

Avant de traiter un patient on doit confirmer le diagnostic. On s'appuie pour cela sur des données fonctionnelles, cliniques, techniques et biologiques.

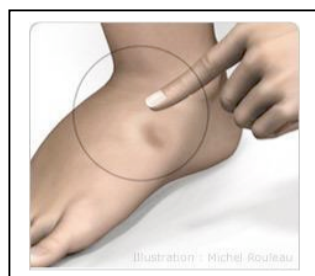
Les signes fonctionnels :

- Essoufflement (dyspnée) à l'effort ou survenant brutalement la nuit.
- Obligation de dormir en position assise.
- Douleur au niveau du foie à l'effort.
- Toux nocturne.
- Cœur rapide.
- Prise de poids rapide.

En sachant que ces signes, isolément, peuvent être la conséquence d'une pathologie non cardiaque (essoufflement lié à une maladie des poumons, par exemple, ou encore tachycardie permanente due à une anémie ou à une hyperthyroïdie...). Ils doivent donc être interprétés en fonction du contexte (maladie cardiaque connue et évoluée) et des signes associés, cliniques et paracliniques.

Les signes cliniques (cf K. 45) :

- Œdèmes des membres inférieurs.



- Turgescence jugulaire spontanée.
- Gros foie (hépatomégalie) avec reflux hépato-jugulaire.
- Râles pulmonaires « de stase ».
- Signes d'épanchements pleuraux.

insuffisance cardiaque : Le choix du traitement

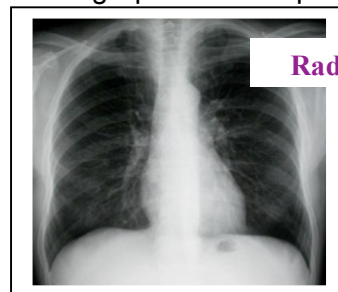
- Anomalies d'auscultation cardiaque (tachycardie, bruit de « galop », souffle...).
- Ces signes aussi doivent être replacés dans le contexte car ils peuvent parfois avoir une origine non cardiaque (par exemple les œdèmes de jambes liés à une insuffisance veineuse ou les épanchements pleuraux d'origine pneumologique).

Les données techniques :

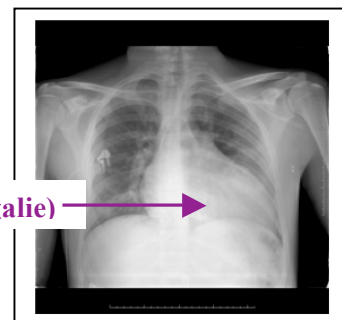
- Électrocardiogramme.
- Holter rythmique.
- Échocardiogramme (bidimensionnel,

Temps-Mouvement (TM), trans œsophagien (ETO) et doppler cardiaque (couleur, pulsé, continu, tissulaire...).

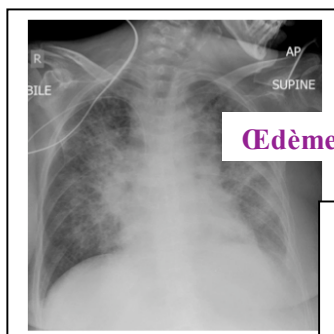
- Radiographie thoracique :



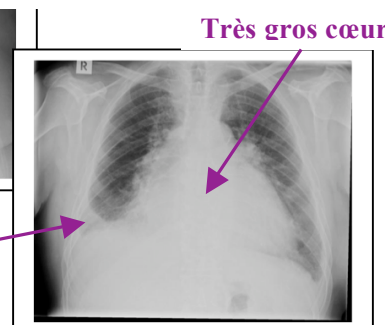
Radio thoracique normale



Gros cœur (cardiomégalie)



Œdème pulmonaire



Très gros cœur

Epanchement pleural

Les données biologiques :

- En particulier le dosage du BNP (ou du NT-Pro-BNP) qui permet de différencier un essoufflement d'origine cardiaque d'un essoufflement lié à une maladie pulmonaire
- Elles sont aussi nécessaires pour apprécier le fonctionnement du rein
- Et pour la surveillance des traitements

Le degré de gravité guide le traitement.

L'appréciation du degré de gravité s'appuie sur l'ensemble des données recueillies :

- La fraction d'éjection ventriculaire.
- La dimension des cavités.
- La pression de remplissage ventriculaire et la pression artérielle pulmonaire.
- La présence ou non de troubles du rythme ou de la conduction.
- La présence d'œdèmes...
- et/ou d'une stase pulmonaire.
- Le taux de BNP (ou NT Pro BNP)...

Mais le meilleur guide pour ajuster le traitement est l'état fonctionnel :

Évalué selon la **classification fonctionnelle de la NYHA** (New York Heart Association) qui comprend 4 classes :

- **Classe I** : pas de limitation de l'activité physique ordinaire ; l'exercice physique normal ne provoque ni fatigue ni dyspnée ni palpitations.
- **Classe II** : limitation modeste de l'activité physique ordinaire : le patient est asymptomatique au repos, mais une activité physique normale entraîne des symptômes.
- **Classe III** : réduction marquée de l'activité physique ordinaire : le patient est asymptomatique au repos, mais un effort modeste entraîne des symptômes.
- **Classe IV** : impossibilité de poursuivre une activité physique sans être très gêné; le patient est symptomatique même au repos.

Des mesures hygiéno-diététiques sont dans tous les cas indispensables :

- Adaptées, bien sûr, au degré de gravité.
- En premier lieu il faut réduire l'apport de sel.
- Limiter l'apport en liquide (1L à 1,5 L par jour, tout compris).

- Faire de l'exercice avec modération en privilégiant l'endurance et en sachant se limiter.

- Mais aussi savoir se reposer !

- Arrêter totalement de fumer et réduire sa consommation d'alcool.

- Et surveiller très régulièrement son poids : **une prise de poids rapide signifie souvent,**

chez l'insuffisant cardiaque, une rétention d'eau signant une « décompensation » et nécessitant une adaptation thérapeutique.



Mais le traitement médical est bien sûr nécessaire (Cf. KALON N°46) :

- **Le but étant de maintenir le plus longtemps possible le patient en classe I de la NYHA.**

- Le traitement de base fait appel aux bêta-bloquants, aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA II) et aux diurétiques.

- Le traitement est renforcé dès que la situation fonctionnelle se dégrade (changement de classe fonctionnelle) afin de revenir, dans toute la mesure du possible, en classe I.

- Certains traitements ne sont possibles que si certaines conditions sont présentes (on ne resynchronisera que les patients ayant un asynchronisme ventriculaire, on n'implantera un défibrillateur qu'aux patients ayant une fraction d'éjection à moins de 30 %, la greffe cardiaque n'est proposée qu'à des patients de moins de 65 ans sans pathologie lourde associée...).

Ces traitements sont très efficaces. Ils améliorent très franchement la qualité de vie et augmentent l'espérance de vie. **Ils doivent être très scrupuleusement suivis** mais une surveillance étroite est nécessaire et le **patient doit apprendre à repérer les signes annonçant une décompensation** (prise de poids rapide notamment...).

Docteur J-F. HOUËL (Cardiologue)