

Christian Müller

# L'insuffisance cardiaque en médecine ambulatoire

Session plénière 5 au Great Update de la SSMI 2011

**Comme l'insuffisance cardiaque est, à de rares exceptions près, une maladie chronique, la médecine ambulatoire occupe une place prépondérante dans le suivi à long terme de ces patients.**

L'insuffisance cardiaque est un syndrome englobant différentes situations cardiologiques, toutes associées à l'incapacité du cœur d'assurer des apports suffisants d'oxygène à l'organisme; ou s'il y parvient encore, c'est au prix d'une élévation des pressions de remplissage cardiaque. Ceci explique le symptôme commun aux différents tableaux, la dyspnée, d'abord à l'effort, puis aussi au repos, de même que la diminution de la tolérance aux efforts physiques.

L'insuffisance cardiaque est fréquente, principalement chez les personnes âgées. On estime à quelques 15 millions le nombre de patients souffrant de cette affection en Europe. La prévalence est croissante et se situe à environ 10–20% dans la tranche d'âge de 70 à 80 ans. L'insuffisance cardiaque présente une morbidité et une mortalité très élevées et elle est à l'origine d'hospitalisations récurrentes et occasionne ainsi des coûts considérables.

Comme pour la plupart des maladies chroniques, ce ne sont pas tant les interventions techniques isolées complexes et coûteuses qui contribuent le plus au succès du traitement à long terme de l'insuffisance cardiaque, mais bien plus l'instauration judicieuse aux moments opportuns des mesures diagnostiques et thérapeutiques décidées dans le cadre d'une étroite collaboration entre médecin de famille, interniste et cardiologue.

## Médecine ambulatoire

La médecine ambulatoire est la plaque tournante dans le diagnostic et la thérapie des patients avec insuffisance cardiaque. Le fait que certaines entités comme le choc cardiogène ou l'œdème pulmonaire posent l'indication à une hospitalisation en urgence ne doit pas faire perdre de vue que la plupart des patients souffrent de formes moins sévères d'insuffisance cardiaque et sont par conséquent souvent de parfaits candidats à une prise en charge entièrement ambulatoire. Quel que soit le degré de sévérité des premières manifestations, presque tous les patients parviennent relativement rapidement à une phase stable, qui occupera plus de 90% de la durée de la maladie (fig. 1) et qui fera donc l'objet en règle générale d'un suivi médical exclusivement ambulatoire.

L'importance de cette phase stable et du suivi médical ambulatoire qu'elle implique s'explique aussi par la mise en œuvre durant cette période de toutes les interventions dont l'efficacité en termes de réduction de la mortalité due à l'insuffisance cardiaque a été démontrée dans de grandes études randomisées. Voici quelques-uns des éléments importants pour le diagnostic et le traitement:

## Diagnostic

Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée regroupe trois aspects:

- diagnostic de l'insuffisance cardiaque

- diagnostic de la cardiopathie sous-jacente (par ex. sténose aortique)
- détermination du ou des facteurs ayant conduit à la décompensation

## Diagnostic de l'insuffisance cardiaque

De nouvelles acquisitions permettent aujourd'hui en règle générale au médecin de premier recours de poser le diagnostic de l'insuffisance cardiaque de manière autonome. Celui-ci repose sur l'évaluation initiale, l'anamnèse, l'examen clinique et trois examens complémentaires simples.

La dyspnée, la prise de poids, les jambes gonflées, la nycturie et la fatigue sont les principaux symptômes et les œdèmes malléolaires et des jambes, la turgescence jugulaire ou le reflux hépato-jugulaire et les râles de stase en fin d'inspiration constituent les principaux signes cliniques. L'ECG à 12 dérivations, la radiographie du thorax et le dosage d'un peptide natriurétique (BNP, NT-proBNP, ou MR-proANP, les trois étant de valeur pour ainsi dire égale) sont trois examens complémentaires simples qui améliorent significativement la précision du diagnostic purement clinique et sont donc standards (fig. 2). Les peptides natriurétiques sont des marqueurs quantitatifs de l'insuffisance cardiaque, utiles dans le diagnostic et l'appréciation de la sévérité de l'affection.

## Diagnostic de la maladie sous-jacente

Dès que la présence d'une insuffisance cardiaque a été confirmée, on déterminera la cardiopathie sous-jacente par l'anamnèse, par l'examen clinique – notamment une auscultation soignée (sténose aortique??) – par un écho-doppler cardiaque et par le dosage de la TSH et de la ferritine (tab. 1). Il s'agit d'une étape obligatoire pour reconnaître la forme d'insuffisance cardiaque et instaurer, lorsque c'est possible, un traitement causal. Pour ne citer que quelques exemples, on mentionnera le remplacement de la valve aortique en cas de sténose aortique, une intervention de revascularisation en cas de maladie coronarienne ou une substitution en hormone thyroïdienne en cas d'hypothyroïdie.

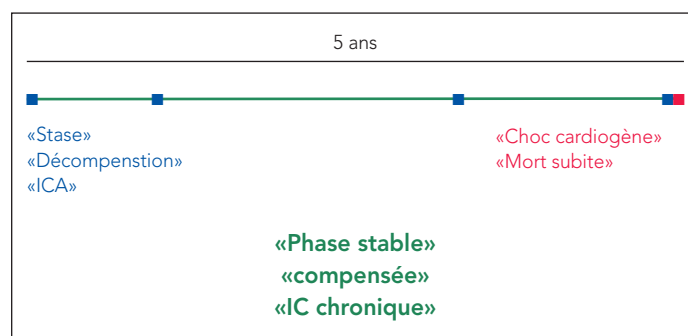
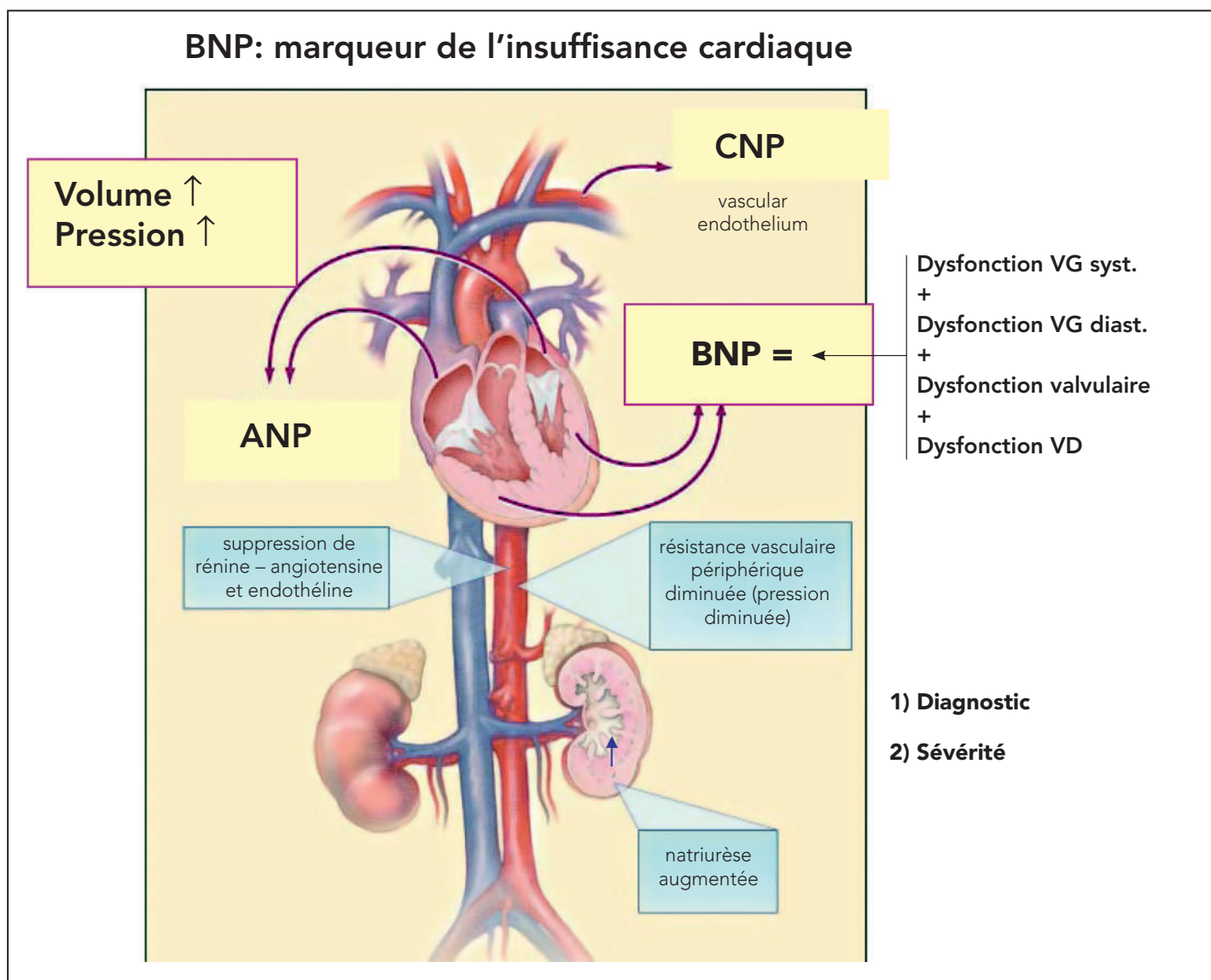


Figure 1

Exemple typique des différentes phases de l'insuffisance cardiaque et de leur durée. La phase stable ou compensée couvre en règle générale plus de 90% de la durée totale de la maladie.



**Figure 2**

Le BNP et le NT-proBNP sont des marqueurs quantitatifs de l'insuffisance cardiaque. Les médecins de premier recours peuvent utiliser les peptides natriurétiques comme des examens diagnostics économiques, facilement et rapidement accessibles, sous forme aussi bien de tests rapides réalisables au cabinet, que d'examens réalisés dans un laboratoire central (d'après: Maisel A, Mueller C, et al. Eur J Heart Fail. 2008;10:824–39).

#### Recherche du facteur à l'origine de la décompensation

D'autres examens ont pour but d'identifier l'agent déclenchant de la décompensation en cours (fig. 3). Il s'agit là encore de déterminer les facteurs causaux à corriger, par ex. une hypertension mal contrôlée, une infection systémique, une fibrillation auriculaire, un syndrome coronarien aigu, un défaut de compliance au traitement médicamenteux ou une embolie pulmonaire.

#### Traitement

Management initial: la présence de signes de choc cardiogène (tension systolique inférieure à 90 mmHg, tachycardie sinusale, extrémités froides par vasoconstriction périphérique), de troubles du rythme cardiaque, d'une suspicion de syndrome coronarien aigu et d'une insuffisance respiratoire se manifestant par exemple par une dyspnée au repos ou une fréquence respiratoire supérieure à 20/min requiert une hospitalisation immédiate par ambulance. En

**Tableau 1**

Différentes cardiopathies peuvent être à l'origine d'une insuffisance cardiaque.

Facteurs déclenchants:

Mauvaise compliance au traitement médicamenteux +/- apports de sel/eau

Comédication (AINS, glitazones, sotalol (Sotalex®))

Décompensation hypertensive

Infection systémique

Infarctus du myocarde aigu, ischémie

Troubles du rythme (le plus souvent fibrillation auriculaire)

Embolie pulmonaire

Nouvelle valvulopathie

Anémie

Hypo-/Hyperthyroïdie

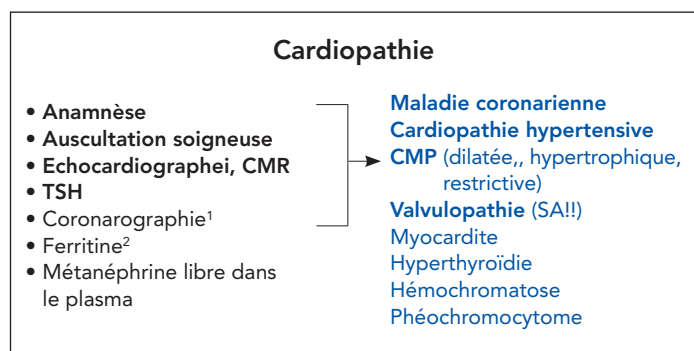


Figure 3

Agents déclenchants possibles d'une décompensation aiguë.

l'absence de critères de haut risque, il reste encore l'option d'une prise en charge purement ambulatoire et l'introduction directe d'un diurétique de l'anse, de nitrés et éventuellement de spironolactone faiblement dosée (Aldactone®) (fig. 4).

Le traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque repose essentiellement sur deux piliers: d'abord, le traitement symptomatique (visant à améliorer la dyspnée) à l'aide de diurétiques et de nitrés; ensuite, le traitement au long cours par inhibiteurs de l'ECA, antagonistes de l'aldostérone et bêtabloquants, dans le but d'agir positivement sur l'évolution de la maladie. Les grandes études ont démontré que ces médicaments réduisent la morbidité et la mortalité des patients en insuffisance cardiaque systolique, autrement dit avec une limitation de la performance de contraction du ventricule gauche. Ils constituent donc un impératif absolu dans le traitement, mais doivent être utilisés en pratique clinique exactement comme dans le cadre de ces essais positifs: début avec une très petite dose, augmentation très lente mais constante de la posologie avec des contrôles réguliers des électrolytes et de la fonction rénale. Cette manière de procéder permet d'obtenir un maximum d'efficacité avec un minimum d'effets indésirables. L'une des tâches fondamentales de la médecine ambulatoire est de rappeler régulièrement au patient l'importance de ce traitement dans l'optique d'une prolongation de la vie, d'augmenter les dosages par toute une série de petites étapes et de faire des contrôles extrêmement serrés, surtout initialement. Comme avec beaucoup d'autres maladies chroniques, l'intégration aussi active que possible des patients insuffisants cardiaques dans les processus décisionnels en matière thérapeutique est essentielle pour maximiser la compliance.

Après leur dosage au moment du diagnostic, un suivi régulier des peptides natriurétiques (BNP, NT-proBNP) semble également être d'un grand apport pour la prise en charge de ces patients.

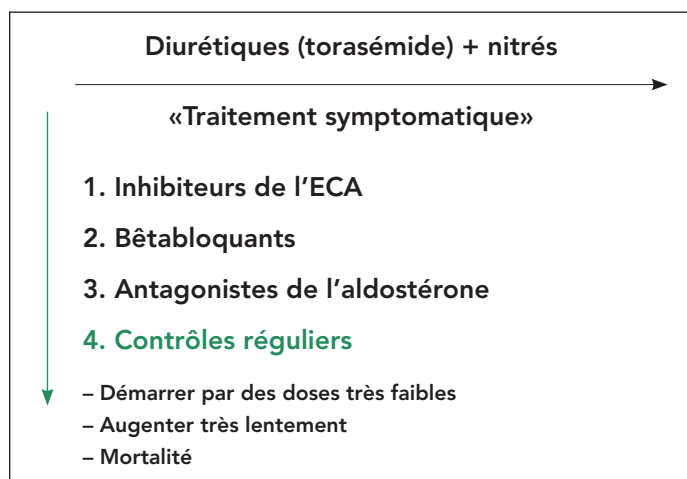


Figure 4

Le traitement symptomatique avec un diurétique de l'anse et un nitré est complété par trois médicaments réduisant la morbidité et la mortalité à long terme.

Chez les patients en insuffisance cardiaque mais avec fonction ventriculaire gauche conservée, le traitement adéquat de l'hypertension artérielle souvent présente constitue une priorité. La signification pour le pronostic des inhibiteurs de l'ECA, des bêtabloquants et des antagonistes de l'aldostérone est controversée et fait actuellement encore l'objet d'études cliniques.

Certains patients (fraction d'éjection du ventricule gauche fortement réduite, bloc de branche gauche) pourront bénéficier de l'implantation d'un défibrillateur ou d'une resynchronisation.

Pour résumer, j'aimerais insister sur le rôle fondamental de la médecine ambulatoire pour le succès du traitement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, en particulier dans le diagnostic précoce et la titration systématique des médicaments visant un allongement de la survie.

Correspondance:  
Prof. Dr Christian Müller  
Cardiologie  
Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4  
4031 Basel  
chmueller[at]uhbs.ch