

Traitement non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique

1/ Une prise en charge globale multidisciplinaire coordonnée est recommandée

Les réseaux de soins se développent pour mettre en œuvre un monitoring du poids et des signes cliniques d'alerte, un régime hyposodé, une réadaptation fonctionnelle et de l'éducation thérapeutique.

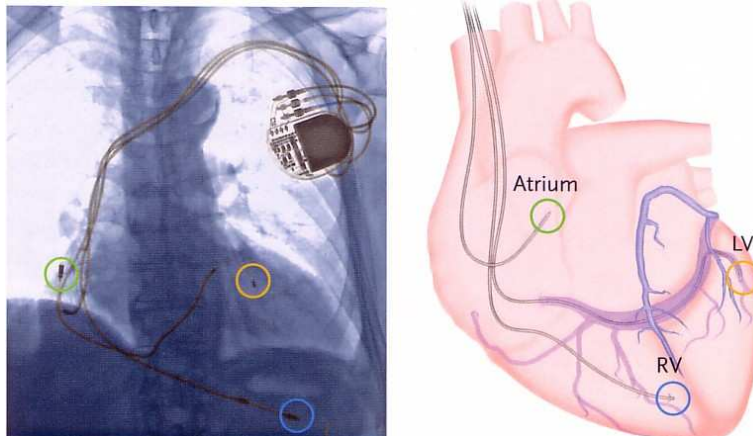
L'objectif est l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des hospitalisations.

2/ Traitement chirurgical

- **étiologique** : revascularisation myocardique, réparation ou remplacement valvulaire
- **assistance circulatoire, greffe cardiaque** pour les patients les plus graves et les plus jeunes

3/ Pacemakers et défibrillateurs implantables

- **Resynchronisation** ventriculaire par **pace maker triple chambre**, c'est un pace maker **biventriculaire** : 1 sonde stimulant le Ventricule Droit, une sonde dans le sinus coronaire permettant de stimuler la paroi latérale du Ventricule Gauche et une sonde auriculaire droite.



Indications :

* patients en stade fonctionnel III et IV de la NYHA (Classification des Symptômes selon la New York Heart Association), traités de manière optimale avec FEVG (Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche) $\leq 35\%$, des QRS avec un aspect de bloc de branche gauche ≥ 120 ms ou bloque de branche ≥ 150 ms quelque soit son aspect.

* patients en stade fonctionnel II de la NYHA, traités de manière optimale avec FEVG $\leq 30\%$, des QRS avec un aspect de bloc de branche gauche ≥ 130 ms ou un bloc de branche ≥ 150 ms quelque soit son aspect.

Bénéfices : amélioration des paramètres hémodynamiques et gain en terme de morbi-mortalité.

- **défibrillateur implantable,**

permettant de délivrer un choc électrique interne si il y a détection d'une fibrillation ventriculaire, ou de réaliser une stimulation rapide « anti tachycardique » pour réduire des tachycardies ventriculaires.

Il peut être associé à un système de resynchronisation.

Indications :

Prévention primaire : patients en classe II-III avec FEVG < 35% (> 40jours après infarctus) en prévention de la mort subite rythmique chez les patients avec altération majeure de la fonction systolique

Prévention secondaire : patients survivants d'un arrêt cardiaque par FV ou après tachycardie ventriculaire soutenue et dysfonction systolique

Référentiel mis à jour en octobre 2012 par le Dr M. SALVAT

POUR EN SAVOIR PLUS :

* ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronique heart failure 2012, European Journal of heart failure 2012-14, 803-869 *ou sur le site* : www.resic38.org

* Clinical service organisation on for heart failure (review) Takeda A et Al 2012 ; issue 9

* 2009 focused Update : J. Am. Coll. Cardio. 2009 ; 53 ; 1343-1382

* 2010 focused Update : E.J of Heart Failure (2010) 12, 1143-1153