

PROJET DE PRISE EN CHARGE AU LONG COURS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque est une maladie grave, au pronostic sombre.

Elle est invalidante pour le patient et son évolution est émaillée de réhospitalisations multiples.

La limitation de l'activité physique qu'elle entraîne est le plus souvent mal vécue par le patient et son entourage.

Coût élevé des réhospitalisations au plan de la santé publique.

La bonne adhésion au traitement médical et le respect des mesures hygiéno-diététiques sont essentiels pour améliorer le pronostic de la maladie et ▲les réhospitalisations et ainsi apporter un confort au patient au quotidien (on estime qu'avec une bonne adhésion à ces différentes mesures on pourrait▲de 35 à 45 % le nombre d'hospitalisation pour poussée d'I.C.)

De nombreuses études et enquêtes ont montré une très faible observance des patients.

Pour améliorer cette observance il faut donc impliquer activement le patient dans la prise en charge de sa maladie par une information et même une formation sur sa maladie et une éducation thérapeutique élargie à son entourage.

C'est pour cela que depuis quelques années de nouvelles techniques de prise en charge des patients I.C. se mettent en place dans le but de réaliser une prise en charge coordonnée avec suivi à long terme par des équipes spécialisées pluridisciplinaires, sous forme d'unités de traitement de l'I.C. organisées de préférence en réseau ville – Hôpital.

Quelques exemples existent déjà tels que les structures de Nantes et Pontoise qui nous paraissent intéressantes car ils s'intègrent dans une politique de développement de réseaux de soins partagés entre le centre spécialisé de prise en charge de l'I.C., le cardiologue libéral, le médecin traitant ; tous entourés d'acteurs paramédicaux apportant leur compétence dans les domaines des soins infirmiers, de l'éducation sanitaire, de la diététique, la thérapeutique médicamenteuse voire de l'aide sociale et du soutien psychologique.

Cette nouvelle modalité de prise en charge de l'I.C. est d'ailleurs fortement encouragée par les recommandations Internationales.

A l'heure actuelle il n'y a pas de données précisant le type, la technique, et le contenu de la formation utilisée pour éduquer les patients I.C.. La plupart des expériences se réfèrent à d'autres maladies chroniques tel que le diabète, l'asthme, le cancer...

Il nous a paru donc important d'améliorer la prise en charge de nos patients I.C. en mettant en place un protocole de suivi à long terme au sein du réseau.

La prise en charge s'effectuera au sein du réseau et de ce fait bénéficiera des structures et des moyens du réseau.

Nos objectifs visés :

- Formation des patients à l'I.C. par :
 - Médecin
 - I.D.E.
- Education thérapeutiques par :
 - I.D.E.
 - Diététicienne
- Evaluation des capacités physiques en vue de réadaptation par
 - Kinésithérapeute

Patients concernés : Objectif à terme

Tous patients Insuffisants Cardiaque Chronique

- I.C. systolique
- I.C. à fonction systolique préservée

Organisation de suivi

Chapitre 1I - Evaluation initiale

1 – L’I.D.E. spécialisée

- Evalue les habitudes de vie du patient lors d’un entretien
- Au préalable un questionnaire type aura été rempli par le patient, permettant d’apprécier ses connaissances sur sa pathologie

2 – La diététicienne

- Evalue les habitudes alimentaires et la motivation du patient pour améliorer son hygiène de vie
- Questionnaire

3 – Le Kinésithérapeute

- Evalue les capacités physiques du patient et lui explique l’intérêt de l’exercice physique pour améliorer la qualité de vie. Ce qui va contre les idées préconçues de la limitation d’effort physique chez l’insuffisant cardiaque

4 – Le médecin

- Evalue la demande du patient, sa motivation et son niveau de connaissance
- Questionnaire type à remplir lors de cet entretien initial
- Evalue l’état médical du patient [Interrogatoire, examen clinique et données des examens para-cliniques disponibles (E.C.G., Echographie, test de marche, taux de B.N.P.)].

A l’issue de cette évaluation l’équipe se réunit et élabore un objectif de formation pour ce patient

II – La formation proprement dite

En l'absence de contenu de formation type disponible nous nous sommes basés sur les recommandations de praticiens ayant déjà mis en place une structure de formation (Nantes, Pontoise)

Déroulement Sur des ½ journées consécutives où non, gérées par l'I.D.E. spécialisée.

- Formation de groupes de patients éventuellement accompagnés d'un proche.
- Mélanger patients anciens et nouveaux et les différents âges.

1 – 1^{ier} cours ou module de formation médical

Réalisé par le médecin en charge du centre, nous souhaitons le réaliser en entente cordiale avec le cardiologue de ville et le médecin traitant pour que cet entretien ne soit pas en lieu ni place du suivi habituel qui reste indispensable, et bien faire comprendre au patient qu'il s'agit d'une information de plus qui vient compléter ce qui ne peut-être fait lors d'une consultation En cela importance du réseau déjà mis en place

Il faut tout d'abord bien expliquer l'intérêt de ce programme d'éducation tant pour le patient qu'en matière de santé publique .

- ▲des re hospitalisations de 30% à 40%
- L'éducation permet d'améliorer le rapport coût / Efficacité de la prise en charge.

Rappel de quelques notions d'épidémiologie (Framingham, étude EPICAL , données du CREDES)

L'Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque est maintenant mieux connue en Europe et en France .

La prévalence de l'I.C. symptomatique dans la population générale en Europe varie de 0.4 à 2% . En France on l'estime à 1%.

- Age moyen de diagnostic initial = 70 ans
- Prévalence ▼de façon importante avec l'âge.
- Chez l'homme 8/1000 à 50 ans
 66/1000 à 80 ans

Description simple de l'I.C.

- Définition simple des principales fonctions du cœur. Elles sont de recevoir le sang veineux, de le délivrer aux poumons où il sera oxygéné et ensuite de pomper le sang oxygéné vers l'ensemble des tissus de l'organisme. Le cœur est donc une pompe.

L'insuffisance cardiaque survient lorsque ces fonctions sont perturbées.

L'insuffisance Cardiaque est définie comme l'incapacité du cœur à assurer dans des conditions normales le débit de sang nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes

L'insuffisance Cardiaque est la conséquence finale commune de toute les atteintes cardiaques importantes quelles soient du muscle cardiaque ou des valves cardiaques ou de l'enveloppe du cœur le péricarde.

- Le cœur peut devenir insuffisant :
 - Lorsqu'il fournit un travail excessif pendant une période prolongée(H.T.A., maladie des valves certaines maladies cardiaques congénitales)

- Où en raison d'une perte musculaire définitive (I.D.M. cardiomyopathie).
 - Où en raison d'une perte musculaire fonctionnelle (défaut de perfusion chronique du muscle cardiaque (Rétrécissement où occlusion sur les artères coronaires))
 - Il existe d'autres causes plus rares d'insuffisance cardiaque
 - Causes infectieuses où inflammatoires [virale, Toxiques (l'alcool, certains médicaments : chimiothérapie)] où infiltration du muscle cardiaque dans certaines maladies chroniques (diabète, maladies hématologiques.).
- Description simple des signes cliniques de l'insuffisance cardiaque et les signes annonciateurs d'une rechute d'I.C. tel que
- l'essoufflement croissant à la marche (4 stades N.Y.H.A.)
 - La nécessité de s'asseoir la nuit pour mieux respirer.
 - L'apparition d'œdèmes aux chevilles
 - Le suivi régulier de la courbe de poids en se pesant le matin vessie vide avant le petit déjeuner.(toute prise de poids brutale > à 2 kg en 1 à 3 jours doit alerter et faire appel au Médecin traitant pour revoir la diététique où le traitement afin d'éviter une hospitalisation).
- Expliquer pourquoi il y a une limitation de la capacité à l'effort et l'intérêt du reconditionnement à l'effort
- Elle est liée aux conséquences pulmonaires de l'insuffisance cardiaques
 - L▼chronique de la pression dans la circulation pulmonaire
 - Les besoins ventilatoires sont accrus chez l'I.C. pour un même niveau d'effort par rapport à un sujet normal.
 - La fatigue musculaire secondaire à la ▼ de la masse musculaire elle même secondaire au déconditionnement physique
 - La performance globale à l'effort peut-être mesurée par les échanges gazeux à l'effort.
C'est une épreuve d'effort cardio-respiratoire qui permet de calculer la VO2 max (=consommation max. d'oxygène) ou le pic de VO2 exprimé en ml/kg/min.
- Expliquer la base du traitement médicamenteux
L'intérêt des mesures hygiéno-diététiques qui fera l'objet d'une formation particulière par la diététicienne
L'intérêt de la réadaptation à l'effort (par le kiné)
- a) - Les mesures hygiéno-diététiques sont importantes et seront personnalisées adaptées au stade de l'I.C., à l'âge du patient, à son état physique à ses habitudes alimentaires et son mode de vie.
- Le régime désodé (ou hyposodé). Il demeure une prescription de base
 - Le régime sans sel strict est réservé en règle générale aux poussées aiguës et comporte moins de 2 g/j. de NaCl et donc essentiellement chez les patients en milieu hospitalier.
 - En dehors des poussées un apport de 2 à 3 g/j. de NaCl est tolérable sur le plan gustatif moyennant l'emploi des aromates.

- Il est important que l'apport sodé soit stable d'un jour à l'autre pour éviter des surcharges aiguës qui pourraient entraîner brutalement un O.A.P.
- Les autres mesures hygiéno-diététiques sont importantes/
 - La suppression de consommation d'alcool chez les Myocardiopathie dilatées
 - Réduction de l'obésité par un régime Hypocalorique. E.T.C....
- b) - Les bases du traitement médicamenteux
 - Les diurétiques : Médicament essentiel dans le traitement des diverses formes d'I.C.
 - l'élimination urinaire du sodium et de l'eau
 - Lutte contre la rétention hydrosodée et les oedèmes
 - Améliore la gêne fonctionnelle.

L'adaptation par le patient lui même, de la dose de diurétique en fonction des symptômes ou du poids est aujourd'hui fortement encouragée

- Les I.E.C. : Prescrits du fait de leur effet bénéfique sur la gêne fonctionnelle, la morbidité et la mortalité
Essentiels dans le traitement de l'I.C.
Ce sont des vasodilatateurs, ils baissent les pressions pulmonaires et les résistances artérielles et ainsi ➤ le volume d'éjection systolique et le débit cardiaque.
Améliore la qualité de vie, la performance à l'effort et la mortalité.
Sont prescrit en première intention dans toutes les formes d'I.C. quelque soit la cause dès que le patient est symptomatologique (I.C Stade III)
Dans les dysfonctions V.G. même asymptomatique après un I.D.M. avec F.E <40%
Les doses sont progressives pour tendre vers une dose d'entretien optimale.
- Les Bêtabloquants : Ils bloquent la stimulation excessive du système nerveux sympathique
Améliore la gêne fonctionnelle et réduit la mortalité
Associés au diurétiques et I.E.C. dose progressive du stade II au Stade IV
- Les autres traitements
 - Digitaliques
 - Antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II ARAII
 - Traitement anticoagulant et anti-agrégants plaquettaire
 - Les Antiarythmiques
- Les médicaments à utiliser avec précautions où à éviter :
 - A.I.N.S.
 - AA de classe I
 - Certains Anticalciques : Diltiazem, Vérapamil, Dihydropiridine de 1^{ère} génération
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Les corticostéroïdes
 - Le Lithium

- Stimulation Cardiaque multisite : où re synchronisation ventriculaire
 - Certaines formes de l'I.C.
 - Technique de traitement récent.

Accorder une place aux éventuels conseils :

- Relatifs aux voyages en altitude, en avion, dans les régions tropicales et humides
- Eviter les très hautes altitudes
- Préférer les voyages court en avion à de longs trajet avec d'autre moyens de transports.
- Chez les insuffisants cardiaques sévères les long voyages en avion peuvent entraîner déshydratation, œdème, thrombose veineuse profonde. Le patient doit être averti
- Les diurétiques et les vaso-dilatateurs doivent être adaptés lors des voyages dans les régions tropicales et humides du fait du risque d'hyponatrémie et de déshydratation.
- Relatifs à l'activité sexuelle, il est difficile de donner des recommandations précises, il s'agit d'apprécier le risque en fonction de la sévérité de la cardiopathie et aussi de savoir rassurer le patient et son partenaire. On estime que le risque est faible pour les patient en stade II et plus élevé au-delà.
- Relatifs aux vaccinations, il n'y a pas de données précises pour un bénéfice spécifique des vaccins chez les insuffisants cardiaque. Il faut conseiller le vaccin anti-grippal et le vaccin pneumococcique dans la mesure où ils diminuent le risque d'infection respiratoire et donc de décompensation cardiaque.

N.B.

Eviter de réaliser un cours magistral mais essayer de le rendre interactif avec beaucoup de place pour un échange Médecin – Patient qui répondra mieux aux attentes des patients

La durée des séances sera déterminée par les 1^{ères} séances de formation peut-être 2 à 3 heures(ex : 2h30 à Pontoise).

2 – Module de kinésithérapie

L'I.C. n'est plus une contre indication à l'exercice physique

Il convient de recommander à l'I.C. équilibré par le traitement de maintenir ses activités de la vie courante et de marcher régulièrement chaque jour.

Chez les personnes âgées il faut encourager le maintien de l'autonomie et même autoriser un élargissement des efforts physiques dans la mesure où ils n'entraînent pas de gêne fonctionnelle, le contrôle respiratoire et l'apprentissage du rythme respiratoire lent et profond sont capables d'élever la saturation en O₂ au repos et à l'effort, et améliorer la dyspnée.

Chez les sujets plus jeunes, une réadaptation programmée sous surveillance médicale peut-être envisagée

Prise en charge par le kiné en salle de gymnastique du centre de réadaptation.

Rappel du retentissement de l'I.C. sur les capacités physiques, le déconditionnement à l'effort

Puis exercice physique

Puis séances de relaxation.

L'exemple de Pontoise nous paraît intéressant

Exemple de protocole de ré-entraînement Physique.

Fréquence	Initialement	Séances courtes multiples 5' – 10' 3 à 5 fois/sem. 40 – 50% de Pic VO2 max
	Puis :	Accroître l'intensité et la durée d'exercice de 5' – 15' Pour ➤ progressivement à 50, 60, 70, voire 80% du pic VO2 max en environs 16 à 26 sem.
	Enfin	Avec une durée d'exercice en fin de stage de 30'
		Stage d'entretien pendant 6 mois

3 – Module diététique

Importance de l'évaluation initiale +++

Rappeler les règles hygiéno-diététiques de base en insistant en particulier sur le sel et l'eau.

Former le patient à savoir évaluer sa consommation en sel par des exemples pratiques

Intérêt d'une nouvelle séance après toute ré hospitalisation

4 – La prise en charge Infirmière.

L'I.D.E. spécialisée gère l'ensemble de la formation

- Évalue la demande et les besoins du patient
- Accompagne les patients au cours des différentes séances de formation
- Fait le lien entre les différents intervenants

Elle est donc au centre du dispositif et c'est elle qui coordonne tout et fixe en fin de formation un objectif personnel au patient

5 – Evaluation post formation

- Immédiate par questionnaire
- Puis à distance pour évaluer notamment le bénéfice à long terme fonctionnel et l'incidence sur les ré hospitalisations

Dans toute cette perspective de mise en place du centre d'éducation et de prise en charge de l'insuffisance cardiaque il est essentiel :

- D'assurer la formation des personnels par un prochain séjour à Pontoise.
- Des formations personnelles doivent être envisagées
 - Inscription à des D.U. centré sur l'éducation et/ou l'I.C.
 - Réunions régulières de l'équipe pour évaluer les contenus des formations, analyser les insuffisances éventuelles, les améliorations à apporter
 - Et aussi entretenir la dynamique de groupe.