

## Problèmes fréquents: marche à suivre

### Hypotension

Durant l'augmentation de la dose du traitement, une pression artérielle basse ainsi que des vertiges / étourdissements sont fréquents. Il convient d'en informer le patient. La situation s'améliore le plus souvent avec le temps. Asymptomatique: pas de modification du traitement

#### Symptomatique:

- Arrêter les dérivés nitrés, inhibiteurs calciques et autres vasodilatateurs
- En cas de traitement pour la prostate: passer si possible des alpha-bloquants (tamsulosine, alfuzosine, térazosine) aux inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (finastéride, dutastéride)
- Réduire la dose des diurétiques en cas d'euvolémie / hypovolémie
- Si les mesures ci-dessus ne suffisent pas, réduction temporaire des IEC/ARA/ARNI/ARM
- Contrôle dans les 7 jours. Le cas échéant, orientation du patient vers une consultation spécialisée en IC

### Détérioration de la fonction rénale

Durant l'augmentation de la dose des IEC/ARA/ARNI/ARM, une élévation de la créatinine de 15-30% est normale (légère élévation aussi avec les I-SGLT-2). Une élévation de la créatinine jusqu'à 50% ou jusqu'à 266 µmol/l ou un eGFR jusqu'à 25 ml/min/1,73m<sup>2</sup> est acceptable moyennant un suivi étroit. La situation devrait se stabiliser en l'espace de 2 semaines. A recommander dans tous les cas:

- Arrêter les AINS
- Réduire les diurétiques en cas d'euvolémie / hypovolémie
- En cas de détérioration excessive persistante malgré les mesures ci-dessus:
- Orientation du patient vers une consultation spécialisée en IC
- Réduction temporaire des IEC/ARA/ARNI/ARM
- Si élévation de la créatinine >100% ou >310 µmol/l ou eGFR <20 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, arrêter les IEC/ARA/ARNI/ARM

### Hyperkaliémie

Des valeurs normales-hautes de potassium sont souhaitables en cas d'insuffisance cardiaque. Elévation du potassium jusqu'à 5,5 mmol/l acceptable. A vérifier dans tous les cas:

- Arrêter la substitution de potassium et les médicaments d'épargne potassique (par ex. amiloride)
- Réduire les diurétiques en cas d'euvolémie / hypovolémie
- Potassium 5,5 – 5,9 mmol/l: réduire de moitié la dose des IEC/ARA/ARNI/ARM
- Potassium ≥6 mmol/l: arrêter IEC/ARA/ARNI/ARM
- ≥Pour l'hyperkaliémie répétée/chronique (potassium >5,0 mmol/L), envisager l'utilisation d'un chélateur du potassium par voie orale (meilleures données pour le patiomer) pour traiter l'hyperkaliémie et permettre une titration à la hausse des IEC/ARA/ARNI/ARM
- ≥Le cas échéant, orientation du patient vers une consultation spécialisée en IC

### Bradycardie

Fréquence cardiaque <50/min et symptômes:

- Réduire de moitié la dose de bêtabloquant
- ECG au repos et/ou holter sur 24h pour exclure un bloc AV de haut degré
- Vérification de l'indication des autres médicaments bradycardisants (ivabradine, digoxine, amiodarone, diltiazem, vérapamil) et, le cas échéant, réduction / arrêt de ces médicaments

## Liens importants et informations

Site internet du groupe de travail Insuffisance cardiaque de la SSC: [www.heartfailure.ch](http://www.heartfailure.ch)

Site internet de la SSC: [www.swisscardio.ch](http://www.swisscardio.ch)

Site internet de la Société européenne de cardiologie contenant des informations sur les dernières recommandations relatives à l'insuffisance cardiaque: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

Site internet de la Fondation Suisse de Cardiologie donnant accès à des informations / brochures sur le thème de l'insuffisance cardiaque, y compris journal de bord du patient: [www.swissheart.ch](http://www.swissheart.ch)

**Le groupe de travail Insuffisance cardiaque de la Société Suisse de Cardiologie remercie les entreprises suivantes pour leur soutien dans la réalisation de cette Pocketcard:**



Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz  
Groupe de travail Insuffisance cardiaque  
Gruppo di lavoro Insufficienza cardiaca  
Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie  
Société Suisse de Cardiologie  
Società Svizzera di Cardiologia

La Pocketcard représente un avis d'experts n'engageant aucune responsabilité. Elle ne dispense pas de la vérification des indications et posologies.

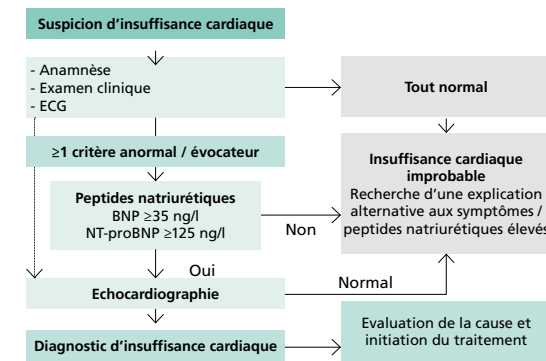
Micha T. Maeder ([micha.maeder@kssg.ch](mailto:micha.maeder@kssg.ch)), Andreas Flammer, Matthias Paul, Otmar Pfister, Philippe Meyer ([philippe.meyer@hcuge.ch](mailto:philippe.meyer@hcuge.ch)), Roger Hullin, Giorgio Moschovitis, Michele Martinelli, Susanne Lerch.

## Diagnostic et prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique

Réédition 2022 basée sur les Guidelines ESC 2021 (Eur Heart J 2021;42:3599-3726)

Document élaboré par le groupe de travail « Insuffisance cardiaque » de la Société Suisse de Cardiologie

### Figure 1. Algorithme diagnostique



### Tableau 1. Définitions

Critères	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Anamnèse / examen clinique	Symptômes ± signes <sup>1</sup>		
FEVG	<40 %	41–49 % <sup>2</sup>	≥50 % <sup>2</sup>
Critères supplémentaires	Aucun		Mise en évidence d'anomalies structurelles et/ou fonctionnelles compatibles avec une dysfonction diastolique du ventricule gauche et/ou des pressions de remplissage élevées <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Signes cliniques d'insuffisance cardiaque parfois absents.

<sup>2</sup> Les patients présentant une FEVG ≤40% préalable mais une amélioration >40% sont considérés comme ayant une «insuffisance cardiaque à FEVG améliorée» (→ traitement inchangé de l'HFrEF)

<sup>3</sup> Utilisation de l'algorithme de la «Heart Failure Association» (Eur Heart J 2019;40:3297-3317) ou d'une approche simplifiée: la probabilité augmente avec le nombre de critères suivants remplis: a) BNP >35 ng/l (FA: >105 ng/l) ou NT-proBNP >125 ng/l (FA: >365 ng/l), b) LVMI ≥115 g/m<sup>2</sup> (hommes) ou 95 g/m<sup>2</sup> (femmes) et/ou rWT >0,42, c) LAVI ≥34 ml/m<sup>2</sup> (FA: >40 ml/m<sup>2</sup>), d) E/e' >9, e) peak TRV >2,8 m/s et/ou PAPs >35 mmHg.

FA: fibrillation atriale. BNP: peptide natriurétique de type B. E/e': rapport entre la vitesse diastolique précoce maximale du flux transmitral et la vitesse diastolique précoce maximale de l'anneau mitral. HFmrEF: insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite, HFpEF: insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. HFpEF: insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. LAVI: indice de volume atrial gauche. LVMI: indice de masse ventriculaire gauche. Peak TRV: vitesse maximale du flux de régurgitation tricuspide. rWT: épaisseur pariétale relative. PAPs: pression artérielle pulmonaire systolique.

**Tableau 6. Médicaments et posologies**

Médicament	Dose initiale	Dose cible
<b>IEC</b>		
Enalapril	2 x 2,5 mg	2 x 20 mg
Lisinopril	1 x 2,5 mg	1 x 20 mg (35 mg)
Ramipril	1 x 1,25 mg	1 x 10 mg
Captopril	3 x 6,25 mg	3 x 50 mg
Péridopril	1 x 2,5 mg	1 x 10 mg
<b>ARNI</b>		
Sacubitril / valsartan	2 x 50-100 mg*	2 x 200 mg
<b>Bêtabloquants</b>		
Bisoprolol	1 x 1,25 mg	1 x 10 mg
Carvédilol	2 x 3,125 mg	2 x 25 mg
Succinate de métoprolol	1 x 25 mg	1 x 200 mg
Nébivolol	1 x 1,25 mg	1 x 10 mg
<b>ARM</b>		
Spironolactone	1 x 25 mg	1 x 50 mg#
Eplérénone	1 x 25 mg	1 x 50 mg#
<b>I-SGLT2</b>		
Dapagliflozine	1 x 10 mg	1 x 10 mg
Empagliflozine	1 x 10 mg	1 x 10 mg
<b>Autres substances</b>		
Candésartan	1 x 4 mg	1 x 32 mg
Losartan	1 x 50 mg	1 x 150 mg
Valsartan	2 x 40 mg	2 x 160 mg
Ivabradine	2 x 5 mg (réduire à 2 x 2,5 mg si fréquence cardiaque <50/min)	2 x 7,5 mg
Vériciguat	1 x 2,5 mg	1 x 10 mg
Digoxine	1 x 0.0625 mg	1 x 0.25 mg

\*Dose initiale de 2 x 50 mg chez les patients avec dose plus faible (=moins de la moitié de la dose basée sur les preuves) d'IEC / ARN (par ex. énalapril <2x10 mg/j, lisinopril <10 mg/j, péridopril <5 mg/j, ramipril <5 mg/j, candésartan <16 mg/j, losartan <50 mg/j, valsartan <2x80 mg/j).

#En cas d'insuffisance rénale (eGFR <50 ml/min/1,73m<sup>2</sup>), dose cible de 25 mg.

**Tableau 7. Médicaments: effets indésirables et contrôles/suivi**

	Principaux effets indésirables	Contrôles
<b>IEC</b>	Hypotension, insuffisance rénale, hyperkaliémie, toux sèche (DD: insuffisance cardiaque). Angioœdème (=contre-indication absolue)	Contrôle de la fonction rénale (créatinine sérique) et du potassium sérique avant le début, 1–2 semaines après le début et 1–2 semaines après chaque augmentation de la dose, ainsi qu'après avoir atteint la dose d'entretien à intervalles de 3–6 mois
<b>ARA</b>	Hypotension, insuffisance rénale, hyperkaliémie. Comme alternative en cas d'intolérance aux IEC	Contrôles cf. IEC
<b>ARNI</b>	Hypotension, insuffisance rénale, hyperkaliémie, angioœdème	Contrôles cf. IEC
<b>Bêtabloquants</b>	Hypotension, bradycardie, bloc AV, péjoration de l'IC	Initiation du traitement lorsque l'IC est stabilisée. Doubler la dose toutes les 1–2 semaines. En cas de progression des signes d'IC: 1) augmentation du traitement diurétique, 2) réduction (temporaire) de la dose de bêtabloquant
<b>ARM</b>	Hyperkaliémie, insuffisance rénale, gynécomastie (uniquement spironolactone)	Contrôles réguliers du potassium et de la créatinine sériques (5 jours après l'initiation du traitement ou à chaque augmentation de dose) Potassium >5,5 mmol/l: réduire la dose. CAVE: association IEC +ARA +ARM contre-indiquée
<b>I-SGLT2</b>	Infections génitales, déshydratation, rarement acidocétose diabétique, hypotension	Vérification / adaptation du reste du traitement antidiabétique, diagnostic / traitement précoce de l'infection génitale, contrôle statut volémique / créatinine sérique
<b>Ivabradine</b>	Bradycardie, phénomènes visuels (phosphènes; généralement transitoires), renforcement de l'effet par les inhibiteurs du cytochrome P450 3A4	Fréquence cardiaque, rythme (FA → arrêt ivabradine); en cas de phosphènes persistants: arrêt éventuel ivabradine
<b>Vériciguat</b>	Hypotension, anémie	Contre-indiqué en cas de co-médication avec des inhibiteurs de la phosphodiesterase et des autres stimulateurs de la guanylate cyclase soluble; Attention à la co-médications avec des dérivés nitrés

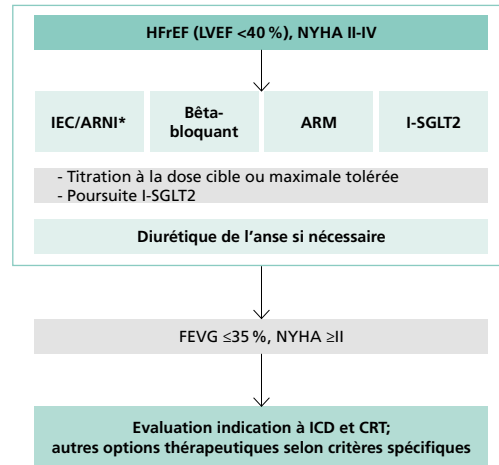
**Tableau 8. Options thérapeutiques en cas d'HFpEF et d'HFmrEF**

Traitement	HFmrEF	HFpEF
Traitement (si possible) des comorbidités significatives		I
Diurétiques pour les patients avec signes de congestion	I	I
Anticoagulation orale en cas de fibrillation atriale	I	I
Éducation des patients	I	I
Entraînement physique	I	I
Réadaptation basée sur l'entraînement	IIa	IIa
Carboxymaltose ferrique (intraveineux) chez les patients récemment hospitalisés en raison d'une IC et d'une carence en fer (ferritine <100 µg/l ou ferritine 100-299 µg/l et saturation de la transferrine < 20%)	IIa	
IEC /ARA	IIb	
ARNI	IIb	
Bêtabloquants	IIb	
ARM	IIb	
I-SGLT2	Efficaces (empagliflozine, dapagliflozine), mais aucune recommandation pour l'instant car les dernières études ne sont pas encore prises en considération	
Tafamidis pour les patients atteints d'amyloïdose cardiaque ATTR héréditaire ou de type sauvage NYHA I-II	I	I

**Tableau 9. Traitements contre-indiqués**

Traitement	Commentaire
Glitazones	Rétention hydrique, risque accru de décompensation cardiaque et d'hospitalisation
AINS / inhibiteurs de la COX-2	Rétention hydrique, risque accru de décompensation cardiaque et d'hospitalisation; progression de l'insuffisance rénale
Diltiazem / vérapamil	Effet inotrope négatif, donc contre-indiqué en cas d'HFReEF, mais possible en cas d'HFpEF / HFmrEF
Dronédarone	Risque pro-arythmique
Antiarythmiques de classe I	Risque pro-arythmique
Ventilation auto-asservie en cas d'apnées centrales du sommeil	Mortalité accrue; le traitement par C-PAP est cependant possible pour le SAOS
Prise concomitante d'ARA + IEC + ARM	Risque accru d'hyperkaliémie et de détérioration de l'insuffisance rénale
Substances stimulant l'érythropoïèse en cas d'anémie	Inefficace et risque accru de complications thromboemboliques
ICD chez les patients NYHA IV réfractaires au traitement et non éligibles pour dispositif d'assistance ventriculaire / transplantation cardiaque	Risque de décès dû à l'IC plus important que celui de mort subite cardiaque
CRT si QRS <130 ms sans indication de stimulateur cardiaque	Aucun effet, mais risque de complications associées au dispositif

**Figure 2. Algorithme thérapeutique en cas d'HFReEF**



**Commentaires:**

Traitement de base par IEC (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine [ARA] uniquement en cas d'intolérance aux IEC), bêtabloquant, ARM et I-SGLT2 pour tous les patients atteints d'HFReEF. Le déroulement exact de l'introduction de ce traitement (ordre, posologies) n'est pas défini. En principe, il est plus important d'établir les quatre substances que d'atteindre précocement la dose maximale de chaque substance. L'augmentation progressive de la dose du traitement de base reste standard.

\*Passage de l'IEC à un ARNI considéré comme standard en ambulatoire indépendamment de l'évolution clinique (option possible de débiter un ARNI sans traitement préalable par un IEC chez les patients hospitalisés sans contre-indication; indication de classe IIb).

IEC: inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. ARNI: inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine et de la néprilysine. CRT: thérapie de resynchronisation cardiaque. ICD: défibrillateur automatique implantable. FEVG: fraction d'éjection ventriculaire gauche. ARM: antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes. NYHA: New York Heart Association. I-SGLT2: inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

**Tableau 2. Mesures diagnostiques**

Test	Indication
<b>Examens de base (tous les patients)</b>	
ECG	Rythme, fréquence cardiaque, morphologie / durée et autres anomalies du complexe QRS
BNP/NT-proBNP	Exclusion ou confirmation d'une IC et évaluation de la sévérité (paramètre diagnostique et pronostique)
Echocardiographie	Évaluation de la FEVG, classification HFpEF, HFmrEF, HFReEF, clarification de l'étiologie, évaluation de valvulopathies et indication à ICD / CRT
Radiographie thoracique face/profil	Confirmation d'une IC, exclusion d'autres causes de dyspnée
Autres analyses de laboratoire: hémogramme, sodium, potassium, créatinine, urée, bilirubine, ASAT, ALAT, GGT, glucose, HbA1c, profil lipidique, TSH, ferritine, saturation de la transferrine	Recherche de l'étiologie et des principaux cofacteurs et facteurs pouvant interagir avec le traitement
<b>Examens complémentaires</b>	
IRM cardiaque	Chez les patients peu échogènes pour évaluer la structure et la fonction cardiaque et/ou en cas de suspicion d'une maladie spécifique (myocardite, amyloïdose, sarcoïdose, etc.), pour faire la distinction entre cause ischémique / non ischémique et pour stratifier le risque
Coronarographie	En cas d'angor et/ou de forte probabilité de coronaropathie, en cas de tachycardies ventriculaires symptomatiques, chez les patients ayant survécu à un arrêt cardiaque subit, avant une chirurgie valvulaire
Coro-CT	Pour exclure une sténose coronaire chez les patients avec une probabilité faible à intermédiaire de coronaropathie
Ergospirométrie	Pronostic en cas d'IC, investigation d'une dyspnée d'origine indéterminée, évaluation en vue d'une transplantation cardiaque / d'un dispositif d'assistance ventriculaire, planification de l'entraînement ou de la réadaptation cardiaque
Cathétérisme cardiaque droit	Avant une transplantation cardiaque / pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire, évaluation d'une hypertension pulmonaire (pré- vs post-capillaire vs combinée) avant chirurgie valvulaire, évaluation hémodynamique en cas de situations peu claires
Biopsie endomyocardique	IC à progression rapide malgré un traitement standard et éventuelle étiologie spécifique
Scintigraphie osseuse	Suspicion d'une amyloïdose ATTR
Examen génétique	Prédisposition familiale à des cardiomyopathies spécifiques

**Tableau 3. Etiologies et mesures diagnostiques (en complément des examens de base)**

Etiologie	Examens
<b>Coronaropathie</b>	IRM cardiaque, coronarographie, imagerie fonctionnelle ou coro-CT (cf. Tableau 2)
<b>Cardiopathie hypertensive</b>	Pression artérielle sur 24h, métanéphrines plasmatiques, rénine, aldostérone, visualisation des artères rénales
<b>Valvulopathies</b> (primaire / dégénérative ou secondaire / fonctionnelle)	Echocardiographie transœsophagienne, éventuellement échocardiographie de stress physique
<b>Arythmies</b>	ECG Holter, examen électrophysiologique
<b>Cardiomyopathies</b> - dilatée - hypertrophique - restrictive - ventriculaire droite arythmogène - Tako-Tsubo - toxique (alcool, fer, cocaïne, etc.)	IRM cardiaque, généralement coronarographie
<b>Malformations congénitales</b> (par ex. shunts, Epstein, transposition congénitale corrigée ou opérée)	IRM cardiaque, éventuellement cathétérisme cardiaque droit
<b>Infectieuse</b> - myocardite virale - maladie de Chagas - VIH - maladie de Lyme	IRM cardiaque, biopsie endomyocardique, sérologie
<b>Médicamenteuse</b> (anthracycline, trastuzumab, inhibiteurs du VEGF, inhibiteurs du point de contrôle immunitaire, inhibiteurs du protéasome, inhibiteurs de la voie BRAF+MEK)	IRM cardiaque, troponine, NT-proBNP (BNP)

Etiologie	Examens
<b>Infiltrative</b> - sarcoïdose - amyloïdose  - néoplasies	IRM cardiaque, ECA sérique, PET-CT au FDG, CT thoracique, biopsie endomyocardique, électrophorèse et immunofixation sérique et urinaire, recherche de chaînes légères libres sériques, scintigraphie osseuse (ATTR), biopsie endomyocardique
<b>Maladies lysosomales</b> - hémochromatose  - maladie de Fabry  - glycogénoses	Statut ferrique, examen génétique, IRM cardiaque (T2*) α-galactosidase, examen génétique, IRM cardiaque
<b>Maladies endomyocardiques</b> - radiothérapie - fibrose endomyocardique - carcinoïde	IRM cardiaque IRM cardiaque, biopsie endomyocardique, acide 5-hydroxy-indolacétique dans les urines de 24h
<b>Maladies péricardiques</b>	IRM cardiaque, biopsie endomyocardique, CT thoracique, cathétérisme cardiaque gauche / droit
<b>Troubles métaboliques</b> - hormonaux (par ex. hyperthyroïdie, hypothyroïdie, phéochromocytome) - nutritionnels (par ex. béribéri) - maladies auto-immunes	Diagnostic hormonal  Prise de sang  ANA, ANCA, consultation rhumatologique
<b>Maladies neuromusculaires</b> - ataxie de Friedreich - dystrophie musculaire	Electromyogramme (EMG), IRM cardiaque, créatine kinase, génétique

## Tableau 4. Recommandations générales

Des programmes multidisciplinaires de prise en charge de l'insuffisance cardiaque sont recommandés pour réduire les hospitalisations et la mortalité. Un aperçu des centres d'insuffisance cardiaque avec une offre spécifique est disponible à l'adresse suivante : <https://www.heartfailure.ch/en/about-us/heart-failure-centers>

### Conseils

- Si disponible, éducation du patient par du personnel infirmier spécialisé en IC
- Information (patients et proches): symptômes et signes d'IC, importance de l'observance thérapeutique, instructions quant à la surveillance des symptômes, attitude à adopter en cas de détérioration
- Poursuite des activités habituelles avec un effort physique adapté
- Activité sexuelle possible (inhibiteur de PDE-5 en cas de NYHA <III; CAVE: pas d'utilisation concomitante de dérivés nitrés et/ou de vericiguat)
- Vols de 1-3 heures peu astreignants, voyages en avion de plus longue durée uniquement si insuffisance cardiaque compensée, NYHA ≤III.
- Vaccination annuelle contre la grippe; vaccin anti-pneumococcique tous les 7 ans

### Autocontrôles/autogestion (journal de bord)

- Contrôle quotidien du poids; fluctuations du poids >2 kg en 3 jours → consulter un médecin
- Tenue d'un journal de bord de l'IC (poids, symptômes, pression artérielle et pouls)
- Schéma de diurétiques flexible chez les patients ayant une bonne compréhension

### Apports de sel et de liquide

- Régime alimentaire sain recommandé, éviter l'excès de sel (>5g/jour).
- Évitez la consommation excessive de liquide. Restriction à 1,5-2 litres en cas d'insuffisance cardiaque sévère / hyponatrémie
- Adaptations en cas de perte de sel / liquide → consulter un médecin

### Alcool et nicotine

- Au maximum 1-2 verres standard d'alcool (3 dl de bière, 1-2 dl de vin) par jour
- Abstinence totale d'alcool si l'alcool est la cause possible de l'insuffisance cardiaque
- Abstinence au tabac

### Entraînement physique / réadaptation

- Programme de réadaptation structuré pour tous les patients mobiles
- Activités d'endurance adaptées, telles que marche, randonnée et vélo
- Les exercices de renforcement musculaire de type force-endurance sous supervision spécialisée sont sûrs
- Ne pas dépasser une impression subjective d'effort «un peu astreignante» (permettant encore de parler)

### Traitement palliatif en fin de vie

- Parler avec le patient / impliquer les proches / documenter
- Eventuellement, désactiver le DAI
- La continuité du traitement est essentielle

### Aptitude à la conduite<sup>1</sup>

1<sup>er</sup> groupe: aptitude à la conduite en cas d'insuffisance cardiaque classée NYHA I et II; également NYHA III si IC stable et compensée.  
2<sup>e</sup> groupe: aptitude à la conduite uniquement si NYHA I et II, FEVG >35% et en l'absence d'angor et d'arythmie significative; capacité physique > 4 MET et en cas d'ECG pathologique, imagerie fonctionnelle nécessaire.

<sup>1</sup> Buser, M., Christen, S., Schaar, B., Fellay, M. & Pfäffli, M. Fahrerngung und kardiovaskuläre Erkrankungen: gemeinsame Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Cardiovasc Med* 22, (2019).

## Tableau 5. Options thérapeutiques de l'HFREF

Traitement	Indication	Commentaire
Diurétique de l'anse	I	Traitement symptomatique en cas de surcharge volémique (effet sur le pronostic non prouvé, donc aussi peu que possible, autant que nécessaire)
IEC	I	Traitement de base
ARA (au lieu de l'IEC)	I	Traitement de base uniquement en cas de véritable intolérance aux IEC
Bêtabloquant	I	Traitement de base
ARM	I	Traitement de base
Passage de l'IEC ou ARA à un ARNI	I	Traitement de base Passage de l'IEC ou ARA à un ARNI obligatoire chez les patients ambulatoires
ARNI comme traitement initial	IIb	A envisager chez des patients hospitalisés sélectionnés
I-SGLT2	I	Traitement de base Dapagliflozine ou empagliflozine
Ivabradine	IIa	En cas de rythme sinusal avec fréquence cardiaque ≥70/min malgré une dose maximale tolérée de bêta-bloquants et une FEVG ≤35%
Vericiguat	IIb	Hospitalisation préalable et NT-proBNP élevé; N'utiliser qu'après stabilisation/compensation suffisante (manque d'efficacité ou effets délétères potentiels en cas de NT-proBNP > 8000 ng/l dans l'étude VICTORIA)
Digoxine	IIb	Médicament de réserve pour les patients avec HFREF et rythme sinusal ou fibrillation atriale tachycarde et lorsque les autres options médicamenteuses ont été épuisées
Carboxymaltose ferrique (intraveineux)	IIa	Tous les patients présentant une carence en fer (ferritine <100 µg/l ou ferritine 100- 299 µg/l et saturation de transferrine <20%)
Anticoagulation orale	I	Uniquement chez les patients atteints d'une fibrillation atriale, préférentiellement par un anticoagulant oral non antagoniste de la vitamine K (NACO)
Resynchronisation cardiaque (CRT)	I	FEVG ≤35% malgré un traitement médical optimal ≥3 mois, bloc de branche gauche (BBG) avec QRS ≥150ms
	IIa	FEVG ≤35% malgré GDMT optimale ≥3 mois, non-BBG avec QRS ≥150ms
	IIa	FEVG ≤35% malgré GDMT optimale ≥3 mois, BBG avec QRS 130-149 ms
Défibrillateur (ICD)	I	Prévention primaire en cas d'étiologie ischémique de l'IC, FEVG ≤35% (>40 jours après un infarctus) et traitement médical optimal ≥3 mois; PAS en cas de NYHA IV
	IIa	Prévention primaire en cas d'étiologie non ischémique de l'IC; FEVG ≤35% malgré traitement médical optimal ≥3 mois: PAS en cas de NYHA IV
	IIb	Défibrillateur portable pour les patients avec risque accru de mort subite cardiaque en transition jusqu'à la décision pour / contre l'implantation d'un ICD
	I	Prévention secondaire indépendamment de la FEVG et de l'étiologie
Isolation des veines pulmonaires	IIa	Fibrillation atriale paroxystique ou persistante
Réparation transcathéter bord à bord (TEER) de la valve mitrale	IIa	Insuffisance mitrale fonctionnelle sévère malgré traitement médical optimal ≥3 mois; patients sélectionnés (notamment «critères COAPT» remplis)
Pontage aorto-coronarien	IIa	En cas de maladie plurifonctionnelle et d'anatomie adaptée, en particulier si diabète sucré
Intervention coronarienne percutanée	IIb	En cas d'anatomie coronaire adaptée et de contre-indication pour la chirurgie cardiaque
Transplantation/dispositif d'assistance ventriculaire	I	Patients très sélectionnés atteints d'IC avancée (→ orientation précoce vers un centre spécialisé pour évaluer ces options)
Entraînement physique	I	Pour tous les patients aptes
Réadaptation	IIa	Pour tous les patients aptes
Education des patients	I	Tous les patients
Tafamidis	I	Patients présentant une amyloïdose cardiaque ATTR héréditaire ou de type sauvage et NYHA I-II