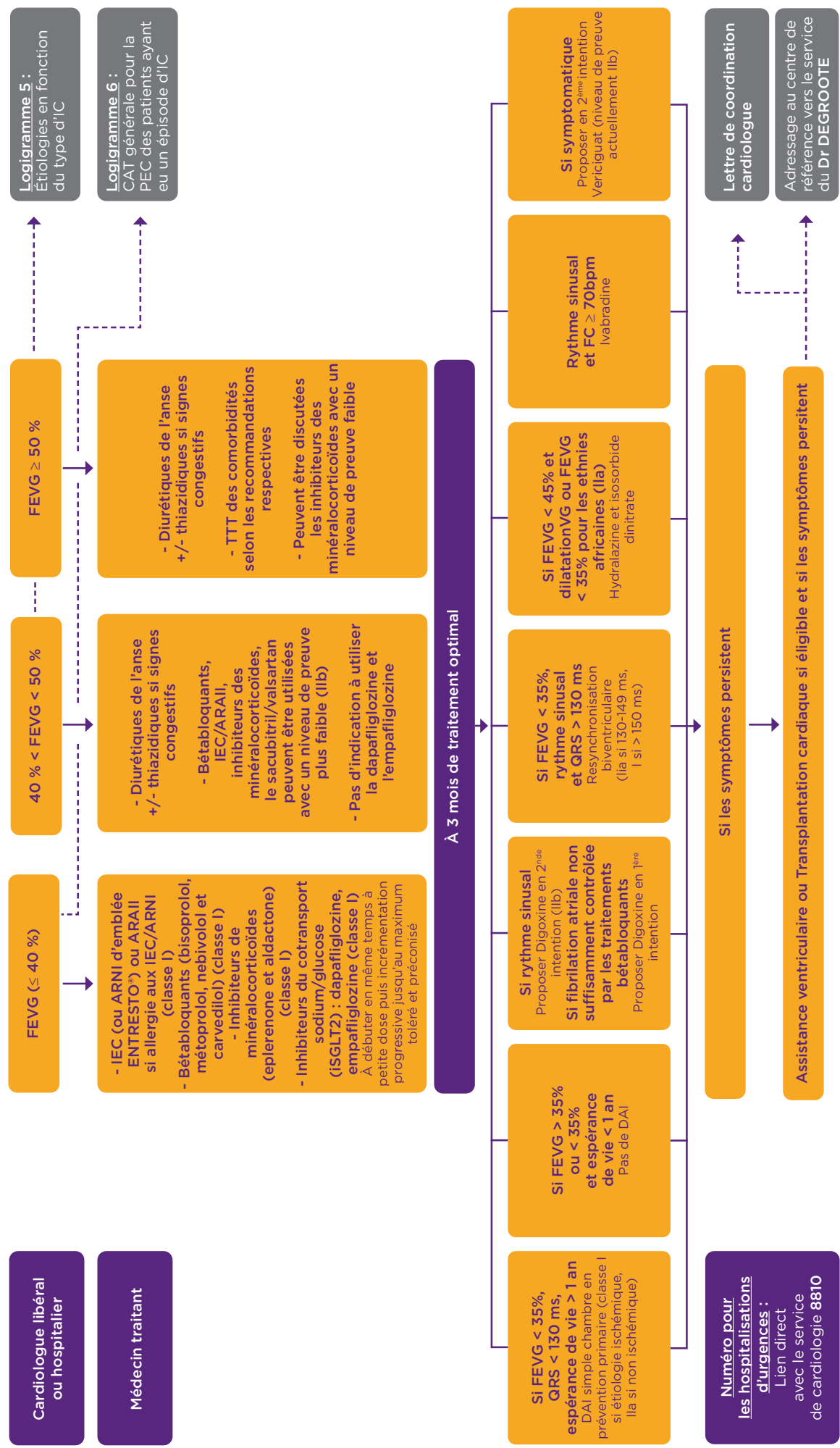




AIDE-MÉMOIRE

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque

● QUEL TRAITEMENT POUR MON PATIENT ?



● LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES TRAITEMENTS

	INDICATION	PARTICULARITÉS	DÉTAILS POUR L'INSTAURATION
IEC/ARA II/ Sacubitril Valsartan	Traitement de référence de 1 ^{ère} intention	Le sacubitril Valsartan doit être introduit (si traité auparavant par un IEC) après arrêt 72h de l'IEC. Le sacubitril Valsartan est plus hypotenseur que l'IEC/ARAII. Parfois, il peut être utilisé en première intention selon avis expert. Il est plus difficile d'introduire un IEC/ARA II/sacubitril Valsartan si créatininémie > 20 mg/L chez les femmes ou > 25 mg/L chez les hommes (DFG < 30 ml/min). Le sacubitril Valsartan ne doit pas être donné si DFG < 30 ml/min alors que pour les IEC/ARAII, ceci est une précaution d'emploi et non une contre-indication.	À commencer à faible dose avec surveillance de la PA et augmenter par paliers successifs toutes les 1 à 2 semaines minimum sous contrôle de la PA (pas de PAS < 90 mm Hg en orthostatisme), de la fonction rénale (tous les 7-15 jours lors de l'incrémentation puis /4mois. - <u>Si augmentation créatininémie de - de 50% et K+ < 5,5</u> : poursuivre incrémentation. - <u>Si augmentation 50-100% (jusqu'à créatininémie 30mg/L et DFG 25 ml/min) et K+ < 5,5</u> : considérer hydratation, baisse diurétique si patient sec, maintien traitement, contrôle biologie entre J5 et J7, si pas d'amélioration à ce stade, diminuer de moitié l'IEC/ARAII. - <u>Si augmentation de plus de 100% (créatininémie > 35 mg/L et DFG 20ml/min) et/ou K+ > 5,5</u> : arrêt temporaire de IEC/ARAII, recherche des facteurs favorisant à l'aggravation de la fonction rénale. La posologie peut être augmentée tous les 15j si bonne tolérance en général.
Bétabloquants	Traitement de référence chez les patients avec IC stable	Diminuent la pression artérielle. Tolérer une pression artérielle systolique jusqu'à 90 mm Hg. Si PA systolique < 90 mm Hg, rechercher d'autres facteurs favorisant avant de suspendre un bétabloquant (déshydratation/ surcharge hydrosodée par exemple).	À commencer à faible dose avec surveillance de la PA et de la FC et augmenter par paliers successifs toutes les 2 semaines minimum jusqu'à la dose préconisée en fonction de la tolérance. Posologie augmentée en général tous les 15j.
Diurétiques	Si signes congestifs uniquement	Traitement souvent indispensable, peut rarement être arrêtée. L'optimisation des traitements associés aux bonnes doses permettent de diminuer la congestion et donc de réduire la dose de diurétiques	<u>Dose adaptée à la congestion</u> : diurétique de l'anse en première intention. Thiazidiques en seconde intention si résistance aux diurétiques de l'anse. Les inhibiteurs des minéralocorticoïdes sont souvent associées car épargneurs potassiques et permettent le contrôle de la congestion.
Les inhibiteurs des minéralo-corticoïdes	Traitement de 1 ^{ère} intention	Ils sont peu hypotenseurs. La surveillance doit être rapprochée pour la kaliémie (notamment si > 5 mmol/L) et si créatininémie avant introduction > 25 mg/L ou DFG < 30 ml/min.	<u>Si Kaliémie > 5,5 mmol/L ou créatininémie augmente au-delà 25 mg/L ou DFG < 30 ml/min</u>, diminuer la dose de moitié. Si kaliémie > 6 mmol/L ou <u>si créatininémie augmente à plus de 35 mg/L ou DFG < 20 ml/min</u> : suspendre le traitement. Contrôle de la kaliémie et créatininémie à 7j de l'incrémentation puis à 1 mois puis 3 fois/an.

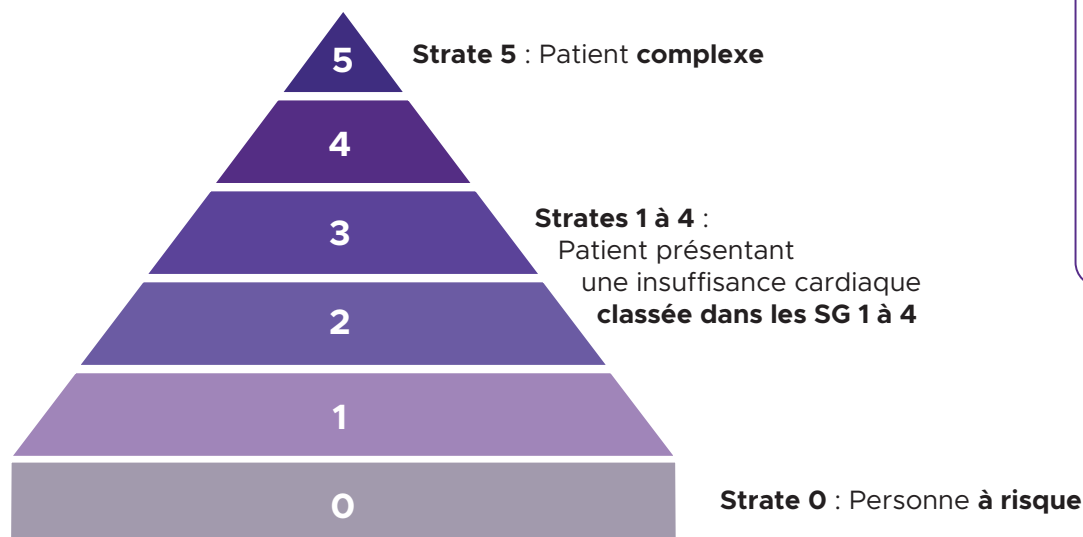
	Dose initiale	Dose quotidienne maximale ayant démontré leur efficacité pour les IC avec FEVG altérée
IEC		
Captopril	6,25 mg 3x/j	50 mg 3x/j
Enalapril	2.5 mg 2x/j	10 - 20 mg 2x/j
Lisinopril	2.5 - 5 mg 1x/j	20 - 35 mg 1x/j
Ramipril	2.5 mg 2x/j	5 mg 2x/j
Trandolapril	0.5 mg 1x/j	4 mg 1x/j
ARNI		
Sacubitril/valsartan	49/51 2x/j	97/103 mg 2x/j
Bétabloquants		
Bisoprolol	1.25 mg 1x/j	10 mg 1x/j
Carvedilol	3.125 mg 2x/j	25 mg 2x/j
Metoprolol succinate (CR/XL)	12.5 - 25 mg 1x/j	200 mg 1x/j
Nebivolol	1.25 mg 1x/j	10 mg 1x/j
Antialdostérone		
Eplerenone	25 mg 1x/j	50 mg 1x/j
Spironolactone	25 mg 1x/j	50 mg 1x/j
iSGLT2		
Dapagliflozin	10 mg 1x/j	10 mg 1x/j
Empagliflozin	10 mg 1x/j	10 mg 1x/j
Autres		
Candesartan	4 mg 1x/j	32 mg 1x/j
Losartan	50 mg 1x/j	150 mg 1x/j
Valsartan	40 mg 2x/j	160 mg 2x/j
Ivabradine	5 mg 2x/j	7.5 mg 2x/j
Vericiguat	25 mg 1x/j	10 mg 1x/j
Digoxin	62 µg 1x/j	250 µg 1x/j
Hydralazine	37.5 mg 3x/j	75 mg 3x/j

DOSE DE DIURÉTIQUES CHEZ LES PATIENTS EN IC		
Durétiques	Dose initiale 5 (mg)	Dose quotidienne maximale (mg)
Durétiques de l'anse*		
Furosémide	20 - 40	40 - 500
Bumétanide	0.5 - 1.0	1 - 5
Thiazidiques		
Hydrochlorothiazide	25	12.5 - 100
Durétiques épargneurs de potassium		
Spironolactone	12.5	25 - 50
Epléronone (post-IDM récent)	25	50

*La dose doit être ajustée à la posologie minimum pour éviter une atteinte rénale ou une toxicité auditive.

● QUELLE STRATE POUR MON PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE ?

Outil de stratification en ligne :



DIAGNOSTIQUÉ INSUFFISANT CARDIAQUE

Strate 1 = Groupe de sévérité 1 – Score compris entre 0 et 35
Strate 2 = Groupe de sévérité 2 - Score compris entre 36 et 49
Strate 3 = Groupe de sévérité 3 - Score compris entre 50 et 64
Strate 4 = Groupe de sévérité 4 - Score compris entre 65 et 100

Strate 5 = "complexe"

Personne ne présentant aucun critère relevant de la strate 5
 Pour tous ces patients qui ont eu au moins un épisode d'insuffisance cardiaque, un score va être calculé permettant de les classer dans les strates.

Les critères retenus dans le score sont les suivants :

CRITÈRE	CONDITION	SCORE
Présence d'une dénutrition	IMC < 18 ou cachexie clinique ou hypo albuminémie	12
Âge compris entre 19 et 74 ans		10
Présence d'une anémie	Hb < 12 g/dl chez la femme et < 13 g/dl chez l'homme	9
Présence d'une HTA	Non équilibrée ce jour	8
Présence d'un cancer	Toutes localisations à l'exclusion des carcinomes spino et basocellulaires (cancers de la peau)	8
Présence d'un état dépressif	Défini par le médecin comme tel	8
Présence de 2 hospitalisations pour IC à moins d'un an d'intervalle		8
Présence de troubles du rythme		8
Présence d'une pneumopathie ou BPCO		7
Présence d'une insuffisance coronarienne		6
Présence d'une obésité	IMC ≥ 30	6
Présence d'une atteinte valvulaire	Pour les insuffisances valvulaires : fuites grade et 4/4 HTAP > 50 mmHg Pour les rétrécissements RA ou RM : ceux considérés comme serrés	5
Présence d'une insuffisance rénale chronique	DFG < 45mL/min/1,73mg quelle que soit la méthode de calcul Pas au stade V Pas dialysée	3
Présence d'un diabète	Tous types de diabètes	2

Si présente les conditions suivantes :

Personne de + 18 ans qui a eu au moins un épisode d'insuffisance cardiaque et qui sont :

✓ En attente de ou suivi après greffe cardiaque

✓ Sous Assistance circulatoire ou cœur artificiel

✓ Porteur d'une insuffisance rénale stade 5 (DFG < 15ml/min/1.73mg) dialysée ou non

● QUEL PARCOURS PARTAGÉ POUR MON PATIENT ?

	STRATE 0	STRATE 1	STRATE 2	STRATE 3	STRATE 4	STRATE 5
ÉQUIPE MEDICALE / PARAMEDICALE						
Médecin généraliste	Tous les 3 ans, selon critères	Tous les mois				
Cardiologue traitant		Tous les 15 jours lors de l'incrémentation puis à M3 puis tous les ans	Tous les 15 jours lors de l'incrémentation puis à M3 puis tous les 6 mois			
Réadaptation cardiaque		Tous les patients de principe en l'absence de contre-indication				
Visite de contrôle technique du matériel			2 à 4 / an			
Programme d'ETP	En ville	En ville ou à l'hôpital : selon les besoins du patients				
Télésurveillance		Mise en place au diagnostic puis suivi annuel				
CONSTANTES						
Poids	Si consultation	2 fois / semaine (à chaque consultation + auto-surveillance)				
Tension artérielle		Minimum 4 / an (à chaque consultation)		Minimum 6 / an (à chaque consultation + auto surveillance personnelle ou via plateforme télésurveillance)		
Bilan biologique minimal : natrémie, kaliémie, urée, créatininémie, etc.		Tous les 15 jours pendant l'incrémentation puis à M3 puis au minimum / 6 mois				
Dosage BNP ou NT-proBNP*		Si suspicion d'aggravation clinique				
Si sous AVK		INR au moins tous les 7-15 jours à l'instauration puis 1 fois / mois				
ECG		À chaque consultation de cardiologie				
Echocardiogramme		Si symptômes	Tous les 1 à 2 ans	En fonction de la symptomatologie du patient (souvent au minimum 1 fois / an pendant 3 ans)		

*Garder toujours le même peptide natriurétique BNP ou NT-proBNP au cours du suivi. NTproBNP pour le sabutril/valsartan.

● LA CLASSIFICATION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SELON LES RECOMMANDATIONS ESC 2021

| Définition de l'insuffisance cardiaque avec une FEVG altérée, modérément altérée et préservée.

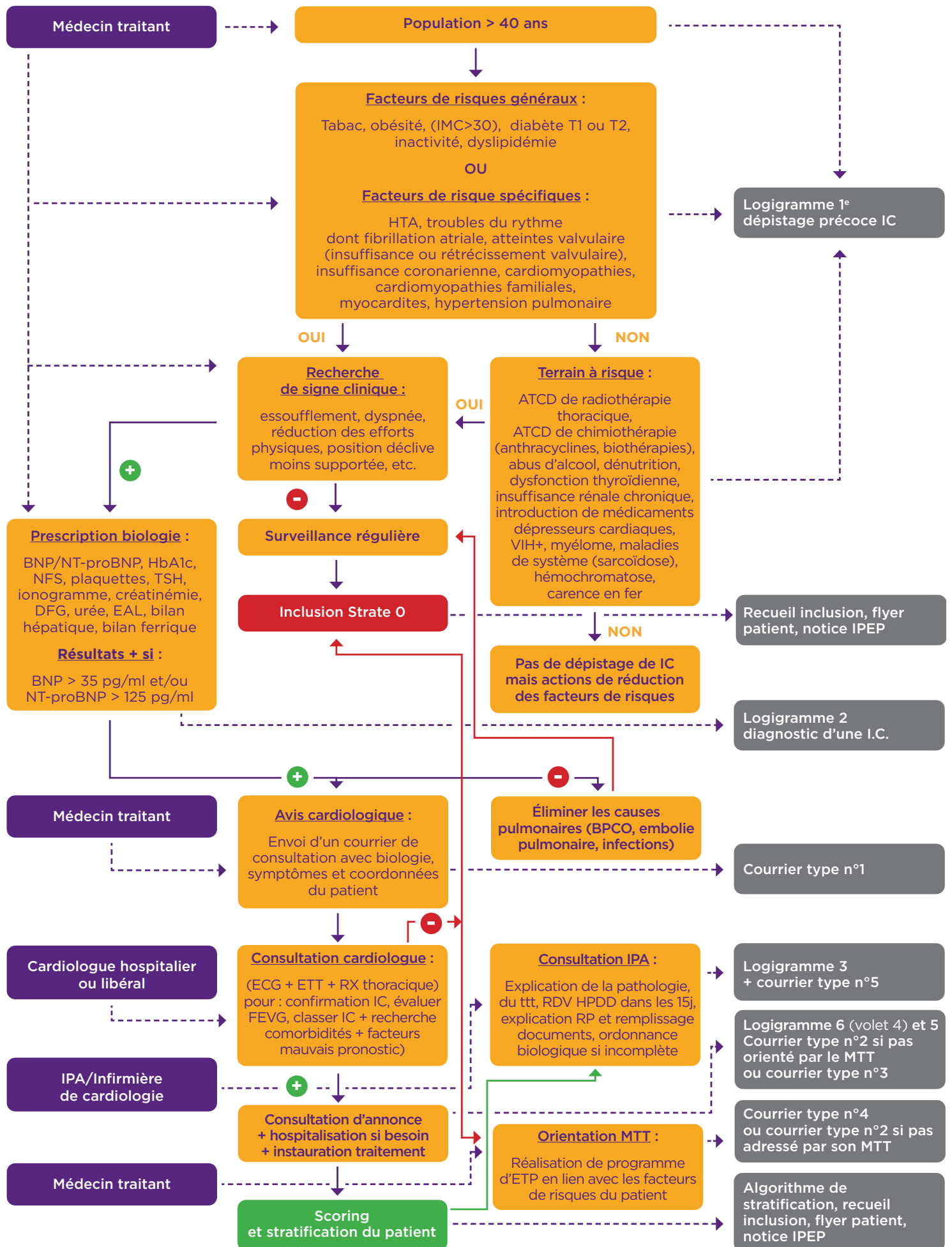
Type d'IC	IC à FEVG altérée	IC à FEVG modérément altérée	IC à FEVG préservée
CRITÈRE	1 Symptômes ± Signes ^a	Symptômes ± Signes ^a	Symptômes ± Signes ^a
	2 FEVG ≤ 40%	FEVG 41 - 49% ^b	FEVG ≥ 50%
	3		Preuve d'anomalies structurales et/ou fonctionnelles cardiaques concordant avec la mise en évidence d'une dysfonction diastolique VG /élévation des pressions de remplissage VG, incluant l'augmentation des peptides natriurétiques ^c .

^a Les signes ne peuvent pas être présent au stade précoce de la maladie (spécialement pour l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée) et chez les patients traités de manière optimale.

^b Pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque à FEVG modérément réduite, la mise en évidence d'autres anomalies structurales (augmentation volume de l'oreillette gauche, hypertrophie ventriculaire gauche, mise en évidence de dysfonction diastolique VG) rendent le diagnostic plus probable.

^c Pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque à FEVG préservée, l'accumulation d'éléments en faveur d'anomalies structurales ou fonctionnelles d'une dysfonction diastolique VG augmente la probabilité du diagnostic.

● LES ÉTAPES VERS LE DIAGNOSTIC D'UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE



MES RESSOURCES UTILES

CONSULTATION CARDIOLOGIE CHD

Secrétariat cardiologie :
03 27 94 73 10
Secrétariat explorations fonctionnelles :
03 27 94 76 00 ou sur Doctolib.fr

ÉQUIPE PROJET RP

Camille Delplace, chargée de mission :
03 27 94 70 02 - suivi.rp@ch-douai.fr
Apicrypt : suivi.rp.ch-douai@apicrypt.fr

LIGNE CARDIOLOGUE D'ASTREINTE

03 27 94 88 10

MAPA / AUTOMESURE TENSIONNELLE

**Service explorations fonctionnelles
du Centre Hospitalier de Douai :**
03 27 94 76 00

PLATEFORME SANTÉ DOUAISIS

Espace prévention maladies chroniques :
299 rue Saint Sulpice, 59500 DOUAI
03 27 97 97 97 - secretariat@santedouais.fr

CENTRE DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

03 27 94 77 30 - 37 rue Victor Gallois, 59500 DOUAI

PROGRAMME ETP OBÉSITÉ

Centre Hospitalier de Douai :
"Prise en charge du poids de l'enfant
et de l'adolescent" ou "Programme éducatif de prise
en charge chirurgicale de l'obésité"
ou "Prise en charge médicale de l'obésité"
Rue de Cambrai, 59507 DOUAI
03 27 94 71 80 - endocrino-diabeto@ch-douai.fr

Centre Hélène Borel :
"Bien dans mon corps
en devenant acteur de ma santé"
Avenue du Château du Liez,
59283 RAIMBEAUCOURT - 03 27 93 16 20

Clinique Saint-Amé :
"Assurer l'éducation thérapeutique médico-chirurgicale
d'un patient adulte obèse et ses complications"
Rue Georges Clémenceau,
59552 LAMBRES-LEZ-DOUAI
Prendre RDV avec le Dr ZERGUINE, médecin
nutritionniste via Doctolib ou au 03 27 71 17 11

MSP Faubourg Santé :
"Prise en charge de l'obésité de l'enfant de 7 à 12 ans"
190 rue de Béthune, 59500 DOUAI
M. RIQUOIR : 06 07 81 70 43

SPORT SANTÉ

Maison Sport Santé :
03 27 97 97 97 - secretariat@santedouais.fr
299 rue Saint Sulpice, 59500 DOUAI

Association "Bouger pour sa santé" :
Georges Escher : 07 81 10 42 45
contact@bougerpoursasante.fr
Site : www.bougerpoursasante.fr

Club CHB :
Aymeric MROZEK, chargé de mission :
06 14 51 02 15 - ClubCHB@centre-helene-borel.com
Centre Hélène Borel, Château du liez
59283 RAIMBEAUCOURT

Sport-Santé sur ordonnance Douais :
07 89 51 09 15
sportsurordonnance.douais@outlook.fr

PROGRAMME ETP - STRATE O

MSP Faubourg Santé :
190 rue de Béthune 59500 DOUAI
M. RIQUOIR : 06 07 81 70 43