

## Surveillance clinique des patients insuffisants cardiaques

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique avec des épisodes de décompensations aiguës. Une surveillance *spécialisée* ainsi que **la participation du patient (ou de ses proches) à son autosurveillance** 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** (leur évolution dans le temps) :

### Le poids :

Le patient doit se peser, 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 (**au moins 2 fois par semaine** dans l'idéal : une perte de motivation peut survenir surtout à distance d'une décompensation).

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

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 hydrosodée 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.

A noter que les patients ICC sont à **risque élevé de dénutrition** (vigilance : déconditionnement, perte de 5% du poids en 1 mois ou 10% en 3 mois)

### Les œdèmes :

Le plus souvent situés au niveau des membres inférieurs (bilatéralement), 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. Chez les personnes alitées, ils surviennent plutôt au niveau des lombes.

Ils n'apparaissent pas systématiquement en cas de décompensation et ne peuvent donc être le seul marqueur suivi.

### 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 fatigue :

Pas facile à objectiver, comme pour la dyspnée, l'évaluation via une activité de la vie courante ou un « circuit-type » peut être un bon moyen d'en mesurer l'évolution

**EPOF**  
4 SIGNES À SURVEILLER



**ESSOUFFLEMENT**  
**PRISE DE POIDS**  
**ŒDÈMES**  
**FATIGUE**

### 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 $<100$ mmHg !).

En effet, il est primordial de poursuivre les thérapeutiques (IEC, bêtabloquants, ARA2, ARM, ARNI, gliflozines) 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 *45bpm*
- si on note une *accélération brutale du rythme* et une *arythmie* évocatrice d'un passage en fibrillation auriculaire.

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

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

- au **nt-proBNP**. Il s'agit d'un peptide dont la sécrétion est liée à la distension des fibres myocardiques. C'est un marqueur diagnostique et pronostique 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 pronostique.

- 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 2021, European Heart Journal Advance Access published September, 2021

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure> ou sur le site : [www.resic38.org](http://www.resic38.org)

\* AHA 2021 Heart Failure Guidelines

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HCO.000000000000102>