

# L'insuffisance cardiaque de novo que faire ?

# 1

*Guillem Caldentey et Michel White*

« Docteur, je suis essoufflé ! », se plaint un patient obèse de 55 ans, atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive et ayant des facteurs de risque cardiovasculaire. Un tel scénario clinique pose toujours un défi de taille, tant sur le plan du diagnostic que sur celui du choix des examens complémentaires. Même si la dyspnée est fréquente chez les patients obèses ayant des troubles pulmonaires ou un déconditionnement important, elle constitue un signe d'appel d'insuffisance cardiaque. Toutefois, comment reconnaître ces patients et quels tests demander pour arriver à un diagnostic précis ? Quels médicaments choisir en pareil contexte ?

**L'**INSUFFISANCE CARDIAQUE atteint 1 % ou 2 % de la population nord-américaine. Aussi, jusqu'à 20 % des patients de plus de 40 ans en souffriront au cours de leur vie. La mortalité annuelle peut varier entre 5 % et 50 % selon l'âge et la gravité de la maladie<sup>1,2</sup>. Il s'agit de la cause d'hospitalisation la plus fréquente chez les sujets de plus de 65 ans. C'est donc un problème clinique d'importance pour tout médecin.

### Quand soupçonner une insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque *de novo* peut se présenter de façon aiguë par des symptômes qui évoluent rapi-

*Le Dr Guillem Caldentey, cardiologue espagnol, effectue une formation complémentaire en insuffisance cardiaque et en transplantation cardiaque à l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM). Le Dr Michel White, cardiologue, fait de la recherche au sein des unités d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque de l'ICM. Il est professeur titulaire et directeur de la recherche de l'axe de la fonction ventriculaire à l'ICM.*

dement (généralement avec un facteur déclencheur) ou plus graduellement sur quelques semaines ou quelques mois par des symptômes souvent non spécifiques (fatigue, intolérance à l'effort, etc.).

Un diagnostic inapproprié d'infection respiratoire traitée par des antibiotiques est souvent posé avant d'en arriver à celui d'insuffisance cardiaque, surtout chez les patients atteints de maladie pulmonaire ou d'obésité<sup>1</sup>. De plus, les symptômes plus spécifiques, tels que l'orthopnée et la dyspnée paroxystique nocturne, sont souvent moins fréquents, surtout chez les patients compensés du côté volémique. Une anamnèse détaillée et un examen physique cardiaque permettront alors d'orienter correctement le diagnostic.

Les symptômes et les signes d'appel susceptibles de nous guider vers l'insuffisance cardiaque sont énumérés dans le *tableau 1*<sup>3</sup>.

### Quelle est la cause de l'insuffisance cardiaque ?

Les causes de défaillance cardiaque sont multiples. Lorsqu'on évalue un patient, il faut garder en tête les

**Les symptômes d'insuffisance cardiaque ne sont souvent pas spécifiques (fatigue, intolérance à l'effort, etc.). Un diagnostic inapproprié d'infection respiratoire traitée par des antibiotiques est souvent posé avant d'en arriver à celui d'insuffisance cardiaque.**

### Repère

**Tableau I****Symptômes et signes d'appel en cas d'insuffisance cardiaque<sup>3</sup>****Symptômes****Typiques**

- ↓ tolérance à l'effort
- Fatigue
- Dyspnée
- Orthopnée
- Dyspnée paroxystique nocturne

**Atypiques**

- Toux nocturne
- Respiration sifflante
- Syncope
- Palpitations
- Sensation de gonflement
- Gain de poids
- Dépression
- Confusion (patients âgés)
- Cachexie (insuffisance cardiaque avancée)

**Signes****Spécifiques**

- ↑ pression veineuse centrale
- Reflux hépatojugulaire (+)
- Apex déplacé
- B3 (galop)
- Souffle cardiaque

**Moins spécifiques**

- Tachycardie
- Battements irréguliers
- Tachypnée
- Râles
- Ascites
- Hépatomégalie
- Œdème périphérique

Source : McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et coll. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012 ; 33 (14) : 1787-847. Reproduction autorisée.

principales. Il faut aussi déterminer si l'insuffisance cardiaque est à fraction d'éjection préservée ou diminuée, car le profil clinique de ces deux groupes est très différent. En effet, les patients dont la fraction d'éjection est préservée sont souvent plus âgés, de sexe féminin et atteints d'hypertension ou de fibrillation auriculaire. Les patients dont la fraction d'éjection est diminuée ont plus d'antécédents d'infarctus et présentent souvent un bloc de branche gauche à l'électrocardiogramme<sup>4</sup>. L'arsenal thérapeutique s'est révélé efficace pour réduire la morbidité et la mortalité à long terme chez les patients à fraction d'éjection diminuée, mais pas chez ceux dont la fraction d'éjection est préservée<sup>5,6</sup>. Par contre, le pronostic est légèrement meilleur

**Tableau II****Principales différences entre l'insuffisance cardiaque à fonction ventriculaire préservée et diminuée<sup>4</sup>**

Fraction d'éjection préservée	Fraction d'éjection diminuée
Prédominance féminine	Prédominance masculine
Patients plus âgés	Patients moins âgés
Hypertension	Cause ischémique fréquente
Fibrillation auriculaire	Bloc de branche gauche
Dysfonctionnement diastolique	Dysfonctionnement systolique (± diastolique)
Cardiomégalie moins fréquente	Cardiomégalie plus fréquente
Absence de traitement ayant une efficacité prouvée	Traitement ayant une efficacité prouvée

leur dans ce dernier cas. Le *tableau II*<sup>4</sup> illustre les principales différences entre ces groupes (voir l'article des D<sup>res</sup> Kim Anderson et Eileen O'Meara intitulé : « L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée », dans le présent numéro).

Plus de 50 % des cas d'insuffisance cardiaque sont associés à un dysfonctionnement systolique, dont 66 % à une cardiopathie ischémique. Au moins les deux tiers des patients de plus de 65 ans souffrant d'insuffisance cardiaque *de novo* ont une fraction d'éjection diminuée<sup>2</sup> !

Les causes les plus fréquentes d'insuffisance cardiaque non ischémique sont présentées dans le *tableau III*. La consommation de drogues (alcool, amphétamines, cocaïne, etc.), la prise de médicaments cardiotoxiques (anthracyclines, trastuzumab), des antécédents familiaux de cardiopathie ou de mort subite et une infection virale récente sont parmi les plus fréquentes à retenir pour poser un diagnostic approprié.

**Quels examens doit-on faire ?**

Les examens biochimiques et hématologiques facilitent le diagnostic et orientent le traitement de l'insuffisance cardiaque. Ils doivent comprendre un bilan biochimique de base, dont la mesure de la fonction rénale et des électrolytes. Les résultats nous aideront à choisir les modulateurs du système rénine-angiotensine-

aldostérone (RAA) les plus appropriés. En effet, une insuffisance rénale importante rend problématique l'administration d'un agent modulant le système RAA, comme un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un inhibiteur de l'aldostérone (spironolactone ou éplérénone).

L'hémogramme complet permettra de détecter les causes potentiellement réversibles, comme l'anémie. Un bilan hépatique (ALT, AST, GGT, phosphatase alcaline, bilirubine, protéines totales et albumine) fournira de l'information sur la présence d'une congestion hépatique, d'une maladie du foie pouvant expliquer les symptômes (ex. : ascite en lien avec une cirrhose et hypertension portale) ainsi que sur l'état nutritionnel (hypoalbuminémie). La mesure de la glycémie et du taux d'hémoglobine glyquée ainsi qu'un bilan lipidique permettront d'évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire comme le diabète et une dyslipidémie. Une analyse d'urine indiquera aussi la présence d'une microalbuminurie. Si l'on soupçonne une consommation de drogues (ex. : cocaïne ou amphétamines), le dosage de ces substances dans le sang sera utile.

Un bilan thyroïdien (T4, TSH) est aussi indiqué, car l'hyperthyroïdie est une cause classique d'insuffisance cardiaque à débit augmenté. De plus, une altération de la fonction thyroïdienne peut contribuer à décompenser une cardiopathie subclinique ou existante. Des maladies infiltrantes, comme une hémochromatose ou une amyloïdose, peuvent aussi être en cause et nécessiteront des examens plus précis, notamment le dosage de la ferritine sérique, une biopsie et une électrophorèse des protéines.

### Indications pour doser le BNP ou le NT-proBNP<sup>5</sup> ?

Le taux de peptide natriurétique de type B (BNP) ou de son métabolite a une haute valeur prédictive négative pour l'exclusion de l'insuffisance cardiaque. Une valeur normale chez un patient ayant pour la première fois un tableau compatible avec une défaillance cardiaque élimine pratiquement le diagnostic de cardiopathie importante. On peut donc le demander (s'il est accessible) lorsque le patient a des symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque sans signes cliniques de congestion à l'examen physique. La mesure en série de ce paramètre dans le temps est aussi prometteuse pour le suivi de patients atteints d'insuffisance cardiaque confirmée.

## Tableau III

### Causes plus fréquentes d'insuffisance cardiaque non ischémique

- **Hypertension artérielle**
- **Cardiomyopathie primaire**
  - ⊕ dilatée idiopathique
  - ⊕ dilatée familiale
  - ⊕ hypertrophique
  - ⊕ arythmogène du ventricule droit
  - ⊕ restrictive
  - ⊕ non compactée
- **Cardiomyopathie acquise**
  - ⊕ myocardite
  - ⊕ cardiomyopathie lymphocytaire à cellules géantes, éosinophilique
  - ⊕ cardiomyopathie infectieuse (virus, bactéries, spirochètes, champignons, protozoaires, parasites)
  - ⊕ cause toxique (alcool, cocaïne, chimiothérapie)
  - ⊕ myocardite périnatale
  - ⊕ maladies infiltrantes (amyloïdose, sarcoïdose, hémochromatose)
- **Maladie valvulaire**
- **Cardiopathie congénitale**
- **Arythmie (tachy- ou bradyarythmie)**
- **Surcharge de volume (insuffisance rénale, surcharge iatrogénique)**
- **Débit cardiaque augmenté (anémie, septicémie, maladie de Paget, fistule artérioveineuse)**

### ECG et radiographie pulmonaire

L'ECG et la radiographie pulmonaire sont deux examens essentiels qui peuvent nous donner beaucoup d'information. Tout patient recevant un diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque devrait passer un ECG pour éliminer la présence d'ondes « Q » liées à une nécrose ou pour déceler des signes d'hypertrophie ventriculaire ou d'arythmies. La valeur prédictive négative de l'ECG est de 98 % tandis que sa valeur prédictive positive est de 85 % et 90 % dans les cas d'insuffisance cardiaque aiguë ou chronique respectivement<sup>3,7</sup>. Aussi, un dysfonctionnement ventriculaire est moins probable, bien qu'il soit toujours possible lorsque l'ECG est normal.

Une simple radiographie pulmonaire peut révéler une cardiomégalie ainsi qu'une congestion ou des altérations pulmonaires (fibrose, BPCO ou surinfection bronchique). Néanmoins, son utilité diagnostique chez

un patient sans décompensation aiguë est plus limitée. Il est important de souligner que l'absence de cardiomégalie à la radiographie ne permet pas d'exclure un dysfonctionnement ventriculaire important !

### *Utilité diagnostique des différents tests d'imagerie*

En plus de l'examen physique, des épreuves de laboratoire et de la radiographie pulmonaire, un examen d'imagerie devrait être demandé pour tous les nouveaux cas d'insuffisance cardiaque afin d'évaluer la structure du cœur et de quantifier la fonction cardiaque. Celui qui est le plus accessible et qui donne le plus d'informations cliniques est l'échocardiographie<sup>6</sup>. Il permet de connaître la fraction d'éjection, de vérifier s'il y a des altérations segmentaires de la motilité ou des valvulopathies et d'obtenir des données liées au pronostic (sphéricité du ventricule, présence d'un profil diastolique restrictif et d'hypertension artérielle pulmonaire sous-jacente). Ces renseignements objectifs nous permettront d'instaurer le traitement pharmacologique approprié et d'établir la pertinence d'interventions chirurgicales (notamment en cas de valvulopathie importante).

Les autres examens d'imagerie utiles sont la ventriculographie isotopique, la tomодensitométrie cardiaque de même que la résonance magnétique cardiaque au repos et à l'effort. La ventriculographie isotopique constitue un moyen fiable de connaître la fraction d'éjection et est rapidement accessible. Par contre, elle ne peut servir à déterminer la présence de valvulopathies ni la cause d'un dysfonctionnement ventriculaire le cas échéant. La tomодensitométrie cardiaque, quant à elle, est une option intéressante pour l'évaluation des volumes et de la fonction du cœur. Cette modalité diagnostique permet également de dépister une affection de l'aorte et d'éliminer la possibilité d'une maladie coronarienne (par angiotomodensitométrie coronarienne). Enfin, la résonance magnétique cardiaque est un examen très précis pour évaluer la structure et la fonction du cœur, voire le meilleur pour la fonction du ventricule droit et n'expose pas le patient aux rayonnements. Cependant, son accès demeure plus difficile.

### *Quels médicaments prescrire<sup>8</sup> ?*

#### *Traitement en cas de congestion ?*

Il est essentiel de repérer les signes de congestion pulmonaire qui nécessiteront un traitement diurétique. L'élévation de la pression veineuse centrale, l'œdème des membres inférieurs et les râles constatés à l'examen physique ainsi qu'une concentration très élevée du BNP ou du NT-proBNP sont des signes de congestion. Un diurétique de l'anse devra être prescrit sans délai pour éliminer les signes congestifs et atténuer les symptômes, mais il n'augmentera pas la survie<sup>7</sup>.

#### *Traitements spécifiques en cas d'insuffisance cardiaque<sup>3</sup>*

En plus du traitement diurétique, un traitement « cardioprotecteur » devra être entrepris sans tarder afin de réduire les symptômes ainsi que la morbidité et la mortalité liées à cette maladie. L'utilisation d'un IECA ou d'un ARA en plus d'un bêtabloquant formeront la pierre angulaire du traitement à long terme.

- ⊗ La classe fonctionnelle de la NYHA dictera le choix des agents complémentaires.
- ⊗ Un IECA devra être prescrit lorsque le taux de créatinine est inférieur à 225 µmol/l et que la kaliémie est plus basse que 5 µmol/l. En cas d'intolérance (ex. : toux sèche), un traitement par un ARA est nécessaire.
- ⊗ Les bêtabloquants peuvent être prescrits en toute sécurité aux patients dont l'insuffisance est de classe fonctionnelle I ou II selon la NYHA en l'absence de signes de congestion et lorsque la fréquence cardiaque au repos dépasse 65 bpm. Ces agents sont recommandés en association avec les modulateurs de l'angiotensine (IECA ou ARA) chez tous les patients dont la fraction d'éjection est d'au plus 40 %, car ils améliorent considérablement la survie<sup>8,9</sup>. Le recours aux bêtabloquants en cas d'insuffisance cardiaque de classe fonctionnelle III ou IV devrait se faire sous surveillance spécialisée.

Les inhibiteurs des canaux calciques de type non dihydropyridinique (diltiazem et vérapamil) devraient être évités en présence d'insuffisance cardiaque, car ils

***Un examen d'imagerie devrait être demandé pour tous les nouveaux cas d'insuffisance cardiaque afin d'évaluer la structure du cœur et de quantifier la fonction cardiaque.***

**Repère**



peuvent favoriser la rétention d'eau et aggraver l'insuffisance cardiaque. Par contre, l'amlodipine est sûre et sera utile dans les troubles associés, comme l'angine et l'hypertension artérielle généralisée<sup>10</sup>.

Le *tableau IV*<sup>11-13</sup> énumère les médicaments et les doses actuellement recommandées en cas d'insuffisance cardiaque.

### Qu'en est-il des autres maladies surajoutées ?

En présence de fibrillation auriculaire, le calcul du score CHADS ou CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc nous aidera à déterminer le risque d'embolie et le besoin d'anticoagulants<sup>14</sup>. Une fréquence cardiaque élevée peut aussi entraîner une insuffisance cardiaque ! Une intervention rapide sera nécessaire.

L'hypertension artérielle peut être responsable d'une insuffisance cardiaque. Toutefois, chez un patient à fraction d'éjection abaissée, elle évoque plutôt une cause hypertensive.

L'insuffisance rénale est une maladie concomitante fréquente, surtout en cas de diabète ou d'hypertension de longue date. L'insuffisance rénale grave pourrait être la cause ou la conséquence d'une détérioration cardiaque. Une évaluation en néphrologie est donc recommandée dans ces circonstances.

### Quand doit-on penser à diriger le patient en spécialité ?

Voici les points à prendre en compte pour déterminer si le patient a besoin d'une évaluation et d'un suivi :

- ⊗ La chronologie. Tout patient dont les symptômes sont d'apparition récente (ex. : < 1 mois) ou évoluent rapidement devrait être transféré à l'urgence pour une évaluation détaillée. Il n'existe pas de lignes directrices pour établir le degré d'urgence d'une évaluation spécialisée. La décision repose donc sur le jugement du médecin.
- ⊗ La cause probable. Des symptômes qui évoluent rapidement et de façon importante, notamment chez un jeune patient, nécessitent une orientation sans délai en cardiologie. Un jeune patient ayant des antécédents d'infection virale récente et un tableau compatible d'insuffisance cardiaque devra aussi être évalué de toute urgence en milieu hospitalier pour éliminer une possible myocardite aiguë. Il en va de même d'un patient chez qui on soupçonne une car-

**Tableau IV**

### Médicaments contre l'insuffisance cardiaque et posologie<sup>11-13</sup>

Médicaments	Posologie initiale	Posologie cible
<b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</b>		
Captopril	6,25 mg–12,5 mg, 3 f.p.j.	25 mg–50 mg, 3 f.p.j.
Énalapril	1,25 mg–2,5 mg, 2 f.p.j.	10 mg, 2 f.p.j.
Ramipril	1,25 mg–2,5 mg, 2 f.p.j.	5 mg, 2 f.p.j. ou 10 mg, 1 f.p.j.
Lisinopril	2,5 mg–5 mg, 1 f.p.j.	20 mg–40 mg, 1 f.p.j.
Trandolapril	0,5 mg–1 mg, 1 f.p.j.	4 mg, 1 f.p.j.
Fosinopril	10 mg, 1 f.p.j.	20 mg–40 mg, 1 f.p.j.
Péridopril	2 mg, 1 f.p.j.	4 mg, 1 f.p.j.
Quinapril	2,5 mg–5 mg, 1 f.p.j.	20 mg, 2 f.p.j.
Cilazapril	0,5 mg, 1 f.p.j.	2,5 mg–5 mg, 1 f.p.j.
<b>Bêtabloquants</b>		
Carvédilol	3,125 mg–6,25 mg, 2 f.p.j.	25 mg, 2 f.p.j.
Bisoprolol	1,25 mg, 1 f.p.j.	10 mg, 1 f.p.j.
Métoprolol	6,25 mg–12,5 mg, 2 f.p.j.	75 mg–100 mg, 2 f.p.j. ou 200 mg, 1 f.p.j. (à libération retardée)
<b>Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine</b>		
Candésartan	4 mg, 1 f.p.j.	32 mg, 1 f.p.j.
Valsartan	40 mg, 2 f.p.j.	160 mg, 2 f.p.j.
<b>Antagonistes de l'aldostérone</b>		
Spirolactone	12,5 mg, 1 f.p.j.	50 mg, 1 f.p.j.
Éplérénone	25 mg, 1 f.p.j.	50 mg, 1 f.p.j.
<b>Vasodilatateurs</b>		
Dinitrate d'isosorbide	20 mg, 3 f.p.j.	40 mg, 3 f.p.j.
Hydralazine	25 mg, 3 f.p.j.	75 mg, 3 f.p.j.

diopathie ischémique en présence de symptômes d'angine *de novo*. Enfin, une insuffisance cardiaque associée à l'apparition d'un bloc de branche gauche exige aussi une consultation rapide auprès d'un spécialiste afin d'exclure la possibilité d'une myocardite à cellules géantes.

- ⊗ Le degré de congestion et la gravité des symptômes. Des symptômes et des signes évolutifs de congestion

(augmentation récente de l'œdème périphérique, apparition de râles, ascites, etc.) et une orthopnée ou une dyspnée paroxystique nocturne justifient une évaluation à l'urgence sans tarder.

- Les patients dont l'insuffisance est de classe fonctionnelle III et IV, ceux dont l'état clinique se détériore et ceux qui sont hospitalisés à répétition malgré un traitement optimal doivent voir un cardiologue sans délai.

**C**HEZ VOTRE PATIENT obèse de 55 ans qui vient au CLSC pour une dyspnée, mais qui présente aussi d'autres maladies concomitantes, une anamnèse et une exploration physique exhaustive peuvent vous orienter vers le bon diagnostic. De plus, les tests complémentaires appropriés et l'interprétation des résultats guideront le choix du traitement et dans l'établissement du degré d'urgence de la situation clinique. 📖

**Date de réception :** le 27 septembre 2012

**Date d'acceptation :** le 5 novembre 2012

Le Dr Guillem Caldentey n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. Depuis 2005, le Dr Michel White est consultant pour Astellas Pharma Canada et a aussi été conférencier pour Merck Frosst, Pfizer, Novartis et Otsuka.

## Bibliographie

- Hawkins NM, Petrie MC, Jhund PS et coll. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic pitfalls and epidemiology. *Eur J Heart Fail* 2009; 11 (2) : 130-9.
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93 (9) : 1137-46.
- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et coll. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33 (14) : 1787-847.
- Lee DS, Gona P, Vasan RS et coll. Relation of disease pathogenesis and risk factors to heart failure with preserved or reduced ejection fraction: insights from the Framingham Heart Study of the National Heart, Lung and Blood Institute. *Circulation* 2009; 119 (24) : 3070-7.
- Ewald B, Ewald D, Thakkinian A et coll. Meta-analysis of B type natriuretic peptide and N-terminal pro B natriuretic peptide in the diagnosis of clinical heart failure and population screening for left ventricular systolic dysfunction. *Intern Med J* 2008; 38 (2) : 101-13.
- King M, Kingery J, Casey B. Diagnosis and evaluation of heart failure. *Am Fam Physician* 2012; 85 (12) : 1161-8.
- Brandimarte F, Mureddu GF, Boccanelli A et coll. Diuretic therapy in heart failure: current controversies and new approaches for fluid removal. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2010; 11 (8) : 563-70.
- Packer M, Coats AJ, Fowler MB et coll. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 344 (22) : 1651-8.
- The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325 (5) : 293-302.
- Packer M, O'Connor CM, Ghali JK et coll. Effect of amlodipine on morbidity and mortality in severe chronic heart failure. Prospective Randomized Amlodipine Survival Evaluation Study Group. *N Engl J Med* 1996; 335 (15) : 1107-14.
- Turgeon M, Arsenault P. Des bêta-bloquants chez le patient atteint d'insuffisance cardiaque : pourquoi pas ? *Le Médecin du Québec* 2007; 42 (4) : 93-5.
- Gruszczynski AB, Schuster B, Regier L et coll. Targeting success in heart failure – Evidence-Based Management. *Can Fam Phys* 2010; 56 (12) : 1313-7.
- Cupp M. Target doses of heart failure medications. *The Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* 2010; 26 (2) : #260224.
- Coppens M, Eikelboom JW, Hart RG et coll. The CHA2DS2-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. *Eur Heart J* 2012; 34 (3) : 170-6.

## Summary

**De Novo Heart Failure. What To Do?** Heart failure is a common cause for consultation in the primary-care setting. Since a correct diagnosis is of utmost importance, a thorough evaluation of the patient's medical history and an exhaustive physical examination are indispensable. Supplementary tests help us exclude other potential etiologies that can simulate heart failure symptoms and also comorbidities that may alter the management of heart failure. Once the diagnosis of heart failure is confirmed, pharmacological treatment should be initiated without delay. While diuretics are indicated when signs of congestion are present, the cornerstones of heart failure treatment are B-blockers and ACE inhibitors. The rapid onset of symptoms, particularly in a young patient, should prompt an early specialist referral.

**Des symptômes qui évoluent rapidement et de façon importante, notamment chez un jeune patient, nécessitent une orientation rapide en cardiologie.**

**Repère**