VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
N° 101 – Avril 2012

Des messages clés pour l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique fréquente. Elle concerne dans la moitié des cas des sujets de plus de 75 ans, avec une prédominance de femmes, surtout en cas d'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée. Sa prévalence augmente avec le vieillissement de la population sous la forme principale d'insuffisance cardiaque diastolique. Son évolution est très souvent marquée par des décompensations aigües. C'est de ce fait une cause très fréquente d'hospitalisations itératives.

Plusieurs études ont montré qu'une prise en charge précoce des premiers symptômes d'insuffisance cardiaque permet de limiter le nombre de réhospitalisations. Il parait donc important de mettre en place une surveillance rapprochée de ces patients fragiles, permettant de détecter ces symptômes à leur début. L'auto surveillance est l'idéal, basée sur une information et une éducation du patient et de son entourage. Elle est quelquefois difficile à mettre en place chez nos patients souvent âgés, aux fonctions supérieures parfois altérées.

Le réseau Visage est une structure bien établie sur Vienne et sa région. Il nous a paru licite de profiter de cette structure et du Dossier Communiquant Réseau pour palier, via les professionnels de santé qui souvent se rendent déjà auprès du patient, aux difficultés rencontrées par nos patients pour leur auto surveillance et pour améliorer la réactivité grâce à une surveillance de certains paramètres et leur transmission rapide aux médecins concernés. Si nécessaire, une adaptation thérapeutique sera rapidement réalisée, soit selon un protocole pré établi, soit en collaboration étroite avec le médecin traitant.

La surveillance clinique

Elle repose sur l'évaluation régulière de 5 paramètres :

Poids : la pesée doit être au moins 2 fois par semaine, effectuée à chaque fois dans les mêmes conditions, dans l'idéal le matin, à jeun, avec le même pèse personne. Une **perte de poids** rapide doit faire rechercher une déshydratation favorisée par la prise de diurétiques et une restriction hydro-sodée trop stricte, surtout en cas de fièvre, forte chaleur, diarrhée, difficulté à accéder à l'eau. Il faut rechercher la sensation de soif (mais ce signe est souvent absent chez le sujet âgé) et la sècheresse cutanéo-muqueuse. Une **prise de poids** inexpliquée de plus de 2 kg sur 3 jours évoque une rétention hydro-sodée et doit faire rechercher une diminution de la diurèse avec urines concentrées et l'apparition d'œdèmes.

Œdèmes : ils sont déclives, le plus souvent au niveau des membres inférieurs, bilatéraux, indolores, gardant le godet (empreinte du doigt). Ils sont d'importance variable, pouvant remonter jusqu'en haut des cuisses.

Dyspnée : Elle caractérise l'essoufflement du patient avec les critères suivants : absence, efforts inhabituels, efforts habituels, repos, couché. Il faut être très vigilant sur l'orthopnée, c'est-à-dire la dyspnée en position allongée, obligeant le patient à augmenter son nombre d'oreiller ou assis dans un fauteuil. La toux de décubitus peut être un équivalent mineur de l'orthopnée.

Pression artérielle : dans l'idéal, elle doit être autour de 135/85 mmHg, avec une tolérance à 150 mmHg de pression systolique chez les personnes âgées. Cependant une tension basse, même à moins de 100 mmHg, ne doit pas faire arrêter les traitements si elle est bien tolérée cliniquement, notamment sans manifestation d'hypotension orthostatique (vertiges, voile noir devant les yeux, lipothymie au lever), ni sans asthénie majeure. Il est important de noter que la plupart des thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque fait baisser la pression artérielle, mais que leur maintien est souvent primordial pour limiter l'évolution de la maladie.

Fréquence cardiaque : Souvent le pouls n'est pas très rapide, ralenti par les différentes thérapeutiques (β bloquants, digoxine, cordarone, inhibiteurs calciques…). Une accélération de la fréquence cardiaque en dehors de tout effort peut traduire une décompensation cardiaque débutante ou la survenue d'une arythmie supra ventriculaire (fréquente dans l'évolution de la maladie). Toute variation brutale de la fréquence cardiaque, à la baisse (inférieure à 45 bpm) comme à la hausse (+15 à 20 battements par minute) doit alerter. De même, l'apparition d'un rythme irrégulier est très suspecte d'un passage en fibrillation auriculaire, facteur fréquent de décompensation.

La surveillance biologique

Elle est très importante pour surveiller la tolérance des traitements et le retentissement de l'insuffisance cardiaque.

Fonction rénale : se surveille par le dosage de la **créatininémie**, de **l'urée** et la **clairance de la créatinine**. Elle est souvent altérée par le vieillissement, avec une aggravation des paramètres liée à la maladie et aux traitements de l'insuffisance cardiaque (IEC, ARA 2 et diurétiques surtout). Attention à l'insuffisance rénale aigüe lors des épisodes de déshydratation.

Kaliémie : elle peut être abaissée par les diurétiques (sauf spironolactone et éplérénone = INSPRA© qui l'augmentent). Elle peut être augmentée par IEC ou ARA2, ou en cas d'insuffisance rénale. La fourchette de normalité est faible et les conséquences d'une dyskaliémie sont parfois majeures.

Natrémie : parfois abaissée sous diurétiques, surtout en cas de forte dose ou dans les formes évoluées de la maladie, ou augmentée en cas de déshydratation majeure.

BNP ou NT-proBNP : c'est un marqueur assez spécifique de l'insuffisance cardiaque, sécrété par le cœur lorsqu'il est distendu. Il peut être intéressant d'en suivre l'évolution et/ou d'avoir une valeur de référence quand « tout va bien », afin de pouvoir l'utiliser en cas d'aggravation de la dyspnée.

Hémoglobine : l'anémie est une cause de dyspnée et peut favoriser une décompensation

Le traitement

Les objectifs sont la réduction des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, la réduction de la mortalité, la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, le ralentissement de la progression de la maladie.

Traitement pharmacologique

Il a été validé pour l'insuffisance ***cardiaque à fonction systolique altérée*** et repose essentiellement sur :

- Les diurétiques, à la dose minimale efficace
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) à la dose maximale recommandée
- Les β bloquants à la dose maximale recommandée

Dans ***l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée*** (IC diastolique), aucun traitement n'a prouvé réellement son efficacité en dehors du traitement symptomatique (basé sur les diurétiques), du traitement étiologique (ralentir la fréquence cardiaque ?) et surtout du traitement préventif.

Il est important de noter que les diurétiques doivent être diminués, voire interrompus dès que l'épisode de décompensation est contrôlé. Le maintien du traitement diurétique à dose mal adaptée peut entraîner une baisse excessive des pressions de remplissage ventriculaire à l'origine de bas débit cardiaque et d'hypotension orthostatique.

Traitement préventif

Des décompensations : Il faut faire la chasse aux principaux facteurs de décompensation, qu'ils soient :

- d'origine cardiaque (FA, poussée hypertensive, épisode ischémique aigu),
- d'origine extra cardiaque (infection bronchopulmonaire, anémie, alcoolisme, insuffisance rénale, dysthyroïdie, EP),
- d'origine iatrogène (intoxication aux digitaliques, agents inotropes négatifs, AINS ou corticoïdes) ou
- secondaire à une mauvaise observance thérapeutique (arrêt d'un IEC ou diurétiques, prise sodée excessive).

De l'insuffisance cardiaque : elle repose sur la prise en charge précoce et efficace des facteurs étiologiques :

- l'HTA est le facteur principal de l'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé, soit directement (augmentation de la post-charge cardiaque), soit indirectement en favorisant la maladie coronaire et ses complications.
- Coronaropathies
- Myocardiopathie non obstructive, notamment d'origine toxique

Christine MESTRE, service de Cardiologie, Hôpital de Vienne