

Livret

INSUFFISANCE CARDIAQUE

TABLE DES MATIÈRES

P.1

L'insuffisance cardiaque

P.3

Diagnostique posé

P.5

Sortie d'hospitalisation

P.6

Suivi de l'insuffisance cardiaque chronique

P.11

Notes

I. L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

LES ACTEURS :

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Médecins généralistes• Cardiologues• IDE / IPA• Biologistes | <ul style="list-style-type: none">• Pharmaciens• Kinés, APA• Diététiciens• Psychologues | <ul style="list-style-type: none">• Aidants - Patients• Aides à domicile• PRADO - DAC• CHIFSR• SSR la Chenevière |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. TRAVAIL EN AMONT EFFECTUÉ PAR LA CPTS

1. Recenser les professionnels de santé formés à la PEC de l'insuffisance cardiaque
2. Réaliser des formations au dépistage précoce pour les professionnels de santé
3. Action de sensibilisation / prévention auprès de la population et des aidants

CAUSES DÉCLENCHANTES

- Mauvaise observance des traitements en cours
- Ajout récent de médicaments dépresseurs cardiaque
- Abus d'alcool
- Anémie, dénutrition
- Infection pulmonaire
- Insuffisance rénale
- Dysfonction thyroïdienne
- Maladie générale connue

CARDIOPATHIE SOUS-JACENTE

- Insuffisance coronarienne, CMNO, CMH
- Fibrillation atriale, TRV
- HTA
- Atteinte valvulaire
- Antécédent de chimio/radiothérapie

2. OBJECTIF : DÉPISTAGE PRÉCOCE

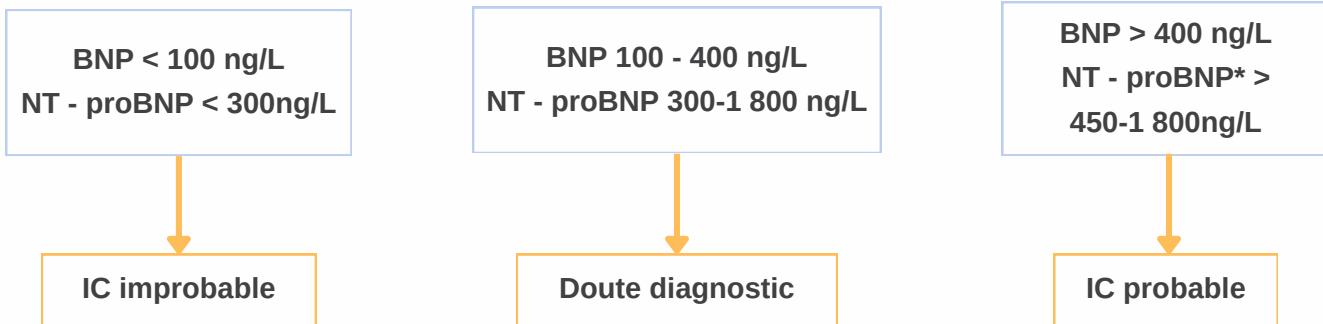
- Évoquer le diagnostic : sensibilisation aux signes cliniques
- Améliorer le suivi du patient : signes cliniques et biologiques
- Dépister les décompensations cardiaques : médecins traitants, cardio sinon CPTS

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

Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Caractéristiques			
<ul style="list-style-type: none"> • 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

3. PRISE EN CHARGE D'UNE DÉCOMPENSATION

- Signe d'alerte : **Epoft = essoufflement, prise de poids, œdème, fatigue**
 - Si Epoft positif, contacter le médecin traitant / cardiologue, sinon, CPTS
 - Réalisation d'un NT pro BNP



*IC probable si NT-proBNP > 450 ng/L (< 50 ans), > 900 ng/L (50-75 ans), > 1 800 ng/L (> 75 ans)

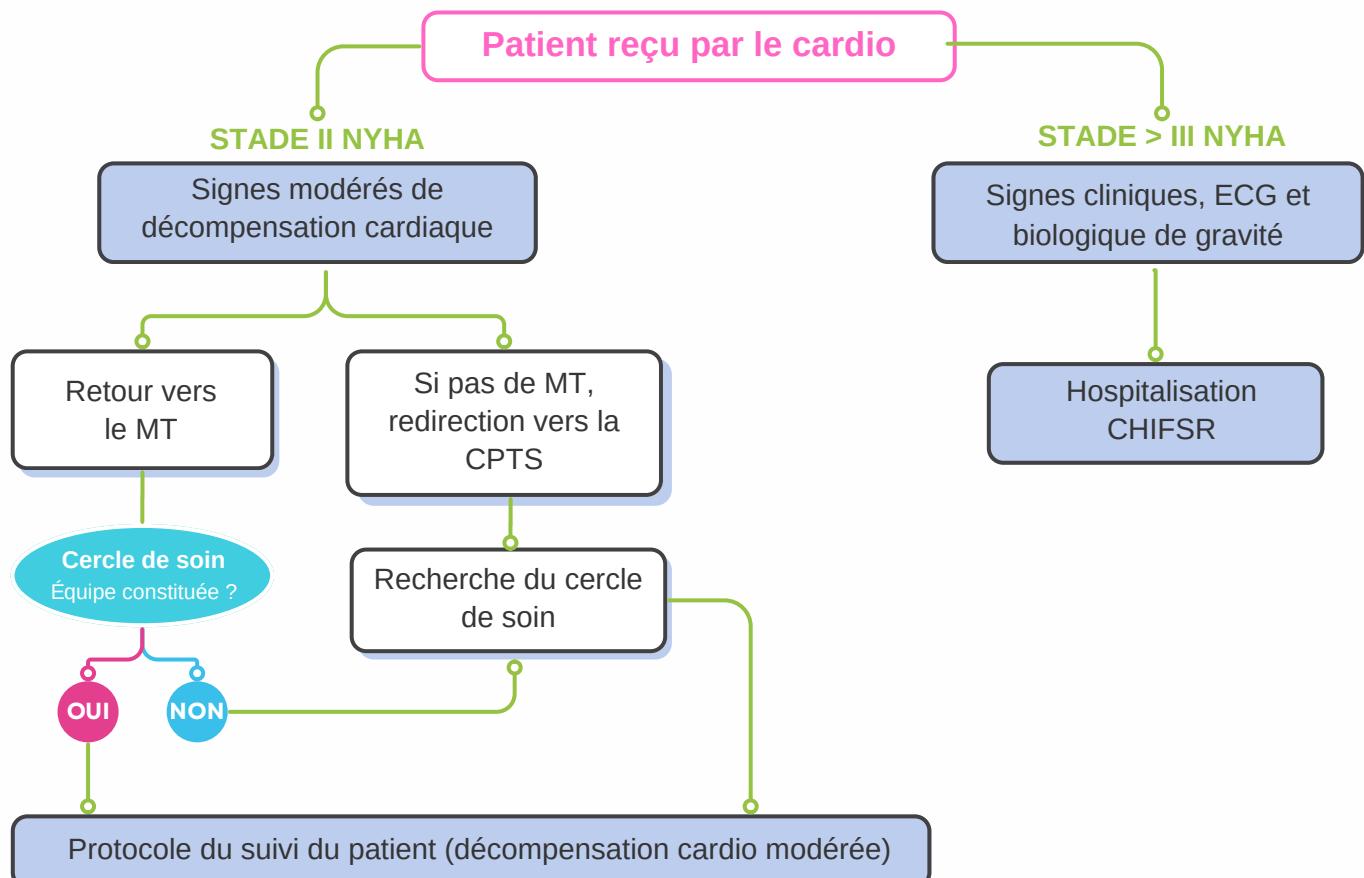
- **Signe de gravité :** Epop positif + pouls rapide / essoufflement au moindre effort / toux + BNP > 450 ng/L (facteur de l'âge)
 - ↓
si positif
 - ↓
Hospitalisation si pas de RDV cardio en 24h

POINTS CRITIQUES : PRISE EN CHARGE INITIALE DE L'IC

- Penser à l'IC, y compris devant des signes non spécifiques
- Faire un ECG (et un dosage de BNP ou NT-proBNP si doute diagnostic)
- Obtenir une consultation de cardiologie avec échocardiographie doppler
- Chiffrer la FEVG et préciser le type d'insuffisance cardiaque : ICS ou ICFEP
- Définir le stade fonctionnel NYHA
- Rechercher des critères de mauvais pronostic
- Rechercher les causes déclenchantes d'une décompensation
- Éliminer une cause pulmonaire
- Évaluer les besoins du patient
- Annoncer le diagnostic et mettre en place l'ALD
- Si le patient est âgé de 75 ans ou plus élaborer un Plan Personnalisé de Soins (PPS)

II. DIAGNOSTIC POSÉ

VILLE



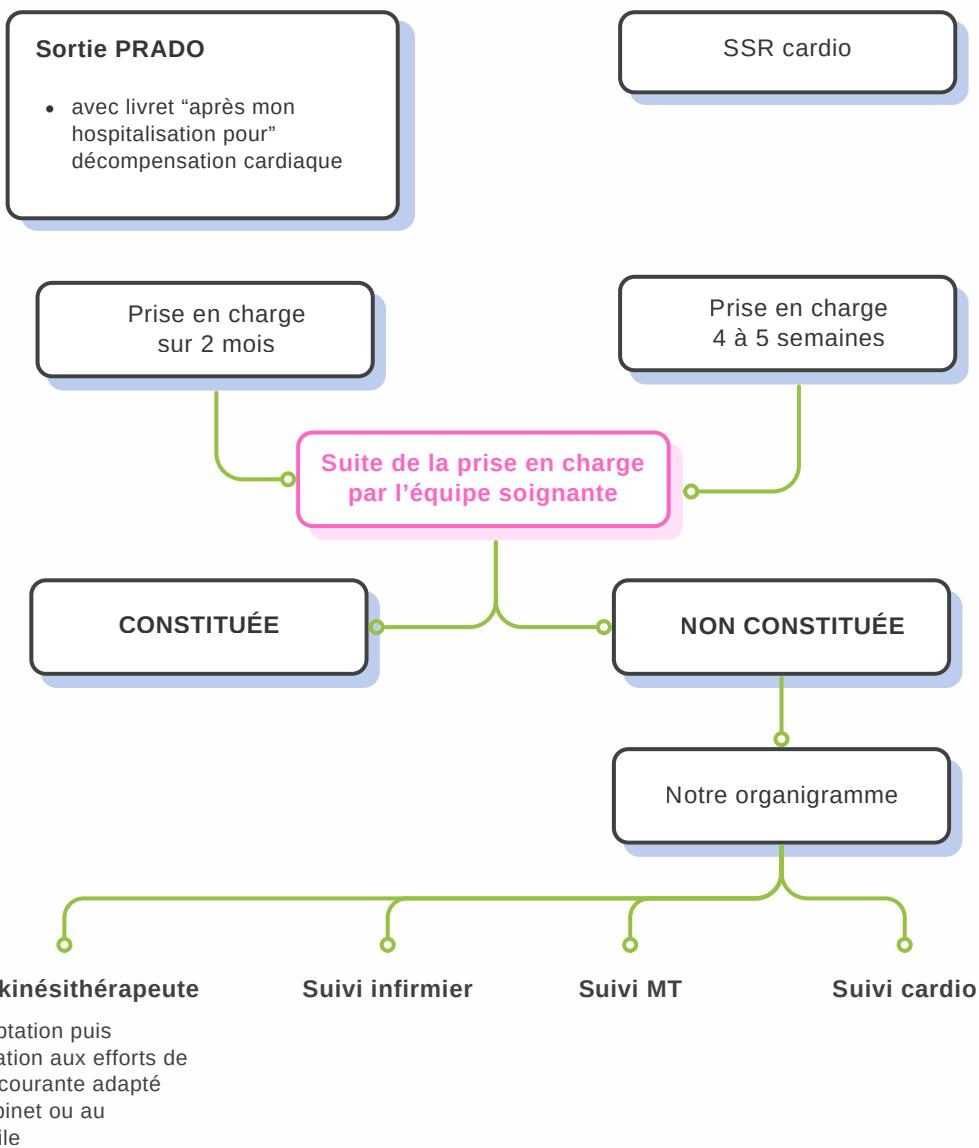
	Stade II NYHA	Stade III- IV NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICFEP stable	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin traitant : au moins 4 fois/an • Cardiologue : conseillé 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin traitant : au moins 4-12 fois/an • Cardiologue : 2-3 fois/an
	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"> • Événement 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 	

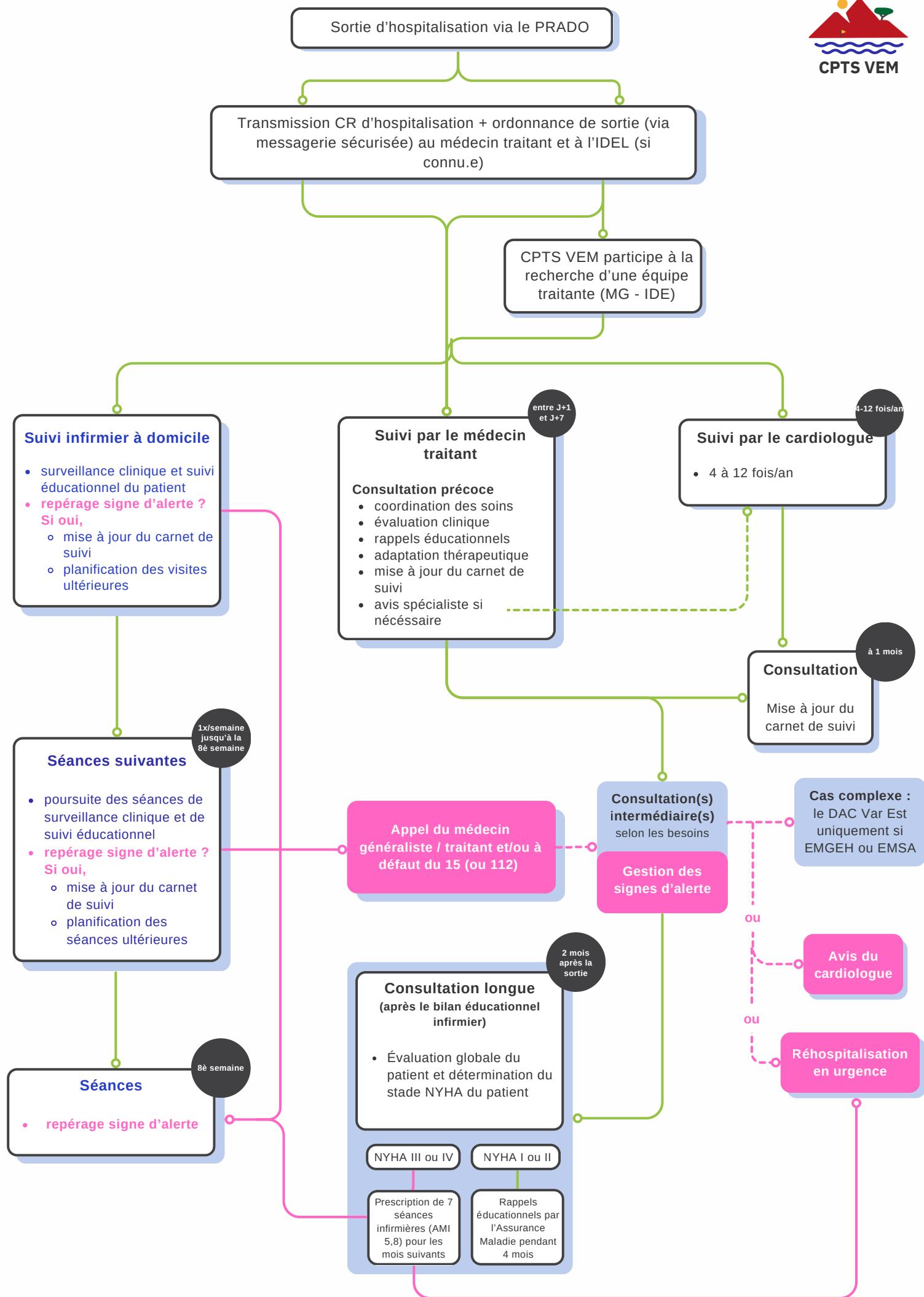
III. SORTIE D'HOSPITALISATION

ARTICULATION DES CONSULTATIONS ET VISITES AUTOUR DU PATIENT

HÔPITAL

Patient hospitalisé pour décompensation cardiaque, déclaré éligible à Prado par l'équipe hospitalière ou dirigée en SSR

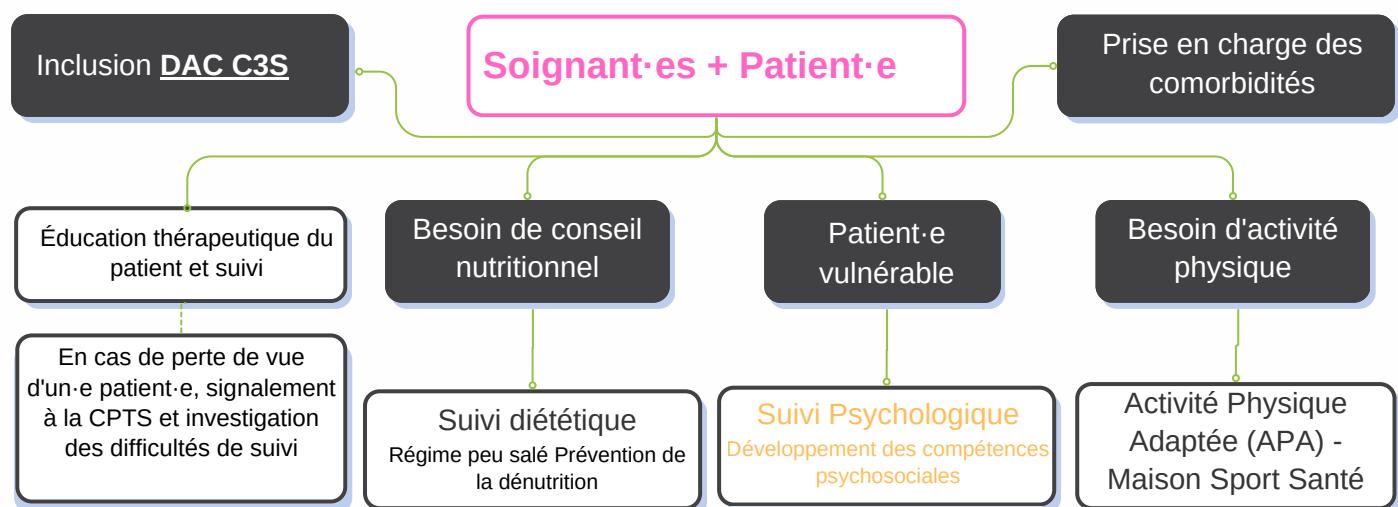




IV. SUIVI DE L'IC CHRONIQUE

Parcours sur l'insuffisance cardiaque

Surveillance des patient·es ayant une IC stable



Prévention de la décompensation cardiaque

Le·a patient·e connaît les recommandations pour sa prise en charge (**EPON**)

- E**xercice (favoriser l'activité physique)
- P**rendre son poids (signe d'alerte)
- O**bservance (traitement médicamenteux)
- N**utrition (suivi diététique si nécessaire)

Le·a patient·e 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, changement d'état clinique

Le·a patient·e remplit son carnet de suivi (outil créé par la CPAM à retrouver [en cliquant ici](#))

En présence de ces signes :

- Évaluer le NYHA
- Dosage NT-proBNP en cas de doute sur une décompensation

V. NOTES





NOUS **CONTACTER**

(+33) 06 59 70 40 56

DU LUNDI AU VENDREDI DE **9H À 12H ET 14H À 17H**

contact.cptsvem@gmail.com

Epsilon 1, 240 rue Isaac Newton
83700, Saint Raphaël



@cptsvem



@CPTS VEM



@CPTS VEM