

## 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<sup>[1]</sup>  
 après avis de la HAS <sup>[2]</sup> - 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 <sup>[3]</sup> 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 <sup>[3]</sup>	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 <sup>[4]</sup> :** persistance des symptômes une semaine après une adaptation thérapeutique bien conduite
- Persistance d'une hypertension :**  $\geq 140 / 90$  mmHg
- Insuffisance rénale <sup>[4]</sup> :**
  - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
  - sévère (créatinémie  $> 310 \mu\text{mol/l}$  ou augmentation de la créatinine  $> 100 \%$ )
- Hyperkaliémie <sup>[4]</sup> :**
  - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
  - sévère (kaliémie  $> 5,5 \text{ mmol/l}$ )



### 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 : <b>PAS &lt; 90 mmHg</b>  Hypotension artérielle symptomatique : <b>lipothymie, voile noir, vertige</b>	Alerter le médecin traitant par <b>téléphone</b>
Toux	<b>Apparition d'une toux</b>	
Surveillance biologique	<b>Non réalisation</b> des examens de laboratoire	<b>La noter dans le carnet de suivi</b>
	<b>Valeur(s) anormale(s)</b> (potassium, créatinine) signalée(s) sur la feuille de résultats par le laboratoire	<b>Prévenir par téléphone le médecin et noter les valeurs dans le carnet de suivi</b>

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.**

<sup>[1]</sup> Conseil National Professionnel Cardiovasculaire, Collège de la Médecine Générale

<sup>[2]</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

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

<sup>[4]</sup> 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.