

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)



Document validé sur le plan scientifique par le CNPCV et le CMG^[1]
 après avis de la HAS ^[2] - Janvier 2022

Le médecin traitant

- réalise la titration de l'IEC
- assure le suivi du traitement par IEC et surveille à chaque modification de posologie la tension artérielle, l'apparition d'une toux, la fonction rénale et l'ionogramme sanguin (kaliémie) :
 - une semaine après chaque augmentation de dose,
 - à 1 mois, 3 mois et 6 mois après atteinte de la dose maximale,
 - puis tous les 6 mois ;
- gère les effets secondaires ^[3] en collaboration avec le cardiologue.

Si le patient est sorti de l'établissement avec une faible dose d'IEC :
doubler la dose toutes les 2 semaines si la dose précédente est bien tolérée jusqu'à atteindre la dose optimale recommandée (dose cible) ou la dose maximale tolérée :

IEC ^[3]	Posologie initiale	Dose cible
CAPTOPRIL	6,25 mg / jour	50 à 100 mg/ jour en 2 à 3 prises
ENALAPRIL	2,5 mg / jour	20 mg/jour en 1 à 2 prises
FOSINOPRIL	5 mg/j	10 à 20 mg/j en 1 prise
LISINOPRIL	2,5 mg / jour	20 à 35 mg/jour en 1 prise
PÉRINDOPRIL ARGININE	2,5 mg / jour	5 mg/j en 1 prise
PÉRINDOPRIL TERT-BUTYLAMINE	2 mg / jour	4 mg/j en 1 prise
QUINAPRIL	5 mg/j	40 mg/jour en 2 prise
RAMIPRIL	1,25 mg / jour	5 à 10 mg/jour en 2 prises
TRANDOLAPRIL post-IDM	0,5 mg / jour	4 mg / jour en 1 prise

Le cardiologue

- Il gère en collaboration avec le médecin traitant :
- les effets indésirables ;
 - tout état cardiologique complexe.

Un avis du cardiologue est notamment utile en cas de :

- Hypotension symptomatique ^[4] :** persistance des symptômes une semaine après une adaptation thérapeutique bien conduite
- Persistance d'une hypertension :** $\geq 140 / 90$ mmHg
- Insuffisance rénale ^[4] :**
 - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
 - sévère (créatinémie > 310 $\mu\text{mol/l}$ ou augmentation de la créatinine > 100 %)
- Hyperkaliémie ^[4] :**
 - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
 - sévère (kaliémie $> 5,5$ mmol / l)

Éléments de surveillance infirmière spécifiques en cas de traitement par IEC

L'infirmièr(e)

- repère les signes d'intolérance et alerte le médecin traitant si nécessaire ;
- s'assure de la réalisation effective des examens de biologie prescrits.

Domaine	Signe(s)	Conduite à tenir
Tension artérielle	Baisse de la pression artérielle systolique : PAS < 90 mmHg Hypotension artérielle symptomatique : lipothymie, voile noir, vertige	Alerter le médecin traitant par téléphone
Toux	Apparition d'une toux	
Surveillance biologique	Non réalisation des examens de laboratoire	La noter dans le carnet de suivi
	Valeur(s) anormale(s) (potassium, créatinine) signalée(s) sur la feuille de résultats par le laboratoire	Prévenir par téléphone le médecin et noter les valeurs dans le carnet de suivi

La surveillance d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique doit également inclure la recherche de signes de décompensation cardiaque : **essoufflement, prise de poids, œdèmes, fatigue.**

^[1] Conseil National Professionnel Cardiovasculaire, Collège de la Médecine Générale

^[2] www.has-sante.fr.

^[3] IEC ayant fait l'objet d'un essai randomisé démontrant leur efficacité en terme de morbi-mortalité.

^[4] Voir fiches sur :

- la conduite à tenir en cas d'hypotension artérielle chez l'insuffisant cardiaque ;
- la conduite à tenir en cas d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie chez l'insuffisant cardiaque.