

# Gestion du patient insuffisant cardiaque à domicile

Dr Romain Bouteau

Unité de cardiologie interventionnelle

Clinique Saint Joseph-Trélazé

# Généralités sur l'insuffisance cardiaque

- Épidémiologie
  - 5/1000 patients en Europe
  - 1-2% des adultes
- Pronostic
  - Globalement identique pour IC Fe préservée/altérée
  - Mortalité 67% à 5 ans
- Poids sur le système médico économique
  - Première cause d'hospitalisation en France; 1.3 hospit/an/patient
  - 20% de réhospitalisations le premier mois post hospitalisation

I/ Gestion du patient à domicile

# Gestion du parcours patient à la sortie

- Éviter la réhospitalisation
  - Réévaluation cardiologique précoce
  - éducation

Recommendations for management of patients after HF hospitalization	
It is recommended that patients hospitalized for HF be carefully evaluated to exclude persistent signs of congestion before discharge and to optimize oral treatment.	I
It is recommended that evidence-based oral medical treatment be administered before discharge.	I
An early follow-up visit is recommended at 1–2 weeks after discharge to assess signs of congestion, drug tolerance, and start and/or uptitrate evidence-based therapy.	I

## Multidisciplinary interventions recommended for the management of chronic heart failure

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
It is recommended that HF patients are enrolled in a multidisciplinary HF management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>309,314,315,316</sup>	I	A
Self-management strategies are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>309</sup>	I	A
Either home-based and/or clinic-based programmes improve outcomes and are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>310,317</sup>	I	A
Influenza and pneumococcal vaccinations should be considered in order to prevent HF hospitalizations. <sup>315,316</sup>	IIa	B

# Programmes d'accompagnement

## **PRADO IC**

- Depuis 2013, coordination par CPAM
- 1<sup>ère</sup> consultation médicale et 1<sup>er</sup> passage IDE dans la semaine
- Puis 1 passage IDE/ semaine pour 2 mois puis 2/mois pour 6 mois

## **télésurveillance**

- Programme ETAPE 2018-2022
- Financé par la CPAM
- Suivi pendant 6 mois renouvelable
- Suivi quotidien par matériel connecté
- 2 séances d'ETP

# Télésurveillance, une question en suspend

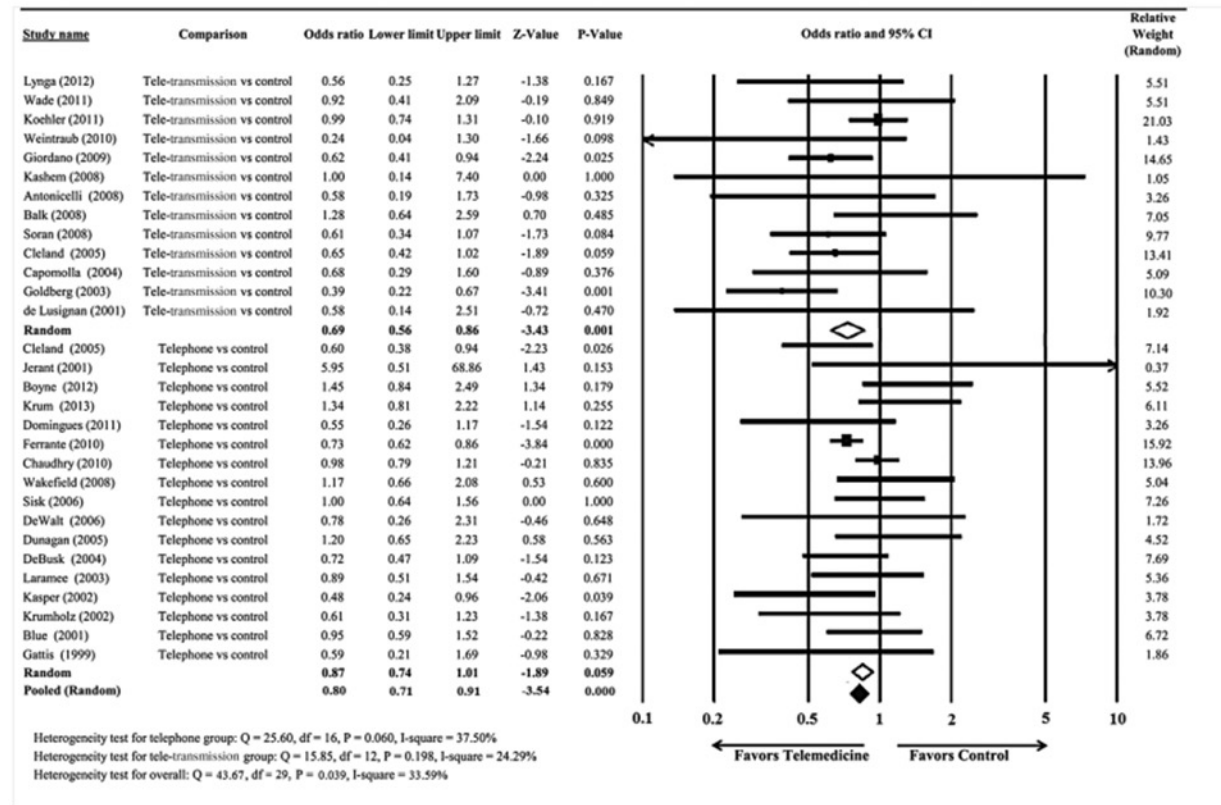


Figure 4 Forest plot of all-cause mortality for teletransmission and telephone-supported care versus usual care.

# Éducation thérapeutique

- Domaine en devenir +++
- Différentes modalités : hospitalière/HDJ/réadaptation
- Buts :
  - Annonce diagnostique
  - Renforcer adhérence au traitement médicamenteux et au régime hyposodé
  - Auto surveillance : poids, OMI, dyspnée
  - Éviter auto médication : AINS +++

# Importance du traitement médicamenteux

## Management of HFrEF



### Recommandations :

- Surveillance fonction rénale 1 semaine après augmentation ARM
- Surveillance fonction rénale 2 semaines après augmentation IEC/ARA2



# Gestion de la décompensation à domicile

- Facilement doubler les doses de diurétiques habituelles jusqu'à disparition de la congestion
- Surveillance clinique et biologique rapprochée
- Notion de résistance aux diurétiques de l'anse
  - Utilisation prolongée de fortes doses de diurétiques
  - En pratique > 250 mg/jour de FUROSEMIDE
  - Utilisation ponctuelle d'HYDROCHLOROTHIAZIDE 25mg 48-72h

## II/ Gestion des traitements

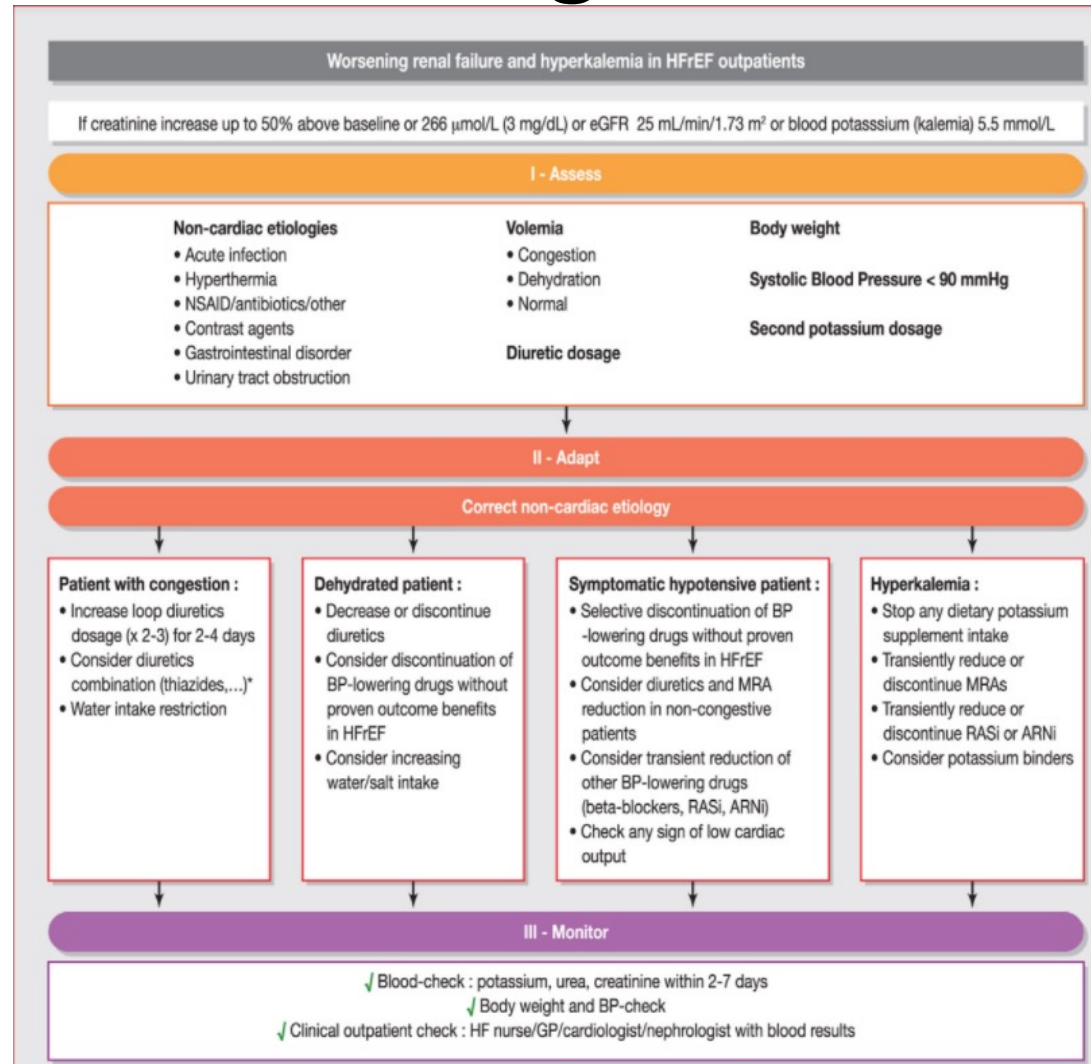
# Gestion de l'insuffisance rénale

- Différents types de syndromes cardio rénaux
- Comorbidité importante
- Fonction rénale habituelle = principal prédicteur risque de décompensation cardiaque

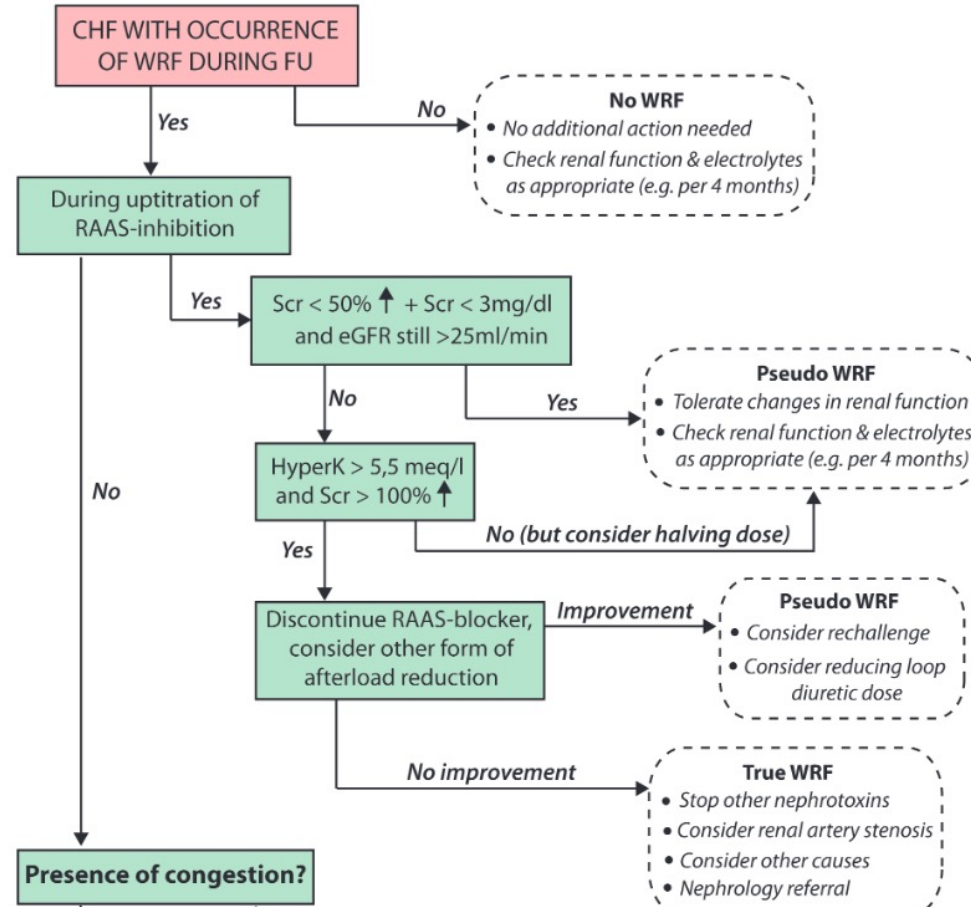
Sous-type de SCR	Atteinte initiale	Atteinte secondaire
Type 1	Insuffisance/dysfonction cardiaque aiguë	Insuffisance rénale aiguë
Type 2	Insuffisance cardiaque chronique	Insuffisance rénale chronique
Type 3	Insuffisance rénale aiguë	Insuffisance/dysfonction cardiaque aiguë
Type 4	Insuffisance rénale chronique	Insuffisance cardiaque chronique
Type 5	Atteinte systémique	Insuffisances cardiaque et rénale aiguës

Tableau I: Classification des syndromes cardio-rénaux en 5 sous-types.

# Gestion de l'insuffisance rénale en situation aiguë



# Gestion de l'insuffisance rénale durant la titration



# Gestion des dyskaliémies

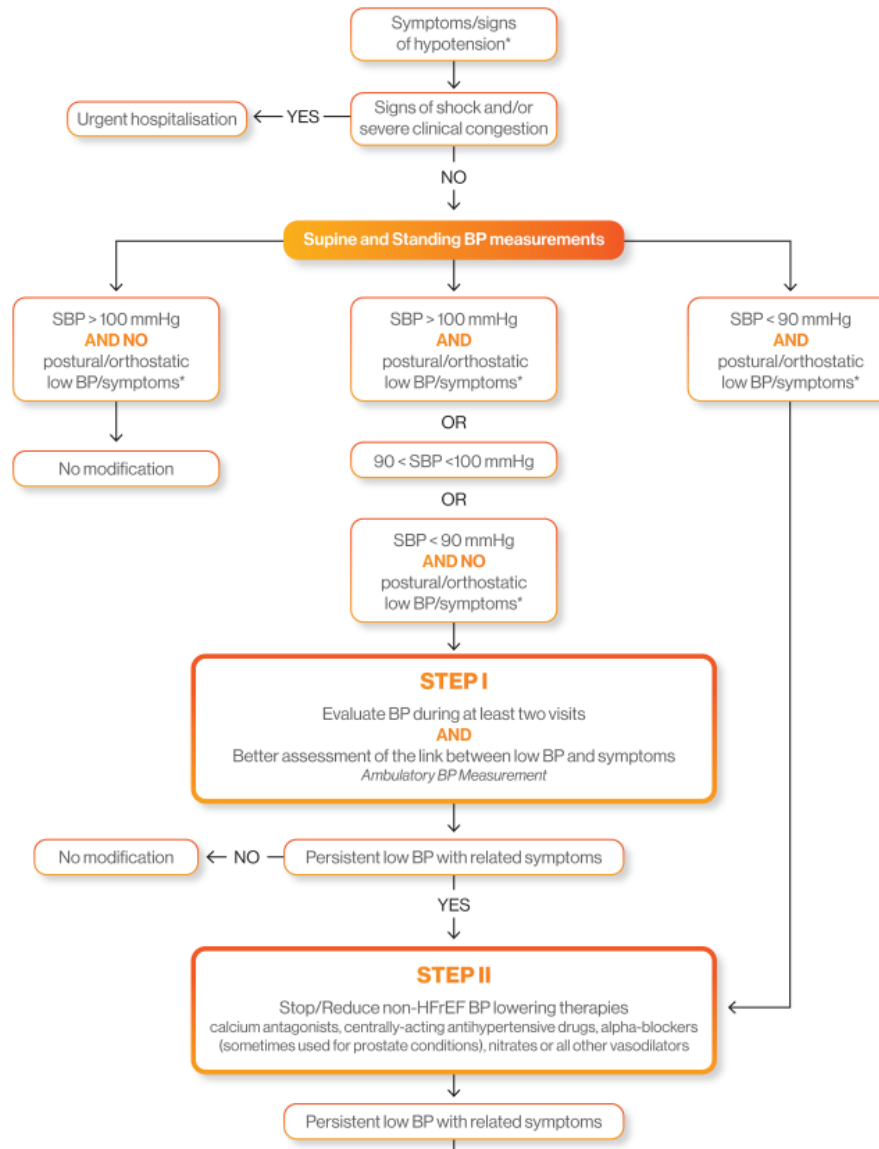
## hyperkaliémie

- Insuffisance rénale/bloqueurs du SRAA
  - Éliminer fausses hyperkaliémies liées au prélèvement (garrot, prélèvement à domicile)
  - Iatrogénie ? Excès d'apport, iode, AINS...
  - Considérer Kayéxalate
  - Diminution/arrêt des bloqueurs du SRAA : anti aldostérone ++

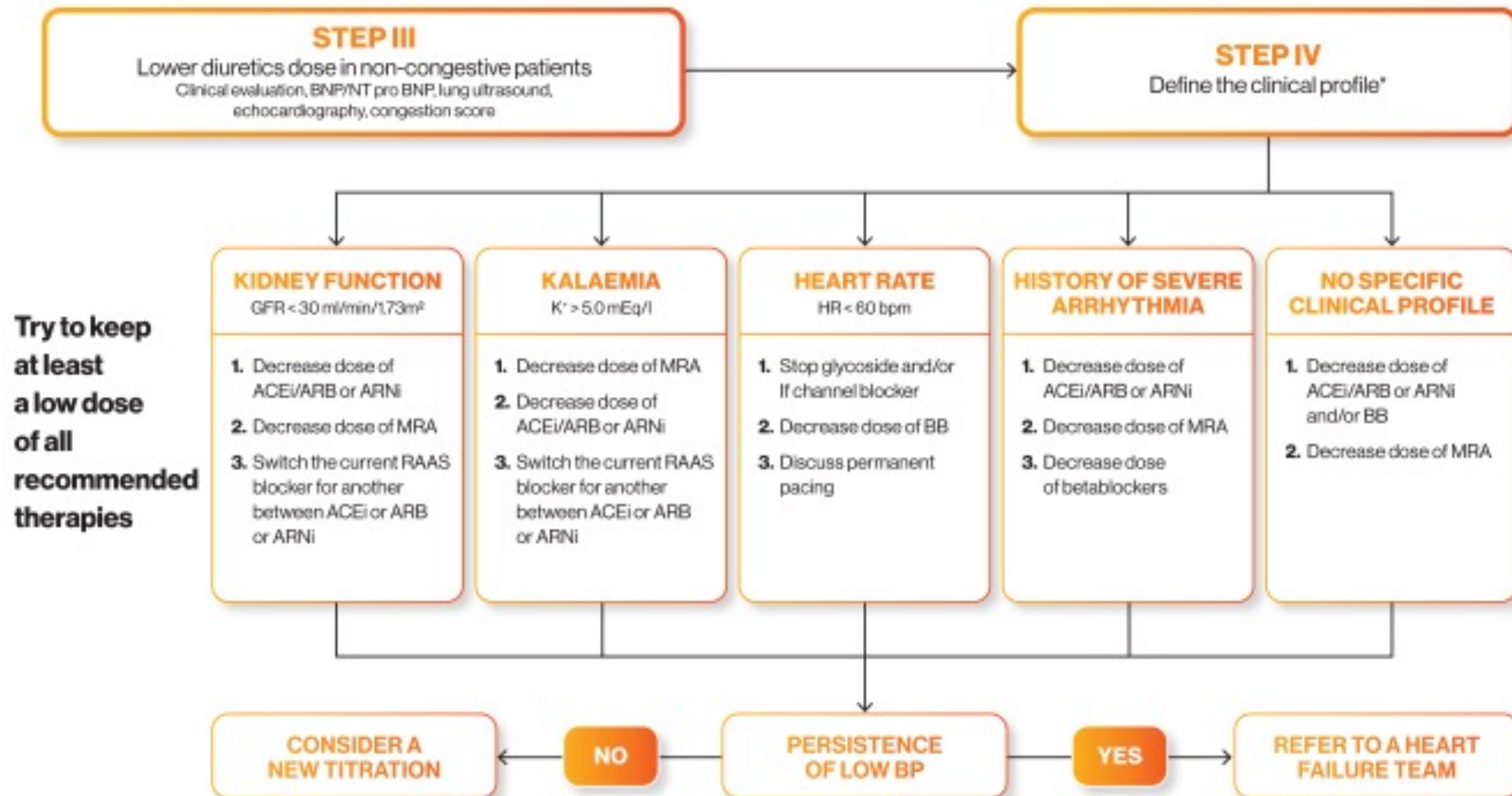
## hypokaliémie

- Compensation insuffisante des pertes rénales
- Hospitaliser si  $< 3\text{mmol/l}$ 
  - Supplémentation
  - ARM
  - Diminuer diurétiques de l'anse ?

# Gestion de l'hypotension(1)



# Gestion de l'hypotension(2)





# Gestion des hyponatrémies

- Définie par  $\text{Na} < 136 \text{ mmol/l}$
- Hospitalisation recommandée si  $> 125 \text{ mmol/l}$
- Déterminer volémie ++
  - Volémie haute : dilution => diurétiques +/- restriction hydrique
  - Volémie normale/basse
    - Traitements hyponatrémiants ?
    - Association de diurétiques ?
    - Ion urinaire : pertes extra rénales ?

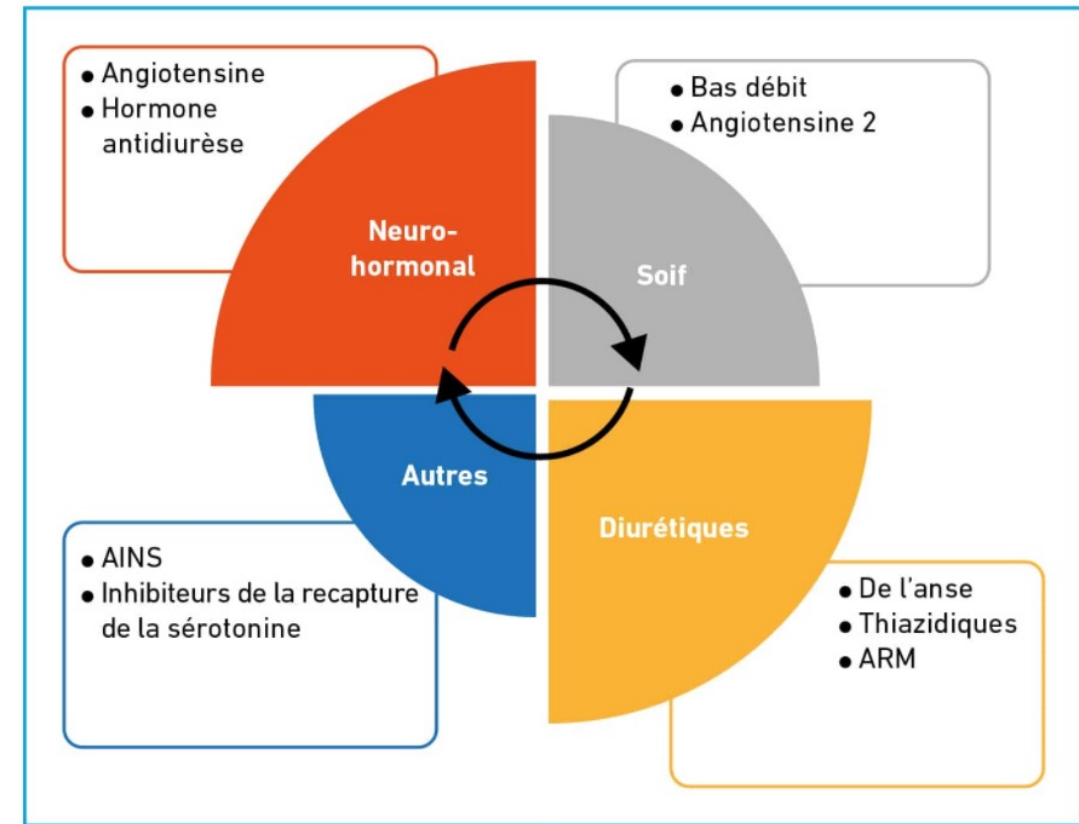


Fig. 1 : Étiologies des hyponatrémies dans l'insuffisance cardiaque. ARM : Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes ; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

# Gestion de l'hyponatrémie

- Définie par une  $\text{Na} > 145 \text{ mmol/l}$
- Souvent en lien avec une déshydratation

# Points clés

- Importance du traitement médicamenteux pour les insuffisants cardiaques à FEVG altérée
- Tolérance d'une dégradation rénale significative
- Balance bénéfice/effet secondaire
- Éducation du patient ++ consultation d'annonce ?
- Développement de réseaux de soins