

Insuffisance cardiaque (IC)

Diagnostic et évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque (IC)

- **Penser à l'IC :**
 - même devant des signes non spécifiques chez la personne âgée
 - dosage BNP ou NT-proBNP si doute diagnostique
- **Prévoir une consultation cardiologique avec ECG et échocardiographie Doppler qui :**
 - confirme ou non le diagnostic d'IC
 - distingue IC systolique (ICS) ou IC à fraction d'éjection préservée (ICFEP)
- **Définir le stade fonctionnel NYHA**
- **Rechercher des critères de mauvais pronostic**
- **Rechercher des causes déclenchantes de décompensation :**
 - notamment fibrillation auriculaire (FA), cause pulmonaire
- **Évaluer les besoins du patient :**
 - avec évaluation gériatrique si nécessaire
- **Annoncer le diagnostic et élaborer un programme personnalisé de soins (PPS)**

Traitement de l'insuffisance cardiaque systolique (ICS)

L'ICS est définie par des symptômes/signes évocateurs et par une FE < 40 - 50 %

- **Impliquer et accompagner le patient dans sa prise en charge**
 - Convenir d'objectifs partagés
 - Connaître les signes d'alerte et réagir de manière adaptée
 - Éviter l'automédication et les interactions médicamenteuses
- **Traitement non pharmacologique**
 - Restriction sodée (< 6 g/j) et pesée régulière notée (minimum 1-2/sem)
 - Activité physique adaptée
 - Réadaptation cardiaque, programme d'ETP si besoin
- **Traitements pharmacologiques**
 - Diurétiques de l'anse si rétention hydrosodée
 - Si FE < 40 %, traitement de base = **IEC + β-bloquant**
 - à dose maximale si tolérée, obtenue par paliers
 - Antialdostérone (**ou** ARA II), en cas de symptômes persistants
 - Si FA, traitement anticoagulant sans jamais d'antiarythmiques de classe I
 - Vaccinations antigrippale et antipneumococcique
- **Dispositifs implantables**
 - Avis cardiologique pour resynchronisation biventriculaire (+/- défibrillateur)
- **En cas d'IC sévère**
 - Envisager l'assistance ventriculaire gauche et la transplantation cardiaque
 - Proposer le recours aux soins palliatif

Suivi en cas d'ICS stable

L'implication du patient dans sa prise en charge repose sur le médecin traitant et sur tous les soignants en contact avec le patient

■ Acquis à maintenir :

- mesure fréquente du poids, noté, connaissance des signes d'alerte
- activité physique régulière et régime peu salé
- observance des médicaments et du rythme des consultations

■ Mise à jour du PPS actualisant les objectifs convenus avec le patient

- avec les moyens pour y parvenir et l'échéancier

■ Le suivi de l'efficacité et de la tolérance du traitement est essentiel

- Évaluation de la dyspnée, de la fatigue, des capacités cognitives
- Surveillance clinique, notamment observance du traitement, PA et FC
- Surveillance biologique (ionogramme et DFG)
- Majoration thérapeutique, renforcement temporaire du diurétique si rétention
- Surveillance clinique hebdomadaire par une infirmière (DSI) si besoin

■ La coordination des professionnels est parfois complexe

- Au mieux gérée dans le cadre d'un programme d'ETP et d'organisation des soins
- Surveillance spécifique si stimulation biventriculaire
- Il est essentiel de prendre en charge l'ensemble des maladies du patient

Prévention de la décompensation cardiaque

Le patient connaît les signes d'alerte devant conduire à une consultation rapide ou urgente

- Prise de 2-3 kg en quelques jours, dyspnée majorée, FC rapide ou irrégulière
- Dosage du BNP (ou NT-proBNP) en cas de doute sur une décompensation

Le médecin doit prendre la décision d'hospitalisation au bon moment

- Dégradation clinique majeure, hypotension mal tolérée, dégradation biologique
- À la sortie, lettre au médecin généraliste avec copie pour le patient

Traitement de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP)

L'ICFEP est définie par des symptômes/signes d'IC et, à l'échocardiogramme, une FE > 40 - 50 % associée à des troubles de la relaxation et une dysfonction diastolique

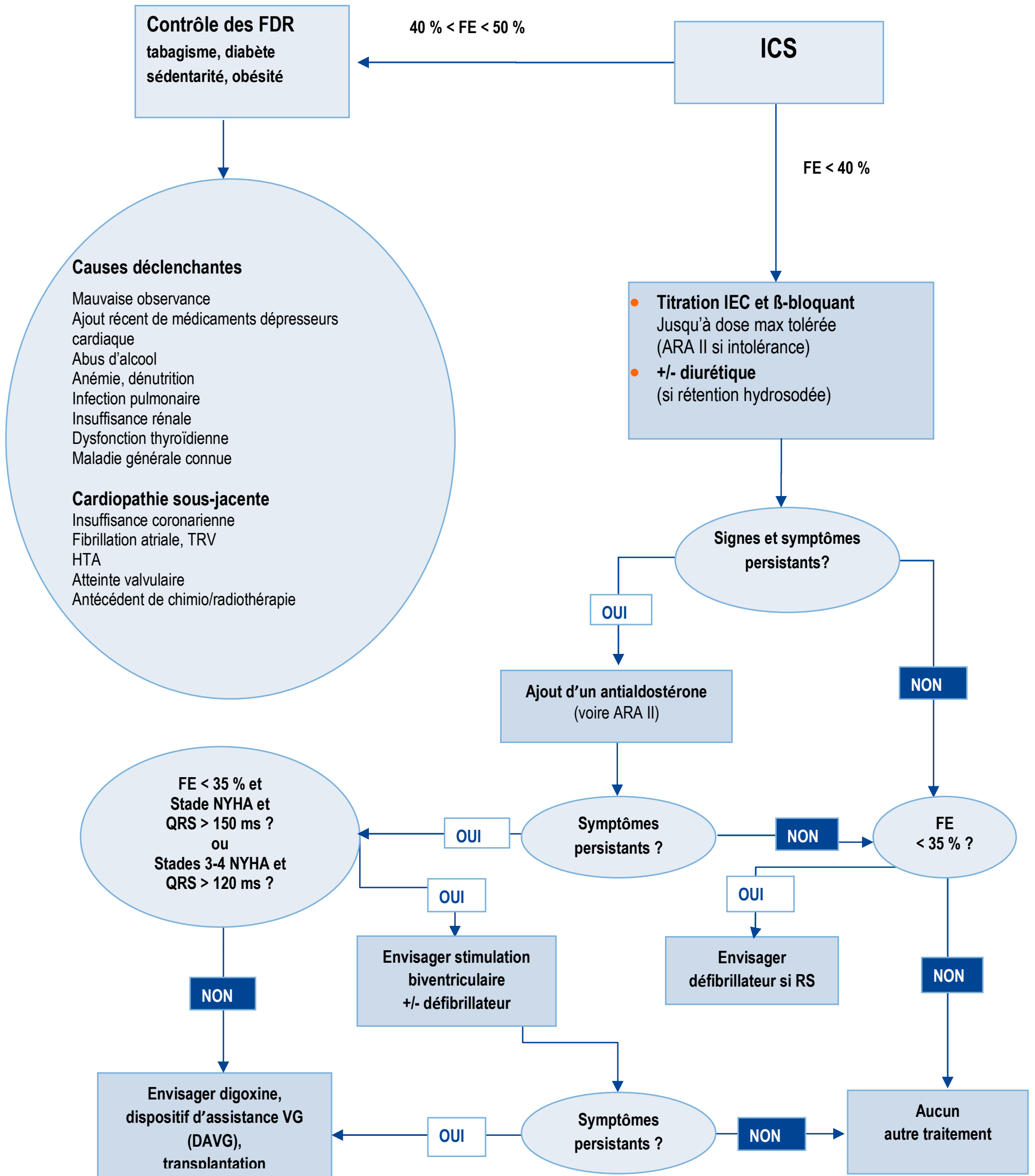
■ Impliquer et accompagner le patient dans sa prise en charge

- S'assurer de l'observance thérapeutique, diurétique temporaire si besoin
- Régime modérément salé, lutte contre la dénutrition
- Lutte contre la sédentarité et activité physique adaptée

■ Traitements pharmacologiques

- Si HTA : traitement antihypertenseur (IEC ou autre)
- Si tachycardie ou FA : bêtabloquant, vérapamil + anticoagulant si FA
- Traitement des infections
- Traitement d'une anémie, contrôle de la fonction rénale
- Éviter les médicaments à risque d'interaction médicamenteuse et l'automédication
- Vaccinations antigrippale et antipneumococcique

Algorithme de prise en charge de l'ICS



Prise en charge thérapeutique* selon le stade fonctionnel NYHA de l'insuffisance cardiaque systolique (ICS)

Stade I NYHA	Stade II NYHA	Stade III NYHA	Stade IV NYHA
Caractéristiques			
■ Pas de symptômes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes pour effort important ■ Réduction modérée de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes à l'effort ■ Réduction marquée de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes au repos ■ Limitation sévère de l'activité physique
Traitement systématique			
Implication du patient dans sa prise en charge : tous les professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de la maladie et des signes d'alerte, mesure régulière du poids noté, éviter l'automédication • Régime sans sel modéré, activité physique adaptée 			
IEC + β-bloquant : titration progressive par médecin ayant l'expérience de l'IC chronique, après avis du cardiologue			
Vaccinations antigrippale tous les ans et antipneumococcique : médecin traitant			
Traitement selon les symptômes			
Diurétiques si signes congestifs : médecin traitant			
Antialdostérone ou ARA II (ne JAMAIS associer) après avis cardiologique			
Traitement de la FA (anticoagulants oraux, digoxine, amiodarone) : médecin traitant et/ou cardiologue			
Réadaptation cardiaque , selon avis cardiologique			
Stimulation biventriculaire +/- DAI , selon avis cardiologique			
Dispositif d'assistance ventriculaire gauche DAVG Transplantation cardiaque			

* Hors épisodes aigus

Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque systolique

	Stade I NYHA	Stade II NYHA	Stade III NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICS stable	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 2 fois/an ● Cardiologue : 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 4 fois/an ● Cardiologue : 2 fois/an ● Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation : 2-4 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : 4-12 fois/an ● Cardiologue : 4-12 fois/an ● Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation +/- DAI : 2-4 fois/an
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Infirmière, autres professionnels : selon besoins dus à état clinique, changements de comportement, etc. 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Activités de la vie quotidienne ● Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations ● Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids ● Observance médicamenteuse ● Présence de complications 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mode de vie adapté ● Activité physique 	Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques) Activité physique	
	<ul style="list-style-type: none"> ● État nutritionnel, anxiété, dépression 		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation de l'indication d'une resynchronization, surveillance des dispositifs 	
Examens biologiques à réaliser et fréquence	Surveillance adaptée selon l'évolution clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation ● Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatinémie, urée ● Si AVK : INR au moins une fois par mois ● Dosage BNP ou NT-proBNP¹ si suspicion de décompensation 	
Examens complémentaires à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG (consultation de cardiologie) ● Échocardiogramme si symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG à chaque consultation de cardiologie ● Échocardiogramme tous les 1-2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG à chaque consultation de cardiologie ● Échocardiogramme en cas d'aggravation
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (holter, radio thoracique...)		
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Événement intercurrent : décompensation, complication, épisode infectieux ● Détérioration de l'état clinique ● Consultation de pneumologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie si besoin 		
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation ● Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie ● Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 		

¹ Garder toujours le même peptide natriurétique **BNP ou NT-PROBNP** au cours du suivi

Prise en charge thérapeutique* selon le stade fonctionnel NYHA de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP)

Stade I NYHA	Stade II	Stade III	Stade IV
Caractéristiques			
■ Pas de symptômes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes pour effort important ■ Réduction modérée de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes à l'effort ■ Réduction marquée de l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Symptômes au repos ■ Limitation sévère de l'activité physique
Traitement systématique			
Implication du patient dans sa prise en charge : tous les professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance de la maladie et des signes d'alerte, mesure régulière du poids noté, éviter l'automédication ● Régime sans sel modéré, activité physique adaptée 			
Prise en charge des FDR CVS : tous les professionnels de santé			
Vaccinations antigrippale et antipneumococique : médecin traitant			
Traitement selon les symptômes			
Diurétiques (courte période), si signes congestifs : médecin traitant			
Traitement de la cardiopathie sous-jacente			
Traitement de la cardiopathie sous-jacente si elle existe : HTA, insuffisance coronarienne, diabète			
Traitement des facteurs déclenchants			
<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle FC (β-bloquant ou vérapamil) : médecin traitant et/ou cardiologue ● Traitement FA (ACO, digoxine, amiodarone ; Anti-arythmiques classe 1 et sotalol contre-indiqués) : médecin traitant et/ou cardiologue 			
<ul style="list-style-type: none"> ● Traitement des infections : médecin traitant 			
<ul style="list-style-type: none"> ● Corriger l'anémie: médecin traitant 			
<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer de l'observance thérapeutique et rechercher l'automédication: médecin traitant 			

* Hors épisodes aigus.

Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP)

	Stade II NYHA	Stade III- IV NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICFEP stable	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 4 fois/an ● Cardiologue : conseillé 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 4-12 fois/an ● Cardiologue : 2-3 fois/an
	Autres professionnels : selon besoins dus à état clinique, changements de comportement, etc.	
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Activités de la vie quotidienne ● Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations ● Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids ● Observance médicamenteuse ● Présence de complications 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques) ● Activité physique ● État nutritionnel, anxiété, dépression 	
Examens biologiques à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation ● Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatininémie, urée ● Si AVK : INR au moins une fois par mois ● Dosage BNP ou NT-proBNP² si suspicion de décompensation 	
Examens complémentaires à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG au moins 1 fois/an ● Échocardiogramme si nouveaux symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG à chaque consultation de cardiologie ● Échocardiogramme si nouveaux symptômes
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (holter, radio thoracique,...)	
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Évènement intercurrent : décompensation, complication infectieuse ● Détérioration de l'état clinique ● Consultations de contrôle au décours d'une hospitalisation 	
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultation par le médecin traitant la semaine de sortie de l'hospitalisation ● Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 	

² Garder toujours le même peptide natriurétique **BNP** ou **NT-proBNP** au cours du suivi