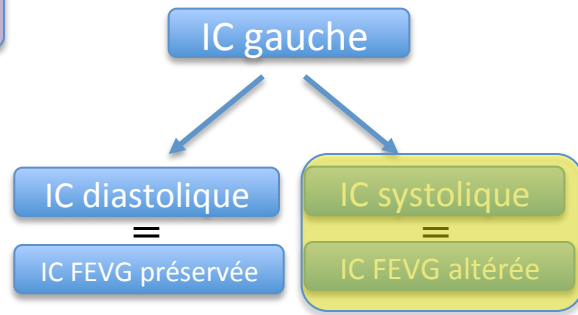


INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Stratégies thérapeutiques



Stratégie thérapeutique de l'Insuffisance cardiaque gauche systolique

Fonction de la sévérité de la maladie





Clinique + FEVG

Classification NYHA (New York Heart Association)



Évaluation du degré d'essoufflement



Classe	Expression clinique
 I	➤ patients n' ayant pas de limitation des activités ordinaires
 II	➤ limitation modérée de l'activité : marche rapide, en côte, plus de 2 étages
 III	➤ limitation franche de l'activité : marche en terrain plat, 1 étage
 IV	➤ les symptômes surviennent même au repos

valable seulement pour IC systolique

Traitements médicamenteux disponibles

❖ Les IEC :

traitement de référence en 1^{ère} intention

Efficacité clinique

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit la mortalité globale
- Réduit les hospitalisations



❖ Les ARAII :

En cas d'intolérance vraie aux IEC ou Entresto®

Efficacité clinique

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit les hospitalisations



IEC ou ARA II : augmenter progressivement les doses => dose maximale tolérée

Traitements médicamenteux disponibles

❖ Les Antagonistes des récepteurs β adrénergiques :

traitement de référence chez le patient en IC stable

Efficacité clinique

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit la mortalité globale
- Réduit la mort subite
- Réduit les hospitalisation
- Amélioration des symptômes



Introduction à **faible posologie** en même temps que l' IEC



augmenter progressivement les doses => dose maximale tolérée

Titration par paliers de 1 à 2 semaines

Traitements médicamenteux disponibles

❖ Les antagonistes de l'aldostérone

Doit être associé à IEC+BB chez tous les patients

Efficacité clinique
- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit les hospitalisation
- Amélioration des symptômes

Si utilisation anti-aldostérone impossible, association IEC + ARAII



MAIS jamais association IEC + ARAII + Anti-aldostérone

Traitements médicamenteux disponibles

❖ Inhibiteur de la neprilysine + ARAlI = Entresto®:

Efficacité clinique vs énalapril

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit la mortalité globale
- Réduit les hospitalisations
- Améliore les symptômes
- Améliore la qualité de vie



Arrêter l' IEC+++



Médicament hypotenseur +++ (augmentation progressive)

Traitements médicamenteux disponibles

❖ Inhibiteur de la neprilysine + ARAlI = Entresto®:

Efficacité clinique vs énalapril

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit la mortalité globale
- Réduit les hospitalisations
- Améliore les symptômes
- Améliore la qualité de vie



Arrêter l' IEC+++



Médicament hypotenseur +++ (augmentation progressive)

❖ Inhibiteur du SGLT2= les gliflozines

Efficacité clinique vs stratégie de référence

- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit les hospitalisations



dapagliflozine
empagliflozine

Doit être associé à IEC+ BB+ anti-aldosterone chez **tous** les patients

Traitements médicamenteux disponibles

traitement symptomatique des signes congestifs

❖ Les diurétiques

➤ Les diurétiques de l'anse

Efficacité clinique
<ul style="list-style-type: none">- Réduit les signes congestifs- Améliore les symptômes- Améliore la capacité à l'exercice- Réduit les hospitalisations

- Réduit les signes congestifs
- Améliore les symptômes
- Améliore la capacité à l'exercice
- Réduit les hospitalisations



utilisés à posologies variables en fonction des signes congestifs

associés à une restriction sodée

Stratégie thérapeutique dans l'IC à FEVG altérée

Diagnostic d' IC

Vaccination

Traitement de
l'anémie si besoin

Beta bloquant
+ IEC (ou ARAII 2) OU Sacubitril/valsartan
+ Anti-aldostérone
+ gliflozines
+ diurétiques de l'anse

Si les symptômes persistent et FEVG \leq 35%

Dose diurétiques

6g
Régime hyposodé
2g

Stimulateur +/- DAI

Réadaptation cardiaque

Traitements médicamenteux disponibles

Traitement supplémentaire recommandé chez les patients insuffisamment améliorés par le traitement de 1^{ère} intention de référence chez le patient en IC stable

⇒ chez les patients avec une FEVG $\leq 35\%$ restant symptomatiques

❖ L'Ivabradine

⇒ uniquement chez les patients avec une **Fréquence cardiaque > 75 bpm**, en cas de traitement **inefficace** ou de **CI aux beta-bloquants**

Efficacité clinique vs stratégie de référence
- Réduit la mortalité cardiovasculaire
- Réduit les hospitalisations



Si pas d'efficacité clinique, arrêter le traitement

Traitements médicamenteux disponibles

Autres traitements

❖ La digoxine

Efficacité clinique
- Réduit les hospitalisations



utilisés dans l'insuffisance cardiaque avancée ++

À ce stade d'insuffisance cardiaque :

- utilisation de diurétiques (hypo/hyperkaliémie) => toxicité augmentée si hypokaliémie
- Probable insuffisance rénale => digoxine éliminée par les reins

Attention aux troubles électrolytiques !

Digoxinémies régulières (Suivi Thérapeutique Pharmacologique avec digoxinémie voulue < 1,2 ng/mL)

IC gauche systolique

Stratégie thérapeutique dans l'IC à FEVG altérée

Diagnostic d' IC

Vaccination

Traitement de
l'anémie si besoin

Beta bloquant
+ IEC (ou ARAII 2) OU Sacubitril/valsartan
+ Anti-aldostérone
+ gliflozines
+ diurétiques de l'anse

Si les symptômes persistent et FEVG \leq 35%

Ivabradine
Digoxine

Régime Hyposodé
Diurétiques

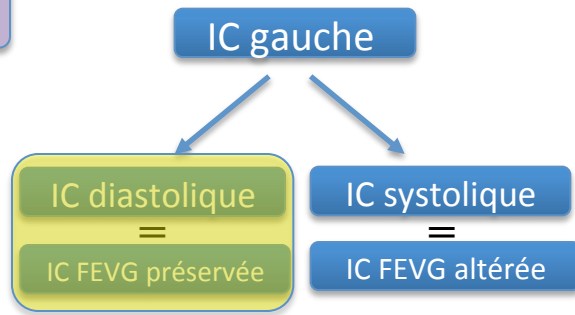
6g/j

Stimulateur +/- DAI

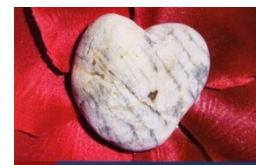
Réadaptation cardiaque

Prise en charge pluri-professionnelle

IC chronique



Stratégie thérapeutique de l'Insuffisance cardiaque gauche diastolique



Stratégie thérapeutique

STADE NYHA

I

II

III

IV

Vaccinations antigrippale et antipneumococique : médecin traitant

Traitement selon les symptômes

Diurétiques (courte période), si signes congestifs : médecin traitant

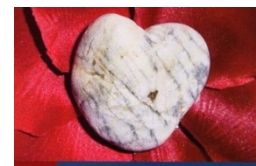
Traitement de la cardiopathie sous-jacente

Traitement de la cardiopathie sous-jacente si elle existe : HTA, insuffisance coronarienne, diabète

Traitement des facteurs déclenchants

- **Contrôle FC (β-bloquant ou vérapamil)** : médecin traitant et/ou cardiologue
- **Traitement FA (ACO, digoxine, amiodarone ; Anti-arythmiques classe 1 et sotalol contre-indiqués)** : médecin traitant et/ou cardiologue
- **Traitement des infections** : médecin traitant
- **Corriger l'anémie**: médecin traitant
- **S'assurer de l'observance thérapeutique et rechercher l'automédication**: médecin traitant

Prise en charge complètement différente de l' IC systolique



Stratégie thérapeutique



STADE NYHA

I

II

III

IV

Vaccinations antigrippale et antipneumococique : médecin traitant

Traitement selon les symptômes

Diurétiques (courte période), si signes d

Traitement de la cardiopathie sous-jacente

Traitement de la cardiopathie sous-jacente si elle existe : HTA, insuffisance coron

Traitement des facteurs déclenchants

- **Contrôle FC** (β -bloquant ou vérapamil)
- **Traitement FA** (ACO, digoxine, amiodarone ; **Anti-arythmiques classe 1 et sotalol contre-indiqués**) : médecin traitant et/ou cardiologue
- **Traitement des infections** : médecin traitant
- **Corriger l'anémie**: médecin traitant
- **S'assurer de l'observance thérapeutique et rechercher l'automédication**: médecin traitant

Résultats prometteurs avec l'empagliflozine :
 Réduction de 21% du critère composite :
 hospitalisations pour IC et mortalité cardiovasculaire

 Ça pourrait bien m'aider....

Prise en charge complètement différente de l'IC systolique

Stratégie thérapeutique de l'Insuffisance cardiaque droite

Stratégie thérapeutique



STADE NYHA

I

II

III

IV

Vaccinations antigrippale et antipneumococique : médecin traitant

Traitement selon les symptômes

Diurétiques (courte période), si signes congestifs : médecin traitant

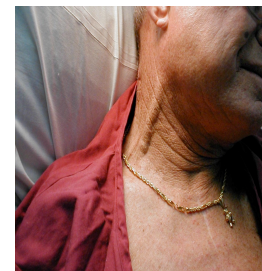
Traitement étiologique

Une IC chronique gauche (le plus souvent) = IC globale

Des valvulopathies tricuspide ou pulmonaire

Une HTA pulmonaire (HTAP)

Une pathologie respiratoire / aigue (Embolie Pulmonaire , infection, bronchospasme ...)



INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE

Stratégies thérapeutiques

Œdème aiguë du poumon

Prise en charge hospitalière

❖ Corriger les troubles de l'hématose

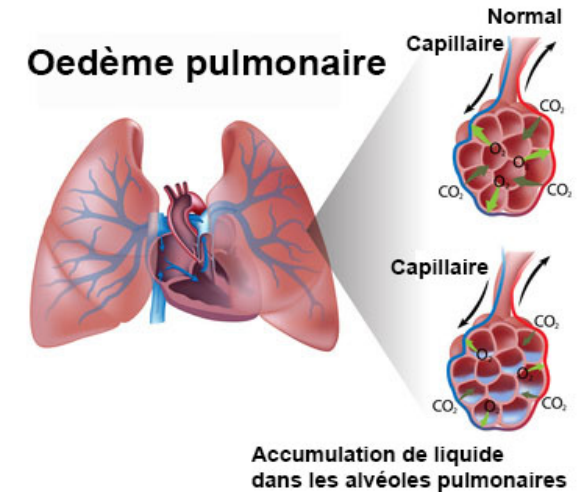
- oxygénothérapie de haut débit, masque ou ventilation non invasive
- dossier du lit relevé

❖ Diminution de la pression capillaire pulmonaire : traitement déplétif

- Traitement vasodilatateur : Dérivés nitrés IV (Nitronal ou Risordan)
- Traitement déplétif : diurétiques de l'anse IV : Furosémide IV essentiel (ou Bumétanide)

❖ Traiter le facteur déclenchant

- HTA (vasodilatateur artériel)
- FA (amiodarone),
- IVG..



défaillance aigüe de la pompe cardiaque
⇒ défaut, d'apport d'oxygène

Prise en charge hospitalière en réanimation

- Améliorer la pompe (**amines vasopressives : dobutamine ++, dopamine, adrenaline**)
- Restaurer la précharge (Si hypovolémie : Remplissage vasculaire)
- Réduire la post-charge (vasodilatateurs)
- Corriger les troubles métaboliques associés (hypoxémie, troubles ioniques..)

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Stratégies thérapeutiques