

# 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**

## 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 +  $\beta$ -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 terminale**
  - Envisager l'assistance ventriculaire gauche et la transplantation cardiaque
  - Proposer le recours aux soins palliatifs

## 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

### ■ 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*

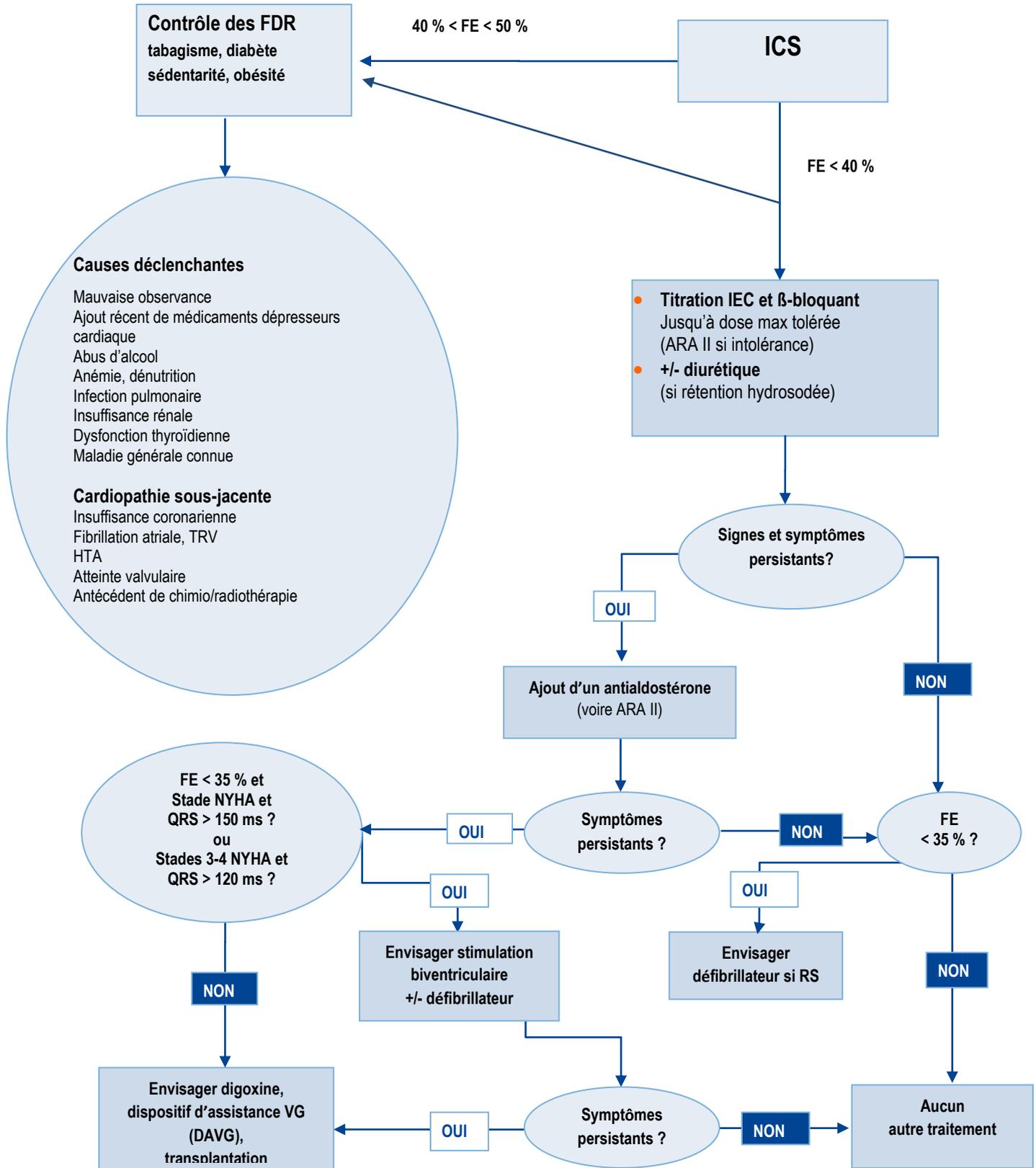
### ■ Impliquer et accompagner le patient dans sa prise en charge

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

\* Hors épisodes aigus

**Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque systolique**

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

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

\* Hors épisodes aigus.

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

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

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