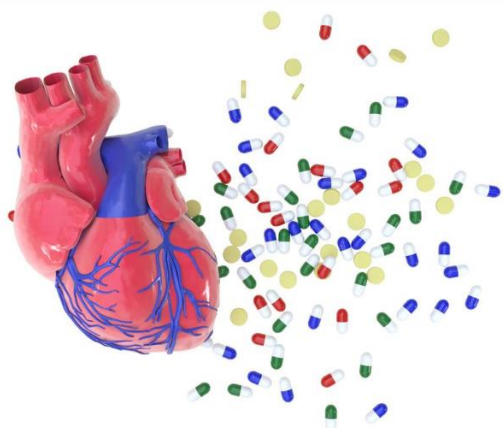




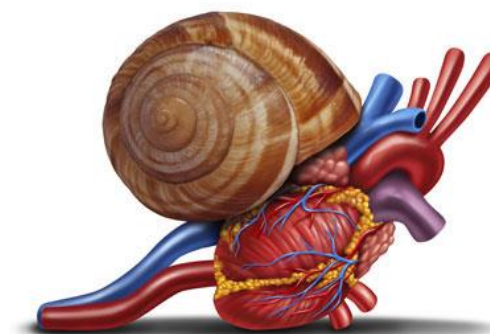
Et si on parlait d'insuffisance cardiaque et du lien ville-hôpital

L'insuffisance cardiaque en 2023

Des recommandations au parcours de soin



Emmanuelle Vermes
Service de Cardiologie
CHU Amiens



Insuffisance cardiaque: enjeu majeur de santé publique

1.5M de patients en France¹
soit 2,3% de la population adulte²

120.000
nouveaux cas chaque année³

70.000
décès chaque année^{4,5}



2,8 milliards € de dépenses annuelles^{1,6}
soit 1,37% du total des dépenses de santé¹

165.000
hospitalisations chaque année⁵



1^{ère} cause
d'hospitalisation des plus de 60 ans⁷

Reconnaître l'insuffisance cardiaque: les symptômes

Typiques

- **Dyspnée d'effort (NYHA)**
- **Orthopnée**
- Dyspnée paroxystique nocturne
- **Prise de poids (> 2 kg/sem)**
- **Œdèmes des chevilles**
- **Asthénie**
- Diminution de la tolérance à l'exercice



EPOF : Essoufflement, Prise de poids, Oedème, Fatigue

Reconnaître l'insuffisance cardiaque: les signes cliniques

Spécifiques

- **Turgescence jugulaire**
- **Reflux hépto-jugulaire**
- **Râles crépitants pulmonaires**
- **Oedèmes périphériques**
- **Hépatomégalie**
- 3^{ème} bruit (galop)
- Déplacement latéral du choc de la pointe
- Souffle cardiaque (IM fonctionnelle)

JOCH : **J**ugulaire turgescence, **O**edèmes, **C**répitants, **H**épatomégalie

Diagnostiquer précocement l'insuffisance cardiaque

En cas de suspicion
(en dehors d'un début aigu),

**apprécier
la probabilité
d'insuffisance cardiaque
en 5 étapes**

1. Interrogatoire : EPOF

- Atcd maladie coronarienne (IDM, revascularisation)
- Atcd HTA
- Exposition à médicaments cardiotoxiques, à radiothérapie
- Orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, bendopnée

2. Examen clinique : JOCH

- Crépitants
- Œdèmes des chevilles bilatéraux
- Souffle cardiaque
- Turgescence veine jugulaire
- Hépatomégalie

3. ECG : toute anomalie

↓ **≥ 1 présent**

4. Peptides natriurétiques

- **si sinusal** : NT-proBNP ≥ 125 pg/mL, BNP ≥ 35 pg/mL
- **si FA** : NT-proBNP > 365 pg/mL, BNP > 105 pg/mL

↓ **oui**

5. Echocardiographie

↓ **Anormale**

Tous absents

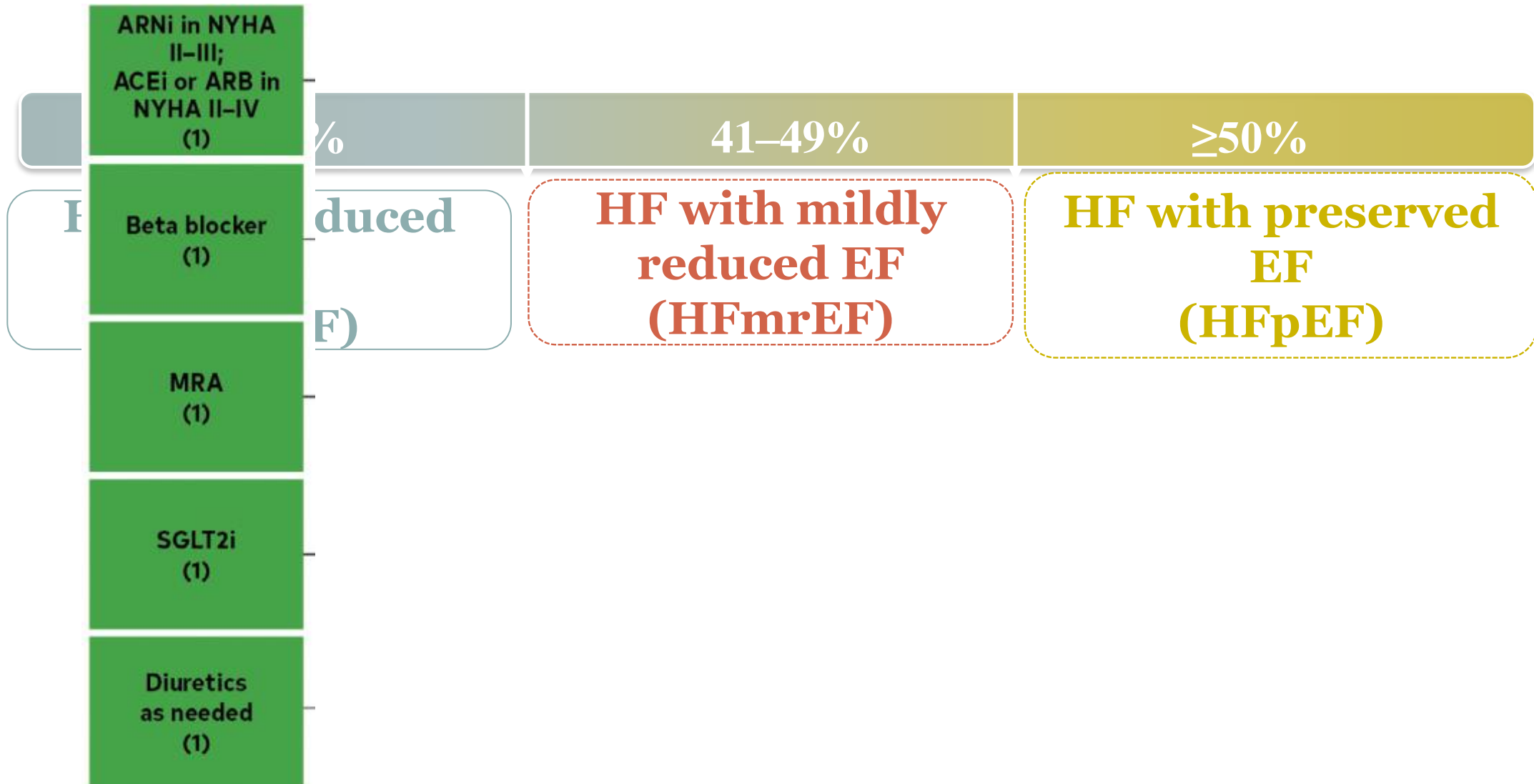
Non

Normale

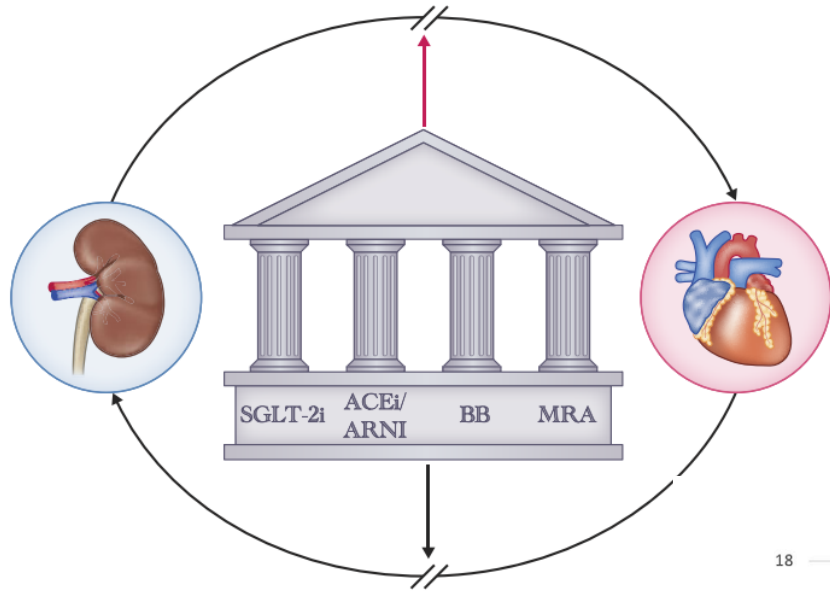
IC improbable :
rechercher d'autres
diagnostics

IC confirmée : déterminer **étiologie** pour débiter rapidement le traitement approprié

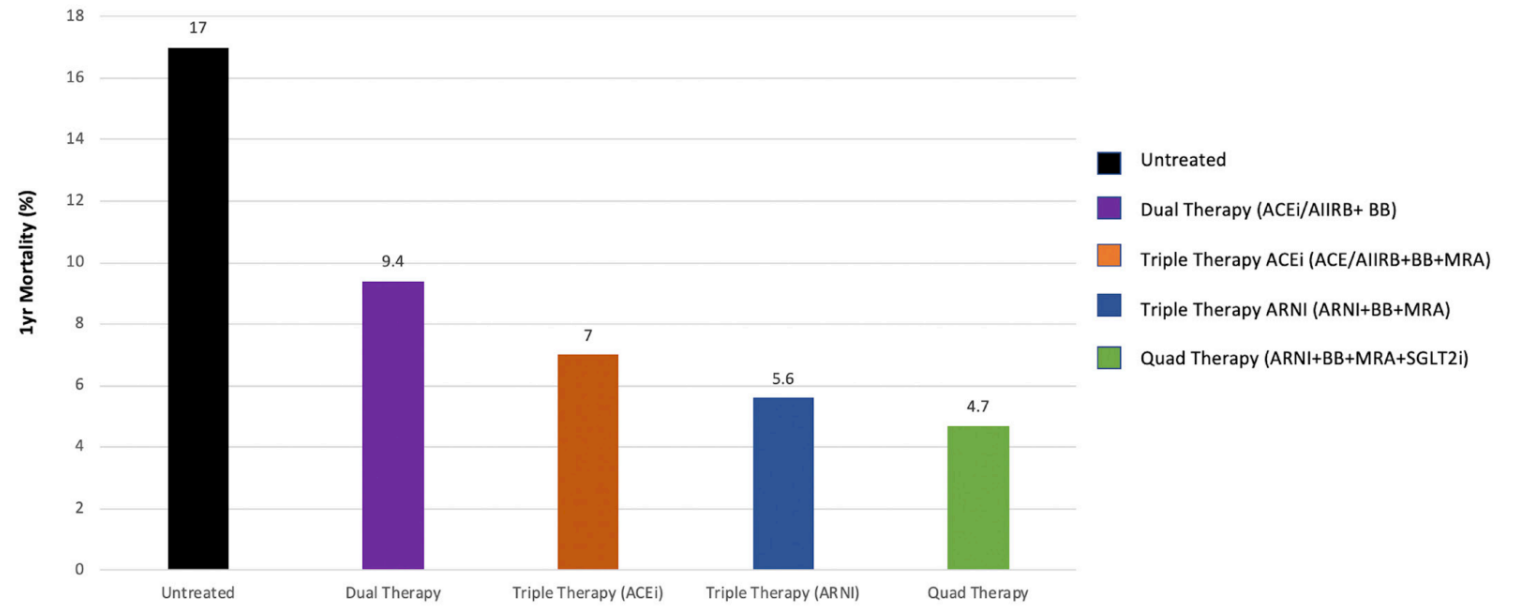
Diagnostiquer le type d'insuffisance cardiaque



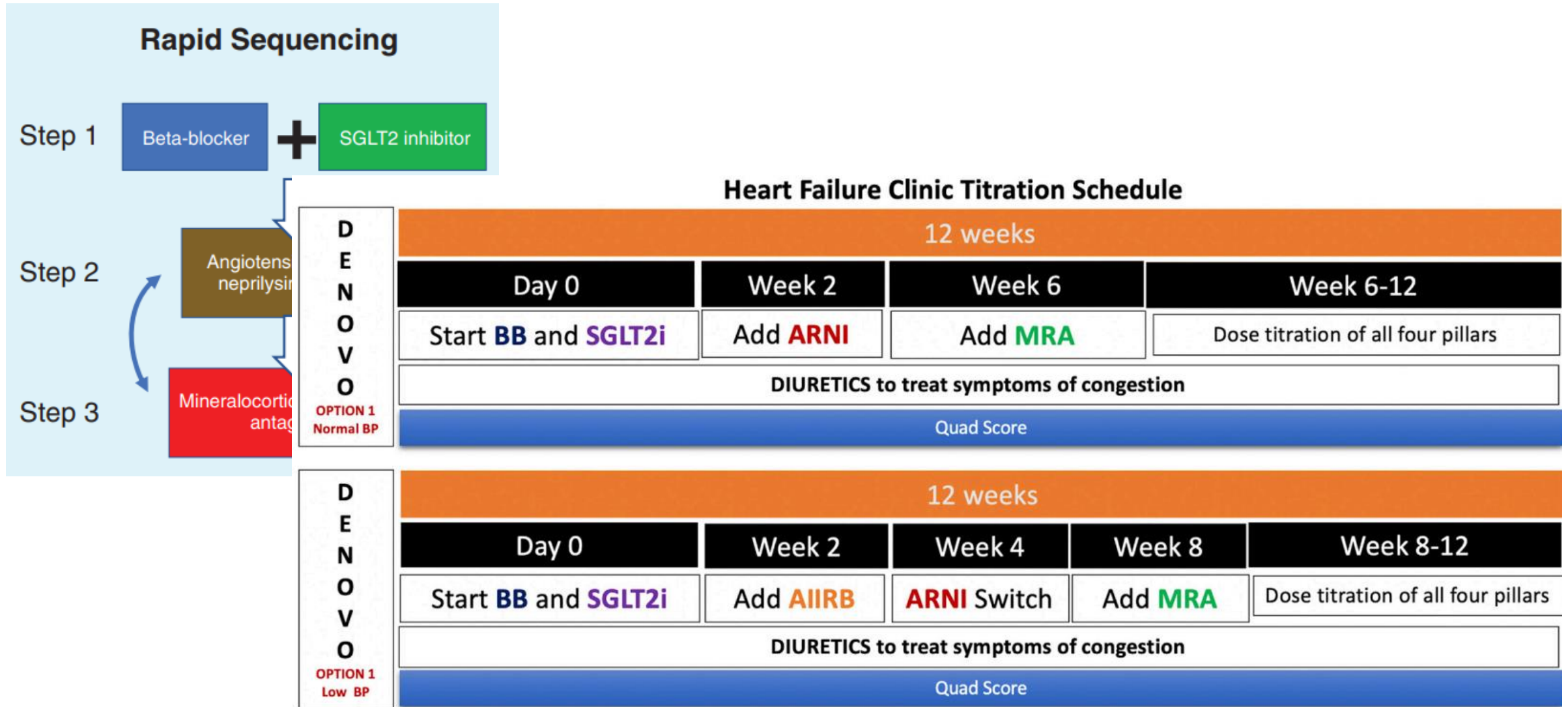
Les 4 piliers



Mortality Rate at 1 year for Additive Therapies for HFrEF



La quadrithérapie en pratique



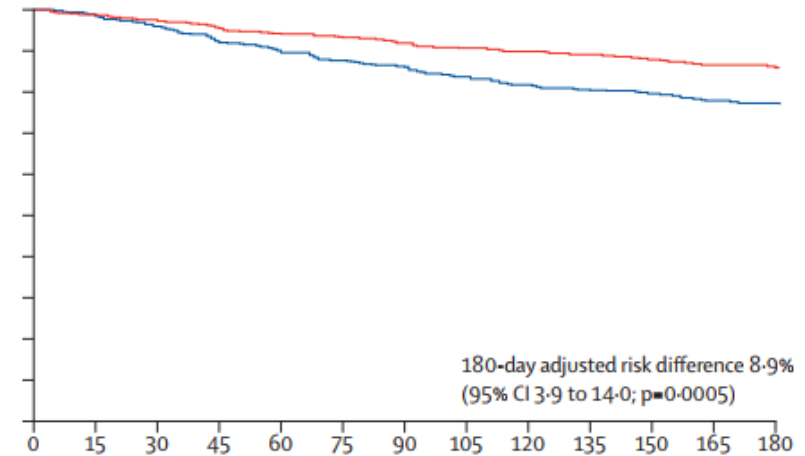
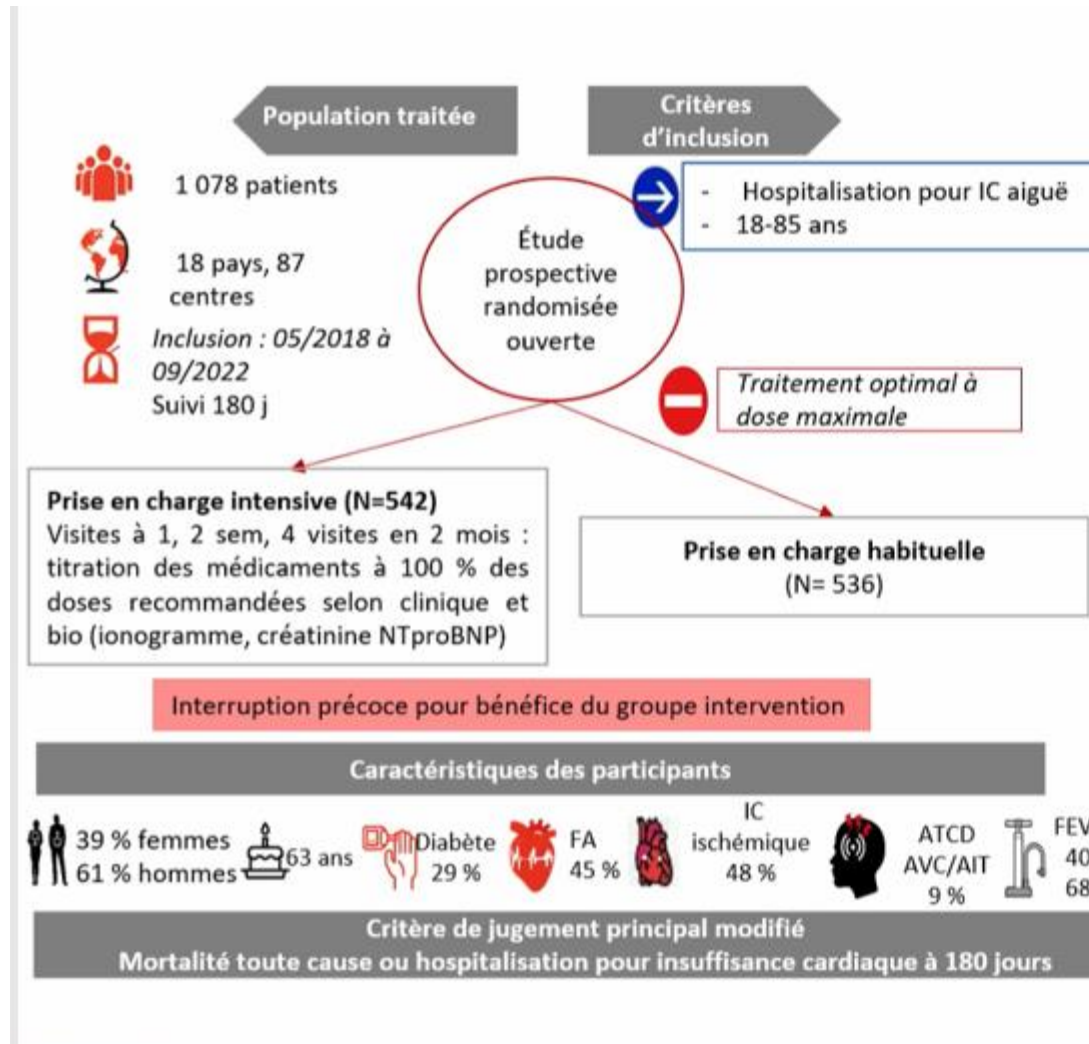
La quadrithérapie en pratique

Mise en place très rapide des 4 classes

- En quelques semaines en ambulatoire selon les profils patients, en quelques jours si hospitalisation
- **Quadrithérapie à faible dose plus efficace que mono ou bithérapie à forte dose¹**
 - Titration des posologies Sacubitril/Valsartan, Béta-bloquants, ARM
 - iSGLT2 10mg/j
 - Posologie des diurétiques de l'anse minima efficace
- Essai Strong HF 2022 : 1078 patients hospitalisés pour IC suivis pendant 180 jours
 - Quadrithérapie ajustée sur 15 jours et 4 consultations en 2 mois² versus traitement séquentiel classique
 - **-34 % décès / réhospitalisations dans les 6 mois** vs traitement habituel (p = 0.00021)

Optimisation rapide du traitement *en coopération avec le cardiologue et le médecin traitant*

Inertie thérapeutique Strong HF

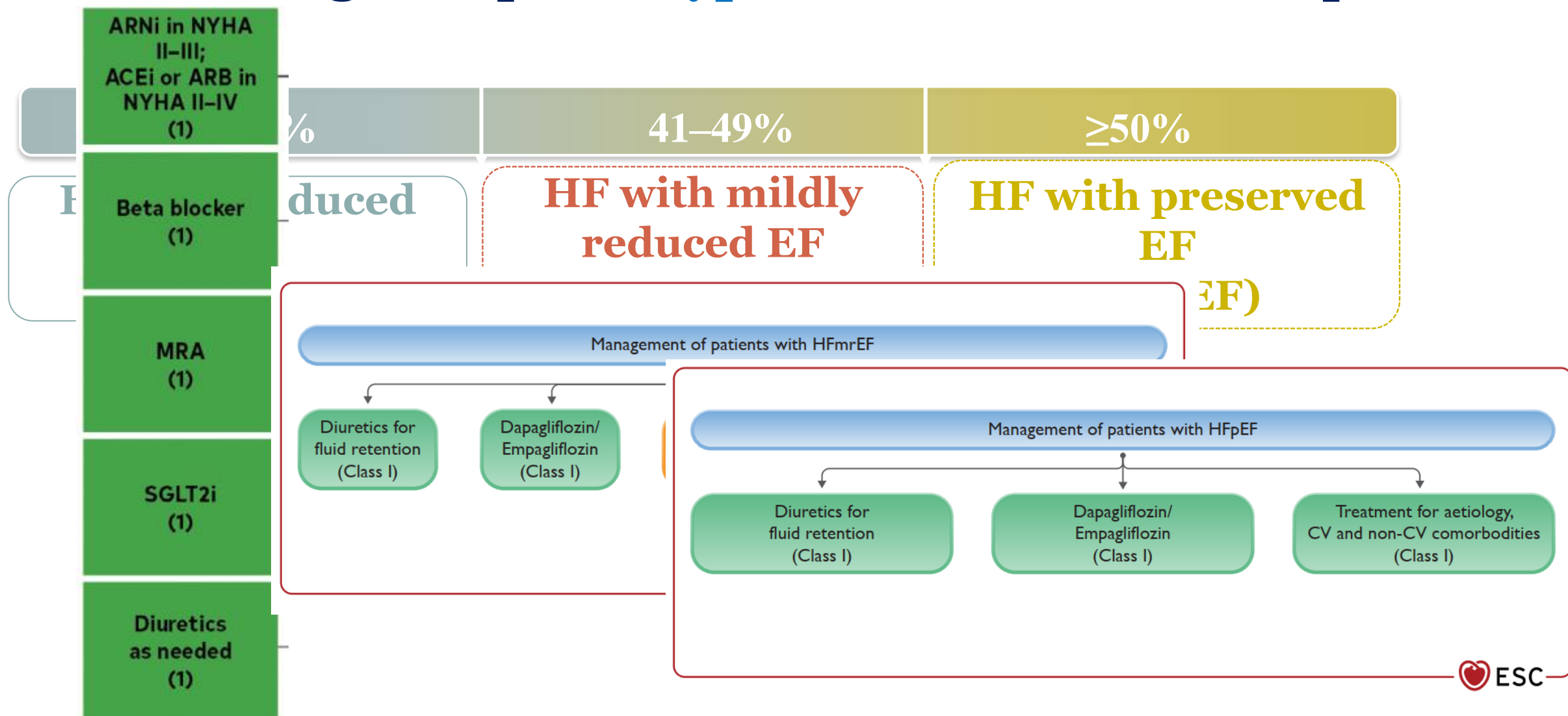


	(%) PEC intensive vs usuelle	
Décès ou hospit. IC	15.2 vs 23.3	0,66 (0,50-0,86)
Décès toute cause	8.5 vs 10.0	0,84 (0,56-1,26)
	TTT à 90 j : % ≥ 50 % cible	Valeur de P
IEC/ARA2	55 vs 11	<0.001
Bêta-bloquants	49 vs 4	<0.001
Antagonistes minéralo-corticoïdes	84 vs 46	<0.001
	Δ 9%	
NYHA III ou IV (%)	17 vs 26	<0.0001
Δ NT-proBNP (rapport à la valeur initiale)	0,44 vs 0,56	0.003

Lien hôpital-ville: Comment l'améliorer?

- – Optimisation **rapide** des traitements pour lutter contre **l'inertie thérapeutique**
- – Rôle du **cardiologue traitant** (CHU: cs dédiées ou libéral)
- – Rôle du **médecin généraliste**

Diagnostiquer le type d'insuffisance cardiaque



Modalités d'utilisation des iSGLT2

Chez qui les prescrire ?

- En stade NYHA II/III, quelle que soit la FEVG, DFG >20mL/min

Surveillance :

- Amélioration des symptômes, effets bénéfiques additifs avec ARNI
- Bonne tolérance clinique et biologique
- Baisse modérée et transitoire du DFG les premières semaines

Précautions d'emploi :

- Hydratation et Hygiène pour prévenir les **infections fongiques génitales et urinaires** (H > F)
- Chez patients DT2, baisser posologies médicaments insulino-sécréteurs (sulfamides, glinides)
 - Arrêt si hospitalisation aiguë non cardiaque ou si jeûne prolongé : risque acidocétose euglycémique
 - Pas chez patients DT1
- **Ne pas les interrompre** si DFG devient inférieur à 20mL/min lors du suivi chez les IRC

Traitement non médicamenteux

- **Mesures diététiques**

- Régime peu salé : 6 g/j
- Apport hydrique : 1.5 L, plus sévère si hyponatrémie

- **Activité physique d'endurance régulier**

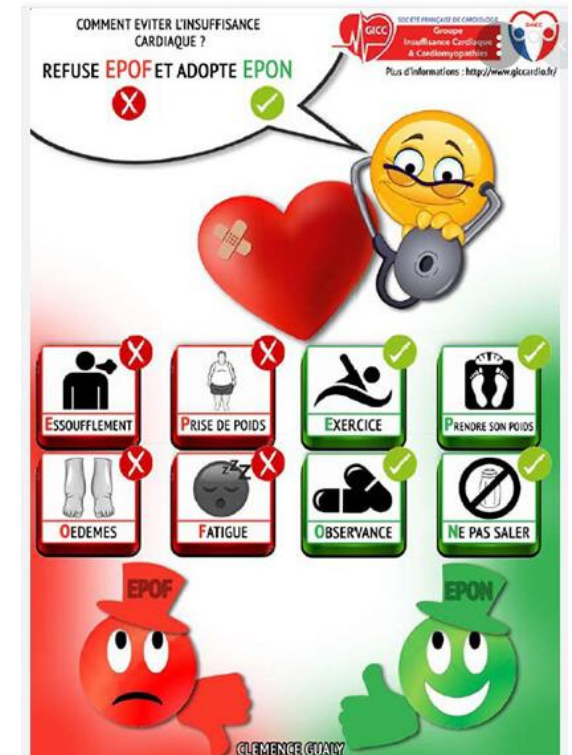
- **Exercice physique adapté** (sous-maximal), fractionné, progressif, au long cours
- Réentraînement si déconditionnement important

- **Éducation thérapeutique : impliquer le patient dans sa prise en charge**

- Participation **active** du patient à sa surveillance (poids)
- Observance thérapeutique

- **Vaccination anti-grippale (annuelle), anti-pneumococcique, anti-Covid-19**

- **Télésurveillance**



EPON : Exercice, Poids à surveiller, Observance, Ne pas saler

Définition de la télésurveillance

Permet à un professionnel **médical** d'interpréter **à distance** les données nécessaires au **suivi médical** d'un patient et, le cas échéant, de prendre des **décisions** relatives à sa prise en charge

Objectifs de la télésurveillance



PATIENTS

**AMELIORER LEUR
QUALITE DE VIE**



CARDIOLOGUES,
MEDECIN TRAITANT
ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

AMELIORER LE SUIVI DE LEURS PATIENTS



SOCIETE

**REDUIRE LES COUTS
DE SANTE LIES A CETTE
PATHOLOGIE**

De l'expérimentation au droit commun

ETAPES

- 2018-2021: Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé menée dans 5 pathologies dont l'IC.
- Cahier des charges défini par la HAS; 100% prise en charge pour le patient et rémunératrice pour le médecin télésurveillant

Entrée dans le droit commun depuis le 1er juillet 2023 🙌

Les critères d'éligibilité

NYHA II et + **avec** un taux de peptide élevé (BNP > 100 ou NT pro BNP > 1000)

OU

Hospitalisation dans les 12 derniers mois pour une poussée d'insuffisance cardiaque

De l'expérimentation au recommandations

Recommandations ESC

- La télésurveillance permettrait de réduire les hospitalisations pour décompensation cardiaque ou événement cardiovasculaire, et, avec un moindre niveau de preuve, de potentiellement réduire la mortalité (grade IIb, B) (1)

Recommandations for telemonitoring

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Non-invasive HTM may be considered for patients with HF in order to reduce the risk of recurrent CV and HF hospitalizations and CV death. ³⁷⁴	IIb	B

Lien hôpital-ville: Comment l'améliorer?

- – Renforcer l'éducation thérapeutique (IDE, ISPIC)
- – Favoriser l'activité physique (Réadaptation cardiaque, activité physique adaptée)
- – Télésurveillance ou PRADO IC

Suivi du patient IC

- **Suivi rapproché** à la sortie de l'hôpital
 - Puis régulier en fonction du stade
- **Savoir penser à la décompensation**
 - Aggravation des symptômes (œdèmes)
 - Prise de poids de 2 Kg en 5J
 - Augmentation de 30 % des PN
- **Valeurs d'alerte des peptides natriurétiques**
 - NT-proBNP > 1000 pg/mL
 - BNP > 250 pg/mL

Rôle du médecin traitant

Adressage

**Surveillance
biologique
Vaccinations
Titration?**

Coordination

Adressage

Ce qui vient de débiter

Expérimentation PIC²
Solution e santé sécurisée
Lettre d'adressage générée
Délais RDV raccourcis
Communication facilitée

PIC²

pic2.fr

Connexion sur Divomed

- 1. Récupérer données du patient depuis sa carte vitale**
- 2. Saisie du mode d'adressage**
- 3. Selection du cardiologue**
- 4. Ajout données complémentaire ou message**

Lettre d'adressage générée

https://www.youtube.com/watch?v=IU5iokrl_4I

Déjà 8 territoires en cours de déploiement

Une expérimentation pour renouveler **le parcours des patients insuffisants cardiaques**.

Une expérimentation à destination des **médecins généralistes, des endocrinologues, des gériatres, des cardiologues, libéraux et hospitaliers**.

Une expérimentation déjà déployée sur **8 territoires** : Aix-en-Provence, Lille, Marseille, Montauban, Nancy, Nantes, Nîmes, et Paris Val de Marne.



L'EXPÉRIMENTATION EN CHIFFRES

8

zones géographiques couvertes

134

médecins participants

7,7 jours

Délai moyen entre la demande et la date du rdv

vs

65,5 jours

délai moyen d'accès à un cardiologue en France¹

1. CNPCV. Livre Blanc: Enjeux et recommandations pour la cardiologie de demain. Oct 2022

Lien ville-hôpital: Comment l'améliorer?

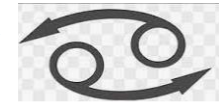
- – Adressage facilité (PIC2)
- – Référent hospitalier (médical et infirmier)

Prise en charge de l'IC au CHU d'Amiens

Ce qui a été mis en place

2 Référents médicaux
Dr Otilia Buicuic et Dr Emmanuelle Vermes

Infirmier (e) SPécialisé(e) en IC (ISPIC) depuis octobre 2023
Titration thérapeutique
Télésurveillance
Education thérapeutique
relation hôpital-ville



Unité fonctionnelle axée IC
11 lits dédiés

Consultations dédiées IC : diagnostic et titration

HDJ IC
Consultations : cardiologue, ISPIC, ETP, pharmacienne, diététicienne
EE Vo2
Cure fer inject

Le patient au centre du dispositif

Recherche **SAS**
Dr Basille, Dr Flament

Génétique
Dr Jobic, Dr Jedrazac

Rééducation **cardiaque**
Corbie

Contact **nephro**
Dr Fourdinier, Dr Caillard

Télésurveillance
Satelia



Consult **dédiées IC**
par les 2 référents
et l'ISPIC

Staff **pre greffe**
Avec CHU Lille et
Paris

Diététicienne,
addictologue,
psychologue
IDE

Correction **carence martiale**,
vaccinations grippe, anti
pneumococque
Internes et pharmacienne

Multidisciplinary interventions recommended for the management of chronic heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that HF patients are enrolled in a multidisciplinary HF management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ^{309,314,315,316}	I	A
Self-management strategies are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ³⁰⁹	I	A
Either home-based and/or clinic-based programmes improve outcomes and are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. ^{310,317}	I	A
Influenza and pneumococcal vaccinations should be considered in order to prevent HF hospitalizations. ^{315,316}	IIa	B

Numéros utiles

- Un numéro de telephone: 03 22 08 73 01 (Mme Karine renou)
- Adresse email: renou.karine@chu-amiens.fr
- ISPIC: Mr Gautier Lefranc
- Adresse email: Lefranc.gautier@chu-amiens.fr

Prise en charge de l'IC au CHU d'Amiens

**Infirmier (e) SPécialisé(e) en IC
(ISPIC)**

Titration thérapeutique

Télésurveillance

Education thérapeutique

relation hôpital-ville

