

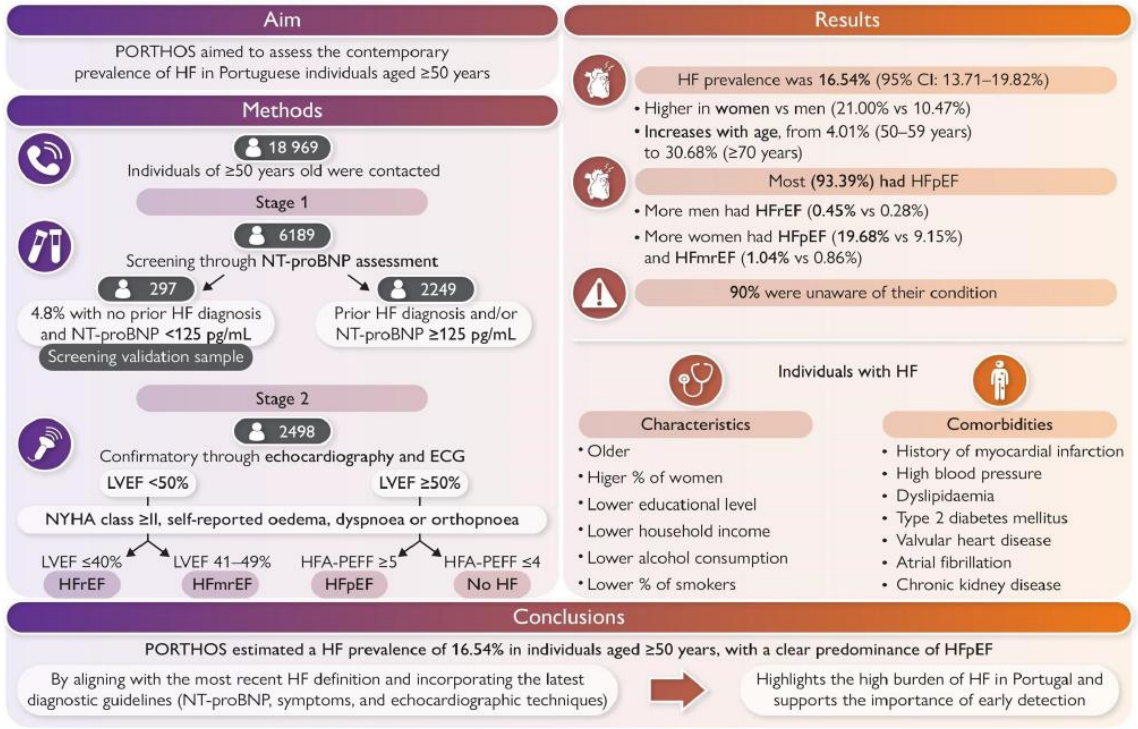
Société Française de NeuroModulation | INS French Chapter

Prise en charge médicale et interventionnelle de l'insuffisance cardiaque

SEBBAG Laurent MD, PhD
Cardiologue
Hôpital Louis Pradel
Service insuffisance cardiaque Assistance et Transplantation (SICAT)
LYON

10e symposium *| Vendredi 9 - Samedi 10 octobre 2026, Nantua*

IC : Sa prévalence ne cesse d'augmenter



Etude PORTHOS

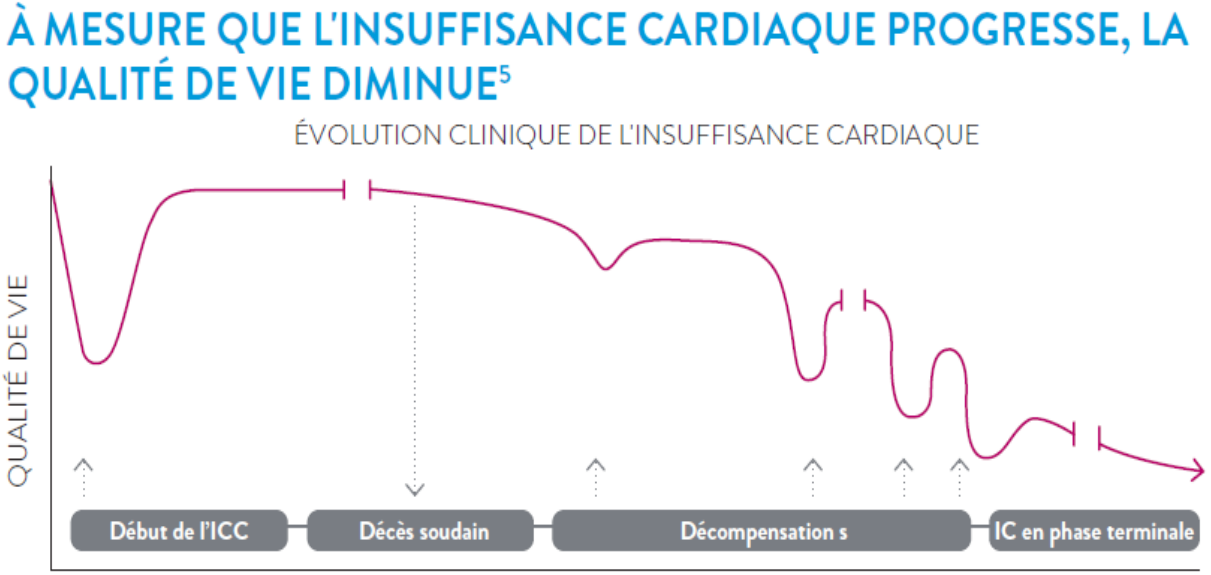
- 6200 participants > 50 ans, screening NTproBNP, >125 ng/L comme seuil
- 2250 pts = **36% positives**
- 1000 avec diagnostic d'IC confirmé (echo, ECG, symptomes, bio)

Prevalence IC = 16,5% population générale > 50 ans

Eur Heart J,2025

Et elle reste Gravissime !!

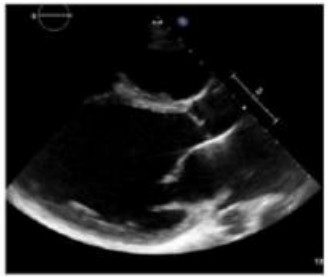
- Mortalité estimée = 50% à 5 ans, soit > 70 000 décès chaque année
- >150 000 hospitalisations /an pour décompensation aigue



Bull EpidémiolHebd. 2014;(21-22):386-94.
Arch Cardiovasc Dis 2014;107(3):158-68

Il n’y a pas qu’une forme d’IC

Dilative Cardiomyopathy



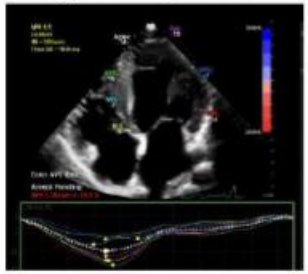
NonCompaction



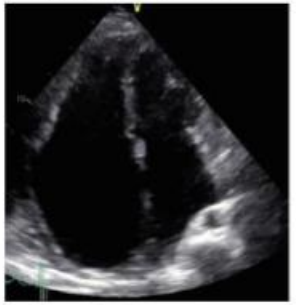
Myocarditis



Hypertrophic CM

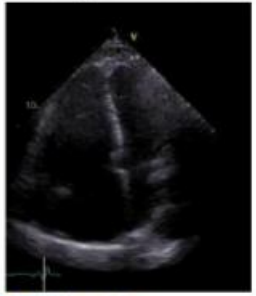


Restrictive CM

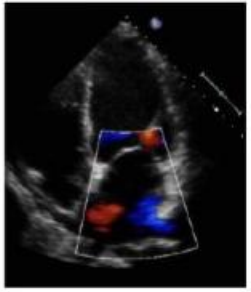


HEART FAILURE

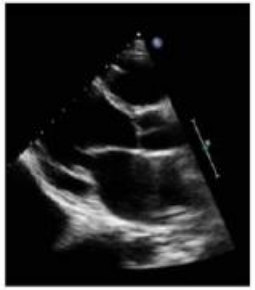
Right Ventricular Dysfunction



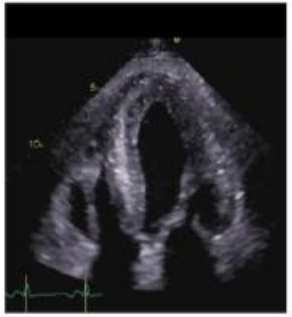
Mitral Regurgitation



„Left Atrial Disease“



Amyloidosis



USZ Universitäts Spital Zürich

University of Zurich

Deux phénotypes d'insuffisance cardiaque, un même combat : le cœur ne fait plus le job

Même symptômes possibles, mais des mécanismes différents et une FEVG qui n'est pas la même.

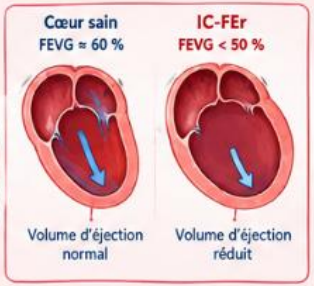
Insuffisance cardiaque à FEVG réduite (IC-FEr)

FEVG < 50 %

Le cœur se contracte moins bien → il éjecte une partie plus faible du sang à chaque battement.



Ventricule gauche dilaté et hypokinétique



Mécanisme principal

- **Dysfonction systolique** (contraction diminuée)

FEVG < 50 %

Autres signes fréquents (étiologie possible)

- Remodelage ventriculaire dilaté
- Dysfonction mitrale
- Augmentation des pressions de remplissage

Symptômes fréquents (peuvent être présents dans les deux phénotypes)

- Dyspnée d'effort puis au repos
- Œdèmes (périphériques (et/ou pulmonaires)
- Congestion pulmonaire (stéthoscopie, imagerie)
- Fatigue, intolérance à l'effort
- Baisse de la fraction d'éjection (< 50 %)

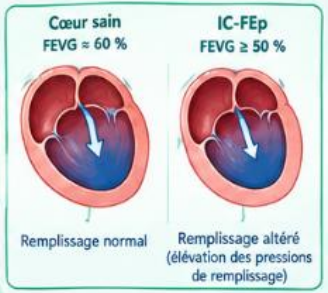
Insuffisance cardiaque à FEVG préservée (IC-FEp)

FEVG ≥ 50 %

Le cœur se remplit mal → il reçoit moins de sang en diastole (relaxation altérée), malgré une contraction conservée.



Ventricule gauche épaissi et moins compliant



Mécanisme principal

- **Dysfonction diastolique** (relaxation et compliance réduites)

FEVG ≥ 50 %

Autres signes fréquents (étiologie possible)

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Fibrose myocardique
- Dysfonction endothéliale
- Souvent associée à l'HTA, au diabète, à l'obésité, au vieillissement

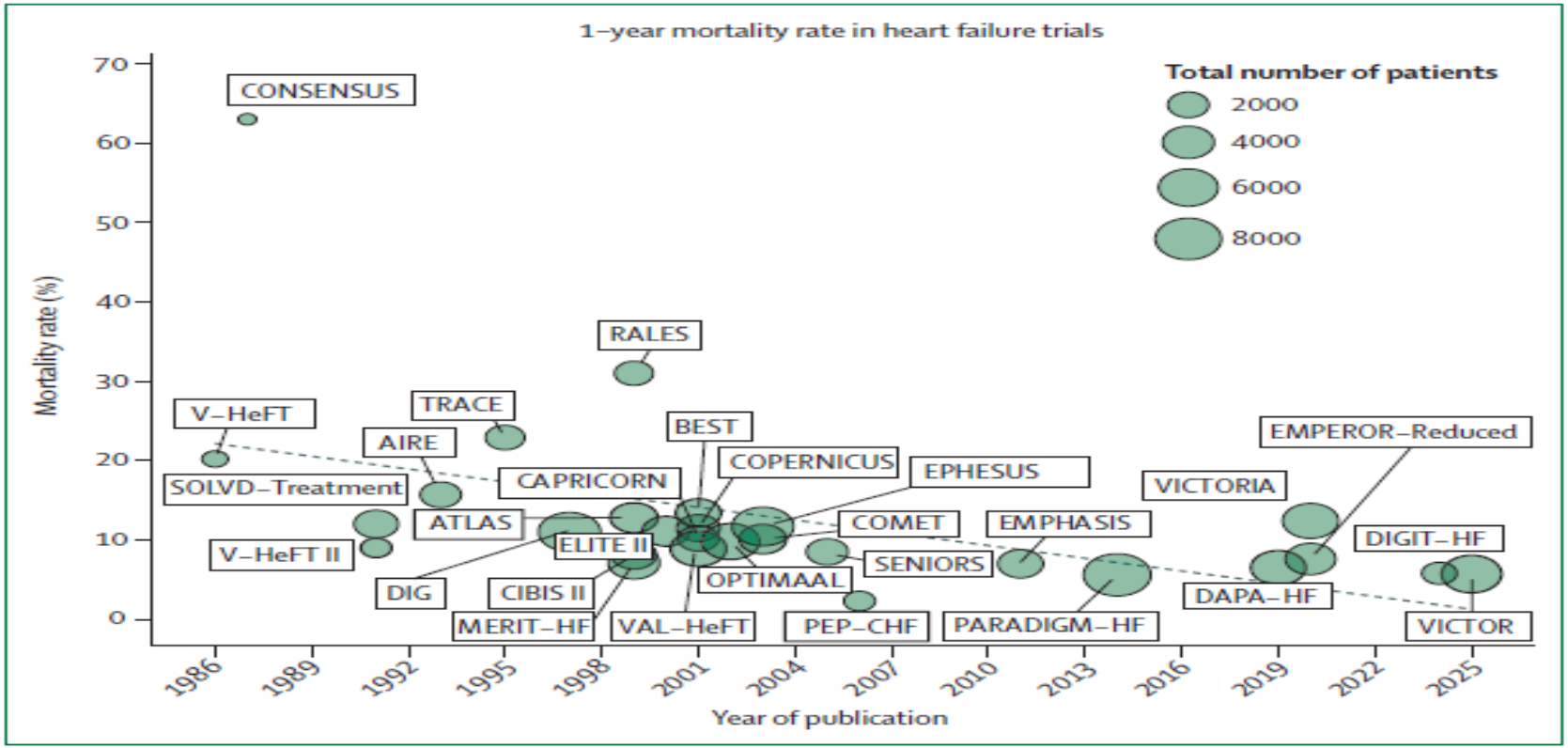
Symptômes fréquents (peuvent être présents dans les deux phénotypes)

- Dyspnée d'effort puis au repos
- Œdèmes (périphériques (et/ou pulmonaires)
- Congestion pulmonaire (parfois)
- Fatigue, intolérance à l'effort
- FEVG préservée (≥ 50 %)

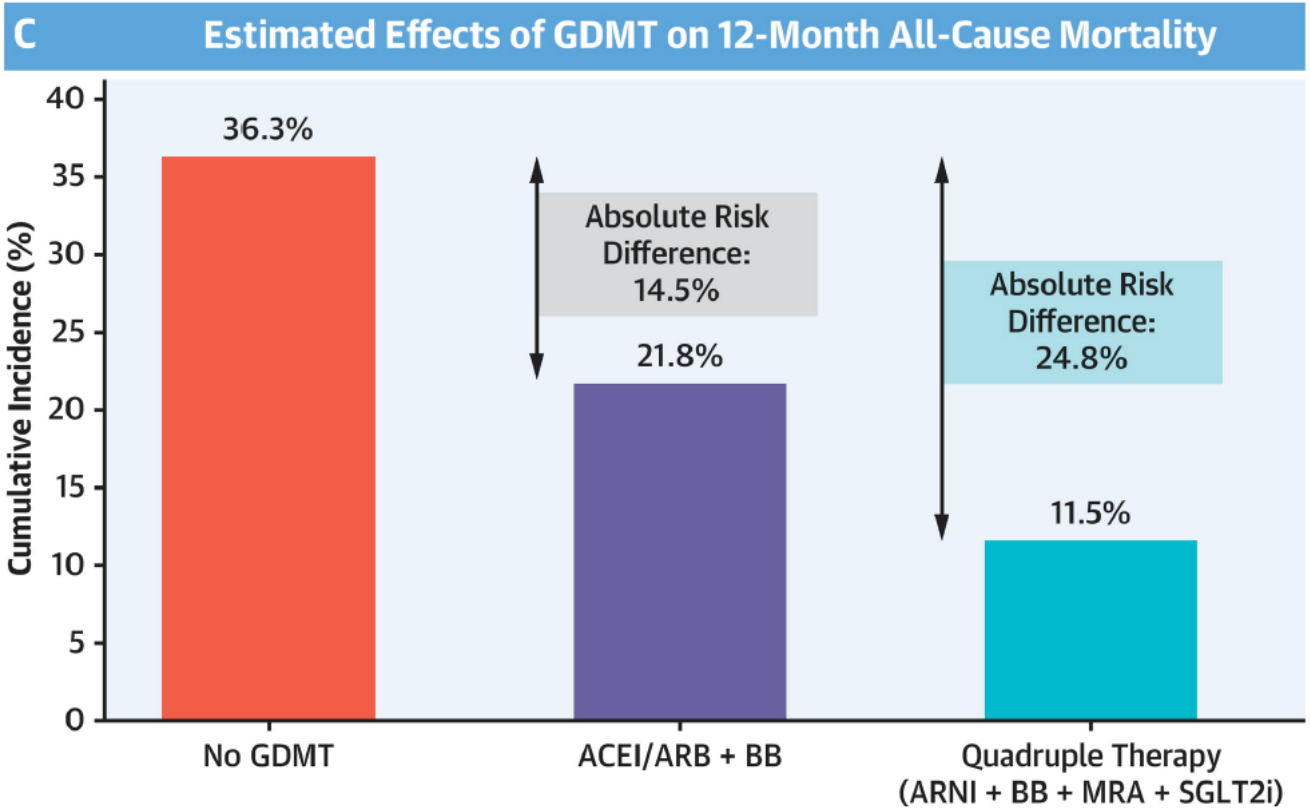
À retenir

- IC-FEr : FEVG < 50 % → le cœur se contracte moins bien.
- IC-FEp : FEVG ≥ 50 % → le cœur se remplit mal.
- Les symptômes peuvent être similaires, mais les mécanismes, l'imagerie et la prise en charge diffèrent.

Depuis 1986 la mortalité de l'IC à FEVG réduite a reculé



Cannata et al .the lancet **Vol 407 January 31, 2026**



Réduction de la mortalité annuelle spectaculaire

Récupération d'une FEVG normale chez ≥ 20% des pts

Greene SJ JACC HF 2024

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2026) 00, 1–112
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

ESC GUIDELINES

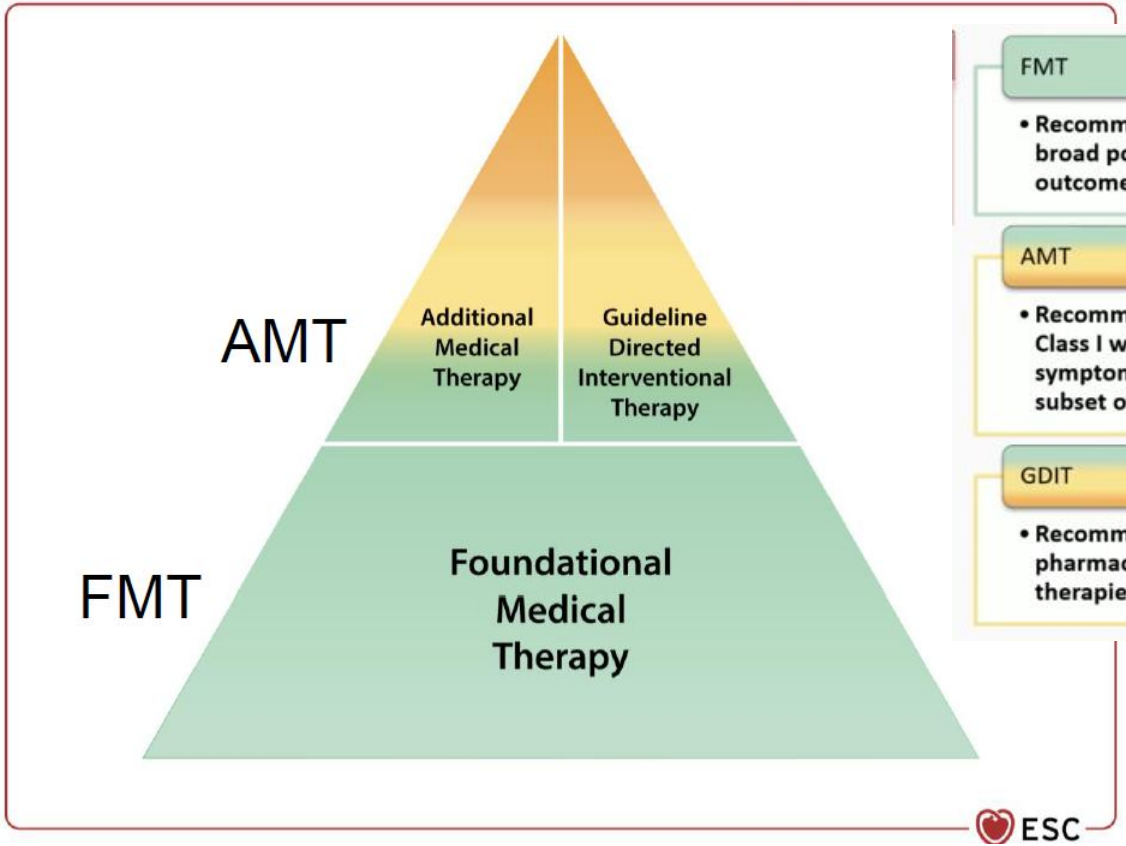
2026 ESC Guidelines for the management of heart failure

Developed by the task force for the management of heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

New nomenclature for heart failure therapies



FMT

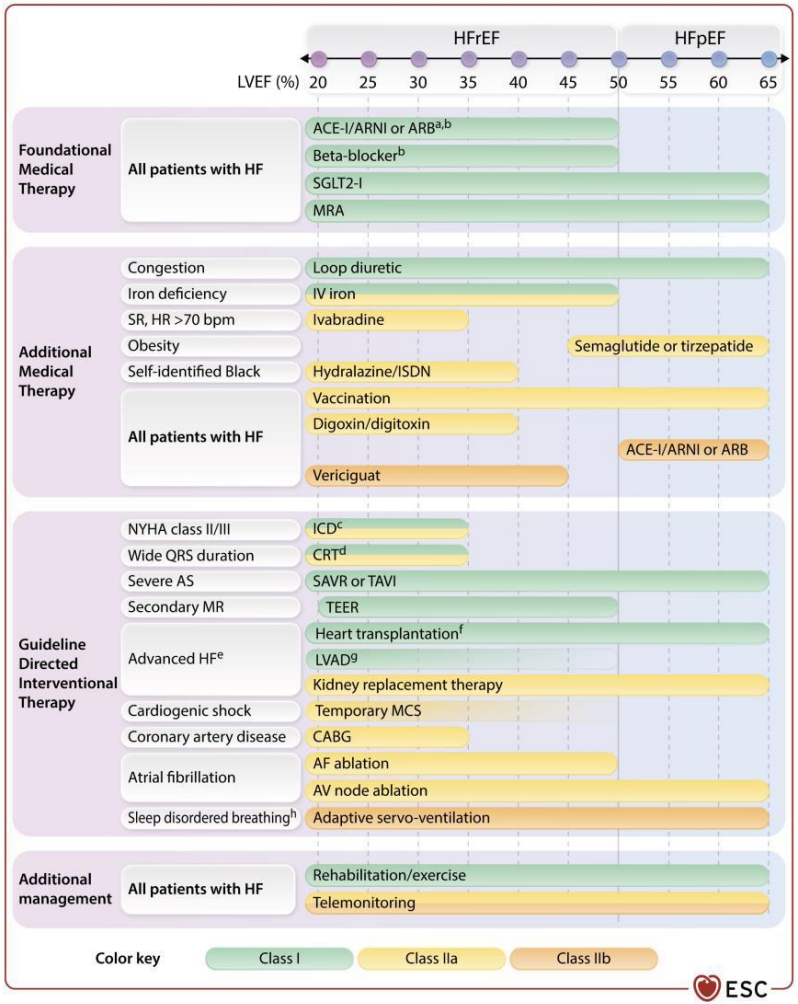
- Recommendation with Class I for the broad population with HF and the outcome(s) HFH and/or death

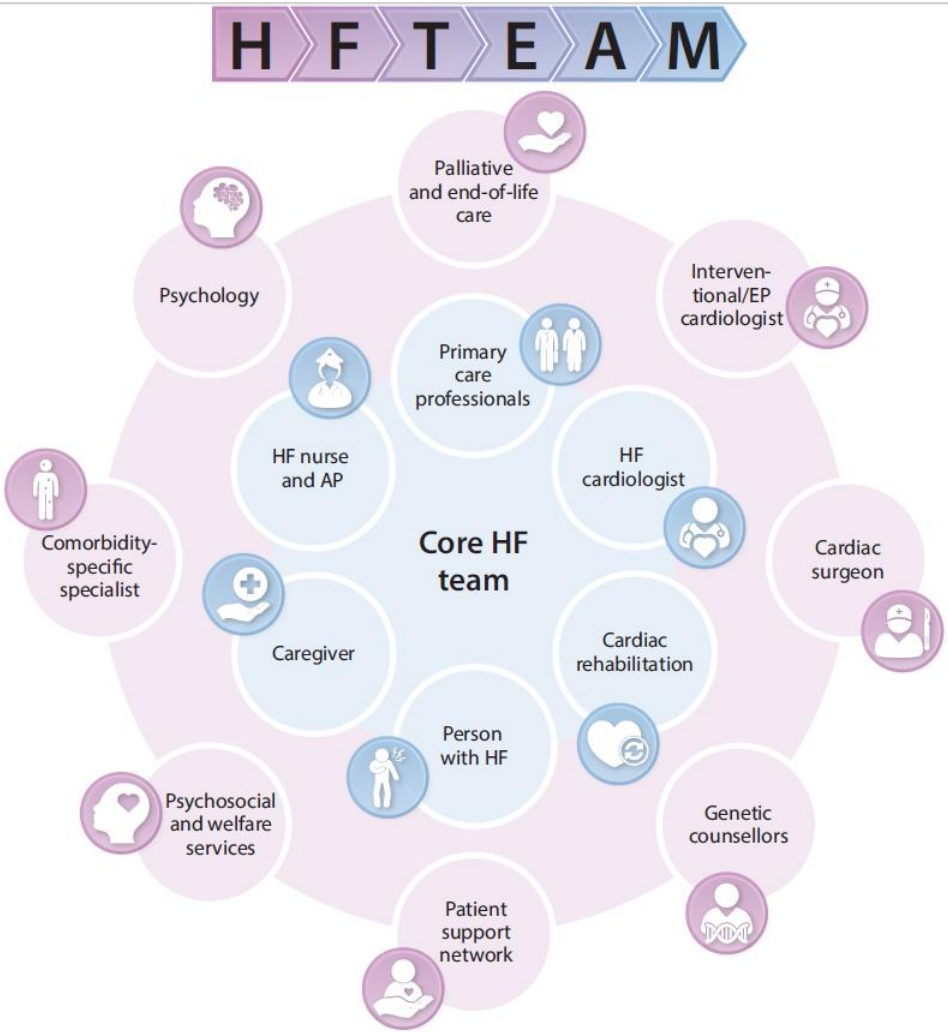
AMT

- Recommendations with Class IIa/IIb OR Class I where the outcome is QoL or symptoms OR Class I only in a specific subset of patients with HF

GDIT

- Recommendations for all non-pharmacological interventional therapies.


HFrEF
HFpEF
LVEF (%) 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65
Foundational Medical Therapy
All patients with HF
ACE-I/ARNI or ARB[a,b]
Beta-blocker[b]
SGLT2-I
MRA
Additional Medical Therapy
Congestion
Loop diuretic
Iron deficiency
IV iron
SR, HR >70 bpm
Ivabradine
Obesity
Semaglutide or tirzepatide
Self-identified Black
Hydralazine/ISDN
All patients with HF
Vaccination
Digoxin/digitoxin
ACE-I/ARNI or ARB
Vericiguat
Guideline Directed Interventional Therapy
NYHA class II/III
ICD[c]
Wide QRS duration
CRT[d]
Severe AS
SAVR or TAVI
Secondary MR
TEER
Advanced HF[e]
Heart transplantation[f]
LVAD[g]
Kidney replacement therapy
Cardiogenic shock
Temporary MCS
Coronary artery disease
CABG
Atrial fibrillation
AF ablation
AV node ablation
Sleep disordered breathing[h]
Adaptive servo-ventilation
Additional management
All patients with HF
Rehabilitation/exercise
Telemonitoring
Color key
Class I
Class IIa
Class IIb
ESC


H F T E A M
Palliative and end-of-life care
Psychology
Interven-tional/EP cardiologist
Primary care professionals
HF nurse and AP
HF cardiologist
Comorbidity-specific specialist
Core HF team
Cardiac surgeon
Caregiver
Cardiac rehabilitation
Person with HF
Psychosocial and welfare services
Genetic counsellors
Patient support network



- Merci