

insuffisance cardiaque

Modalités de prise en charge



Plan de la présentation

- Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque (IC)
- Critères de surveillance
 - Clinique
 - Paraclinique
 - Biologique
- Les marqueurs neuro-hormonaux
 - Origine
 - Valeurs de référence
 - Intérêt lors du suivi
- Traitement de l'IC
- Cas clinique

Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque

- Problème de santé publique majeur dont l'incidence est en augmentation en raison du vieillissement de la population. (âge moyen de 77 ans)
- Prévalence estimée à 2,2% en France soit près de 1million de sujets.(20% des plus de 80 ans)
- IC a fonction systolique préservée est en augmentation.
- Remboursement moyen de 10800 E/patient en ALD.

Epidémiologie

- Record de France: le NPDC en raison de la prévalence plus élevée des CPI, HTA, DNID, obésité.....
- 154000 patients en ALD en 2008.
- 210 000 hospitalisations en 2008 pour IC(principale cause après 60 ans) d'où l'intérêt de critères d'optimisation thérapeutique.
- 19% des patients bénéficient de la trithérapie IEC /BETA-/ DIURETIQUES (sous prescription fréquente en raison des effets secondaires etinertie thérapeutique.)

Critères de surveillance clinique

- SF: Dyspnée(NYHA)
Palpitations.
Asthénie, tendance à l'endormissement diurne.
- Poids++++.
- TA.
- Rythme.
- OMI.
- Stase pulmonaire.

Examens paracliniques

- ECG au moins 1/an.(rythme, BBG , largeur QRS)
- Radio Thorax uniquement si phase aigue ou infection pulmonaire
- Echocardiographie
 - lors du diagnostique (FE inf à 45% sinon IC Diastolique)
 - en cas de nouveaux symptômes.
 - dans le cadre du suivi(recherche des pressions de remplissage, pressions pulmonaires pour optimiser le traitement diurétique).
- Biologie de routine :
 - NFS/an+Ferritinémie?(étude CONFIRM), IONO UREE CREAT/6 mois+ digoxinémie.
- Marqueurs neurohormonaux(BNP , NT PROBNP)

Marqueurs Neuro hormonaux

- Peptide synthétisé / le myocarde lors d'une distension ventriculaire .
- Facteur natriurétique influençant l'homéostasie du sodium et de la volémie
- Excrétion sous forme d'un précurseur , le proBNP lysé par une enzyme en NTproBNP et BNP ensuite éliminé par voie rénale.

- Intérêt dans le cadre du diagnostic d'une dyspnée aigue:

{
BNP sup à 100 voire 400 si sujet âgé , insuf rénale....
NTproBNP 300 à 450: zone grise
450 pour les moins de 50ans
}

900
1800 pour les plus de 75

ans

BNP et NTproBNP

- Intérêt dans le suivi en ayant une valeur de référence.
Toujours vérifier le même marqueur et le contrôler une fois par an.
- Marqueur de mauvais pronostic si élévation et incite alors à renforcer le traitement voir avis cardio .
- Etude PROTECT: Patients traités de façon usuel ou en contrôlant le NTproBNP; Diminution du NTproBNP inf à 1000, amélioration de la qualité et espérance de vie.

Traitement de l'IC

- IEC à dose cible:
RAMIPRIL 5mg *2.
PERINDOPRIL 8mg.
ENALAPRIL 20mg *2.
TRANDOLAPRIL 4mg.
- BETA BLOQUANTS:
BISOPROLOL 10mg.
NEBIVILOL 10mg.
CARVEDILOL 25*2.
- ARA2 : CANDESARTAN jusque 32 mg si intolérance IEC.
- SPIRONOLACTONE /EPLERENONE 25 à 50mg.
- DIURETIQUES:FUROSEMIDE/BUMETAMIDE.

Traitement

- IVABRADINE si fréquence reste élevée.
- DIGITALINE si ACFA .(ne pas dépasser taux de 1 ng/ml)
- LCZ 696 (Etude PARADIGM):
nouvel agent thérapeutique associant VALSARTAN et inhibiteur de l'enzyme dégradant les peptides natriurétiques(BNP) donc attention augmentation du taux.
Résultats sup aux IEC!!!! (20% de décès en moins).
- Resynchronisation si BBG ou élargissement QRS.

Traitement

- Régime hyposodé.
- Activité physique: 30 min 3fois/sem.
- Eviter traitements iatrogène: AINS.
- Education du patient.

Cas clinique

- Mr M consulte pour dyspnée.

74 ans ,obèse ,fumeur, hypertendu sous calcique.

Toux grasse . Fce 92 BPM.TA 150/80. Apyrétique. Râles pulmonaires aux 2 champs +/- sibilants.

ECG sinusal+ surcharge systolique.

Que demandez vous?

MR M

- Bio de routine RAS hormis CRP à 35.
- RX TX : non contributive.
- NTproBNP 4500.
- ECHO : FE 40%
CORO:tritronc
- ACFA paroxystique donc AVK +CORDARONE

MR M a 77ans.

- Se plaint à nouveau de dyspnée avec crépitants fins à l'auscultation mais pas d'OMI ni de prise de poids.
- ECG ACFA.
- BIO: NTpro BNP 850
hb 13g, créat 15

- Quel diagnostic évoquer ?
- Quel examen?