

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Première cause d'hospitalisation du sujet âgé.

Incidence en France : **1 million** (2/3 > 75 ans)

Insuffisances cardiaques aiguës / chroniques.

1 . Insuffisances cardiaques gauches :

- Physiopathologie :

Soit par incompetence myocardique (**IDM** / cardiomyopathies primitives ou secondaires / myocardites / **Troubles du rythme**)

Soit par surcharge volumique : **valvulopathies** (insuffisances mitrales et aortiques) remplissage excessif sur cœur "limite"

Soit par surcharge barométrique : **RAO**, cardiopathie obstructive , coarctation aortique / **dysfonction diastolique VG**

(>50% IC sujet âgé) dans le cadre des HTA.

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les pathologies associées les plus fréquentes : HTA (37%) et IDM (33%) puis arythmies (20%)

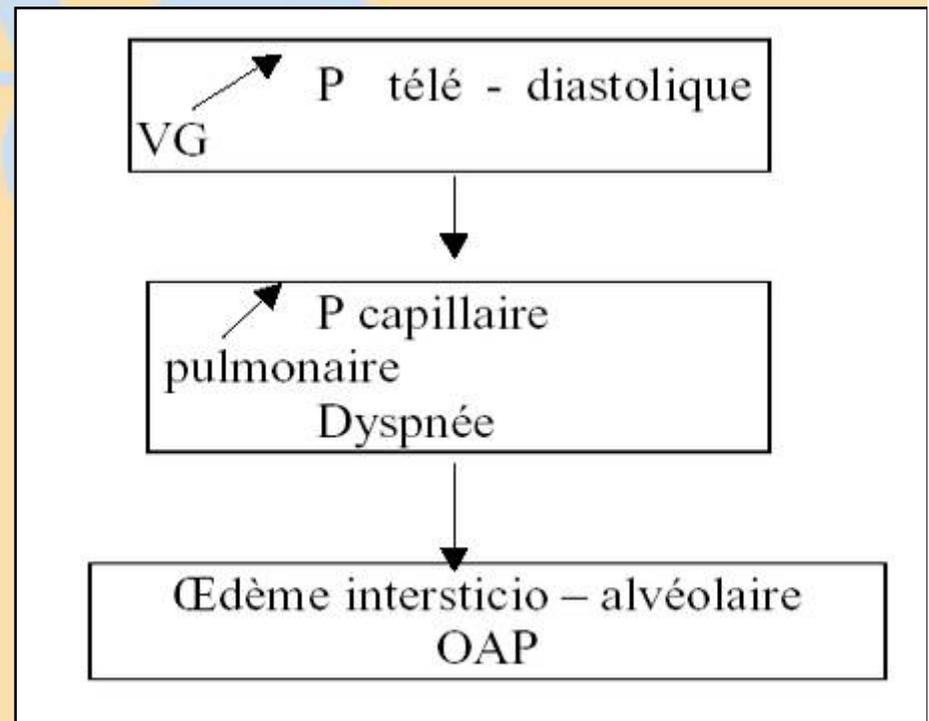
- Clinique :

Dyspnée stades NYHA / crépitants mais non spécifiques / tachycardie /

Parfois (sujets âgés) signes de bas débit (confusion, désorientation, chutes)

- Facteurs déclenchants :

Ischémie / poussée HTA / surcharge hydro – sodée / infection broncho – pulmonaire / anémie / trouble du rythme / dysthyroïdie / iatrogènes par inotropes négatifs .



L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

2 . Insuffisances cardiaques droites :

Clinique : dyspnée / hépatomégalie / œdèmes des membres inférieurs.

Étiologies :

- Évolution d'une insuffisance cardiaque gauche
- Embolie pulmonaire
- Cœur pulmonaire chronique soit post – embolique soit secondaire à une insuffisance respiratoire chronique
- Tamponnade
- Insuffisance tricuspidiennne (endocardite chez le toxico)

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

3 . Examens complémentaires :

- **ECG** si normal doit faire reconsidérer le diagnostic / Rx Thorax /
- **BNP** : facteur natriurétique sécrété par les myocytes du VG
diagnostic d'insuffisance cardiaque très probable si $> 400\text{pg/ml}$
valeur **pronostique**++ et valeur dans le **suivi**++ (réseau de soins)
- **Écho – doppler cardiaque** +++ : diagnostic et identification de la cardiopathie / intérêt dans l'adaptation du traitement .
- Biologie (natrémie, K, créatininémie, enzymes cardiaques et transaminases)

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

4 . Principales classes thérapeutiques :

- **règles hygiéno - diététiques** +++ : régime peu salé (ne pas aggraver l'état rénal) et restriction hydrique quand décompensation. poids++
- **diurétiques** : trt de choix dans les poussées en réduisant rapidement les posologies .
- selon la gravité

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

4 . Principales classes thérapeutiques :

classe 1 : IEC

classe 2 à 3 :

- IEC et/ou AA2 si intolérance (candésartan)
- béta – bloquants (carvedilol , métoprolol , bisoprolol, nebivolol)
- diurétiques de l'anse si signes congestifs
- digitaliques si FA ou en rythme sinusal avec digoxin < 0.9 ng/ml
- spironolactone (classe 3 et 4)

classe 4 : en plus

- ▶ inotropes positifs pour passer un cap (Dobutrex®)
- ▶ resynchronisation ventriculaire par stimulation triple chambre
- ▶ assistance circulatoire +/- transplantation
- ▶ défibrillateur si arythmies ventriculaires

BNP

Secrété par les myocytes ventriculaires - $\frac{1}{2}$ vie 22 min marqueur de la pression télédiastolique VG.

BNP : dosage individuel

NtProBNP : sur automate.

Circonstances modifiantes :

Majoré par HTA HVG Insuffisance rénale cœur pulmonaire aigu

Cœur pulmonaire chronique

Minoré par obésité ou diagnostic précoce.

Indications : si indécision diagnostic non certain mais zone d'incertitude

[100 à 400]

Indicateur pronostique +++ dans le suivi