

Insuffisance cardiaque chronique (ICC)

(après avis de la HAS du 20/01/2022)

Points clés du suivi d'un patient atteint d'ICC

➤ Diagnostic et évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque chronique

- Aucun signe ou symptôme isolé ne permet d'établir le diagnostic. Les constatations cliniques doivent conduire à la prescription du dosage des peptides natriurétiques et d'une échocardiographie Doppler qui confirmera ou non le diagnostic. La coopération entre soins primaires et soins spécialisés est fondamentale dès cette étape.
- Penser à l'ICC devant des symptômes tels que :
 - Essoufflement au repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne, fatigue, difficultés à réaliser les activités quotidiennes ou signes non spécifiques chez la personne âgée (asthénie, confusion, chutes...etc.)
→ Dosage du BNP ou NTproBNP
 - Consultation cardiologique : ECG (si non fait chez le MG) et échocardiographie Doppler
 - Confirme ou non le diagnostic
 - Distingue IC à fraction d'éjection altérée (FEVG < 40%) ou à IC à fraction d'éjection préservée (FEVG ≥ 50%) avec zone grise entre 40 et 49%
 - Définir le stade fonctionnel NYHA
 - Stade I : Pas de symptômes ni de limitation de l'activité physique ordinaire
 - Stade II : Limitation modeste de l'activité physique, à l'aise au repos mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée
 - Stade III : Réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos mais une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et signes objectifs de dysfonction cardiaque
 - Stade IV : Limitation sévère : Impossibilité de poursuivre une activité physique sans inconfort. Symptômes présents au repos et majoration de l'inconfort à l'activité physique.
 - Recherche de critères de mauvais pronostic (grand âge, cardiopathie ischémique, épisode d'arrêt cardiaque ressuscité, hypotension, NYHA III ou IV, QRS élargis, arythmies ventriculaires complexes, hyponatrémie < 135 mmol/L, DFG < 30 mL/min, FEVG < 30%)
 - Recherche d'une cardiopathie sous-jacente
 - Recherche de facteurs aggravants et de comorbidités (notamment FA, pathologie pulmonaire ou rénale, carence martiale, syndrome dépressif, anémie...etc.)
 - Evaluation des besoins du patient avec évaluation gériatrique si nécessaire, repérage de troubles cognitifs
 - Annonce diagnostique

➤ Traitement

- Implication et accompagnement du patient, ETP avec développement des capacités et compétences d'autogestion par le patient
- Eviter l'automédication et les interactions médicamenteuses
- Traitement non pharmacologique :
 - Activité physique adaptée et régulière
 - Habitudes alimentaires : Conseils diététiques, régime méditerranéen, restriction sodée modérée, contrôle des facteurs de risque CV, suppression de l'alcool
 - Réadaptation cardiaque si besoin pour les patients restant actifs : les critères d'âge ou de type d'IC (FEVG altérée ou préservée) ne doivent pas constituer une limite à un adressage en réadaptation cardiaque
- Traitement d'une cardiopathie sous-jacente : cardiopathie ischémique et revascularisation, valvulopathie, troubles rythme/conduction, amylose, cardiomyopathies génétiques ...
- Traitement des comorbidités : FDR CV, FA, BPCO, SAOS, diabète, insuffisance rénale, carence martiale, dénutrition, dépression...etc.
- Traitement pharmacologique de l'IC :
 - Quel que soit la valeur de la FE :
 - Si signes de rétention hydrosodée : diurétiques de l'anse *jusqu'à régression des symptômes puis dose minimale efficace*
 - En cas d'IC à FE altérée : traitement de base (*vérification de l'adéquation des traitements avec les recommandations en vigueur*) :
 - IEC (ou ARA II si CI ou intolérance aux IEC) + Bétabloquants : titration progressive après avis du cardiologue si besoin et surveillance clinique (FC et PA) et biologique (iono et DFG)
 - Si persistance d'une dyspnée NYHA ≥ 2 : adaptation thérapeutique après expertise cardiologique
 - En cas d'IC à FE préservée : pas de traitement spécifique de l'IC en dehors de la cause et des comorbidités
- Vaccination antigrippale, antipneumococcique et anti-SARS CoV2
- Soins palliatifs, *en particulier pour les décisions de limitation de soins, à la demande du MG*

➤ Prévention des épisodes de décompensation

- Apprentissage de l'autosurveillance : poids, fréquence cardiaque, essoufflement, œdème des membres inférieurs
- Signes d'alerte devant conduire à une consultation rapide ou urgente :
 - Prise de poids ≥ 2 kg en quelques jours, majoration de la dyspnée, FC rapide ou irrégulière
 - Dosage du BNP ou NTproBNP en cas de doute sur une décompensation
- Eléments orientant le MG ou le cardiologue de ville vers une hospitalisation : cf. ci-dessous
- A la sortie, lettre au MG remise au patient pour consultation à J14

Eléments en faveur d'une hospitalisation

•Sévérité clinique :

- Augmentation marquée des symptômes (dyspnée) ou dégradation majeure par rapport à l'état de base (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, signes de bas débit)
- Exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable
- Tachycardie irrégulière (fibrillation atriale) ;
- Bradycardie < 50 /min mal tolérée ou BAV de haut degré
- Hypotension artérielle mal tolérée ;
- Angor associé d'apparition récente ou aggravé

•Sévérité biologique :

- Hyponatrémie sévère
- Hyperkaliémie menaçante
- Anémie sévère
- Insuffisance rénale d'aggravation progressive
- Cytolyse hépatique

•Comorbidités sévères :

- Valvulopathie sévère associée, autres pathologies rendant le maintien à domicile impossible ;
- Patient isolé, aides à domicile insuffisantes

A éviter

- La ventilation auto-asservie pour les patients insuffisants cardiaques avec fraction d'éjection altérée et apnée centrale prédominante.
- L'association d'un ARA 2 à une bithérapie IEC + Anti-aldostérone chez les patients avec insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée.
- Les inhibiteurs calciques bradycardisants (diltiazem, vérapamil) chez les patients avec insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée.
- Les AINS et les Coxibs pour les patients avec insuffisance cardiaque (attention à l'automédication)

Diagnostic initial d'insuffisance cardiaque



Médecin généraliste

Terrain/facteurs favorisants	Signes cliniques d'IC
<p>Cardiopathie sous-jacente : cardiopathie ischémique, valvulaire, rythmique, congénitale, hypertensive, cardiotoxicité (chimio/radio), maladie générale se compliquant d'IC)</p> <p>Comorbidités : FDR CV (diabète, tabac, surpoids, anomalie du bilan lipidique), dénutrition, I. Rénale, SAOS, BPCO, anémie, dépression, anxiété, altération des fonctions supérieures, handicaps moteurs</p>	<p>Essoufflement de repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne, fatigue, difficultés à réaliser les activités quotidiennes</p> <p>OU symptômes non spécifiques chez la personne âgée : asthénie, confusion, troubles du comportement, désorientation, troubles du sommeil, chutes, perte d'autonomie, prise de poids rapide</p> <p>ET signes évocateurs d'IC : tachycardie, 3^{ème} bruit cardiaque, polypnée, râles crépitants, turgescence des jugulaires, œdèmes périphériques, hépatomégalie</p>

Causes déclenchantes de décompensation

- Observance suboptimale
- Prise hydrosodée excessive
- FA, Tble du rythme ventriculaire
- Ischémie myocardique, HTA non contrôlée, EP
- Valvulopathie et CMNO
- Ajout récent de médicament (AINS, CTC, Antiarythmique de classe I ...etc.)
- Intoxication digitale, abus d'alcool
- Anémie
- Infection intercurrente (pulmonaire, virale)
- Apparition d'une I. Rénale
- Déshydratation intraC avec hyperNa
- Dysfonction thyroïdienne

S.cliniques en faveur d'une décompensation

- Prise de poids de 2-3 kg en qlq jours
- Apparition d'œdèmes, Palpitations
- Majoration de l'essoufflement/fatigue
- Apparition d'une dyspnée de décubitus
- Episode de douleur thoracique
- Malaise aux chgts de position

Critères cliniques d'hospitalisation ou comorbidités sévères ?

Oui

Hospitalisation traditionnelle, HDJ, soins palliatifs en fonction



Médecin généraliste

Examens réalisables en ville MG et laboratoire

ECG

BNP ou NT-pro BNP (adapté à la créatininémie)

+ bilan biologique standard (NFS, ionogramme sanguin, créatinine, CRP, troponine, bilan martial, Albumine, EAL, ASAT, ALAT, Glycémie, TSH, INR si anticoagulants)

Résultats en faveur d'une IC

Oui

Non

Diagnostics différentiels

Critères biologiques d'hospitalisation ?

Oui

Non

Prescription de diurétiques de l'anse possible par le MG si signes congestifs



Médecin généraliste

Cs cardiologue

Echocardiographie doppler (ECG si non fait)

IC à fraction d'éjection altérée

IC à fraction d'éjection préservée

FEVG < 40%
NYHA I-IV

40% ≤ FEVG ≤ 49%
NYHA I-IV

FEVG ≥ 50%
NYHA I-IV

Traitement de la cardiopathie sous-jacente, des facteurs de risque, des facteurs déclenchants et des comorbidités

Diurétiques de l'anse (+/- de courte durée) si symptômes congestifs

Si persistance d'une dyspnée NYHA ≥ 2

IEC (ARA II si CI ou intolérance) + β-bloquant : titration

Adaptation thérapeutique* après expertise cardiologique

*Selon recommandations en vigueur

Parcours du patient insuffisant cardiaque

Communication entre les différents intervenants

Accompagnement thérapeutique et prise en charge multidisciplinaire

médecin généraliste, cardiologue, IPA, IDE, pharmacien, gériatre, kiné, assistante sociale/professionnel du champ médico social, aidants familiaux

Equipe multidisciplinaire coordonnée en HDJ, en MSP, en équipe de proximité (CDS ESP) ou en CPTS
Equipe de soins palliatifs

Elaboration d'un Plan Personnalisé de Soins



Médecin généraliste

Coordination interprofessionnelle

Sortie d'hospitalisation ou de consultation de cardiologie

Retour à domicile/SSR

SSR : Chez les patients restant actifs, les critères d'âge ou de type d'IC (FEVG altérée ou préservée) ne doivent pas constituer une limite à l'adressage



Dispositifs organisationnels existants :

PRADO, protocole de coopération, HDJ, télésurveillance, structure de maintien à domicile...etc.

Réadaptation cardiaque

Kiné, MPR, médecin de SSR

Suivi médical dans les 14 jours suivants la sortie d'hospitalisation

Information des différents intervenants après accord du patient

Demande ALD

Titration du traitement

Adaptation du traitement par palier par le médecin traitant en concertation avec le cardiologue

Plan de titration adressé au médecin traitant dans les 7 jours qui suivent le diagnostic ou la sortie d'hospitalisation.

Dépistage et PEC de la dénutrition, de la carence martiale, des troubles cognitifs

Vaccination antigrippale et antipneumococcique

Evaluation gériatrique si besoin

Adaptation de la stratégie thérapeutique

En cas d'aggravation ou de non réponse au traitement, hospitalisation ou avis spécialisé pour discuter des options thérapeutiques invasives ou interventionnelles

Soins palliatifs

Prise en charge personnalisée pour les patients avec IC à risque élevé et IC réfractaire à la demande du médecin traitant

POINTS FORTS

- 1) Transitions entre la ville et l'hôpital optimisées :
 - Accès rapide en cas de décompensation à un cardiologue (ville ou à l'hôpital)
 - Unité d'urgence de l'insuffisance cardiaque
- 2) Transmission des informations hôpital-ville améliorée :
 - Compte Rendu d'hospitalisation transmis au médecin traitant et cardiologue de ville dans les 7 jours, lettre de sortie pour le patient à remettre au MG
 - Plan de titration du traitement transmis dans un délai de 7 jours au médecin traitant et au cardiologue de ville
- 3) Prise en charge sociale et médico-sociale

Suivi du patient IC (FE altérée et FE préservée), quel que soit l'âge du patient

Insuffisance cardiaque stable

NYHA I-II

Insuffisance cardiaque traitée
Pas de décompensation > 1 an

Insuffisance cardiaque à risque modéré de décompensation

NYHA II-III

Aggravation progressive sous traitement/escalade thérapeutique
± Insuffisance rénale
± Atteinte valvulaire
± Hypotension

Insuffisance cardiaque à risque élevé de décompensation

NYHA IV

Hospitalisation récente, admission aux urgences pour Insuffisance cardiaque
Fibrillation atriale rapide mal tolérée
Insuffisance rénale sévère
Atteinte valvulaire sévère
≥ 2 hospitalisations pour IC dans l'année
Aggravation rapide de l'IC

Insuffisance cardiaque terminale

IC réfractaire au traitement
Dispositif d'assistance ventriculaire
Attente de transplantation

Visite MG dans les 14 jours après une hospitalisation

Visite MG dans les 24-48h après une hospitalisation

Fréquence suivi MG



IC à FE altérée et à FE préservée:

- min 2 fois/an si NYHA I
- min 4 fois/ an si NYHA II

IC à FE altérée et à FE préservée

- min 4 fois/an NYHA II
- 4 à 12 fois si NYHA III

IC à FE altérée et à FE préservée

4 à 12 fois/an

Coordination communication

Coordination mixte ville/hôpital

Implication des autres professionnels hospitaliers et ambulatoires dans la PEC : gériatre, IPA, IDE, pharmacien, kiné...etc.

HAD – Soins palliatifs

Fréquence suivi cardio



IC à FE altérée :

- min 1 fois/an NYHA I
- min 2 fois/ an si NYHA II

IC à FE préservée :

- min 1 fois/ an si NYHA I
- min 1 fois/ an si NYHA II

IC à FE altérée :

- min 2 fois/an NYHA II
- 4 à 12 fois si NYHA III

IC à FE préservée :

- min 1 fois/ an si NYHA II
- 2-3 fois / an si NYHA III

IC à FE altérée : 4 à 12 fois/an

IC à FE préservée : 2-3 fois/an

Référentiels:

- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. Authors/Task Force Members. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37:2129 –200.Recommandations
- Justin A. Ezekowitz, MBCh (Chair),a Eileen O'Meara, MD (Co-chair),b Michael A. McDonald, MD,c Howard Abrams, MD,c Michael Chan, MBBS et al .2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. Canadian Journal of Cardiology 33 (2017) 1342e1433
- Haute Autorité de santé. Pertinence des soins en cardiologie. Insuffisance cardiaque Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - mars 2018
- Haute Autorité de santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. Saint Denis La Plaine: HAS; juin 2014
- Cowie MR, Woehrle H, Wegscheider K, Angermann C, d'Ortho MP, Erdmann E, et al. Adaptive servo-ventilation for central sleep apnea in systolic heart failure. N Engl J Med 2015;373(12):1095-105
- National Institute for Health and Care Excellence. Chronic heart failure in adults: diagnosis and management. NICE guidelines September 2018
- Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier
- PRADO