cobas h 232** ou contactez votre laboratoire partenaire pour lui demander le test Elecsys® proBNP II.



1. Seferovic PM et al: European Journal of Heart Failure (2018); 20, 853–872. doi:10.1002/ejhf.1170
2. Adapté de Nichols GA et al: Diabetes Care (2004); 27:1879–1884
3. Nichols GA et al: Diabetes Care (2001); 24:1614–1619
4. Shah AD et al: Lancet Diabetes Endocrinol (2015); 3(2), 105–113
5. Djoussé L et al: JAMA (2009); 302(4):394–400
6. Ponikowski P et al: Eur J Heart Fail (2016); 18:891–975
7. Adapté de Boonman-de Winter LJM: Diabetologia (2012); 55(8):2154–2162
8. Adapté de Cowie M, et al: Heart Failure Association of the ESC (2014) www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/acute-heart-failure/improving-care-for-patients-with-acute-heart-failure
9. Hobbs FD et al.: Eur Heart J (2007); 28(9):1128–34.
10. Taylor CJ et al: Family Practice (2017); Pages 161–168
11. CardioVasc Suisse:Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes (2016); www.cardiovascsuisse.ch
12. Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie: SWISS RECOMMENDATIONS 2016 FOR THE MEDICAL TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES (2016); www.sgedssed.ch
13. Zile MR et al: J Am Coll Cardiol (2016); 68(22):2425–2436
14. McMurray JJ et al: Eur J Heart Fail (2014); 16(7):817–25