

Surveillance clinique des patients insuffisants cardiaques

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique avec des épisodes de décompensations aiguës. Une surveillance *spécialisée* ainsi que **l'apprentissage du patient à son auto-surveillance** permettent de détecter précocement les signes avant-coureurs d'une décompensation cardiaque et d'instaurer rapidement un traitement pour éviter une hospitalisation ou du moins organiser l'hospitalisation en évitant le passage aux urgences.

A SURVEILLER :

Le poids :

Le patient doit se peser quotidiennement, nu, au réveil, à jeun, après avoir uriné, et toujours avec le même pèse-personne...

Si ces conditions ne sont pas réalisables, la pesée doit être effectuée dans des **conditions reproductibles** : patient habillé, avec ou sans chaussures.

Le poids doit être noté régulièrement pour permettre d'en apprécier les variations.

- **Une perte de poids rapide** doit faire rechercher des signes de **déshydratation** favorisée par la prise de diurétiques et la restriction hydro-sodée « trop bien suivie » dans des conditions de chaleur excessive, de fièvre, de diarrhée ou de perte d'autonomie pour accéder à l'eau.

Les signes à rechercher sont :

- la soif (mais cette sensation peut être perdue chez le sujet âgé)
- et la sécheresse cutanéomuqueuse.

- **Une prise de poids** de plus de 2kg en 2 jours évoque une rétention hydro-sodée et fait rechercher :
 - une diminution de la **diurèse** avec urines concentrées
 - l'apparition d'**œdèmes**.
- **La cachexie** est un processus global touchant l'ensemble des tissus (muscle squelettique, tissus adipeux et os) qui peut exister chez 10 à 15% des patients. Sa définition est une perte de poids involontaire, non œdémateux de plus de 10% du poids total du corps dans les 6 à 12 derniers mois.

Les œdèmes :

Le plus souvent situés au niveau des membres inférieurs, en **déclive**, ils sont **bilatéraux, mous, blancs et indolores** et caractérisés par le signe du **godet** (marque laissée sur la peau après une pression).

Leur importance peut être évaluée par leur étendue : limités aux coups de pied, puis péri-malléolaires, puis remontant jusqu'au mollets et enfin aux cuisses.

L'ascite :

L'augmentation du volume abdominal, évocatrice d'**ascite** associée doit être, elle aussi, recherchée (cette association évoque un tableau d'anasarque).

La pression artérielle :

L'objectif tensionnel est < 140 /90 mmHg.

Les thérapeutiques et la pathologie elles-mêmes entraînent une baisse tensionnelle qu'il faut respecter si la **tolérance clinique est bonne** (même des valeurs PAS<100mmHg).

En effet, il est primordial de poursuivre les thérapeutiques (IEC bêtabloquants, ARA2, ARM, ARNI) qui ont un impact prouvé sur l'amélioration du pronostic.

Il est important toutefois de rechercher les symptômes évocateurs **d'hypotension orthostatique** (voile noir devant les yeux, vertiges, lipothymie au lever) pouvant être la cause de chutes chez les personnes âgées.

La fréquence cardiaque :

Les patients insuffisants cardiaques mal compensés ou non traités sont généralement tachycardes, et la présence d'une arythmie par fibrillation auriculaire est fréquente.

Le but des traitements bêtabloquants, de la digoxine ou de l'amiodarone est de ralentir le rythme cardiaque.

Il faut savoir alerter :

- si le pouls est inférieur à 45/min
- si on note une accélération brutale du rythme et une arythmie évocatrice d'un passage en fibrillation auriculaire.

L'essoufflement, la dyspnée :

Le niveau d'apparition de l'essoufflement est le critère essentiel d'évaluation du retentissement fonctionnel de l'insuffisance cardiaque.

Il est utilisé dans la classification pronostique selon NYHA avec l'aide du questionnaire (Cf. Classification NYHA).

Une vigilance toute particulière doit être apportée à la description d'une **orthopnée nocturne** (patients **dormant assis au fauteuil la nuit ou ajoutant plusieurs oreillers**), évocatrice d'un sub-œdème pulmonaire.

La toux peut évoquer :

- une surinfection bronchique dans contexte de toux grasse avec expectorations et hyperthermie (signe d'alerte), avec risque de décompensation cardiaque.
- les effets secondaires de certains médicaments : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) (toux sèche).
- un premier signe de sub-œdème pulmonaire (pour une toux nocturne survenant en position couchée).

La surveillance biologique de l'insuffisant cardiaque doit porter une attention particulière :

- à la **fonction rénale** (urée et créatininémie) du fait du retentissement de l'insuffisance cardiaque sur la perfusion rénale et des traitements risquant d'interférer (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion, Antagonistes des Récepteurs de Angiotensine 2, Antagonistes des Récepteurs Minéralocorticoïdes, ARNI) et des risques de déshydratation sous diurétiques.

- au potassium du fait des risques d'**hypokaliémie (K⁺ <3.5mmol/l)** sous diurétiques de l'anse, parfois à forte dose mais aussi des risques d'**hyperkaliémie (K⁺ >5.5mmol/l)** en cas de dégradation de la fonction rénale et chez les patients ayant des associations IEC, ARA2, ARM et ARNI.

- à la **natrémie** : surveillance d'une hyponatrémie (Na <135mmol/l), facteur pronostic.

- au **BNP ou nt-pro BNP**. Il s'agit d'un peptide dont la sécrétion est liée à la distension des fibres myocardiques. C'est un marqueur diagnostic et pronostic de l'insuffisance cardiaque, plus les valeurs sont élevées plus le pronostic est sévère.

- à l'**hémoglobine** : une anémie peut majorer les symptômes et a un retentissement pronostic.

- à l'INR : la surveillance sera habituelle pour les nombreux patients insuffisants cardiaques traités par anticoagulants (anti-vitamines K.) Les INR cibles devront être précisés selon l'indication.

POUR EN SAVOIR PLUS :

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016, **European Heart Journal Advance Access published May 20, 2016**

<https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word/etc/Tools%20and%20Practice%20Support/Quality%20Programs/Heart%20Failure%20Roundtable%202016/Heart%20Failure%20Guidelines/HFG%204%202016%20ESC.pdf?la=en> ou sur le site : www.resic38.org

* AHA 2016 Heart Failure Guidelines

<http://i9-printable.b9ad.pro-us-east-1.openshiftapps.com/opt/aha-2016-heart-failure-guidelines/>

* 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on New Pharmacological Therapy for Heart Failure: An Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2016/05/18/CIR.0000000000000435>