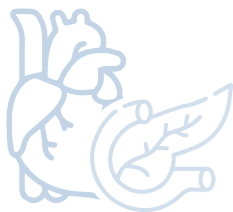


**Références:** 1. Paul M, et al. Recommendations for early identification of heart failure in patients with diabetes: Consensus statement of the Swiss Society of Endocrinology and Diabetology and the Heart Failure Working Group of the Swiss Society of Cardiology. *Swiss Med Wkly.* 2024 Oct 9;154:4000. doi: 10.57187/s.4000. 2. Bozkurt B, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. *J Card Fail.* 2021 Mar 1;S1071-9164(21)00050-6. 3. Seferović PM, et al. The Heart Failure Association Atlas: Heart Failure Epidemiology and Management Statistics 2019. *Eur J Heart Fail.* 2021 Jun;23(6):906–914. 4. Boonman-de Winter LJ, et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2012 Aug;55(8):2154–62. 5. Heidenreich PA, et al. 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. *J Am Coll Cardiol.* 2022 May 3;79(17):e263–e421. 6. Huelsmann M, et al. PONTIAC (NT-proBNP selected prevention of cardiac events in a population of diabetic patients without a history of cardiac disease): a prospective randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol.* 2013 Oct 8;62(15):1365–72. 7. Gastaldi G, et al. Swiss recommendations of the Society for Endocrinology and Diabetes (SGED/SSED) for the treatment of type 2 diabetes mellitus (2023). *Swiss Med Wkly.* 2023 Apr 1;153:40060. 8. McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2022 Jan;24(1):4–131. 9. Pop-Busui R, et al. Heart Failure: An Underappreciated Complication of Diabetes. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2022 Jul 7;45(7):1670–1690.

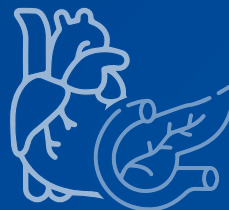
**Auteurs:** Matthias Paul, Arnold Eggenschwiler, Gesine Meyer, Christian Studer, Urs Hürlimann, Michael Brändle, Peter Wiesli, Giacomo Gastaldi, Mattia Arrigo, Philippe Meyer, Christian Mueller, Kathrin Zimmermann, Roger Lehmann.

**Avis de non-responsabilité en matière de genre:** La formulation au masculin choisie se réfère toujours à la fois aux personnes de sexe féminin, masculin et divers; nous renonçons à toute dénomination multiple afin de garantir une meilleure lecture.

La création graphique a bénéficié du soutien d'AstraZeneca AG et Roche Diagnostics (Suisse) AG.



# Recommandations suisses 2024 sur l'identification précoce de l'insuffisance cardiaque (IC) chez les patients atteints de diabète<sup>1</sup>



Groupe de consensus constitué d'experts de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED), de la Société Suisse de Cardiologie (SSC) et de la spécialité Médecine Interne Générale.

## Insuffisance cardiaque et diabète

- Le diabète est un important facteur de risque d'insuffisance cardiaque (IC).<sup>2</sup>
- La prévalence de l'IC dans la population générale est estimée entre 1.5 et 2 %. Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans et atteintes de diabète, elle peut atteindre 30 %.<sup>3,4</sup>

## Identification précoce de l'insuffisance cardiaque

- L'insuffisance cardiaque est une maladie évolutive, dont les atteintes structurelles et fonctionnelles débent longtemps avant l'apparition des symptômes.<sup>2</sup>
- Son identification précoce et le traitement des patients à risque élevé d'IC peuvent freiner, voire empêcher l'apparition d'une insuffisance cardiaque symptomatique.<sup>5,6</sup>

Avec le soutien de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) et du groupe de travail «Insuffisance cardiaque» de la Société Suisse de Cardiologie.



## Approche chez les patients atteints de diabète

Le traitement du diabète doit inclure des incitations à une activité physique régulière et le contrôle des facteurs de risque. Selon les recommandations de la SSED, l'approche généralement conseillée pour les personnes atteintes de diabète est l'association de la metformine et d'un iSGLT2\* pour la protection du cœur et des reins.<sup>7</sup> Chez les patients en surpoids (IMC > 28), on privilégiera l'association de la metformine avec un aGLP-1\*\*.<sup>7</sup>

### 1 À chaque visite médicale, pensez à questionner les patients sur les symptômes d'IC.

Dyspnée d'effort/orthopnée, dyspnée nocturne paroxystique, fatigue, toux sèche, manque d'appétit, prise de poids soudaine, œdèmes des chevilles.<sup>8</sup>

### 2 Pendant l'examen, recherchez les signes d'insuffisance cardiaque.

Œdèmes, pression jugulaire élevée, troisième bruit cardiaque (bruit de galop).<sup>8</sup>

### 3 Prenez les mesures nécessaires en fonction des observations.

## À prendre en compte pour interpréter le taux de peptides natriurétiques (NT-proBNP ou BNP)

Influence possible de comorbidités sur le taux de NT-proBNP/BNP<sup>9</sup>



diminué en cas de surpoids

augmenté en cas de fibrillation auriculaire (FA) ou d'insuffisance rénale chronique (IRC)



En cas de symptômes et/ou signes d'IC

Mesurer NT-proBNP ou BNP<sup>8</sup>

Si NT-proBNP ≥ 125 ng/l ou BNP ≥ 35 ng/l, → orienter vers un cardiologue

En cas de diabète sans symptômes ou signes d'IC et ≥ 60 ans\*\*\*

Mesurer 1 x par an NT-proBNP ou BNP

NT-proBNP ≥ 300 ng/l  
BNP ≥ 90 ng/l

IC probable

Orienter vers un cardiologue pour échocardiographie transthoracique (ETT)

NT-proBNP 125 - 299 ng/l  
BNP 35 - 89 ng/l

IC possible

Réexaminer si le patient est vraiment asymptomatique et évaluer individuellement la nécessité d'une consultation auprès d'un cardiologue

NT-proBNP < 125 ng/l  
BNP < 35 ng/l

IC peu probable

Pas d'autres examens

\*iSGLT2: inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose 2. \*\*aGLP-1: agoniste du récepteur du GLP-1 (glucagon-like peptide 1).

\*\*\* En présence de plusieurs autres facteurs de risque d'IC tels qu'obésité<sup>9</sup>, traitement du diabète au long cours et/ou mal ajusté<sup>9</sup>, insulinothérapie, hypertension artérielle<sup>9</sup>, hyperlipidémie<sup>9</sup> ou complications micro-et/ou macrovasculaires, néphropathie diabétique, cardiopathie coronarienne<sup>9</sup>, sexe féminin<sup>9</sup>, la mesure du NT-proBNP ou du BNP peut être envisagé au cas par cas, chez les patients de < 60 ans.