

## La réadaptation fonctionnelle des insuffisants cardiaques

---

Le patient insuffisant cardiaque présente une très faible tolérance à l'effort, une diminution de ses capacités physiques et une altération de sa qualité de vie.

**Des anomalies périphériques majeures ; musculaires, circulatoires et pulmonaires**, s'ajoutent à la dysfonction cardiaque propre, et participent pour une grande part à la gêne fonctionnelle.

Le repos a longtemps fait partie des recommandations hygiéno-diététiques dans le but de ne pas augmenter les besoins myocardiques. Depuis quelques années, il est démontré que la réadaptation physique permet de corriger les anomalies périphériques, de limiter le déconditionnement et d'améliorer la qualité de vie du patient. La réadaptation cardiaque est « sûre » chez l'insuffisant cardiaque.

### Indication :

Pour les patients insuffisants cardiaques **stabilisés sous traitement médical optimal** en classe **NYHA II ou III**, il n'y a pas de critère limitatif en termes de fraction d'éjection ni de dilatation ventriculaire gauche.

Les patients qui bénéficient le plus de la réadaptation sont ceux en classe III (avec  $\text{VO}_2 < 15 \text{ ml/kg/min}$ ).

La réadaptation de l'insuffisant cardiaque est spécifique, adaptée à la gravité clinique, à l'âge et aux comorbidités du patient.

### Contre-indications classiques :

- Insuffisance cardiaque décompensée stade NYHA IV,
- Angor instable (ischémie à très bas niveau d'effort),
- Hypertension artérielle pulmonaire  $> 60 \text{ mmHg}$ ,
- Rétrécissement aortique serré ou myocardiopathie obstructive,
- Troubles du rythme ventriculaire sévères,
- Thrombus mobile intracardiaque.

### Protocoles :

La réadaptation doit être le plus **souvent initiée en centre spécialisé**.

**La poursuite d'un entraînement en ville** (au domicile ou au cabinet) **est essentielle**. En effet, il ne reste pas de bénéfice à 6 mois d'une réadaptation si le patient ne maintient pas une activité physique régulière au long cours.

Si la réadaptation est uniquement réalisée à domicile, le manque d'équipements spécifiques limite les possibilités, néanmoins la combinaison de différentes techniques d'exercices adaptés à l'état du patient est souhaitable.

La priorité est de fixer des objectifs réalistes qui, mêmes imparfaits, seront **poursuivis au long cours par le patient**. Pour cela, le **rôle éducatif** du kinésithérapeute et de l'éducateur APA est primordial : il permet au patient de devenir acteur de sa maladie.

**Une évaluation initiale** est souhaitable :

- soit par un test de marche de 6 minutes,
- soit par un test d'effort avec  $\text{VO}_2$  si la réadaptation est initiée dans un centre spécialisé.

### Programme de réentraînement possible à domicile :

#### Réadaptation segmentaire (à faible niveau de charge)

La répétition par séries de 10 à 20 mouvements de flexion et de rotation des bras et des épaules avec des petits haltères de 1 à 3 Kg et des mouvements de flexion-extension des jambes.

Entre chaque séries, un repos de 5 à 10 minutes est préconisé.

### Réadaptation en endurance

- avec une phase d'échauffement de 5min, entraînement en endurance très progressif jusqu'à 30 minutes,
- en pratiquant une marche rapide, de la bicyclette ergométrique à faible charge.

Les conseils pour que le patient puisse **réaliser seul une activité physique dans des conditions rassurantes** sont primordiaux.

### Gymnastique

Elle permet d'optimiser le reconditionnement en améliorant la coordination, la souplesse et la force musculo-ligamentaire.

**Rééducation respiratoire** thoraco-abdominale pour optimiser la fonction ventilatoire.

**Rythme des séances** préconisé : 3 fois par semaine, à adapter individuellement selon l'atteinte cardiaque. Les études actuelles montrent l'intérêt d'une réadaptation **prolongée** (jusqu'à un an).

### Niveau d'effort

En théorie, travail entre 40% et 50% du pic de V02.

Il est difficile de déterminer une fréquence cible car ces patients insuffisants cardiaques ont une altération de la variabilité sinusale et aussi des traitements par bêtabloquants.

Le port d'un cardio-fréquence-mètre n'est pas recommandé car l'interprétation est trop difficile chez le sujet insuffisant cardiaque.

Les critères majeurs qui guident le niveau d'effort possible sont cliniques :

-la **dyspnée** : rester en dessous du seuil d'essoufflement (la dyspnée est repérable lorsque le patient a de la difficulté à répondre aux questions posées),

-la **fatigue**.

*Il existe les sessions de **rééducation cardiaques en SMR (HDJ ou hospitalisation), le suivi libéral par un kiné et le soutien des enseignants en activité physique adapté eAPA (notamment via le DAPAP isérois Prescri'bouge).***



#### **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/HCQ.000000000000102>

\* La réadaptation des insuffisants cardiaques est-elle possible à leur domicile ? Réalités cardiologiques janv 2005 n° 203 :45-8

\* Monpère et al. : Recommandations de la SFC concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte Arch Mal Cœur 2002 ; 95 :963-7 ou sur le site : [www.resic38.org](http://www.resic38.org)

Etude HF Action – JAMA 2009, Apr 8 ; 301 (14) : 1439-50

\* Clinical source organisation for heart failure (review) 2012, Issue 9

\* Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, 2011