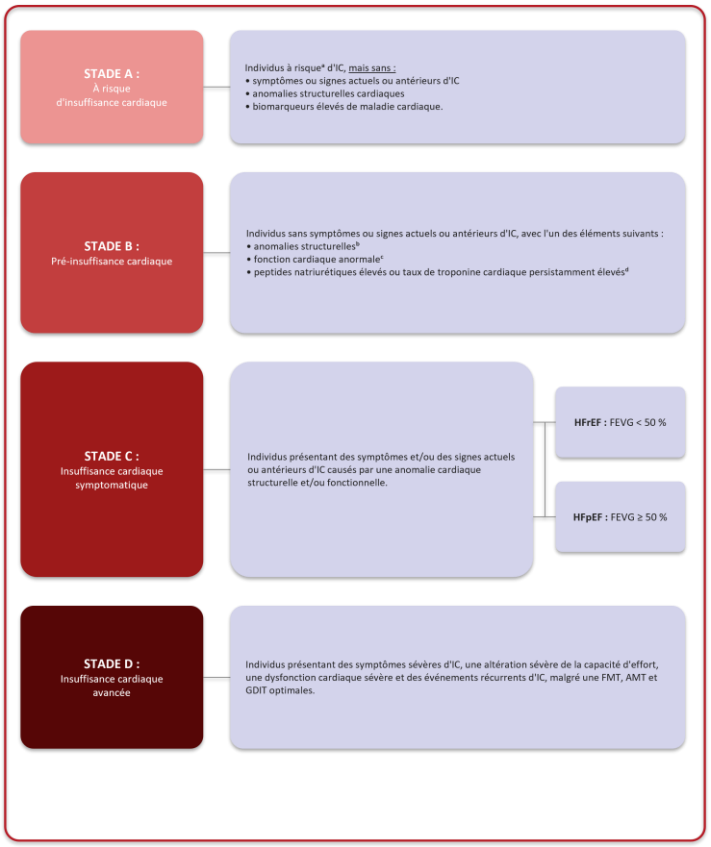
Cordiam
ESC CONGRESS 2026

Lignes directrices ESC 2026 sur l'Insuffisance Cardiaque
Ce qui change vraiment

Dr. Caroline Chong-Nguyen
Département de cardiologie, Hôpital Bienne
Département d'angiologie, Inselspital, Berne

NOUVELLE CLASSIFICATION ET STADIFICATION

Le changement le plus structurant des lignes directrices 2026 est la refonte de la classification basée sur la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG). La catégorie HFmrEF (FEVG 41-49 %) est supprimée. L'HFrEF (IC à fraction d'éjection réduite) est désormais définie par une FEVG strictement inférieure à 50 %, et l'HFpEF (IC à fraction d'éjection préservée) regroupe toutes les FEVG supérieures ou égales à 50 %. On revient ainsi à une **classification binaire**, plus simple à appliquer en pratique quotidienne. L'algorithme diagnostique intègre cette nouvelle frontière dès l'échocardiographie (voir figure).



Les lignes directrices adoptent également le système de **stadification A à D**, allant du simple profil à risque cardiovasculaire sans IC (stade A) jusqu'à l'IC avancée réfractaire (stade D). Ce cadre, déjà familier depuis les recommandations américaines, entre officiellement dans la pratique européenne et guide la stratégie thérapeutique à chaque étape.

IC CHRONIQUE : INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les traitements de fond sont désormais regroupés sous le terme **Foundational Medical Therapy (FMT)**. Une nouveauté importante : la titration doit se faire toutes les 1 à 2 semaines au minimum, guidée par les symptômes, les constantes vitales et les examens biologiques. Le traitement doit être maintenu même en cas de normalisation de la FEVG ou de disparition des symptômes.

Extension majeure des **antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes (MRA)** : jusqu'ici réservés à l'HFrEF, ils sont désormais recommandés **indépendamment de la FEVG**, y compris dans l'HFpEF (sMRA ou nsMRA selon le profil). Il s'agit d'un changement de paradigme pour la prise en charge de l'HFpEF, longtemps dépourvue de traitements de fond efficaces.

INNOVATIONS CARDIOMÉTABOLIQUES

En prévention, un **agoniste du récepteur GLP-1** est désormais recommandé (**Classe IIa, niveau A**) chez les patients diabétiques de type 2 avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire, pour réduire le risque d'IC ou de décès cardiovasculaire. C'est la première recommandation préventive ESC explicite pour cette classe thérapeutique en matière d'IC.

Dans l'HFpEF avec obésité, sémaglutide et tirzépatide sont recommandés (Classe IIa, niveau B) chez les patients symptomatiques avec FEVG supérieure ou égale à 45 % et IMC supérieur ou égal à 30 kg/ m^2, **indépendamment du statut diabétique**, pour améliorer la capacité d'effort et la qualité de vie.

MESSAGES CLÉS A RETENIR

- **HFmrEF supprimée** : classification binaire HFrEF (FEVG < 50 %) vs HFpEF (FEVG ≥ 50 %), avec stadification A-D officiellement adoptée en Europe.
- Les **MRA sont désormais recommandés pour toutes les formes d'IC**, quelle que soit la FEVG, marquant un changement majeur pour l'HFpEF.
- La titration de la FMT doit être effectuée **toutes les 1 à 2 semaines** et maintenue même en cas de normalisation de la fonction ventriculaire.
- Les agonistes GLP-1 et les analogues GLP-1/GIP entrent formellement dans les recommandations ESC : en prévention de l'IC chez le diabétique (**Classe IIa, A**) et dans le traitement de l'HFpEF avec obésité (**Classe IIa, B**).

Source : ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2026. European Heart Journal, 2026.