



**DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT INSUFFISANT
CARDIAQUE EN MEDECINE GENERALE : UN MEILLEUR
PARCOURS POUR UN MEILLEUR RESULTAT**

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Novembre 2023

Rédacteurs : Groupes Qualité des Pays de la Loire ; Dr Hervé LE NÉEL

Relecteurs : Dr Julien COUSANCA ;

PRÉAMBULE

L'insuffisance cardiaque en France, un enjeu de santé publique, un challenge de coordination :

- La prévalence de l'insuffisance cardiaque (IC) est estimée à 2,3% de la population adulte ;
- Plus d'un million de personnes est atteinte de cette pathologie et 120 000 nouveaux cas sont identifiés chaque année : Chaque MG a, en moyenne, dans sa patientèle 20 IC non diagnostiquées.
- Elle est à l'origine de 70 000 décès et 165 000 hospitalisations annuels. Près de la moitié des patients seront ré-hospitalisés dans l'année pour le même motif et près d'1 patient sur 3 décédera.
- Le nombre d'admissions pour ce motif connaîtra une croissance importante à l'avenir.

L'insuffisance cardiaque constitue une priorité de santé publique, peu connue du grand public et trop souvent diagnostiquée tardivement (1) :

- Près d'1 patient sur 2 hospitalisé pour décompensation cardiaque a présenté des signes ou symptômes dans les 15 jours précédents, et 31% deux mois avant.
- 1/3 des patients sortant d'hospitalisation n'ont pas conscience d'être insuffisants cardiaques.

La Société Européenne de Cardiologie (ESC) a publié en 2021, et actualisé en mars 2023, de nouvelles recommandations sur la stratégie de prise en charge **médicamenteuse** de l'insuffisance cardiaque. Seules les données probantes conduisant à de nouvelles recommandations ont été retenues. (2) (3)

Pour le médecin généraliste, ces nouvelles recos impliquent des changements dans sa pratique quotidienne et requièrent une parfaite **coordination**, sous la responsabilité du médecin traitant, avec le cardiologue (hospitalier/libéral), l'IDE (ou IPA), le pharmacien, la diététicienne et le kinésithérapeute.

Notre séance doit favoriser la rencontre et les échanges avec les professionnels de santé de ville et de l'hôpital et la construction d'une culture coordonnée de la prise en charge de l'IC sur votre territoire.

Nos objectifs :

- Renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital autour du médecin traitant, ainsi que la transmission de l'information clinique entre tous les acteurs ;
- Préserver la qualité de vie, l'autonomie des patients et leurs capacités d'« autosoins ».
- Améliorer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ;
- Partager nos difficultés et identifier les insuffisances et points de rupture à chaque étape du parcours de soins ;
- Proposer ensemble des actions d'amélioration par une approche **ciblée sur ses acteurs**.

Ce dossier présente notre objectif d'optimisation du suivi, conditionné par notre coordination territoriale :

- **D'abord les étapes diagnostiques de l'insuffisance cardiaque,**
- **L'optimisation** du traitement conduite par le médecin généraliste et le cardiologue, avec l'assistance et le suivi de l'infirmier/e.
- **La sortie d'hospitalisation** où se jouent les enjeux **du parcours et du suivi** du patient insuffisant cardiaque, et l'amélioration de sa santé, objet principal de notre séance.

C'est avant tout la séance et l'échange avec tous les professionnels impliqués qui conditionneront l'amélioration du parcours, de la qualité des soins et de la vie de notre patient.

Une « **annexe académique** » décrivant une information/formation/actualisation sur l'IC destinée au médecin généraliste et précisant l'ensemble de la prise en charge **thérapeutique** avec **I**, les mesures non médicamenteuses ++ dominées par l'ETP, **II** les médicaments et leurs indications selon le type de l'IC défini par la FEV – fraction d'éjection du ventricule gauche – les dispositifs cardiologiques.

Ce document utilise les niveaux de preuves publiés en avril 2013 par la HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

LE DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE : les étapes clés

L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome clinique constitué de symptômes et de signes (crépitements pulmonaires, œdème périphérique). Ces signes peuvent être absents au stade précoce.

- **Le repérage précoce par le médecin traitant des symptômes** de l'insuffisance cardiaque et le **diagnostic précoce par le cardiologue** permettent une prise en charge optimale rapide.

- Reconnaître les **4 signes d'alerte** (EPOF) : Essoufflement inhabituel à l'effort puis au repos ; Prise de poids rapide (+ de 2 à 3kg en moins d'une semaine) : Œdèmes des membres inférieurs ; Fatigue excessive lors des activités quotidiennes. Mais aussi penser à l'insuffisance cardiaque en cas de **signes non spécifiques**, en particulier chez la personne âgée : asthénie, confusion, troubles du comportement, désorientation, perte d'autonomie.
 - Le dosage des **Peptides Natriurétiques** (NP) : BNP et NT-proBNP), est recommandé chez les patients présentant des symptômes évocateurs d'IC mais son intérêt diagnostique réside essentiellement dans sa valeur prédictive négative. Un NTproBNP < à 125 ng/ml ou BNP < à 35 pg/ml rend improbable le diagnostic d'insuffisance cardiaque. Cependant il existe de nombreuses causes qui augmentent la concentration de NP, en particulier l'âge, l'insuffisance rénale chronique. Inversement ils peuvent être plus faibles chez les sujets obèses.
 - **L'électrocardiogramme** : un ECG normal rend le diagnostic de l'IC **peu probable**. Il est utile pour rechercher des anomalies : troubles du rythme, QRS élargi, onde Q de nécrose, troubles de la repolarisation.
 - Une **Radio pulmonaire** est recommandée pour identifier d'autres causes potentielles de dyspnée ou apporter des preuves à l'appui d'une IC (cardiomégalie, congestion pulmonaire).
- **L'expertise cardiologique** est indispensable pour confirmer le diagnostic. L'identification du dysfonctionnement cardiaque sous-jacent est obligatoire pour le diagnostic de l'IC. **L'échocardiographie est l'examen clé** pour évaluer la fonction cardiaque. Il permet d'identifier les anomalies structurelles et/ou fonctionnelles du dysfonctionnement cardiaque et de préciser le type d'IC par le calcul de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG).

Ce qui a changé : si la dichotomie en 3 classes est toujours d'actualité, leur intitulé a changé.

- L'IC avec **FEVG ≤ à 40%**, anciennement « IC systolique », devient « **IC à Fraction d'Ejection Réduite** » (ICFER).
- L'IC avec **FEVG entre 41 et 49%**, anciennement « IC intermédiaire », devient « **IC à Fraction d'Ejection modérément Réduite** » (ICFEmR). Ce changement est justifié par le fait que l'analyse des essais dans l'ICFER qui ont inclus des patients ayant des FE comprise entre 40 et 50% ont montré que les traitements de l'ICFER peuvent être bénéfiques dans ce cas. La présence d'anomalies structurelles (par ex : ↗ taille OG, HVG, déficit du remplissage du VG) rendent le dg plus probable.
- L'IC avec **FEVG ≥ à 50%**, anciennement « IC diastolique » devient. **IC à Fraction d'Ejection Préservée (ICFEP)**. Plus le nombre d'anomalies structurelles est élevé, plus le dg est probable.

L'IC se traduit par l'incapacité du cœur à assurer les besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme, entraînant l'activation des systèmes d'adaptation neuro-hormonaux, qui aggravent la maladie sur le long terme. La définition de l'IC se construit sur EPOF + Echocardi.

Prise en charge et suivi du patient en ville après une décompensation cardiaque : précocité et continuité des soins.

Le médecin traitant, avec l'aide du cardiologue, doit poursuivre l'optimisation du traitement en tenant compte de l'âge, des comorbidités, de la tolérance clinique et biologique, en particulier :

- **La tolérance tensionnelle** du fait du risque d'hypotension. En cas d'hypotension significative, penser à rechercher les médicaments hypotenseurs cardiologiques ou non cardiologiques susceptibles d'être diminués ou arrêtés : [Conduite à tenir en cas d'hypotension artérielle chez l'insuffisant cardiaque \(PDF\) \(4\)](#)
- Le risque d'insuffisance rénale (majoré en cas d'épisode de déshydratation) ou d'hyperkaliémie [Conduite à tenir en cas d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie chez l'insuffisant cardiaque \(PDF\) \(5\)](#)

Si le patient est encore sous **diurétique de l'anse**, et cliniquement stable (absence de signes de rétention), ↘ progressive des doses jusqu'à la dose minimale efficace et si possible arrêt. Leur utilisation au long cours est associée à une ↗ de la morbi mortalité cardiovasculaire, proportionnelle à la dose utilisée.

- Surveillance clinique : TA et poids, signes rétentionnels.

- Surveillance biologique : DFG, ionogramme.

Les diurétiques, en présence de signes rétentionnels (dyspnée, œdèmes), **quel que soit le type d'IC** et toujours si FEV < 50%. L'utilisation de diurétiques de l'anse est à privilégier car plus efficace que les thiazidiques, surtout en cas d'IR sévère (DFG < 30 ml/mn) où ils perdent leur efficacité. L'objectif du traitement diurétique est d'atteindre rapidement l'euvolémie et de la maintenir avec la dose de diurétique la plus faible. Chez certains patients, le diurétique peut être arrêté. Leur utilisation au long cours majore la morbi mortalité cardio-vasculaire.

Il convient de noter que les ARNI, les ARM et les inhibiteurs du SGLT2 peuvent également posséder des propriétés diurétiques.

Posologie :

La posologie est adaptée à la clinique. Furosémide (40 à 240mg) ; Bumétanide (1 à 5mg)

Surveillance :

- clinique : TA et poids, signes rétentionnels. La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème

- biologique : DFG, ionogramme. Contrôle entre 7 et 15 jours suivant chaque modification

Précautions et/ou demande d'avis spécialisé : Hypokaliémie $\leq 3,5$ mmol/L ; DFG < 30 mL/min ;

Réponse aux diurétiques réduite ; Hypotension (TAS < 90mmHg).

Prescription / Titration des IEC

- "Il vaut mieux très peu d'IEC que pas d'IEC "
- Si le patient est sorti de l'établissement avec une faible dose d'IEC, il faut doubler la dose toutes les deux semaines si la dose précédente est bien tolérée jusqu'à la dose optimale recommandée ou la dose maxi tolérée, **même si le patient est asymptomatique.**

Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L ; Insuffisance rénale avec DFG < à 30 ;

- TAS < à 90mmHg.

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par IEC : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement.

Surveillance :

- Clinique : TA et poids

- Biologique : contrôler créatinine, DFG, kaliémie, natrémie entre 7 et 15 jours suivant chaque modification, puis tous les 4 mois une fois la titration achevée.

- [Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion \(IEC\) initié lors de l'hospitalisation \(PDF\) \(6\)](#)

Pour les patients intolérants aux IEC : Avant d'optimiser un traitement par ARA2 seul, envisager un switch vers ARNI. Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC.

Note : Le candésartan, le losartan et le valsartan ont l'AMM IC.

La titration, les précautions d'emploi et la surveillance sont les mêmes que pour les IEC.

Prescription / Titration des β -bloquants (β B)

Si le patient est sous β -bloquant et que son insuffisance cardiaque est stable : poursuivre la titration si nécessaire pour atteindre la dose cible ou, à défaut, de la dose maximale tolérée, **même si le patient est asymptomatique**. Doubler la dose si bonne tolérance clinique 15 jours au minimum entre chaque ajustement posologique.

- Cette bi-titration IEC/ β B doit être réalisée alternativement (1 seule molécule par consultation).

Si le patient n'est pas sous β -bloquants et que son insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée est stable, le médecin traitant (après avis du cardiologue) initie le traitement.

- Les β -bloquants sont CI en cas de BAV de 2^{ème} et 3^{ème} degré non appareillés, d'ischémie aigüe de membre, et en cas d'antécédent de bronchospasme, même s'ils sont cardio sélectifs.

Par contre en présence d'une pathologie respiratoire (BPCO, asthme stable), en l'absence d'antécédent de bronchospasme, on peut prescrire un β -bloquant cardiosélectif en surveillant sa fonction respiratoire.

- Précautions d'emploi /ou demande d'avis spécialisé :
 - IC sévère (NYHA IV) ; décompensation aigüe ou récente, trouble conducteur ou FC < 50) ;
 - Attention aux interactions avec les Inhibiteurs Calciques (ICa) à effets cardiaques directs (diltiazem et verapamil) déconseillés dans l'insuffisance cardiaque + inhibiteurs enzymatiques ;
 - Attention aux associations avec amiodarone, digoxine et ivabradine.

Il est rarement nécessaire d'arrêter totalement un traitement par β B : demander un avis cardiologique avant toute interruption de traitement.

- Surveillance :
 - Clinique : FC, TA et signes congestifs

[Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par bêtabloquant \(BB\) \(PDF\) \(7\)](#)

Prescription / titration d'un Antagoniste des Récepteurs des Minéralocorticoïdes (ARM)

Des précautions doivent être prises lorsque les ARM sont utilisés chez les patients présentant une insuffisance rénale ou une kaliémie >5,0 mmol/L. Ils sont CI si K⁺ > à 6 mmol/L.

Contre-indication :

- Kaliémie > à 6 mmol/L ;
- allergie documentée ;
- insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh C)

Posologie :

Spironolactone / Eplererone → introduction : 25mg, cible : 50mg. Envisager la majoration de la posologie 4 à 8 semaines après l'introduction

Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :

- Le patients IC doit être stable : NYHA I, II et III **et** donc en dehors de toute décompensation.
- Ils sont CI si hyperkaliémie > 6 mmol ; DFG < 30 mL/min. Repasser à demi-dose si K > 5,5 ou DFG < 30 mL/min.

Surveillance : créatinine, DFG, kaliémie, natrémie en début de traitement puis 4 semaines après toute modification et tous les trois mois ensuite.

Prescription d'un ARNi (Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor)

La prescription d'un ARNi (Entresto) est du domaine du **cardiologue**. Les directives actuelles recommandent de remplacer l'IEC par l'ARNi si **le patient reste symptomatique** sous cette quadrithérapie (IEC/BB/ARM/DIU), avec des doses optimales de l'IEC. Il s'est révélé supérieur à l'énalapril pour réduire les hospitalisations liées à l'aggravation de l'IC, ainsi que la mortalité cardiovasculaire et la mortalité globale. Le risque d'hypotension symptomatique est plus fréquent qu'avec l'énalapril.

Prescription d'une SGLT2i (inhibiteurs du cotransporteur du sodium-glucose de type 2)

Les **SGLT2i** (dapagliflozine, empagliflozine) - Leur prescription précoce par les **cardiologues** implique pour le généraliste une bonne connaissance de ces molécules :

En soins primaires, patient IC stable, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.

Posologie : pas de titration, 10mg/j (dosage unique)

Contre-indication :

- DFG < 20ml/min, TAS < 95 mmHg.

Précautions et/ou demande d'avis spécialisé :

- Pas de CI absolue si diabète de type 1 mais avis spécialiste pour évaluation du risque d'acido-cétose.
- Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite.
- Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline et/ou sulfamides hypoglycémiantes.

Surveillance :

- Clinique : vigilance sur le statut volémique, surtout si d'autres diurétiques associés
- Biologique : contrôle régulier créatinine/DFG : une diminution initiale est attendue à l'introduction, mais néphroprotection sur le long terme.
- Surveillance glycémique chez le patient diabétique : modification des thérapeutiques du diabète si besoin. Privilégier le maintien du iSGLT2.

Les vaccinations recommandées chez l'insuffisant cardiaque :

Grippe, Covid,

Pneumocoque : Patients jamais vaccinés : vaccination complète → Prevenar 13 et rappel par Pneumovax minimum 8 semaines après.

Patients précédemment vaccinés : rappel Pneumovax tous les 5 ans ;

Pour les patients avec un statut vaccinal inconnu : vaccination complète. L'incidence des pneumopathies est élevée chez les patients IC (**3,8 fois plus fréquente** chez IC âgé de 65 ans) + aggravation de la maladie → décompensation

Conduite à tenir en cas d'aggravation :

- ↗ la dose quotidienne du diurétique, et réévaluer les signes cliniques sous 48 heures. L'association de diurétiques de l'anse et diurétique thiazidique n'est plus recommandée en cas de congestion résistante du fait de l'absence de preuve d'une efficacité supérieure et du risque accru de déshydratation, d'hypovolémie, d'hyponatrémie ou d'hypokaliémie
- En l'absence d'amélioration, avis cardiologique : ↘ la dose de β-bloquant (pas d'arrêt brutal sauf état de choc ou détresse respiratoire).
- Eviter **l'arrêt ou la diminution des autres traitements**, sauf en cas d'hypotension, d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie ;

- Rechercher sur l'ordonnance les médicaments susceptibles d'aggraver l'insuffisance cardiaque et les associations à risque :
 - Antiarythmiques classe I (flécaïne...) : possible cardiodépression et effet pro-arythmogène.
 - Antiarythmiques (classe III) : ICa bradycardisants (vérapamil, diltiazem) en cas d'ICFER (possible aggravation de l'IC, ↗ risque d'évènement cardiovasculaire).
 - AINS et coxibs: possible rétention hydrosodée, risque d'aggravation de la fonction rénale.
- Pour en savoir plus :
- Conduite à tenir en cas d'aggravation : [Suivi en ville après décompensation cardiaque : conduite à tenir en cas de signe\(s\) d'aggravation \(PDF\) \(8\)](#)
- [Insuffisance cardiaque : suivi médical et vie quotidienne \(9\)](#)

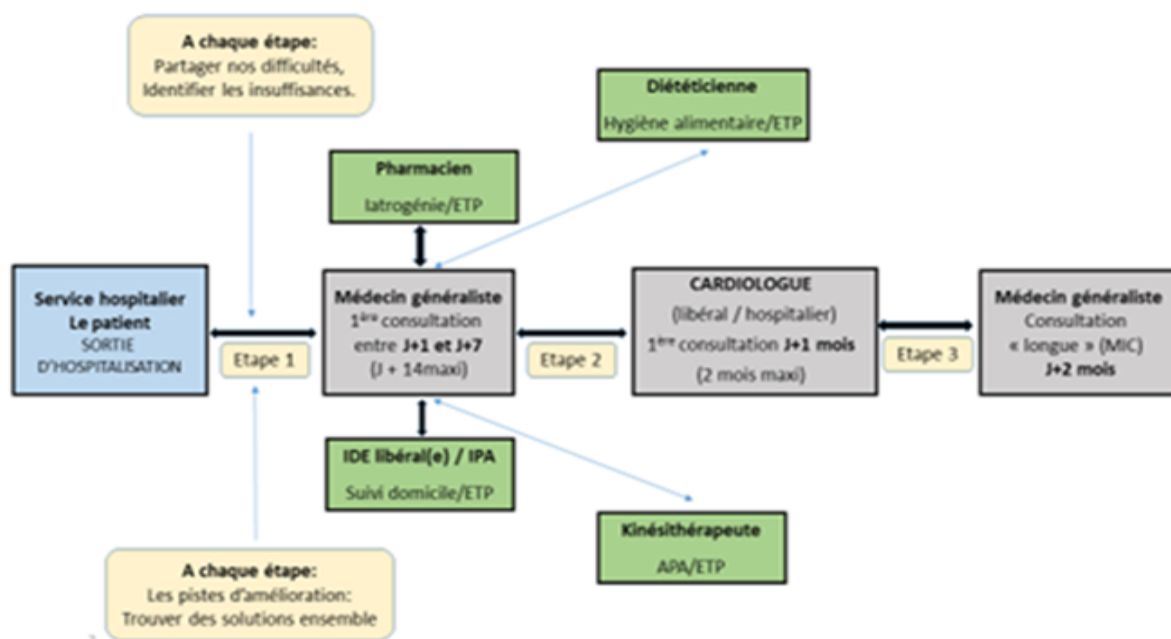
Le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque en sortie d'hospitalisation

Une hospitalisation pour décompensation cardiaque représente un événement marquant l'aggravation de cette pathologie. Les principaux enjeux sont :

- Améliorer les délais des 1^{ère} consultations du MT et du cardiologue ;
- Diminuer le nombre de re hospitalisation pour décompensation cardiaque

Les points clés du parcours de soins en secteur ambulatoire après hospitalisation pour décompensation cardiaque :

- L'objectif principal est l'optimisation de la prise en charge ambulatoire du patient pendant cette période de vulnérabilité. Pour cela un **trinôme indispensable : MG / IDE / cardiologue**.



Le lien hôpital / ville (médecin traitant, cardiologue, IDE ambulatoire) est primordial. La fluidité des parcours implique un partage sécurisé des données dans le cadre d'un système d'information territorial interopérable entre les acteurs.

- Le service hospitalier :

- Informe le médecin traitant (MT) de la date de sortie,

- remet au patient le CR d'hospitalisation et le transmet au MT. Ce document précise les moyens d'accès rapide ville / CH en cas de décompensation cardiaque (coordonnées du cardiologue référent, numéro dédié, messagerie sécurisée, téléexpertise...).

La 1^{ère} consultation du médecin traitant et le suivi à domicile de l'IDE à lieu dans les 7 jours suivant la sortie. La 1^{ère} consultation du cardiologue à 1 mois (reco HAS) ;

- Le médecin généraliste : Il est présent à toutes les étapes du parcours de soins du patient. Il est responsable de la coordination de tous les acteurs du parcours de soins :

- Décide de la périodicité de ses consultations et du délai de la 1^{ère} consultation avec le cardiologue libéral (ou hospitalier) recommandée 1 mois après la sortie d'hospitalisation
- Évalue l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement en cours,
- Adapte le traitement : gestion de la titration (IEC, β -bloquant, ARM) jusqu'à la dose maximale tolérée, avec avis du cardiologue si besoin,
- Contacte le cardiologue référent pour planifier sa 1^{ère} consultation en fonction de la gravité ;
- Implique le patient dans une prise en charge d'éducation thérapeutique par des professionnels de santé de proximité formés, ou un programme ETP dans un centre spécialisé (ou réseau de soins),
- Informe le patient du suivi ultérieur (délais des prochaines consultations, examens complémentaires...) en fonction de chaque situation clinique.

- L'IDE/IPA effectue un suivi à domicile dès la 1^{ère} semaine. L'objectif principal : prévenir le risque de décompensation et de réhospitalisation

- Surveillance clinique (poids, TA, respiration) ;
- Contrôle la prise des médicaments et participe à l'ETP en fonction de ses compétences ;
- Repérage des signes d'alerte et de décompensation. Contacte si besoin le MT ou le cardiologue, ou à défaut le 15 (112 depuis un portable) ;
- Met à jour régulièrement le « document » de suivi du patient ;

Elle dispose :

- D'une prescription médicale (MT ou service hospitalier) : "Séance à domicile de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque. Une séance par semaine pendant 8 semaines". Renouvelable : 7 séances supplémentaires (2/mois maximum) si NYHA III ou IV à l'issue des 2 premiers mois
Cotation : (1 AMI 5,8 / séance + IFD / IK). Tarif : 18,27€. Patient inclus ou non dans PRADO.
Condition : être formé au suivi du patient insuffisant cardiaque
- Du protocole thérapeutique (courrier de sortie adressé au médecin traitant)
Si la prise en charge s'avère complexe, l'intervention d'un réseau d'intervenants à domicile (type PRADO) est à envisager, après s'être assuré de la disponibilité et de l'efficacité du réseau.

Exemple : [Rôle possible de l'IPA dans le parcours de l'insuffisant cardiaque](#)

- Le cardiologue :

Il vient en appui du médecin traitant en cas de modification de l'état clinique ou une adaptation du traitement (numéro dédié, messagerie sécurisée, téléexpertise...) ;

Il informe le patient du suivi ultérieur (délais de la prochaine consultation...).

99 Les autres professionnels de santé :

- Le kinésithérapeute : [Insuffisance cardiaque](#) | [ameli.fr](#) | [Masseur kinésithérapeute](#)
 - Accompagne le patient dans la reprise d'une activité physique adaptée (APA) dès le retour à domicile ou de façon différée selon la prescription par le médecin traitant.

- Le pharmacien : [Support d'information de l'Assurance maladie à destination des pharmaciens](#)
 - Vérifie que tous les médicaments sont prescrits sur une même ordonnance ;
 - Informe le patient sur les médicaments à éviter (AINS, corticoïdes, α -bloquants urologiques...), les risques de l'automédication et les précautions à prendre (laxatifs hypokaliémisants, cp effervescent...).
 - Vérifie l'observance, les interactions possibles et alerte le MT en cas de doutes ;

- Le biologiste : alerte le patient et le médecin traitant en cas de résultats alarmants : hyponatrémie, hypo ou hyperkaliémie, aggravation de la fonction rénale, élévation brutale des peptides diurétiques.

- La diététicienne : éduque le patient sur les règles hygiéno-diététiques (régime pauvre en sel, conseils nutritionnels en cas d'IMC très élevé ou très bas...)

Enfin, la **réadaptation à l'effort et la prise en charge au sein de programme multidisciplinaire** sont fortement recommandées (**classe I**). Il y a clairement un décalage encore beaucoup trop important avec la réalité qui doit être diminué dans les années à venir. C'est le rôle de chaque médecin, de chaque professionnel de santé, mais également des institutions de faciliter l'utilisation plus large de ces leviers d'amélioration des symptômes. Une organisation territoriale coordonnée permet de répondre à ces enjeux, c'est aussi un but de notre séance.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

1. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-un-diagnostic-precoce-indispensable#:~:text=L'insuffisance%20cardiaque%2C%20ses%20signes,sur%20le%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.>
2. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Focused-Update-on-Heart-Failure-Guidelines>
3. *Mise à jour ciblée 2023 des lignes directrices de l'ESC 2021 pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique* Mise à jour ciblée 2023 des lignes directrices de l'ESC 2021 pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique | *European Heart Journal* | Oxford Universitaire (oup.com). Nouvelles recommandations dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Société européenne de cardiologie à fraction d'éjection réduite. 2021.
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045?login=false>
<https://www.cardio-online.fr/Actualites/2021/Dossier-special-ESC-HFA-2021-nouvelles-%20recommandations-dans-l-insuffisance-cardiaque-chronique-a-FEVG-alteree>
4. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4961/document/memo-hypotension-arterielle_assurance-maladie.pdf
5. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4962/document/memo-insuffisance-renale-hyperkaliemie_assurance-maladie.pdf
6. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/2021237_Memo_PRADO_Suivi_en_ville_apres_Decomensation_%5BIEC%5D.pdf
7. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/2021237_Memo_PRADO_Suivi_en_ville_apres_Decomensation_%5BBB%5D.pdf
8. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3921/document/suivi-decompensation-conduite-signes-aggravation_assurance-maladie.pdf
9. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/suivi-medical-vie-quotidienne#:~:text=L'insuffisance%20cardiaque%20est%20une%20maladie%20chronique%20qui%20n%C3%A9cessite%20que,cardiologue%20pour%20un%20bilan%20annuel.>

ANNEXE ACADEMIQUE :

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

I - Les mesures non médicamenteuses,

Toujours d'actualité, quel que soit le type d'insuffisance cardiaque :

- Hygiéno-diététiques ;
- Activité physique adaptée (APA) ou réadaptation cardiaque si besoin (l'âge ou le type d'IC ne sont pas des critères limitant l'accès à une réadaptation cardiaque).
- Implication et accompagnement du patient dans une démarche **d'Education Thérapeutique ETP**.

Les points clés :

L'ETP n'est **pas un "plus" ni une option** : elle est indispensable à la prise en soins des patients IC. **L'autonomisation des patients** est une recommandation de **même niveau** de preuve que les thérapeutiques médicamenteuses les plus efficaces (niveau I, grade A). Elle réduit la mortalité et le risque d'hospitalisations.

Elle est obtenue par l'acquisition de compétences d'autosoins :

- Compétences de sécurité, prioritaires :

- Identifier ses propres symptômes d'aggravation de l'insuffisance cardiaque ;
- Se peser à la fréquence indiquée par le médecin, quotidiennement ou au moins deux fois par semaine ;
- Savoir reconnaître les aliments riches en sel (1) ;
- Si prise de poids de plus de 2 kg en 3 jours et/ou d'essoufflement majoré, contacter le médecin **et/ou** augmenter la dose de diurétiques.

- Médicaments

- Reconnaître les médicaments prescrits pour l'insuffisance cardiaque, leurs effets attendus et indésirables ;
- Connaître les médicaments à éviter (AINS...) et les risques de l'automédication ;
- Savoir qui contacter en cas de symptômes évoquant un effet indésirable ;
- Comprendre que le traitement doit être pris de façon régulière et permanente.

- Activité Physique

- Comprendre les bénéfices d'une activité physique régulière et personnalisée : « le cœur est un muscle » ;
- Pratiquer l'activité physique en respectant la fréquence et la durée conseillées, et les signes d'alerte d'une mauvaise tolérance cardiaque à l'effort ;
- Gérer sa fatigue en alternant activité et repos.

- Suivi médical régulier

- Prendre les rendez-vous nécessaires pour le renouvellement du traitement et le suivi ;
- Informer les professionnels de l'évolution de son état de santé ;

- En déplacement, avoir sur soi un CR de ses antécédents médicaux et de ses traitements.

Pour en savoir plus :

HAS Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) (has-sante.fr).
Education thérapeutique du patient insuffisant cardiaque chronique. 2011. Société française de cardiologie <https://www.sfcardio.fr/publication/education-therapeutique-du-patient-atteint-dinsuffisance-cardiaque-chronique-2011>

II- Les traitements médicamenteux

Quel que soit le type d'IC, la prise en charge de ces patients repose sur l'identification et la prise en charge des **comorbidités** cardio-vasculaires (en particulier l'HTA et la fibrillation atriale) et non cardio-vasculaires.

Les stratégies thérapeutiques dépendent du type de l'IC définie par la valeur de la fraction d'éjection ventriculaire (FEV). Cette notion est nuancée par les dernières recommandations internationales, qui laissent de plus en plus la place à une prise en charge médicamenteuse n'en tenant pas compte.

A- Les diurétiques, cf page 4, quel que soit le type d'IC et toujours si FEV < 50%.

B - Chez un patient avec une IC à FEV réduite ou ICFER (FEVR ≤ à 40%), les recommandations actuelles de la société européenne de cardiologie (ESC 2021) préconisent l'introduction **rapide et sans hiérarchisation** - c'est nouveau - d'une **1^{ère} ligne thérapeutique** regroupant **4 classes** de médicaments :

1. IEC, ou ARNi (Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor): **ENTRESTO®** (sacubitril+valsartan);
2. β -bloquant (cardiosélectif);
3. ARM (Antagoniste Récepteur Minéralocorticoïde) ou anti-aldostérone : spironolactone, éplénérone
4. SGLT2i (glifozine) : dapaglifozine, empaglifozine.

Ce choix semble justifié en raison d'une part, du niveau de preuve fort **de chacune de ces classes sur leur efficacité** sur la réduction des hospitalisations et la mortalité globale. Il n'y a **pas de délai précis recommandé** pour mettre en place l'ensemble de cette 1^{ère} ligne mais l'objectif est d'aller **au plus vite pour éviter toute inertie thérapeutique**. Ceci réduit mortalité et ré-hospitalisation (STRONG-HF 2022).

Exit les **ARA2** (sartans) de cette 1^{ère} ligne, sauf en cas d'intolérance ou CI aux IEC ou au sacubitril/valsartan. Contrairement aux autres classes précédemment mentionnées, les ARA2 n'ont **jamais montré** de bénéfice clair sur la mortalité totale, quel que soit le type de l'IC. Pour les patients intolérants aux IEC et ARNi : candésartan, losartan et valsartan, ont l'AMM IC. Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC.

La **titration**, indispensable pour toutes ces classes, **sauf pour les SGLT2i** (dose unique) doit respecter le protocole spécifique à chaque molécule (cf Résumé des Caractéristiques du Produit de chaque molécule - site ANSM : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/>) pour atteindre **leur dose « cible »** ou la dose maximale tolérée si cela n'est pas possible.

C - Chez les patients avec une insuffisance cardiaque à FEV modérément réduite (ICFEmR : 41 à 49%)

Ces patients ont des caractéristiques plus proches d'une insuffisance cardiaque à FE réduite que celles de l'insuffisance cardiaque à FE préservée. Ce sont plus souvent des hommes, plus jeunes, et plus susceptibles d'avoir une coronaropathie (50-60%), et moins susceptibles d'avoir une FA et des comorbidités non cardiaques.

L'analyse des essais dans l'ICFER qui ont inclus des patients ayant des FE comprise entre 40 et 50% a montré que les traitements de l'IC-FER peuvent être bénéfiques dans ce cas, avec un niveau de preuve plus faible (IIb).

Les analyses d'essais contrôlés randomisés et de méta-analyses publiées entre mars 2021 et mars 2023, en particulier les essais EMPEROR-Preserved et DELIVER ont prouvé (niveau de preuve fort Ia) **l'efficacité des iSGLT2** sur la réduction des décès cardiovasculaires et des hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque, **quelle que soit la fraction d'éjection**, chez les patients diabétiques (DNID) ou non (HAS (2022), synthèse d'avis de la Commission de la Transparence).

L'algorithme de la prise en charge médicamenteuse est le même que pour une ICFER avec un niveau de preuve fort (Ia) pour les SGLT2i, moins pour les autres (IIb) :

- Diurétiques de l'anse en cas de signes de rétention (Classe I) ;
- SGLT2i (Classe Ia) ;
- IEC / ARNi / ARA2 (Classe IIb) ;
- B-bloquant (Classe IIb) ;
- ARM / anti-aldostérone (classe II b).

D - Chez les patients avec une IC à fraction d'éjection préservée (ICFEP : > 50%)

Elle se différencie des autres types d'IC par une hétérogénéité des profils cliniques en fonction des comorbidités et une faible efficacité des IEC/ARNi et bêtabloquants.

Ce sont typiquement des patients plus âgés, avec de multiples comorbidités : HTA, valvulopathies, coronaropathie, FA, diabète, insuffisance rénale.

Aucun essai clinique avec les IEC, les ARAII, l'ARNI n'a prouvé leur efficacité sur les critères d'évaluation principaux.

L'algorithme de prise en charge médicamenteuse des patients avec une ICFEP (ESC 2023) :

- Diurétique en cas de signes de rétention ;
- SGLT2i (classe I) ;
- Prise en charge des comorbidités (classe I).

Les autres médicaments de l'ICFER et de l'ICFEmR (FEV<50%) :

La **digoxine** est indiquée :

- En cas de FA persistante après échec d'une cardioversion électrique ou médicamenteuse par amiodarone, pour réduire la fréquence cardiaque (< à 100). Les β -bloquants ont un intérêt limité chez ces patients et l'amiodarone au long cours à visée préventive n'est plus très conseillée. La dronédarone n'est pas indiquée.

- En plus de la quadrithérapie de base si le patient reste symptomatique. Elle améliore les symptômes, réduit le risque d'hospitalisation, **sans bénéfice** en termes de mortalité. Sa marge thérapeutique étroite nécessite une posologie faible (0,25 mg/j ou 0,125 mg/j chez les personnes âgées et/ou en cas d'insuffisance rénale). L'arrêt de la digoxine chez un patient insuffisant cardiaque stable peut provoquer une décompensation cardiaque.

L'ivabradine (Procoralan) : bradycardisant dont la place est limitée aux patients en rythme sinusal avec une FEV \leq à 35%, symptomatiques malgré un traitement optimal par IEC + β B + ARM. *Prescrire* estime son rapport bénéfice/risque défavorable¹. C'est une prescription cardiologique.

Une carence en fer est fréquente chez les sujets IC. Elle augmente le risque de décompensation cardiaque. Un dépistage annuel est recommandé (NFS, ferritinémie, coefficient saturation sidérophiline CST).

La supplémentation en fer par voie IV (carboxymaltose ferrique ou du dérisomaltose ferrique) fait partie des recommandations pour les patients avec une FEV réduite ou moyenne (FEVG \leq 50%) présentant une carence en fer – ferritine < 100 ug/l- *associée ou non à une anémie*. Elle est réalisée en milieu hospitalier (hôpital de jour, ou HAD), les préparations orales étant peu efficaces du fait d'une carence d'absorption du fer chez l'insuffisant cardiaque. Elle a prouvé son efficacité sur l'amélioration de la dyspnée et le risque de ré-hospitalisation.

Les dispositifs cardiologiques :

Chez les patients avec une **FEV réduite (\leq à 40%)** :

- Les **défibrillateurs automatiques implantables** sont indiqués (Ia) en cas de FEVG \leq 35% en cas de cardiopathie ischémique pour réduire le risque de décès toutes causes et de mort subite. Le niveau de preuve est plus faible en cas de cardiopathie non ischémique.
- La **resynchronisation** reste fortement recommandée (Ia) chez les patients avec une ICFER \leq 35 %, en rythme sinusal, avec un bloc de branche gauche BBG \geq à 150ms.

Les données concernant ces deux dispositifs sont insuffisantes pour permettre d'inclure ces traitements dans la stratégie de prise en charge des patients avec une ICFEmR (entre 41 et 49%).

Pour en savoir plus :

1. *Mise à jour ciblée 2023 des lignes directrices de l'ESC 2021 pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique* [Mise à jour ciblée 2023 des lignes directrices de l'ESC 2021 pour le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique | European Heart Journal | Oxford Universitaire \(oup.com\)](#)
2. *Nouvelles recommandation dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Société européenne de cardiologie à fraction d'éjection réduite. 2021.* <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045?login=false>

¹ « [Angor et insuffisance cardiaque : l'ivabradine à écarter](#) » [archive], sur www.prescrire.org,