

INSUFFISANCE CARDIAQUE

LE PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL



SOM- MAIRE

**I. CHIFFRES ET
DÉFINITION**

**II. TRAITEMENT NON
MÉDICAMENTEUX**

**III. TRAITEMENT
MÉDICAMENTEUX**

**IV. ORGANISATION DU
PARCOURS IC AU SEIN DE
LA CPTS**

I.

CHIFFRES ET DÉFINITION

QUELQUES CHIFFRES...

ET D'UN POINT DE VUE MÉDICO -ÉCONOMIQUE

L'IC, QU'EST-CE QUE C'EST ?

SIGNES D'ALERTE : EPOF

PREMIERS SYMPTÔMES

DIAGNOSTIC

ÉTIOLOGIES DE L'IC

CLASSEMENT DE L'IC

DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ NYHA

THÉRAPEUTIQUE DE LA PATHOLOGIE



QUELQUES CHIFFRES

1,5 millions
de personnes atteintes

2,3 %
de la population

10 à 20 % des
+ 70 Ans

Du fait du vieillissement
de la population, la
fréquence va augmenter
de 25% tous les 4 ans.

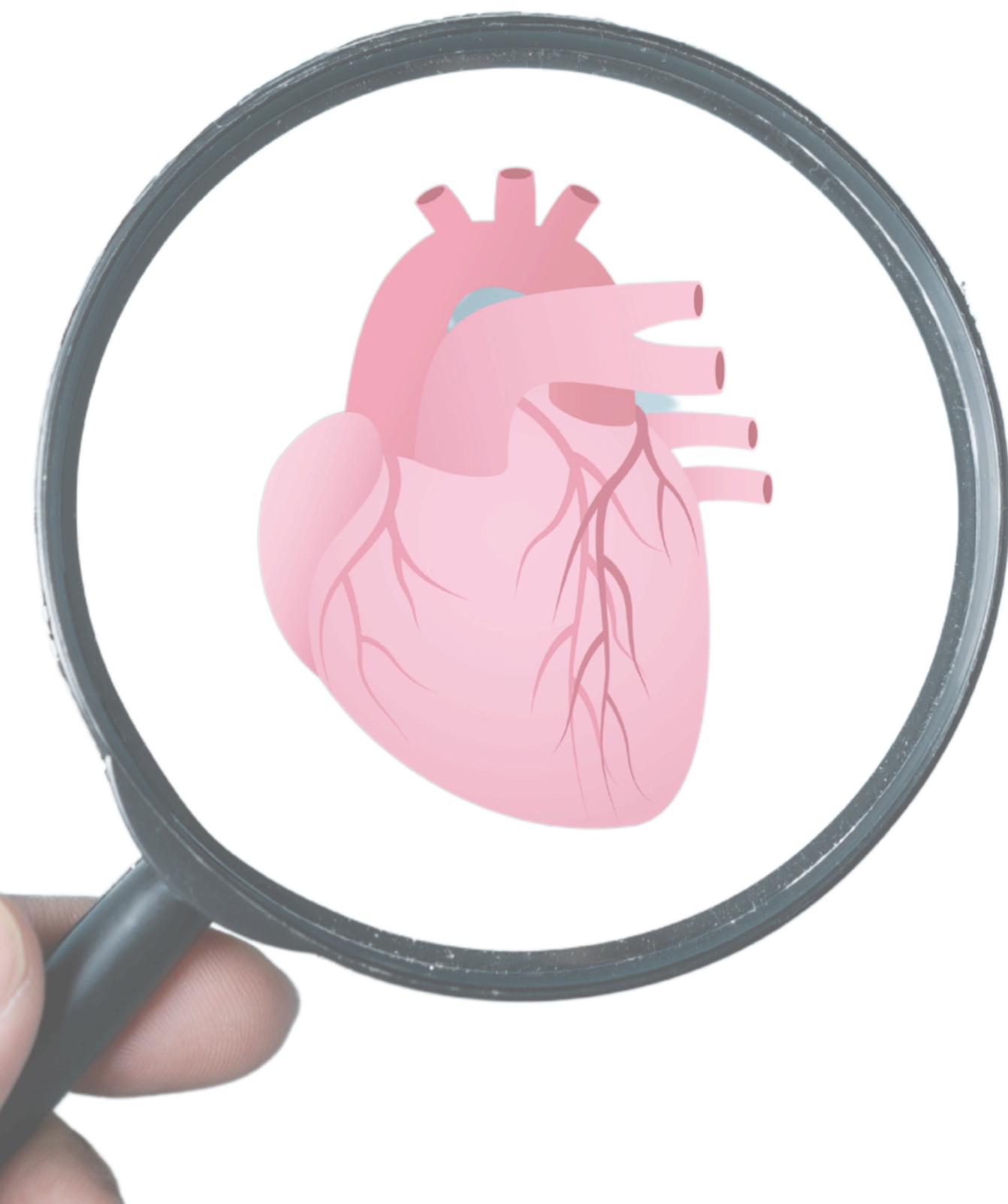
20 %
des personnes
hospitalisées ont été
ré hospitalisées au
moins une fois pour
le même motif au
cours de l'année
2013.

L'espérance de vie à
5 ans
est de
50 %
et toute hospitalisation à la
suite d'une décompensation
altère celle-ci.

120 000
nouveaux cas / an
diagnostiqués

165 000 hospitalisations / an

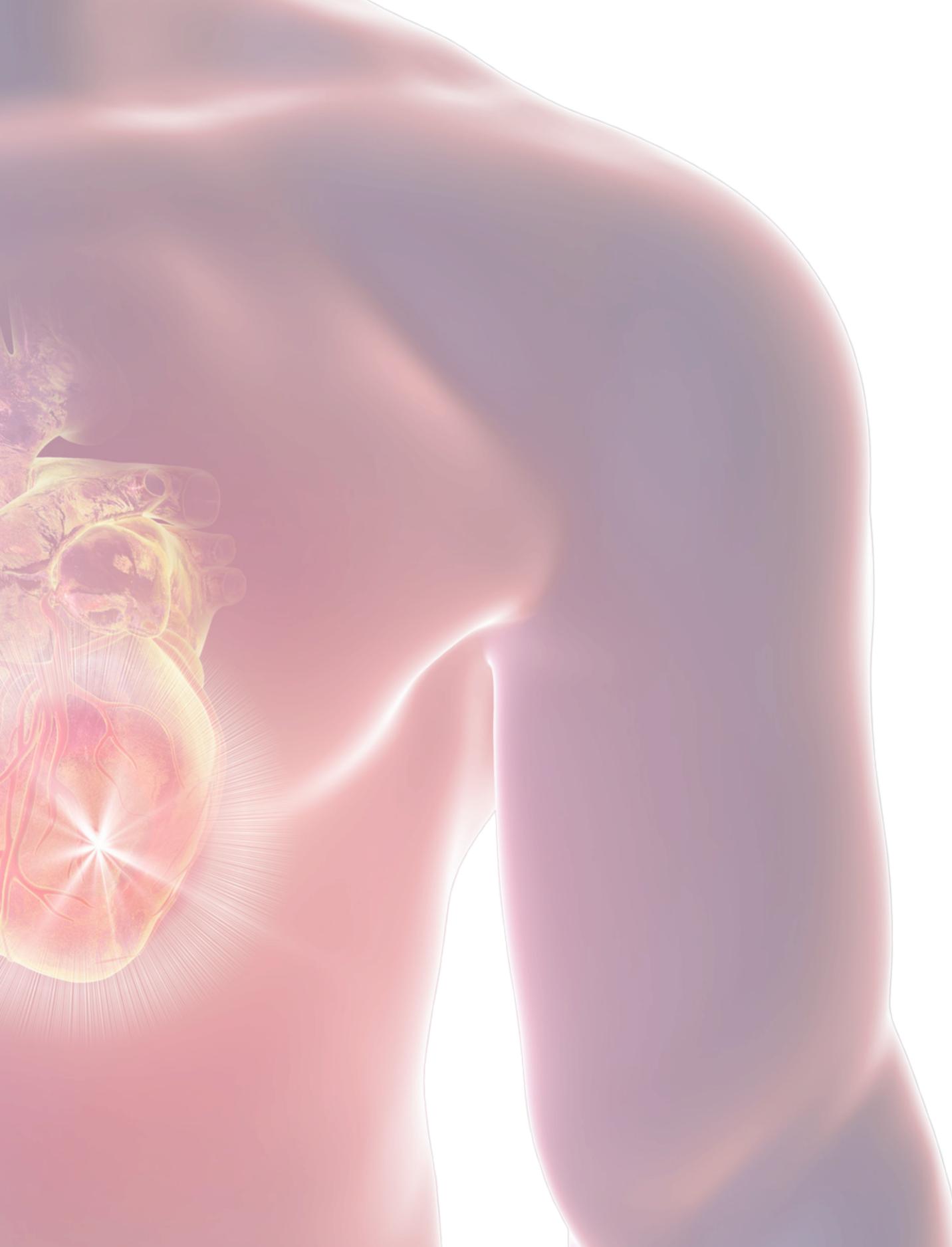
70 213 décès / an



L'IC, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Difficultés pour le cœur à assurer un débit sanguin adapté aux besoins des différents organes et/ ou à fonctionner avec des pressions de remplissage normales (SFC, 2021)

Due à une anomalie structurelle et/ ou fonctionnelle du muscle cardiaque entraînant des pressions intracardiaques élevées, et/ ou à un débit cardiaque inadapté aux besoins, au repos ou à l'effort (ESC, 2021) .



ETIOLOGIES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

- **Cardiopathie ischémique .**
- **HTA**
- **Autres causes : valvulopathies, rythmopathies, cardiomyopathies, certaines cardiopathies congénitales, consommation excessive d'alcool ou de drogue**

DIAGNOSTIC

ANAMNÈSE :

- Antécédents
- Facteurs de risque cardio-vasculaires du patient (infarctus du myocarde ou HTA)

BILAN BIOLOGIQUE ET PARACLINIQUE :

- Bilan biologique dont dosage NT Pro BNP :

âge <50 ans	50 < âge <75 ans	âge >75 ans
Tx \geq 450pg/ml	900 pg/ml	1800 pg/ml

- ECG
- Echocardiographie



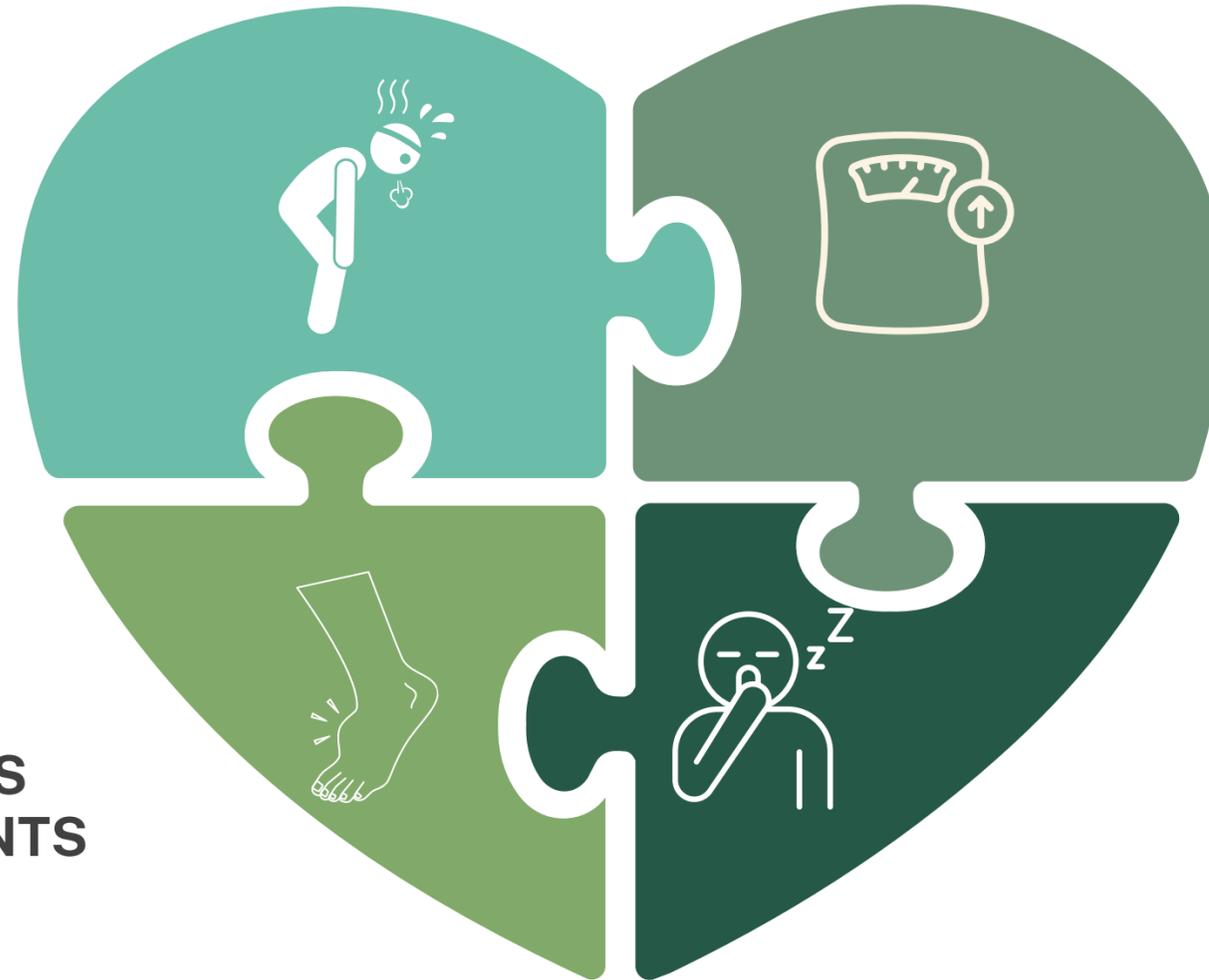


**PREMIERS
SYMPTÔMES :**
À L'EFFORT PUIS
AU REPOS

- 01. OEDÈMES PÉRIPHÉRIQUES**
- 02. DYSPNÉE**
- 03. FATIGUE**
- 04. TACHYCHARDIE**

SIGNES D'ALERTE : EPOF

ESSOUFLEMENT
INHABITUEL
pendant l'effort, au
repos ou en position
allongée



PRISE DE
POIDS RAPIDE
+ 2 kg en 3 jours

OEDÈMES
APPARANTS

FATIGUE
excessive /
inhabituelle



L'IC peut également se présenter par des symptômes aspécifiques, retardant d'autant plus son diagnostic initial.

DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ NYHA

STADE

1

LÉGÈRE

L'activité physique ordinaire ne cause pas de fatigue, d'essoufflement ou de palpitations excessives.

STADE

2

LÉGÈRE

L'activité physique ordinaire provoque une fatigue, un essoufflement ou des palpitations.

STADE

3

MODÉRÉE

Respiration normale au repos : une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire provoque une fatigabilité, un essoufflement ou des palpitations.

STADE

4

SÉVÈRE

Les symptômes surviennent au repos : toute activité physique augmente le malaise.



CLASSEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

en fonction de la valeur de la fraction
d'éjection du ventricule gauche (FEVG / FE) :

- **IC à fraction d'éjection réduite :**
FE < 40 %.
- **IC à fraction d'éjection modérément altérée :**
41 % < FE < 49 %
- **IC à fraction d'éjection préservée :**
FE > 50 %.

LA THÉRAPEUTIQUE

OBJECTIFS ?



Amélioration de la qualité de vie :
diminution des symptômes et préserver
les activités de la vie quotidienne.



Prévenir la dégradation de la maladie :
diminuer le nombre de décompensations
voire d'hospitalisations.



Réduire le taux de mortalité

DEUX GRANDES CATÉGORIES DE THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

**Habitudes alimentaires saines +
Activité Physique Adaptée.**

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

3 approches :

- 1- Diurétiques pour diminuer les signes congestifs **quelle que soit la fraction d'éjection.**
- 2- **Si fraction d'éjection préservée** : gliflozines plus ou moins antialdostérone
- 3- **Si fraction d'éjection basse** : les quatre fantastiques Bêtabloquants/gliflozines/ARNI ou ARA2 ou IEC/antialdostérone

II. TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

MESURES HYGIÉNO-
DIÉTÉTIQUES

APA

ETP



MESURES HYGIÉNO- DIÉTÉTIQUES

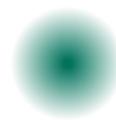
A close-up photograph of a hand holding a clear glass filled with water. The background is blurred, showing what appears to be a kitchen setting with a white container.

- **Restriction sodée modérée 6g/24h**
Éviter une restriction sodée stricte, notamment pour les personnes âgées.
Attention aux aliments riches en sel :
(pain/biscottes, charcuteries, soupes, fromages, plats cuisinés/conserves, etc) et certains médicaments (formes effervescentes, etc)
- **Apport hydrique :** de 1250 à 1500 ml/jour.
- **Limiter la consommation d'alcool**
sauf en cas de cardiomyopathie dilatée toxique où la suppression est nécessaire.

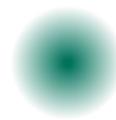
MESURES HYGIÉNO- DIÉTÉTIQUES



Régime méditerranéen



Réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire
(équilibre du diabète, sevrage tabagique, etc)



Mesure du poids

notée au moins 1-2 fois/semaine chez les patients stables.
Et au moins 2-3 fois/semaine chez les patients en stade III-IV
de la NYHA.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)



Je soussigné(e) Docteur.....certifie avoir examiné ce jour M./Mme Né(e) le/...../.....et constaté que son état de santé nécessite la pratique d'une activité physique et/ou sportive dans les conditions de la présente prescription.

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE



Privilégier ce(s) type(s) d'activité(s) :

- Endurance cardio-respiratoire
- Renforcement musculaire
- Souplesse
- Aptitude neuromotrices

Intensité recommandée :

- Légère
- Modérée
- Élevée

Pratique encadrée de type :

- Elan
- Déclic
- Passerelle

• Préconisation de à séances de à minutes chacune par semaine

DEMANDE D'EVALUATION AVANT LA PRESCRIPTION

- Oui
- Non

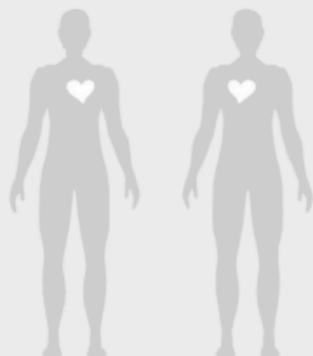
OPTIONS D'ORIENTATION

- Je me charge de l'orientation
- Je confie l'orientation au coordonnateur territorial PEPS



RESTRICTIONS D'ACTIVITÉ

• Fréquence cardiaque à ne pas dépasser : bpm



Face

Dos

Efforts à ne pas réaliser :

- Endurance
- Vitesse
- Résistance

Articulations à ne pas solliciter (préciser la latéralité si besoin) :

- Rachis
- Épaule
- Hanche
- Genou
- Cheville

Actions à ne pas réaliser :

- Courir
- Porter
- S'allonger sur le sol
- Sauter
- Pousser
- Se relever du sol
- Marcher
- Tirer
- Mettre la tête en arrière

Arrêt en cas de :

- Fatigue
- Douleur
- Essoufflement

Autre.....

COMMENT LA PRESCRIRE ?



Orientation vers un professionnel de l'Activité Physique Adaptée en fonction des limitations fonctionnelles :

- **ELAN** : Formation sport santé de niv 1 (inf à 105h) == pour des personnes avec des limitations fonctionnelles et des facteurs de risques minimes.
- **DÉCLIC** : Formation sport santé de niv 2 (supérieur à 105h) == pour des personnes avec des limitations fonctionnelles et des facteurs de risques modérés ou sévères.
- **PASSERELLE** : Kiné avec carte pro et E-APA == pour des personnes nécessitant un accompagnement temporaire (3 mois) et spécifique (motivation, découverte d'activité) quel que soit le niveau de limitation fonctionnelle ou de facteur de risque.



FC MAX = 220 - âge

Date/...../.....
Tampon et signature du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL

Après examen de M./Mme j'atteste l'absence de contre-indication à :

- La réalisation d'une évaluation des capacités physiques
- La pratique d'activités physiques et/ou sportives adaptées à des fins de santé dans la limite de la prescription médicale ci-dessus

(Sous réserve de résultats cohérents de l'évaluation et de l'encadrement par un intervenant sportif qualifié garantissant le respect des recommandations transmises.)

Contact coordination PEPS :

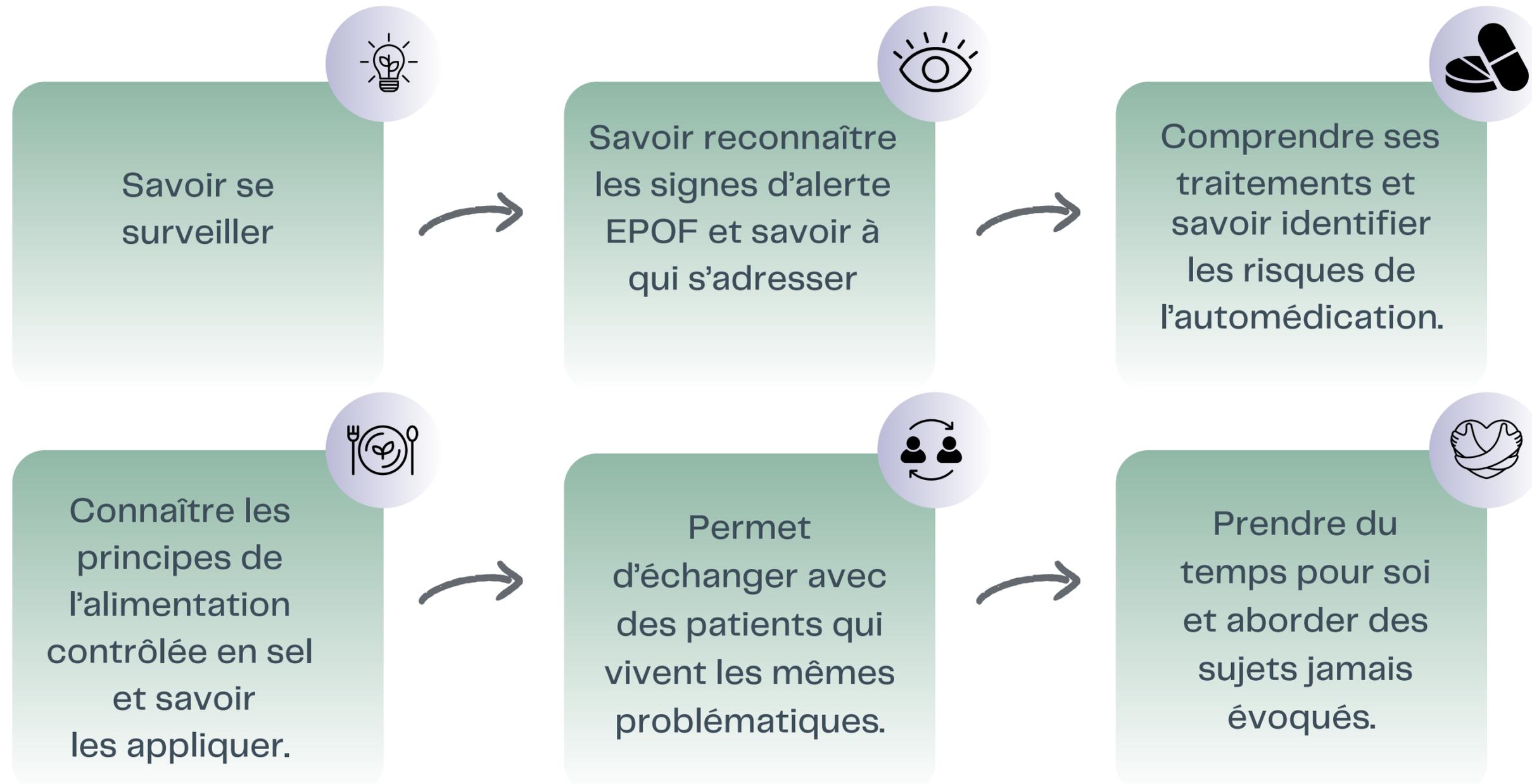
Nom :



Plus d'infos sur Peps.na (livret du prescripteur)

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

OBJECTIFS POUR LE PATIENT



ETP

COMMENT ÇA MARCHE ?

● **Ateliers par petits groupes** (3 à 8 personnes maximum) au plus près du domicile du patient.

● **La CPTS Nord Bassin océan permet le déploiement d'ateliers d'ETP gratuits** à L'Ephad Louis Weiller d'Arès, la MSP de Biganos.

=> **Animés par des professionnels de santé** formés à L'ETP et organisés par le pôle ETP Nouvelle Aquitaine.

=> **Sur adressage des médecins, pharmaciens, infirmiers, ou kinésithérapeutes via le formulaire ci-dessous :**

Education Thérapeutique du patient (ETP)

Nom/Prénom du patient :

Date de naissance : .. /.. /.... Téléphone

Ville :

Adressé par :

Pathologie(s) du patient :

- Asthme (adulte/enfant)
- BPCO
- HTA
- DT1 DT2 DG
- SAS
- Surpoids/obésité modérée
- Autre(s) précisez



204 avenue Louis Barthou – 33200 Bordeaux
Tél : 05.56.47.86.66 – Mail : poletpnouvelleaquitaine@cetba.fr ou
Mail sécurisé : francoise.martindupont@sante-na.fr

III. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

DEUX CLASSIFICATIONS
DE PATIENTS

TITRATIONS

DÉPISTER L'ANÉMIE ET
LA CARENCE MARTIALE

VACCINATION

CAS CLINIQUE



DEUX CLASSIFICATIONS DE PATIENTS

PATIENTS À FEVG RÉDUITE

quadrithérapie des 4 Fantastiques



groupe

1

IEC, ARA 2, ARNI



Lutter contre le remodelage cardiaque.

groupe

2

BÉTABLOQUANTS



Lutter contre l'activation sympathique.

groupe

3

ANTI-ALDOSTÉRONE



Lutter contre la fibrose cardiaque.

groupe

4

ISTGL2 = GLIFOZINES



Réduire le risque de décompensation.

Si nécessaire
quelle que
soit la FEVG

DIURÉTIQUES



Lutter contre l'expansion du volume des
liquides extracellulaire.

PATIENTS À FEVG PRÉSERVÉE



ANTI-ALDOSTÉRONE



Lutter contre la fibrose cardiaque.

ISTGL2 = GLIFOZINES



Réduire le risque de décompensation.

Si nécessaire
quelle que
soit la FEVG

DIURÉTIQUES



Lutter contre l'expansion du volume des
liquides extracellulaire.

IEC



Ramipril => TRIATEC[®]

Introduction : 2,5 mg

Cible : 10 mg

Enalapril => RENITEC[®]

Introduction : 2,5 mg

Cible : 20 mg

CADRE DE LA PRESCRIPTION

Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

POUR QUI ?

En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute compensation.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L
- Insuffisance rénale DFG <30 mL/min/1,73m²
- Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

Avant d'optimiser un traitement par IEC seul, envisager un switch vers ARNI avec 72h de délai.

CONSEILS

- Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique tous les 15 jours.
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- "Il vaut mieux très peu d'IEC que pas d'IEC du tout"
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification : créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée

ARA 2



Candesartan => ATACAND®

Introduction : 4 mg

Cible : 32 mg

Losartan => COZAAR®

Introduction : 50 mg

Cible : 50 mg x2

Valsartan => TAREGNISIS®

Introduction : 40 mg X 2

Cible : 160 mg x2

CADRE DE LA PRESCRIPTION

Jamais IEC + ARA2 dans le traitement de l'IC

POUR QUI ?

Patients IC stables NYHA ≤ III et FE < 50 % en dehors de toute décompensation.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L
- Insuffisance rénale DFG <30 mL/min/1,73m²
- Hypotension artérielle symptomatique, hypotension artérielle asymptomatique majeure (TAS < 90mmHG)

Avant d'optimiser un traitement par ARA 2 seul, envisager un switch vers ARNI.

CONSEILS

- Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique tous les 15 jours.
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- "Il vaut mieux très peu d'ARA 2 que pas d'ARA 2 du tout"
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification : créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée

ARNI



Sacubitril / Valsartan

=> **ENTRESTO**®

Introduction : 24 / 26 mg x2

Cible : 97/103 mg x2

CADRE DE LA PRESCRIPTION

POUR QUI ?

En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III en dehors de toute décompensation.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L
- Délai de 48H en relais IEC
- Introduction si PAS > 100 mmHg

CONSEILS

- Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique tous les 15 jours.
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- Contrôle biologique entre 7 et 15 jours suivant chaque modification : fonction rénale /ionogramme /NT-proBNP. **Pas de BNP, dosage faussé par l'inhibition de la neprilysine.**
- Puis contrôle biologique tous les 4 mois une fois la titration achevée.

BÉTA BLOQUANTS



Bisoprolol => CARDENSIEL[®] BISOCE[®]

Introduction : 1,25 mg

Cible : 10 mg

Caverdilol => DILATREND[®]

Introduction : 3,125 mg x2

Cible : 25 mg x2

Nebivolol => TEMERIT[®] NEBILOX[®]

Introduction : 1,25 mg

Cible : 10 mg

CADRE DE LA PRESCRIPTION

POUR QUI ?

En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III et FE < 50 % en dehors de toute décompensation. Attention contre-indication en cas de BAV 2 ou BAV 3 et asthme, en l'absence de PM ou de DAI

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- IC sévère (NYHA IV)
- Décompensation aiguë ou récente, trouble conducteur ou FC < 50 bpm
- Traiter les signes congestifs avant de majorer les βBloquants
- Attention aux interactions : IC avec effets cardiaques directs (Diltiazem et Verapamil) déconseillés dans l'insuffisance cardiaque + inhibiteurs enzymatiques
- Attention aux associations avec Amiodarone, Digoxine et Ivabradine.

CONSEILS

- Doubler la dose si bonne tolérance clinique et biologique tous les 15 jours.
- Objectif : atteinte de la cible ou de la dose maximale tolérée
- "Il vaut mieux très peu de βBloquant que pas de βBloquant du tout "

ANTI ALDOSTÉRONE



Spironolactone => ALDACTONE®

Introduction : 25 mg

Cible : 50 mg

Eplérénone => INSPRA®

Introduction : 25 mg

Cible : 50 mg

CADRE DE LA PRESCRIPTION

POUR QUI ?

En soins primaires, patients IC stables, NYHA ≤ III avec FE < 50 % en dehors de toute décompensation.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Hyperkaliémie > 5 mmol/L
- Insuffisance rénale DFG < 30 mL/min/1,73m².

CONSEILS

- Augmentation de doses et surveillance biologique à 4 semaines.
- Suivi biologique rapproché la première année : tous les trois mois : créatinine, le DFG, la kaliémie, la natrémie.
- Repasser à demi-dose si K > 5,5 mmol/L ou DFG < 30 mL/min/1,73 m²
- Arrêt si K > 6,0 mmol/L ou DFG < 20 mL/min/1,73 m² et avis spécialisé.
- S'assurer de l'absence de gynécomastie.

ISTGL 2 = GLIFOZINES



Dapagliflozine => FORXIGA®

Introduction : 10 mg

Cible : 10 mg

Empagliflozine => JARDIANCE®

Introduction : 10 mg

Cible : 10 mg

Canagliflozine => INVOKANA®

CADRE DE LA PRESCRIPTION

POUR QUI ?

En soins primaires, patient IC stable, NYHA ≤ III quelle que soit sa FEV en dehors de toute décompensation.

Contre-indication : DFG < 20 mL/min/1,73 m², TAS < 95 mmHg.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Pas de contre-indication absolue si diabète de type 1 mais attention au risque d'acidocétose.
- Attention aux hypoglycémies en cas de traitement par insuline, et/ou sulfamides hypoglycémisants et/ou glinides . Pas d'hypoglycémie chez les non-diabétiques.
- Attention aux infections uro-génitales favorisées par la glycosurie induite.

CONSEILS

- Pas de titration nécessaire : dose unique.
- Contrôle régulier de la fonction rénale : 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.
- Vigilance sur le statut volémique, surtout si d'autres diurétiques associés.

DIURÉTIQUES



Furosémide => LASILIX®

Introduction : 20 à 40 mg

À adapter aux symptômes : 40 à 500 mg

Bumétanide => DURINEX®

Introduction : 0,5 à 1mg

À adapter aux symptômes : 1 à 5 mg

CADRE DE LA PRESCRIPTION

POUR QUI ?

En soins primaires, pour les patients ayant des signes congestifs quelle que soit la fraction d'éjection.

PRÉCAUTIONS - DEMANDE D'AVIS SPÉCIALISÉ :

- Hypokaliémie $\leq 3,5$ mmol/L
- DFG < 30 mL/min/1,72 m² : réponse aux diurétiques réduite
- Hypotension TAS < 90 mmHg.
- Signes de détresse respiratoire et/ou saturation < 90

CONSEILS

- Ajuster la posologie à 7 jours avec évaluation clinique : signes congestifs, TA et fonction rénale et évaluation biologique : créatinine, la DFG, la kaliémie, la natrémie et le NTproBNP
- Utiliser la dose minimale efficace pour maintenir l'euvolémie et le poids sec du patient
- La diurèse excessive est plus dangereuse que l'œdème

DÉPISTER L'ANÉMIE ET LA CARENCE MARTIALE



DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE ET ANNUEL :

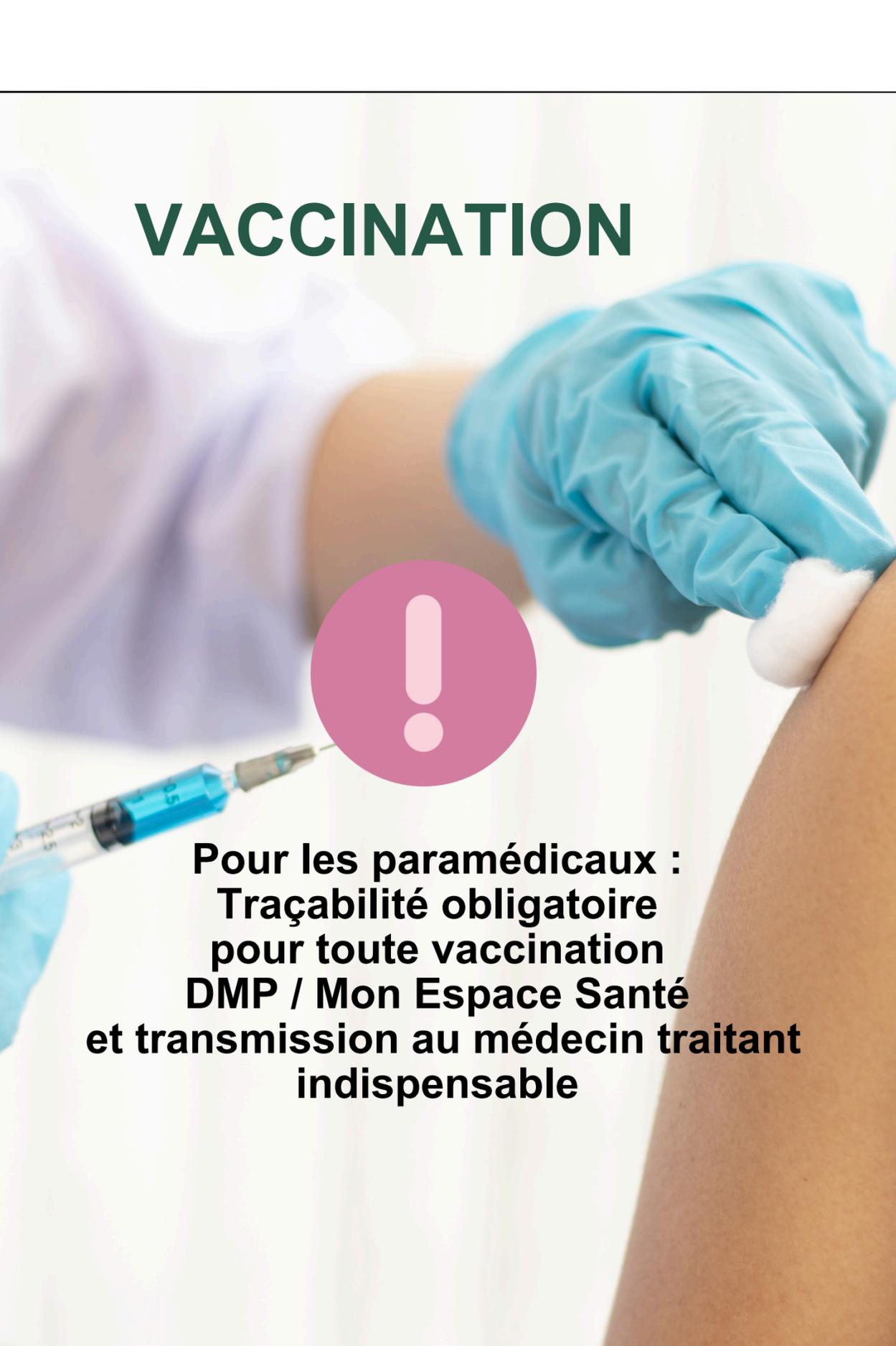
- NFS
- Ferritine
- Coefficient de saturation de la transferrine (CST)

SUPPLÉMENTATION EN FER

Attention patient symptomatique + FE < 45 supplémentation recommandée que la carence martiale soit associée ou non à une anémie

--> La supplémentation per os est peu efficace : privilégier l'injection de Fer IV

VACCINATION



**Pour les paramédicaux :
Traçabilité obligatoire
pour toute vaccination
DMP / Mon Espace Santé
et transmission au médecin traitant
indispensable**

GRIPPE

- Vaccination saisonnière annuelle

PNEUMOCOQUE

- *Personnes jamais vaccinées :*
=> Vaccin Prevenar 20. Une dose unique selon les dernières recommandations.
- *Personnes ayant déjà eu une seule dose de Prevenar 13 ou Pneumovax 23 :*
=> Prevenar 20 si la vaccination antérieure remonte à plus d'un an.
- *Personnes déjà vaccinées avec la séquence Prevenar 13 et Pneumovax 23 :*
=> Une dose de Prevenar 20 en respectant un délai minimal de 5 ans après la précédente injection de Pneumovax 23.

COVID 19

- Doses de rappel : 2 fois par an pour les plus de 80 ans ou résidents d'EHPAD / USLD (printemps et automne)
et 1 fois par an (automne) pour tous les autres patients
- Délai après dernière injection ou infection : 6 mois

TRAITEMENT DE 1ÈRE INTENTION

- Sacubitril / Valsartan :
- 24/26 mg x2

- Bisoprolol :
- 1,25 mg/jour

- Spironolactone / Éplérénone :
- 25 mg/jour

- Dapagliflozine / Empagliflozine :
- 10 mg / jour

- Furosémide :
- 80 mg / jour



TRAITEMENT OPTIMISÉ

- Sacubitril / Valsartan :
- 97/103 mg x2

- Bisoprolol :
- 10 mg / jour

- Spironolactone / Éplérénone :
- 50 mg / jour

- Dapagliflozine / Empagliflozine :
- 10 mg / jour

- Furosémide
- 40 mg / jour voire arrêt si possible

CAS CLINIQUE



MONSIEUR R. 59 ANS.

Facteurs de risque vasculaire :
tabac => 40 paquets année.

Pas de suivi médical.

Principal antécédent : éthyisme
depuis environ 10 ans => 1 litre de vin
par jour.

1ÈRE CONSULTATION : 19 SEPTEMBRE

● Consulte pour la première fois au cabinet pour une dyspnée de stade II depuis 1 à 2 mois avec aggravation au stade III voire IV depuis 3 jours. Apparition d'une orthopnée.

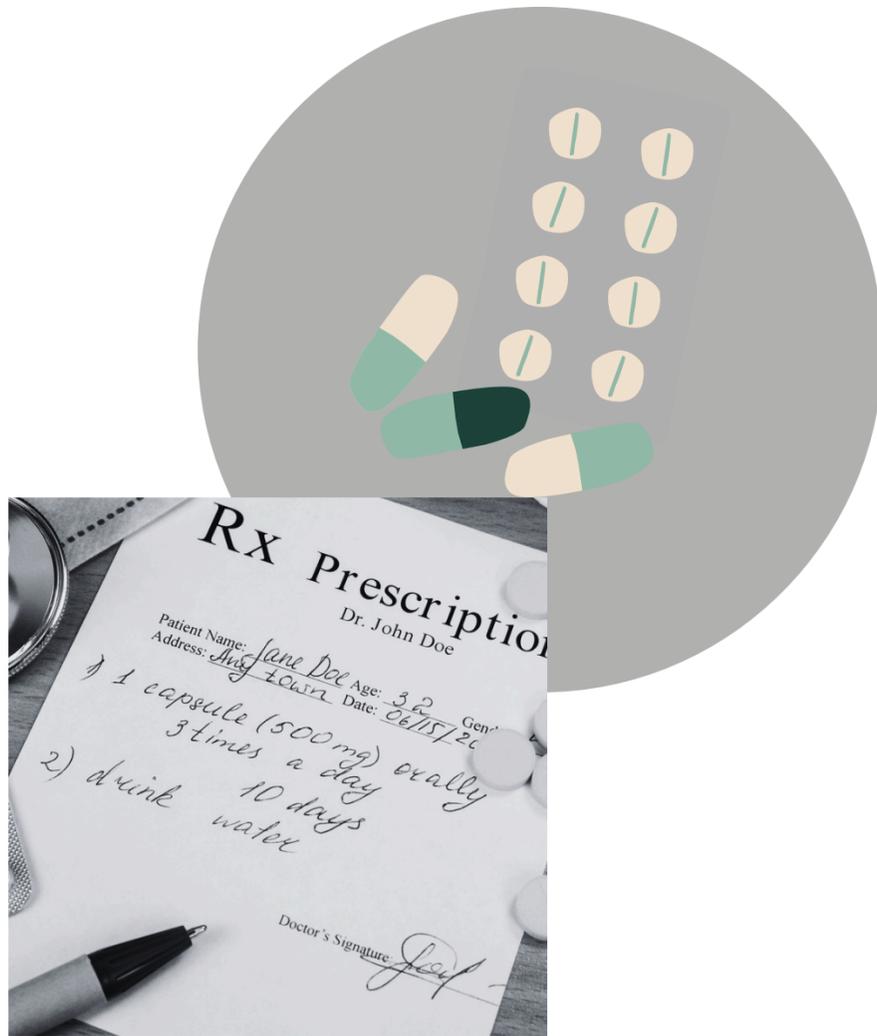
● Examen clinique ne montre pas de crépitant, très légers œdèmes rétromalléolaires bilatéraux prenant le godet.

ETT

FEVG 18 % en Simpson biplan

Cardiomyopathie dilatée non hypertrophiée avec un diamètre télédiastolique du ventricule gauche à 71 mm PA PS = 50 mmHg

● ECG : sinusal bloc de branche gauche large.



Introduction d'un traitement d'insuffisance cardiaque à FEVG altérée avec bilan biologique réalisé le jour même avant le début du traitement :

- Entresto 24/26 mg un matin un soir
- Forxiga 10 mg un le matin
- Bisoprolol 1,25 mg un le soir
- Lasix 40 mg 1 comprimé à la sortie de la pharmacie puis un matin.

Longue information sur la gravité de la pathologie en présence de son épouse.

Information sur la restriction hydrique et sur le régime hyposodé, surveillance du poids et surtout la nécessité d'arrêt de l'alcool en premier lieu avant l'arrêt du tabac.

Contre-indication aux activités, arrêt de travail car travail physique.

Indication à revoir son médecin traitant pour prévoir les trois vaccins grippe Covid pneumocoque, passage en ALD, contrôle clinique.

Prescription de biologie de contrôle après début du traitement.



Biologie :

- créatinine 77 $\mu\text{mol/l}$
- DFG 94 ml/min
- hémoglobine glyquée 4,8 %
- hémoglobine 16 g/dl
- LDL 1,69 g/l
- sodium 141 millimoles par litre
- potassium 4,3 mmol/l
- ferritinémie 367 $\mu\text{g/l}$
- coefficient de saturation 30 %
- troponine 11 ng/l
- NT-proBNP 1162 pg/ml
- albumine 34 g/l

Biologie de contrôle le 24 septembre 2025 :

- Créatinine 80 $\mu\text{mol/l}$,
- NT-proBNP 377 pg/ml,
- kaliémie 4,7 mmol/l

CONSULTATION : 1ER OCTOBRE

Résultat d'un holter ECG bloc de branche gauche, pas d'autre anomalie.

Amélioration de la dyspnée stade 1 – 2 tension artérielle 11/6
Début spironolactone 50 mg d'emblée, atorvastatine 10 mg.
Stop furosémide.

Biologie du 7 octobre :

- kaliémie 5 mmol/l,
- natrémie 141 millimoles par litre
- NT-proBNP en réascension 766 pg/ml,
- transaminases normales,
- créatinine 76 $\mu\text{mol/l}$,
- DFG 95 ml/min.



CONSULTATION : 10 OCTOBRE



N'a pas bu d'alcool depuis deux semaines (bravo !)

Tension artérielle 12,5/6

Légère ascension de la dyspnée stade II et des NT-proBNP donc on reprend 40 mg de Lasilix.

Augmentation de la dose Entresto 49/51 mg matin et soir

Contrôle échographique FEVG 33 %, diamètre diastolique ventriculaire gauche 65 mm.

Fréquence cardiaque électrocardiogramme 45 bpm mais on essaie de garder bisoprolol 1,25 mg.

Biologie de contrôle le 16 octobre 2025 :

- créatinine 82 $\mu\text{mol/l}$
- DFG 90 ml/min
- kaliémie 4,2 mmol/l
- NT-proBNP 248 pg/ml



CORONOGRAPHIE 24 OCTOBRE : NORMALE

Pendant l'hospitalisation profite pour augmenter Entresto à 97/103 mg matin et soir car tension artérielle 102/55 mmHg. Fréquence cardiaque à 45 bpm, on augmente pas les bêtabloquants, électrocardiogramme montre une disparition du bloc de branche gauche avec réapparition de QRS fins. Patient désormais sous traitement à dose maximale tolérée.

IRM CARDIAQUE 31 OCTOBRE

Cardiomyopathie dilatée hypokinétique avec FEVG à 39 %, pas de fibrose, pas d'argument pour une séquelle ancienne d'infarctus du myocarde ni de myocardite.

CONSULTATION 21 NOVEMBRE



Tension artérielle 11- 5/6 dyspnée stade I pas d'œdème des membres inférieurs fréquence cardiaque entre 38 et 40 bpm + syndrome de Raynaud important: obligation d'arrêt du traitement bêtabloquant.

Patient toujours sous protocole, à débiter un sevrage du tabac.

Biologie :

- NT-proBNP 290 pg/ml
- créatinine 180 $\mu\text{mol/l}$

Décrit trouble de l'érection depuis atorvastatine : on arrête le traitement actuellement.

Demande du patient diminution de Lasilix, on accepte une diminution à 20 mg.



TRAITEMENT ACTUEL

- Entresto 97/103 mg un matin un soir
- Forxiga 10 mg un matin
- Spironolactone 50 mg un le matin
- Lasix 20 mg un matin.

AU TOTAL :

Cardiomyopathie dilatée avec principales hypothèses diagnostiques d'origine toxique éthylique.

En cas de stagnation de la FEVG sous les 45 %, on orientera le patient l'équipe du centre de référence de cardiomyopathie héréditaire de Bordeaux (CERCAM professeur Réant) pour étude génétique.

IV. ORGANISATION DU PARCOURS IC AU SEIN DE LA CPTS

**QUESTIONNAIRE
POPULATIONNEL /
MODALITÉS D'ADRESSAGE**

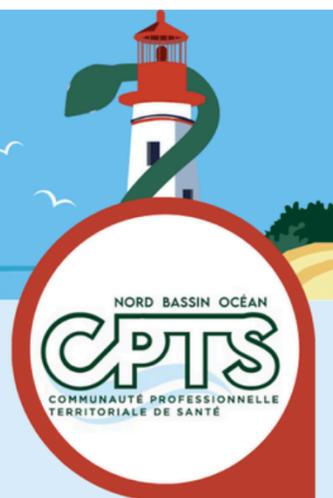
**PROTOCOLE ÉTAPE
DÉPISTAGE**

**PROTOCOLE SORTIE
D'HOSPITALISATION**



INSUFFISANCE CARDIAQUE :

LE QUESTIONNAIRE POPULATIONNEL ET LES MODALITÉS D'ADRESSAGE ENTRE PROFESSIONNELS



DIAGNOSTIC INSUFFISANCE CARDIAQUE

1 Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez d'essoufflement ?
 OUI NON

2 Depuis 6 mois, est-ce que vous avez eu une prise de poids ?
 OUI NON

3 Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez d'œdèmes des jambes ?
 OUI NON

4 Depuis 6 mois, est-ce que vous souffrez de fatigue ?
 OUI NON

Algorithme scoring

SYMPTÔMES	POINTS
Essoufflement	4
Poids	2
Oedèmes	3
Fatigue	1

En fonction des réponses aux 4 questions, scoring avec 3 types de message mis à disposition du professionnel pour orientation du patient.

 De 0 à 1 point IC peu probable Si vous constatez un œdème ou d'autres symptômes, consultez votre médecin.	 De 2 à 4 points IC possible Prenez RDV avec votre médecin traitant si les symptômes sont encore en cours. Sinon, pensez à lui en parler lors de votre prochaine consultation.	 De 5 à 10 points IC probable Nous vous invitons à prendre RDV avec votre médecin traitant ou votre cardiologue si les signes sont présents. Sinon, pensez à lui en parler lors de votre prochaine consultation.
---	---	---

CONDUITE À TENIR EN CAS DE REPÉRAGE DE FACTEURS DE RISQUE



DÉPISTAGE INSUFFISANCE CARDIAQUE

EN OFFICINE

Territoire de la CPTS Nord Bassin Océan

EPOF SIGNES D'ALERTE



Madame / Monsieur :

Vous venez de répondre à un questionnaire de dépistage de l'insuffisance cardiaque réalisé avec votre pharmacien.

Pour compléter vos réponses, il semble préférable que vous consultiez votre médecin traitant qui est associé à cette démarche, lors d'une consultation dédiée non-urgente.

Note : le secrétariat de votre médecin a été informé par nos soins de cette démarche.

Date :





OBJECTIFS

- Amélioration du dépistage précoce
- Prévention, => éviter la décompensation et les hospitalisations

PARCOURS PATIENT IC

Dépistage précoce : pharmaciens / stands de sensibilisation grand public



ACTIONS

- Sensibiliser aux signes cliniques de l'IC
- Proposer une formation professionnelle spécifique (IC, e-outil et ETP)
- Inclure rapidement le patient au protocole IC CPTS

SIGNES ÉVOCATEURS IC - EPOF

Essoufflement, Prise de poids, Oedème, Fatigue

COMMORBIDITÉS

FDR / SAOS / Insuffisance rénale / Dénutrition

QUESTIONNAIRE IC CPTS NBO SCORE

Fiche adressage MG



Médecin généraliste

Évaluation clinique et diagnostique

En l'absence de CS Cardio

IC PROBABLE

Sinon

CS Pneumo

consultation cardio

Secrétariat CPTS NBO

Va procéder à l'inclusion précoce : protocole IC CPTS et ses acteurs formés



Si besoin

PEC EPON

Exercices
Poids
Observance du traitement médical
Nutrition

PEC du patient vulnérable

= évaluation psycho-
sociale

Cardio CHU

- Accueil urgences : 05 56 79 56 79
- Service traitement IC : Prof. Doringues Dos Santos
- Urgences cardiologiques : 05 24 57 56 77
- Accueil patient (soins intensifs cardio) : 05 24 57 56 77
- Accueil 1er RDV : 05 57 65 69 69
centrale-appels-cardio@chubordeaux.fr

Cardio Hôpital Arès

- Urgences 24h/24 : 05 56 03 87 06
- Accueil : 05 56 03 87 00
- Médecins spécialistes : 05 56 03 87 87

Télé-expertise
OMNIDOC

PARCOURS PATIENT IC

Sortie d'hospitalisation / Suivi retour à domicile

OBJECTIFS

- Améliorer la coordination interprofessionnelle post hospitalière
- Favoriser l'utilisation des outils numériques
- Limiter les risques de rupture de soins
- Diminuer les risques de ré-hospitalisations

ACTIONS

- Suivi des sorties hospitalières par CPTS NBO et soutien de la coordination post-hospitalière.
- Suivi du retour à domicile par CPTS NBO

PATIENT IC

Compte-rendu hospitalier + ordonnance de sortie via DMP

sortie hospitalière via le PRADO ou non

Carnet Suivi IC papier

Secrétaire CPTS NBO

Recherche une équipe de PEC grâce à notre annuaire pro



IDE à domicile

En fonction de la prescription médicale :

- surveillance clinique
- suivi éducationnel

M 0 à M 3 : 1 visite / semaine.
M+3 à M 6 : 2 visites / mois.

KINÉ

Réadaptation cardio
Suivi éducationnel

PHARMACIEN

Dépistage et surveillance de la délivrance des traitements

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Consultation avant J 15 :

- Évaluation clinique
- Évaluation biologique
- Adaptation thérapeutique

Cs J + 2 mois
Réévaluation globale
Détection stade NYHA

CARDIO

Consultation M+1
Puis 2 fois par an

Via PAACO GLOBULE

A close-up photograph of a doctor in a blue and white striped shirt using a stethoscope on a patient's arm. The doctor's hands are visible, one holding the stethoscope and the other resting on the patient's arm. The patient's arm is also in a blue and white striped sleeve. The background is a plain, light-colored wall.

MERCI