

# DÉTECTION ET SUIVI DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Octobre 2022



## LES ENJEUX : DIMINUER L'ERRANCE DIAGNOSTIQUE ET SES CONSÉQUENCES

En France, 1,5 million de personnes souffrent d'insuffisance cardiaque (IC), avec **120 000 nouveaux cas chaque année**. Un nombre en **augmentation rapide** (+25% en 4 ans) du fait du vieillissement de la population.

Cette pathologie chronique et évolutive est **mal connue par la population, y compris par les personnes diagnostiquées**, qui ne relie pas les symptômes à ce trouble cardiaque. On estime que **400 000 à 700 000 personnes ne sont pas diagnostiquées**. Cette errance diagnostique entraîne des **hospitalisations évitables** pour décompensation cardiaque, une **dégradation de la qualité de vie** pour ces patients - majoritairement âgés - et parfois leur **décès**.

**Le rôle du médecin généraliste est central** pour le **repérage**, la **prise en charge** de l'IC, l'**adressage** au bon moment du patient au cardiologue et le **suivi post-hospitalisation**. La sécurisation de ces étapes clés du parcours de soin permet de prévenir son aggravation et de diminuer le risque d'hospitalisation.

Pour favoriser le diagnostic précoce et optimiser le suivi de l'IC, **les 4 signaux d'alerte EPOF** (Essoufflement, Prise de poids rapide, Œdèmes des membres inférieurs, Fatigue) doivent être surveillés car la présence d'un seul ou plusieurs d'entre eux, surtout après 60 ans, **doit faire penser à l'insuffisance cardiaque ou à une aggravation de la maladie**.

L'insuffisance cardiaque est



la **1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation**  
après 65 ans



et occasionne  
**70 000 décès par an<sup>1</sup>**.



Les causes du retard de diagnostic sont expliquées par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les symptômes sont non spécifiques, notamment chez les patients qui sont atteints d'autres pathologies chroniques associées. D'autre part, il existe une mauvaise connaissance de l'insuffisance cardiaque dans la population ; les symptômes sont trop souvent attribués au vieillissement. Et enfin, ils ne sont pas abordés systématiquement en consultation par le patient et par le médecin.

**Dr Émilie Ferrat,**  
médecin généraliste, Saint-Maur-des-Fossés [94]

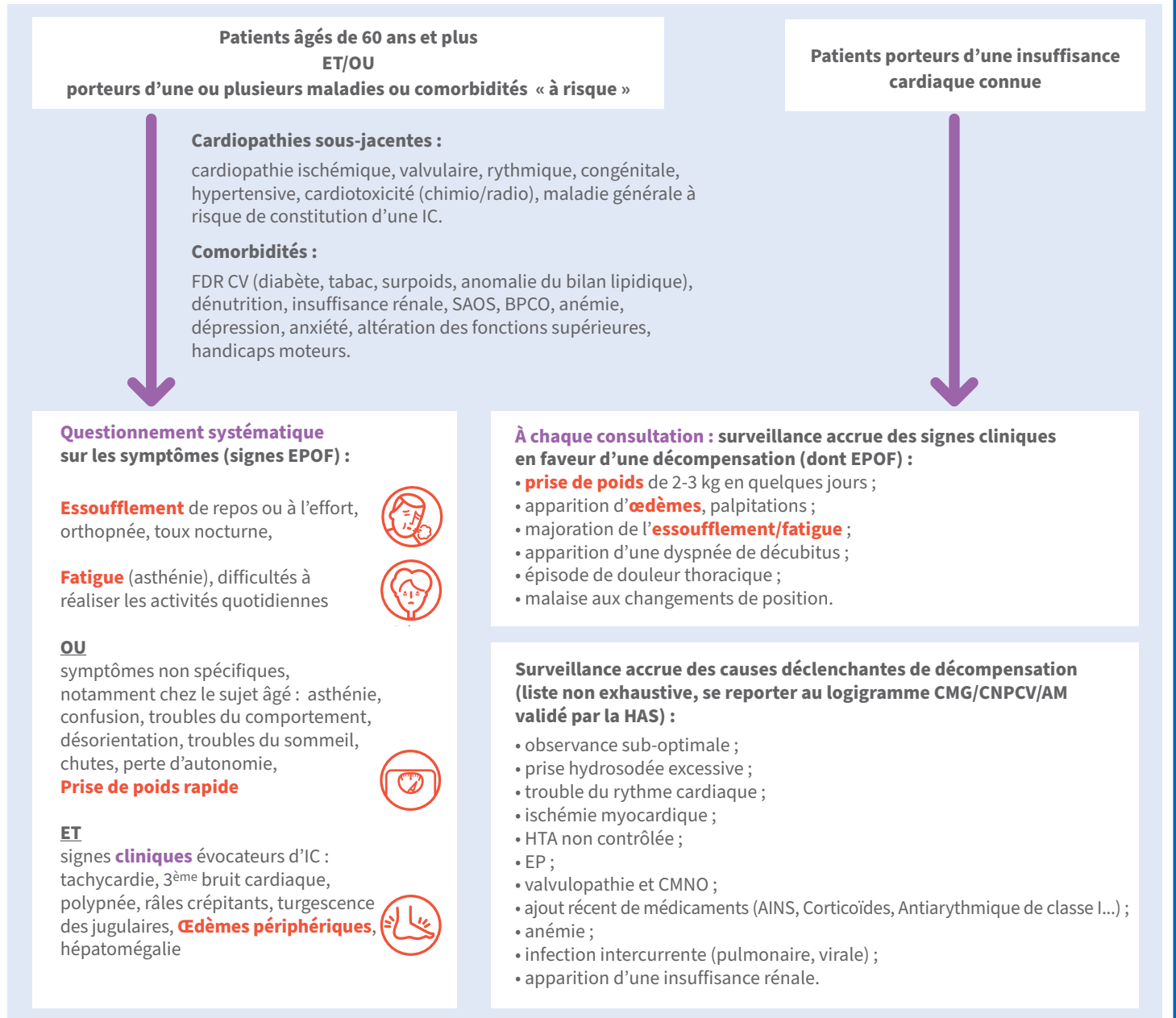




# DIAGNOSTIC ET SURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les populations à risque d'insuffisance cardiaque (IC) sont aujourd'hui identifiées. Selon son étiologie, cette pathologie peut se manifester **à un âge variable**, pouvant affecter des sujets jeunes. Sa prévalence s'accroît sensiblement **à partir de 60 ans**, atteignant progressivement des taux très significatifs (10 % chez les patients > 75 ans) et chez les **patients fragiles** ou **atteints de comorbidités**. Une grande proportion de patients porteurs d'une IC sont affectés par une maladie cardiovasculaire et près du tiers sont diabétiques.

Une approche populationnelle doit être privilégiée pour le diagnostic et le suivi de l'évolution de la maladie à travers la surveillance des signes EPOF.



## ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UNE HOSPITALISATION

### Sévérité clinique :

- augmentation marquée des symptômes (dyspnée) ou dégradation majeure par rapport à l'état de base (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, signes de bas débit) ;
- exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable ;
- tachycardie irrégulière (fibrillation atriale) ;
- bradycardie < 50 /min mal tolérée ou BAV de haut degré ;
- hypotension artérielle mal tolérée ;
- angor associé d'apparition récente ou aggravé.

### Sévérité biologique :

- hyponatrémie sévère ;
- hyperkaliémie menaçante ;
- anémie sévère ;
- insuffisance rénale d'aggravation progressive ;
- cytolysé hépatique.

### Comorbidités sévères :

- valvulopathie sévère associée, autres pathologies rendant le maintien à domicile impossible ;
- patient isolé, aides à domicile insuffisantes.

# Critères cliniques d'hospitalisation ou comorbidités sévères ?

OUI

NON



Hospitalisation traditionnelle, HDJ, soins palliatifs en fonction

Examens réalisables en ville (MG et laboratoire)



ECG  
BNP ou NT-pro BNP (adapté à la créatinémie)  
+ bilan biologique standard (NFS, ionogramme sanguin, créatinine, CRP, troponine, bilan martial, Albumine, EAL, ASAT, ALAT, Glycémie, TSH, INR si anticoagulants)

Résultats en faveur d'une IC ?

OUI

NON

Critères biologiques d'hospitalisation ?

Diagnostics différentiels

OUI

NON



Prescription de diurétiques de l'anse possible par le MG si signes congestifs



Consultation (idéalement rapide) cardiologue

Alternative : télé-expertise MG/cardiologue

Echocardiographie doppler (ECG si non fait)

IC à fraction d'éjection altérée

IC à fraction d'éjection préservée

FEVG < 40%  
NYHA I-IV

40% ≤ FEVG ≤ 49%\*  
NYHA I-IV

FEVG > 50%\*  
NYHA I-IV

Traitement de la cardiopathie sous-jacente, des facteurs de risque, des facteurs déclenchants et des comorbidités

Diurétiques de l'anse (+/- de courte durée) si symptômes congestifs

IEC (ARA II si CI ou intolérance) + β-bloquants : titration

\* traitement de fond de l'IC après expertise cardiologique

Si persistance d'une dyspnée NYHA ≥ 2

Adaptation thérapeutique selon les recommandations en vigueur, après expertise cardiologique

# DÉTECTION ET SURVEILLANCE DES SIGNES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN CONSULTATION

Le repérage des signaux d'alerte de l'insuffisance cardiaque (EPOF) constitue l'un des principaux leviers d'actions pour une prise en charge optimale de la maladie. Une surveillance est à mener chez l'ensemble des **patients à risque**, qu'ils soient **diagnostiqués ou non, en sortie d'hospitalisation ou non**, afin de favoriser un **diagnostic précoce mais aussi de repérer les signes de décompensation de la maladie**.

Tout l'enjeu est donc d'installer avec le patient un **réflexe d'échanges autour des symptômes** de l'insuffisance cardiaque lors de la consultation.

Pour faciliter ces échanges, voici quelques questions simples et accessibles à poser aux patients à risque :



## ESSOUFLEMENT INHABITUEL

*Ressentez-vous parfois un essoufflement inhabituel ?*

*Avez-vous des difficultés à reprendre votre souffle après un simple effort, au repos ou en position allongée ?*



## PRISE DE POIDS RAPIDE

*Avez-vous remarqué avoir pris du poids de manière rapide ?*

*2 à 3 kilos supplémentaires en quelques jours et sans explication ?*



## PIEDS ET CHEVILLES GONFLÉS (ŒDÈMES)

*Avez-vous la sensation d'avoir les pieds et les chevilles gonflés ? La marque de l'élastique de vos chaussettes reste-t-elle visible une fois celles-ci retirées ? Avez-vous des difficultés à mettre vos chaussures ?*



## FATIGUE EXCESSIVE

*Avez-vous la sensation d'une fatigue importante lors de vos activités quotidiennes ?*

*Lorsque vous marchez ? montez les escaliers ? Ou encore lorsque vous portez des charges ?*

## AIDE À LA PRISE EN CHARGE

Une fois le diagnostic de l'insuffisance cardiaque posé, le médecin généraliste pourra initier plusieurs actions dans le cadre du suivi de son patient :

- **initier / optimiser le traitement médicamenteux** et prendre l'attache d'un **médecin cardiologue** pour un avis spécialisé et orientation du patient (conduite à tenir à adapter au constat d'éléments de sévérité clinique et biologique) ;
- **identifier les pathologies, comorbidités sous-jacentes et facteurs de décompensation de la maladie** afin d'initier ou optimiser leur prise en charge ; s'assurer du statut vaccinal du patient (grippe, pneumocoque, SARS-CoV-2...) ;
- **organiser le plan de soins global et personnalisé** en concertation avec le cardiologue, et **en mobilisant si besoin un IDE ainsi que le pharmacien** dans le cadre du bilan partagé de médication ;
- mettre en place ou optimiser une **surveillance coordonnée pluri-professionnelle de l'évolution des symptômes** pour déceler les signes annonciateurs d'une décompensation, **en échangeant régulièrement avec le patient sur les 4 signes et symptômes EPOF**.



Pour en savoir plus, connectez-vous sur le site **ameli.fr**

*rubrique Médecin > Votre exercice libéral > Prescription et prise en charge des patients  
> Prise en charge par situation et type de soin > Insuffisance cardiaque*

