

Insuffisance cardiaque

Pathologie grave et fréquente
1ère cause d'hospitalisation après 65 ans

Dysfonctionnement de la pompe cardiaque :

Augmentation des pressions en amont du cœur (IC congestive) et/ou réduction des débits sanguins dans la circulation périphérique (insuffisance circulatoire systémique).

Besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme NON assurés

Mécanismes d'adaptation : accélération des battements + augmentation du volume → risque d'IC aigue



Diagnostic

1) Clinique : symptômes, facteurs de risque, comorbidités

Principaux

E : Essoufflement inhabituel

P : Prise de poids rapide
(2-3kg inexpliqués)

Symptômes

O : Œdèmes
(chevilles, pieds avec marque visible)

F : Fatigue excessive
(activités de la vie quotidienne)



D'autres signes NON spécifiques peuvent être possible

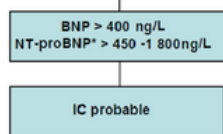
Sévérité et stade fonctionnel appréciés par la **classification NYHA**

Signes trompeurs

- Troubles du comportement
- Confusion
- Désorientation
- Extrémités froides
- Chutes

2) Éléments paracliniques :

- Anomalie structurelle et/ou fonctionnelle cardiaque (ECG)
- Peptides natriurétiques élevés ± preuves objectives de congestion pulmonaire ou systémique



50- 75 ans : > 900 ng/L
> 75 ans : 1800 ng/L

- Détection de la fragilité et détermination du type d'IC

La fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) : pourcentage de sang que le ventricule gauche est capable d'éjecter à chaque battement vers l'ensemble du corps

IC à fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) réduite/altérée : **≤ 40 % (IC-FER)**

IC à FEVG moyennement réduite ou légèrement altérée « mildly reduced » **41 % à 49 % (IC-FEmR)**

IC à FEVG préservée **≥ 50 % (IC-FEP)**

Complications

Variables d'un individu à l'autre

Œdème pulmonaire, oedème périphérique, insuffisance rénale, embolie pulmonaire, troubles du rythme etc.

→ **Risque de décompensation cardiaque**

POINT DE VIGILANCE

Carence martiale

→ **Dépistage régulier** : anémie, carence en fer

(Numération globulaire, mesure de la ferritine, coefficient de saturation de la transferrine)

PAS d'agent stimulant de l'érythropoïétine

Correction par fer IV en hospitalier

Prise en charge indispensable

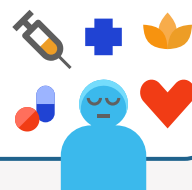
- Mesures NON médicamenteuses : PAS de régime désodé strict (restriction sodée à modérer si dénutrition), restriction hydrique que si décompensation
- Vaccinations (COVID, grippe, pneumocoque, zona (> 65 ans), VRS (> 65 ans))
- Prise en charge des pathologies associées et carence martiale

Insuffisance cardiaque chronique à FEVG Préservée (FEP)



- **Inhibiteurs des récepteurs du SGLT2**
(Empagliflozine et Dapagliflozine)

SEULEMENT



Insuffisance cardiaque chronique à FEVG réduite (FER) et moyennement réduite (FEmR)

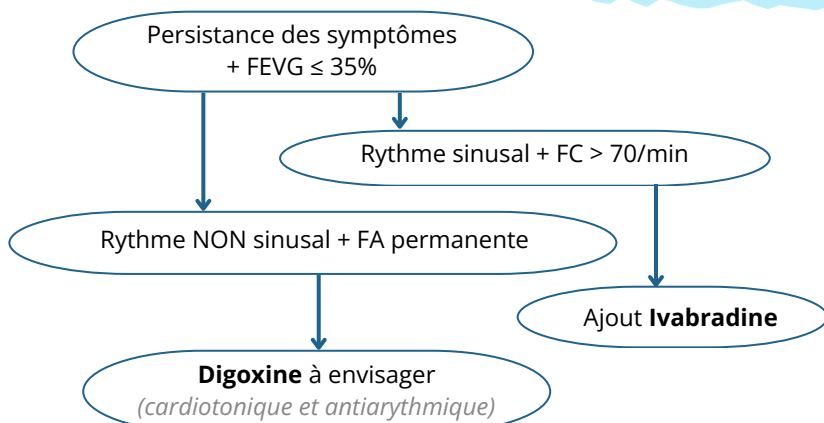
QUADRITHÉRAPIE : les 4 grands piliers cardioprotecteurs = "4 fantastiques"

- **IEC** (ou ARA2 si intolérance ou Sacubitril-Valsartan)
⚠️ Kaliémie, rein, hypotension
- **Anti-aldostérone** (si DFG ≥ 30 ml/min et potassium ≤ 5 mM)
(Éplénérone / Spironolactone)
⚠️ Volémie, rein
- **Inhibiteurs des récepteurs du SGLT2**
(Empagliflozine et Dapagliflozine)
⚠️ Volémie, infection génito-urinaire
- **Bêta-bloquant**
⚠️ Bradycardie

Diurétiques de l'Anse uniquement en cas de congestion (rétention hydrique)

STRATÉGIE

- Initiation de l'ensemble des traitements en même temps à faible dose
- Titration progressive en fonction de la tolérance (max 6 semaines après l'instauration)



Liste des traitements à éviter (NON exhaustive) :

Antiarythmiques de classe I (flécaïnide),
Ica inotropes négatifs (vérapamil, diltiazem) si IC-FER
AINS (risque de décompensation cardiaque et d'IR sous IEC / ARA2)

Surveillance régulière

- Fonction rénale, natrémie et kaliémie
- Absence d'hypovolémie et hypotension orthostatique

Sources :

• European Society of Cardiology (ESC) 2023

Mise à jour en Février 2025