INSUFFISANCE CARDIAQUE

UNE NOUVELLE DÉFINITION UNIVERSELLE

MAXIME JOHNSON

Une mise à jour majeure de la définition universelle de l'insuffisance cardiaque abandonne les seuils rigides de fraction d'éjection ventriculaire gauche au profit de trois catégories : fraction d'éjection réduite, préservée et améliorée.



Dre Anique Ducharme

L'insuffisance cardiaque demeure largement sous-diagnostiquée et sous-traitée à l'échelle mondiale. Pour améliorer sa reconnaissance et sa prise en charge, un consortium réunissant notamment quatre grandes organisations de cardiologie — l'American Heart Association (AHA), l'American College of Cardiology (ACC), la Société européenne de cardiologie (ESC) et la Fédération mondiale du cœur (WHF) — a publié cet été dans la revue *Circulation* une nouvelle définition universelle de l'insuffisance cardiaque.

Pour les auteurs du document, cette actualisation vise à mieux refléter les réalités cliniques et à favoriser une prise en charge plus précoce des patients. Elle propose entre autres une approche diagnostique plus souple, une classification plus détaillée des causes de l'insuffisance cardiaque et une meilleure prise en compte de l'évolution de la maladie sous traitement.

« En assouplissant les critères, ça permet de commencer à traiter les patients plus rapidement », résume la **Dre Anique Ducharme**, cardiologue échocardiographiste et directrice de la clinique d'insuffisance cardiaque de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM).

UNE CLASSIFICATION ASSOUPLIE

La première définition universelle, publiée en 2021, distinguait l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche réduite (40 % ou moins), légèrement réduite (41 % à 49 %) et préservée (50 % ou plus). Elle reconnaissait également une catégorie distincte pour les patients dont la fraction d'éjection s'était améliorée.

La nouvelle définition abandonne ces seuils rigides, jugés « arbitraires » par les auteurs, et privilégie trois catégories : fraction d'éjection réduite, préservée et améliorée. Cette dernière désigne les patients dont la fraction d'éjection, auparavant réduite, a augmenté ou s'est normalisée.

« Si je fais une échographie, je peux dire que la fraction d'éjection est de 40 %, mais c'est plus ou moins 5 %. Ce n'est pas une science très exacte », explique la Dre Ducharme. Une différence de quelques points pouvait ainsi faire passer un patient d'une catégorie à l'autre, sans nécessairement refléter une différence cliniquement significative.

Cette nouvelle classification tient également compte de l'évolution des connaissances sur les traitements, souligne la cardiologue. Les patients atteints d'insuffisance cardiaque dont la fraction d'éjection dépasse 40 % peuvent notamment bénéficier d'inhibiteurs du SGLT2 et d'antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes.

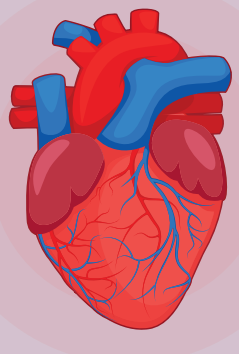
AMÉLIORATION, RÉMISSION OU RÉCUPÉRATION ?

La nouvelle définition distingue trois trajectoires possibles de la maladie si elle s'améliore : l'amélioration, lorsque des anomalies ou des symptômes persistent malgré une augmentation de la fraction d'éjection ; la rémission, lorsque la fraction d'éjection se normalise, que les symptômes deviennent minimes et que les biomarqueurs sont stables ; et la récupération, plus rare, lorsque la structure et le fonctionnement du cœur, les biomarqueurs et les symptômes se normalisent durablement.

Même lorsque la fraction d'éjection se normalise, le risque de rechute demeure. « Dans la grande majorité des cas, il faut continuer les médicaments », rappelle la Dre Ducharme.

IMPACTS EN PREMIÈRE LIGNE

Pour les médecins de famille, la nouvelle définition rappelle d'abord l'importance d'intervenir tôt dans l'évolution de la maladie. Elle conserve les quatre stades établis en 2021 :



le stade A, où le patient présente des facteurs de risque, le stade B, dit de préinsuffisance cardiaque, où des anomalies sont présentes sans symptômes, le stade C, où la maladie devient symptomatique, et le stade D, qui correspond à l'insuffisance cardiaque avancée.

La Dre Ducharme invite les médecins de famille à demeurer particulièrement attentifs aux patients qui s'essoufflent, même lorsque ces derniers banalisent leur état ou attribuent leurs symptômes à l'âge, à l'obésité ou au manque de forme physique. L'objectif est de reconnaître la maladie avant que ces patients se retrouvent à l'urgence.

La nouvelle définition encourage d'ailleurs une approche diagnostique reposant sur l'ensemble des indices cliniques plutôt que sur un seul examen. Certains outils peuvent aider à évaluer la probabilité d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. La Dre Ducharme cite notamment le score H_2FPEF, qui tient compte de facteurs comme l'obésité, l'hypertension, la fibrillation auriculaire et l'âge, en plus de certains paramètres échographiques. Un patient dont l'IMC est supérieur à 30, recevant au moins deux antihypertenseurs et atteint de fibrillation auriculaire obtient déjà un score correspondant à une forte probabilité de maladie, même avant d'ajouter les données échographiques au calcul.

Au Québec, où les délais pour obtenir une échocardiographie peuvent parfois approcher un an, ces indices peuvent aider à ne pas retarder inutilement la prise en charge, souligne la cardiologue. « Il ne faut pas attendre d'avoir tous ces éléments pour commencer à traiter », insiste la Dre Ducharme. Elle rappelle également que le dosage du BNP, accessible dans la plupart des laboratoires québécois, peut contribuer à étayer le diagnostic.

La nouvelle définition insiste également sur l'importance de rechercher la cause de l'insuffisance cardiaque, certaines formes pouvant nécessiter des traitements spécifiques au-delà de la prise en charge habituelle (*voir tableau*).

Cette publication ne remplace toutefois pas les lignes directrices thérapeutiques existantes. Les recommandations canadiennes, mises à jour en 2025, conservent les seuils numériques de fraction d'éjection. Selon la Dre Ducharme, elles reconnaissaient déjà la fraction d'éjection améliorée, la rémission et l'importance de poursuivre les traitements. La nouvelle définition ne devrait donc pas entraîner de bouleversements majeurs dans la pratique canadienne, mais plutôt contribuer à raffiner la prise en charge des patients. ▮

TABLEAU

UNE CLASSIFICATION PLUS DÉTAILLÉE DES CAUSES

La nouvelle définition propose une classification universelle des causes de l'insuffisance cardiaque, au-delà de la distinction traditionnelle entre cardiomyopathies ischémiques et non ischémiques. Elle vise notamment à faciliter la reconnaissance des causes nécessitant un traitement spécifique.

Catégorie	Exemples
Ischémique	Maladie coronarienne, infarctus du myocarde
Hypertensive	Cardiopathie hypertensive
Valvulaire	Maladie des valves aortique ou mitrale
Liée aux arythmies	Fibrillation auriculaire non maîtrisée, tachycardie
Infiltrative	Amylose cardiaque, hémochromatose
Infectieuse	Myocardite virale, maladie de Chagas
Toxique	Médicaments cardiotoxiques, alcool
Héréditaire	Cardiomyopathie hypertrophique ou dilatée
Métabolique	Obésité, diabète, troubles thyroïdiens

Source : Walsh et coll., *Circulation* 2026, extrait abrégé du tableau 3.

BIBLIOGRAPHIE

1. Walsh MN, Kober L, Sliwa K et coll. AHA/ACC/ESC/WHF expert consensus document: second universal definition of heart failure (2026). *Circulation*. 2026 ; 154 : e279–e293. DOI : 10.1161/CIR.0000000000001455