

Recommandations rapides

Mises à jour des lignes directrices en 2022 : 1^{re} partie

Danielle O'Toole MD MSc CCFP

Il est essentiel, en médecine, de se tenir au fait des lignes directrices évolutives, et pourtant, l'abondance même des articles interminables publiés peut rendre cette tâche gigantesque. Cet article est le premier d'une série de 3 qui fait la synthèse des recommandations des lignes directrices de pratique clinique actualisées en 2022 et appropriées aux soins primaires au Canada. Comme toujours, il est conseillé aux médecins de famille de faire une évaluation critique des recommandations avant de les appliquer, parce que certaines peuvent être fondées sur des données probantes de faible qualité ou sur l'opinion d'experts.

Actualisation des lignes directrices

La Société canadienne de cardiologie (SCC) et l'Association canadienne de cardiologie pédiatrique ont publié de nouvelles lignes directrices qui recommandent le dépistage universel de la dyslipidémie chez les enfants de 2 à 10 ans (opinion d'experts)¹. Cette ligne directrice a été conçue en se fondant sur la prévalence de l'hyperlipidémie familiale (environ 1 Canadien sur 300), la facilité de détection et la disponibilité d'options efficaces de prise en charge. En outre, les lignes directrices de 2018 de l'American College of Cardiology (ACC) et de l'American Heart Association (AHA) reconnaissent aussi l'importance du bilan lipidique chez les enfants; selon ces lignes directrices, les enfants qui ont des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire (MCV) précoce ou d'hypercholestérolémie devraient faire l'objet d'un dépistage entre 2 et 10 ans, et ce dépistage pourrait être raisonnable chez les enfants sans facteur de risque de MCV entre 9 et 11 ans, puis à nouveau entre 17 et 21 ans (recommandation de classe 2a, données probantes de niveau B)². Les lignes directrices de la SCC et de l'Association canadienne de cardiologie pédiatrique recommandent d'évaluer les patients pour trouver des causes secondaires de la dyslipidémie et de répéter le bilan lipidique à jeun après 2 à 12 semaines si les résultats de laboratoire initiaux sont anormaux. Le traitement initial met l'accent sur l'adoption de comportements sains, y compris dans l'alimentation et l'activité physique. Il est recommandé de demander une consultation dans une clinique spécialisée en lipidémie si les taux de cholestérol de lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont de 4,1 mmol/L ou supérieurs, si les taux de triglycérides sont de 5,5 mmol/L ou supérieurs, ou encore en présence de facteurs de risque. On peut envisager une thérapie aux statines à partir de l'âge de 8 ans, selon les taux de C-LDL et la gravité des facteurs

de risque, et chercher à obtenir un seuil de C-LDL de moins de 2,6 mmol/L chez les patients à risque élevé ou de 3,4 mmol/L chez les patients à risque modéré.

L'ACC, l'AHA et la Heart Failure Society of America recommandent le traitement d'une préinsuffisance cardiaque (IC) chez les patients asymptomatiques, mais porteurs de changements structuraux ou ayant des facteurs de risque d'IC dont le dosage du peptide natriurétique de type B est élevé³. Cette ligne directrice de 2022 recommande d'utiliser des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) (recommandation de classe 1, données probantes de niveau A) et des β -bloquants (recommandation de classe 1, données probantes de niveau C) chez les patients dont la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) est inférieure ou égale à 40 % pour prévenir l'IC symptomatique et réduire la mortalité.

L'ACC, l'AHA et la SCC recommandent d'envisager les inhibiteurs du cotransporteur du sodium-glucose de type 2 (SGLT2I) pour réduire le risque d'hospitalisation et la mort cardiaque chez les patients souffrant d'IC, y compris ceux ayant une IC avec fraction d'éjection légèrement réduite (FEVG de 41 à 49 %), une IC avec fraction d'éjection améliorée (FEVG antérieurement de ≤ 40 %, mais maintenant de >40 %), ou une IC avec fraction d'éjection préservée (ICFep; FEVG >50 %) (recommandation de classe 2a)^{3,4}. L'étude EMPEROR-Preserved (sur les issues de l'empagliflozine chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection préservée) a démontré une réduction des taux d'hospitalisation et de décès dus à la MCV, mais pas des décès toutes causes confondues, chez les patients qui prenaient de l'empagliflozine et avaient une IC et une FEVG supérieure à 40 %³. L'ACC et l'AHA continuent de recommander une thérapie médicale fondée sur les lignes directrices, notamment l'utilisation des IECA, des β -bloquants et des antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM) chez les patients souffrant d'IA avec fraction d'éjection améliorée et conseillent d'envisager pareil traitement chez les patients ayant une IC avec fraction d'éjection légèrement réduite³. Chez les patients avec une ICFep, il y a lieu d'envisager des ARM si le taux de potassium sérique est inférieur à 5,0 mmol/L et le taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) est supérieur à 30 mL/min/1,73 m², et ce, dans le but d'améliorer la fonction diastolique et la qualité de vie, et de diminuer le risque d'hospitalisation. En outre, dans une analyse post hoc de groupes, il semblait y avoir des bienfaits possiblement

obtenus avec un inhibiteur du récepteur de l'angiotensine-néprilysine chez les femmes souffrant d'ICFEP dont la FEVG se situait à près de 50 %³.


Les lignes directrices de l'American Diabetes Association recommandent l'utilisation des SGLT2I ou des agonistes du récepteur de GLP1 (peptide-1 de type glucagon) avec ou sans metformine comme agents initiaux pour le traitement de l'hyperglycémie chez les patients atteints de diabète et ayant des facteurs de risque cardio-rénaux ou une maladie indépendante de l'hémoglobine A_{1c} (recommandation de grade A)^{5,6}. Les auteurs suggèrent d'utiliser des SGLT2I pour les patients souffrant d'IC ou de néphropathie chronique, et soit des agonistes du récepteur de GLP1 ou encore des SGLT2I dans le cas d'indices d'une MCV athéroscléreuse ou de l'affection établie. La recommandation générale est d'inclure des agents qui réduisent les risques cardio-rénaux chez les adultes atteints de diabète de type 2 qui sont à risque élevé de tels problèmes. Même si l'organisation KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) continue de recommander la metformine comme thérapie de première intention⁷, ces auteurs recommandent un SGLT2I pour les patients atteints de diabète et d'une néphropathie chronique, quelle que soit la glycémie. Les lignes directrices de KDIGO reconnaissent que, dans des études sur les SGLT2I, la plupart des patients étaient d'abord traités avec de la metformine, mais si un patient est intolérant à la metformine ou si un agent pharmacologique n'est pas nécessaire pour le contrôle de la glycémie, un SGLT2I seul est un choix raisonnable.

Les lignes directrices de KDIGO recommandent un ARM non stéroïdien pour les patients atteints de diabète de type 2, des taux de potassium sérique normaux et une albuminurie persistante en dépit du traitement de première intention maximal toléré (recommandation de grade 2A)⁷. Les lignes directrices rappellent aux lecteurs que les inhibiteurs du système rénine-angiotensine comme les IECA sont des traitements de première intention pour l'albuminurie chez les patients avec ou sans hypertension. La finérénone (un ARM non stéroïdien) peut être ajoutée à un inhibiteur du système rénine-angiotensine et à un SGLT2I, et elle apporte des bienfaits au système tant rénal que cardiovasculaire. Elle peut être utilisée chez les patients dont le TFGe est supérieur à 25 mL/min/1,73 m² et le taux de potassium sérique est égal ou inférieur à 4,8 mmol/L. Cependant, un ARM stéroïdien devrait être envisagé chez les patients dont l'hypertension est réfractaire, s'ils souffrent d'IC ou d'hyperaldostérionisme.

La SCC et la Kidney Association du R.-U. recommandent un SGLT2I pour le traitement de la néphropathie chronique chez les patients dont le ratio albumine-créatinine dans l'urine est plus élevé que

de 20 à 25 mg/mmol et le TFGe est supérieur ou égal à 25 mL/min/1,73 m² (forte recommandation, données probantes de qualité modérée)^{4,8}. Les données probantes de l'étude DAPA-CKD (la dapagliflozine et la prévention des issues indésirables dans la néphropathie chronique) ont fait valoir des bienfaits dans la prévention de la progression de la néphropathie. L'étude DAPA-CKD excluait les patients atteints de diabète de type 1, ceux ayant reçu une greffe de rein, ceux atteints de néphropathie polykystique, de néphrite lupique, ou d'une vascularite associée aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles, de même que ceux ayant reçu une immunothérapie pour une maladie rénale durant les 6 mois précédant le recrutement; par conséquent, cette recommandation ne s'applique pas à de tels patients⁹. Les auteurs recommandent la poursuite du traitement jusqu'à ce que la néphropathie progresse jusqu'au point où les patients ont besoin de la dialyse ou d'une greffe⁸.

Conclusion

Cet article qui fait la synthèse des lignes directrices actualisées sur les soins cardiaques, la prise en charge du diabète et de la néphropathie est la première partie d'une série résumant les actualisations apportées aux lignes directrices en 2022. Les médecins de famille peuvent parfaire leurs compétences ou confirmer leurs pratiques actuelles en évaluant et en explorant ces lignes directrices mises à jour. 

La Dr^e Danielle O'Toole est médecin de famille en pratique au Centre universitaire de médecine familiale et professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université McMaster à Hamilton (Ontario).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Khoury M, Bigras JL, Cummings EA, Harris KC, Hegele RA, Henderson M et coll. The detection, evaluation, and management of dyslipidemia in children and adolescents: a Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association clinical practice update. *Can J Cardiol* 2022;38(8):1168-79.
2. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS et coll. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2019;139(25):e1082-143. Publ. en ligne du 10 nov. 2018. Erratum dans : *Circulation* 2019;139(25):e1182-6. Publ. en ligne du 17 juin 2019.
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM et coll. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2022;145(18):e876-94. Publ. en ligne du 1^{er} avr. 2022. Errata dans : *Circulation* 2022;145(18):e1033, *Circulation* 2022;146(13):e185, *Circulation* 2023;147(14):e674.
4. Mancini GBJ, O'Meara E, Zieroth S, Bernier M, Cheng AYY, Cherney DZI et coll. 2022 Canadian Cardiovascular Society guideline for use of GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors for cardiorenal risk reduction in adults. *Can J Cardiol* 2022;38(8):1153-67. Erratum dans : *Can J Cardiol* 2022;38(12):1979.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of medical care in diabetes—2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl 1):S125-43.
6. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D et coll. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl 1):S140-57.
7. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group; Rossing P, Caramori ML, Chan JCN, Heerspink HJL, Hurst C et coll. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney Int* 2022;102(5S):S1-127.

8. Herrington WG, Frankel AH, Wonnacott A, Webb D, Watt A, Watson M et coll. *UK Kidney Association clinical practice guideline: sodium-glucose co-transporter-2 (SGLT-2) inhibition in adults with kidney disease*. Bristol, UK; UK Kidney Association; 2021. Accessible à : https://ukkidney.org/sites/renal.org/files/UKKA%20guideline_SGLT2%20in%20adults%20with%20kidney%20disease%20v1%2018.10.21.pdf. Réf. du 23 janv. 2023.
9. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF et coll. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2020;383(15):1436-46. Publ. en ligne du 24 sept. 2020.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician 2023;69:e110-2. DOI: 10.46747/cfp.6905e110

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **May 2023** issue on **page 338**.

Nous encourageons les lecteurs à nous faire connaître certaines de leurs expériences vécues dans la pratique: ces trucs simples qui permettent de résoudre des situations cliniques difficiles. Vous pouvez proposer en ligne des articles dans Praxis à <http://mc.manuscriptcentral.com/cfp> ou par l'intermédiaire du site web du MFC à <https://www.cfp.ca> sous « Authors and Reviewers ».