



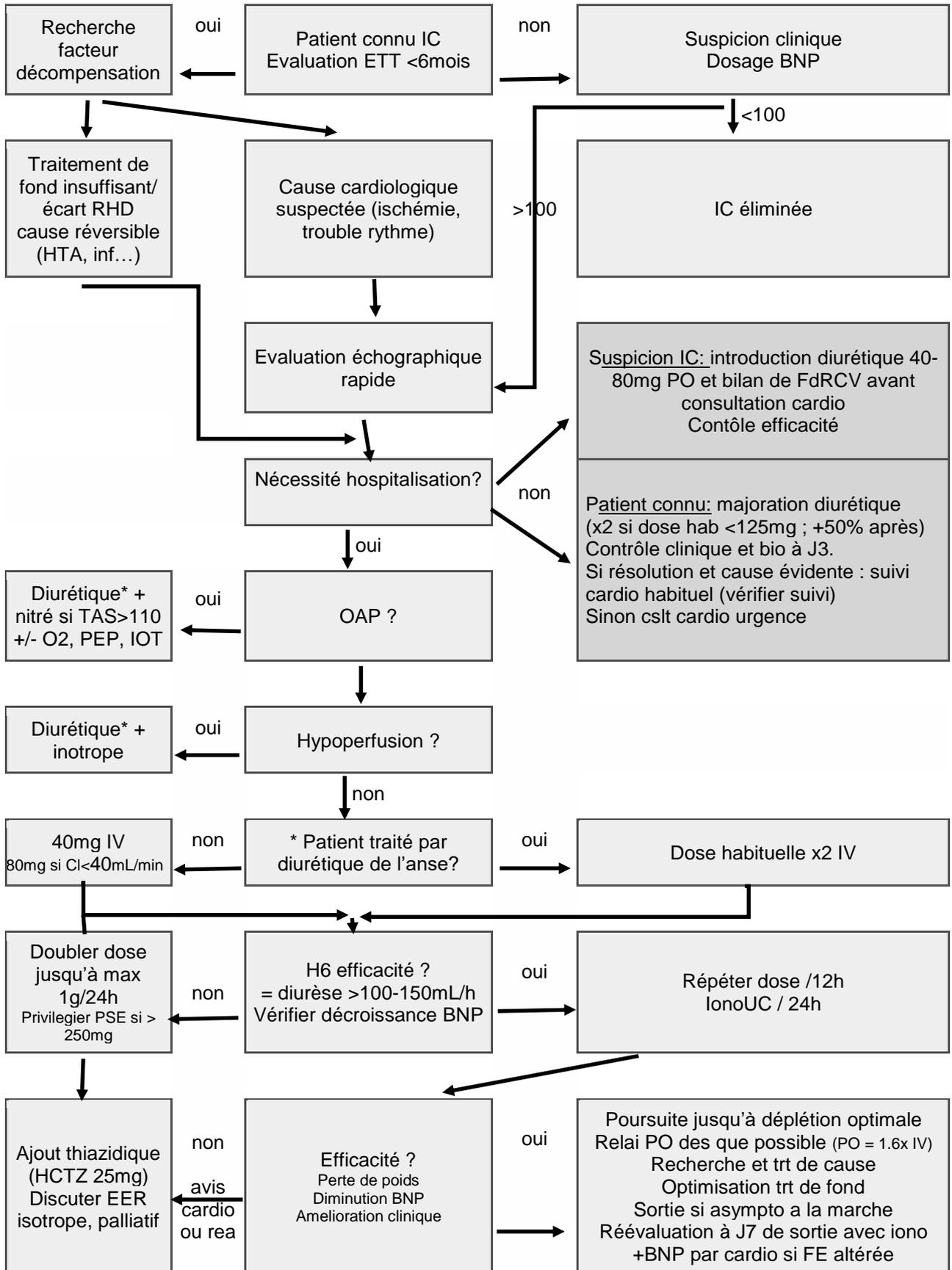
| Recommandations prise en charge de l'insuffisance cardiaque (quelle que soit FEVG) | | | | | |
|--|---|---|---|---|--------------------------|
| Surcharge volumique (signes congestifs, élévation BNP) | | | | | |
| Diurétique QSP euvolémie | | | | | |
| Introduction traitement de fond si FEVG <40% (1A) FEVG<50% (2bC) Diminution mortalité, hospitalisation, symptômes | | | | | |
| IEC / ARA2 / Entresto | | Bêtabloquant | | Minéralocorticoïde | |
| ISGLT2 | | | | | |
| Systematique : recherche des étiologies et traitement comorbidités | | | | | |
| TA>14 Diabete Tabac SAS FdRCV | Psychosocial Travail Conduite | Anémie : Veinofer si FE<45% + Ferritine <100 ou CST<20% | Trouble du rythme, FC >70bpm | Cause: angor valvulopathie amylose... | Vaccination |
| Règles hygiéno-diététiques et éducation | | | | | |
| Régime hyposodé | Contrôle apport hydrique | 30 min activité x3/ sem | Rééducation cardiaque | Compréhension maladie, traitement, symptômes, signes d'alertes et CAT | |
| Après 3 mois de traitement optimal : implantation stimulateur | | | | | |
| DAI si FEVG < 35% + NYHA 2-3 + esp vie>1an | | | PM3 si FEVG <35% + QRS > 130ms + NYHA 2-3 | | |
| Si symptomatique après optimisation traitement classe II | | | | | |
| Ivabradine RSR > 70bpm | Digoxine !!!! pas de dosage possible | Vericiguat | Hydralazine +isosorbide dinitrate | Omecamtiv mecarbil | ferric carboxymaltose |
| IC réfractaire | | | | | |
| Transplantation | | Lifesupport | | Soins palliatifs | |

Un protocole ne se soustrait pas au bon sens

Adaptation fonction clairance : vidal ou <http://sitegpr.com/fr/>

Adaptation allaitement ou grossesse : <https://www.lecrat.fr/>

Décompensation aiguë



| Management IEC | | | |
|--|--|---|--|
| Pourquoi, pour qui | | | |
| Réduction symptômes, de la mortalité, des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie | | | |
| Tout patient avec FEVG < 45% ou autre comorbidité (HTA, diabète, IRC..) | | | |
| Contre-indication | | | |
| Grossesse | Sténose bilatérale artères rénales | Allergie, antécédent angioedeme (CI aussi ARA2) | |
| Prudence, sans contre indication | | | |
| K+>5mmol/L | Clairance <30mL/min | TA<90mmHg | Interaction (AINS, hyperK) |
| Quand | | | |
| Dès que possible, hors bas débit, hors créatinine en hausse (#haute) | | | |
| Comment | | | |
| Démarrer petite dose | Double /2sem (48h en H) | 1ono contrôle 15j après puis 4/an | Cible dose max |
| Problème fréquent | | | |
| TA basse si peu sympto : RAS Arrêt vasodilatateur 1er Arrêt diurétique hors congestion | Hyper K Tolérée <5,5 Rechercher autre trt hyperK Excès: réduire dose 1/2 | Toux La toux est un SC de congestion Changement pour ARA2 si gênant+++ | IRA Si créat X 2 : surveillance Si créat > X2 : arrêt ! autre nephrotox ! bas débit (BB), hypovolemie, AINS |
| Molécule et dose | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose départ</i> | <i>Dose max</i> |
| captopril | oui | 6,25 x 3/j | 50 x 3/j |
| enalapril | oui allaitement ok | 2,5x 2/j | 20x 2/j |
| lisinopril | | 2,5x 1/j | 35x 1/j |
| ramipril | chm non/ anjouan oui | 2,5x 1/j | 10x 1/j |
| trandolapril | | 0,5x 1/j | 4x 1/j |
| perindopril | oui | 2x 1/j | 8x 1/j |
| 2 ARA | | | |
| candesartan | | 4x 1/j | 32 x 1/j |
| losartan | | 50x 1/j | 150 x 1/j |
| valsartan | oui | 40 x 2/j | 160 x 2/j |
| telmisartan | | 40 x 1/J | 80 x 1/j |

| Management valsartan sacubitril | | | |
|--|--|---|---|
| Pourquoi, pour qui | | | |
| Réduction symptômes, de la mortalité, des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie Tout patient avec FEVG < 40% après échec IEC (1B) ou première intention (2bB) | | | |
| Contre indication | | | |
| Grossesse | Sténose bilatérale artères rénales | Allergie, angioedème (CI aussi ARA2) | Clairance < 30 HypoTA < 90 sympto |
| Prudence, sans contre indication | | | |
| K ⁺ >5mmol/L | Interaction (AINS, hyperK) | | Coût+++ seulement ALD |
| Quand | | | |
| Dès que possible, hors bas débit, créatinine en hausse (#haute) Si remplacement IEC/ARA2 : début 36h après arrêt | | | |
| Comment | | | |
| Démarrer petite dose | Double /2sem (48h en H) | 1 ^{er} contrôle 15j après puis 1/mois | Cible dose max |
| Probleme frequent | | | |
| TA basse Si peu sympto : RAS Arrêt vasodilatateur 1 ^{er} Arrêt diurétique hors congestion | hyper K Tolérance <5,5 Rechercher autre trt hyperK Excès: réduire dose 1/2 | Toux La toux est un SC de congestion Changement pour ARA2 si gênant+++ | IRA Si créat X2 : surveillance Si créat > X2 : arrêt ! autre néphrotox ! bas débit (BB), hypovolémie, AINS |
| Molécule et dose | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose départ</i> | <i>Dose max</i> |
| sacubitril/valsartan | NON | 24/26 x 2/j | 97/103 x 2/j |

| Management bêtabloquant | | | | | |
|--|--|---|--|---|------------------------------|
| Pourquoi, pour qui | | | | | |
| Réduction symptômes, de la mortalité, des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie Tout patient avec FEVG < 40% ou autre comorbidité (angor, trouble rythme) | | | | | |
| Contre indication | | | | | |
| BAV 2-3 sans PM | | ischémie critique MI | | asthme non contrôlé | allergie |
| Prudence, sans contre indication | | | | | |
| IC décompensé | FC < 50bpm | TA < 90mmHg + congestion | Intéraction (bradycardisant) | Diabète préférer cardioselectif | BPCO préférer cardioselectif |
| Quand | | | | | |
| Patient stable+++ (effet inotrope -) Eviter double introduction IEC/ BB chez patient grave | | | | | |
| Comment | | | | | |
| Démarrer petite dose | Double /2sem (48h en H) | Contrôle constantes 15j après | | Cible dose max ou FC < 60 | |
| Problème fréquent | | | | | |
| Décompensation IC si peu sympto : majoration diurétique Sévère: baisse ou arrêt, reprise après nitration IEC | Brady <50bpm baisse autre bradycardisant baisse si symptomatique verifier ECG | TA basse si peu sympto : RAS arrêt vasodilatateur 1er, arrêt diurétique hors congestion | Impuissance chercher autre médicament (aldactone, hydrochlorothiazide) préférer nebivolol | Bronchospasme sélection des patient a risque: introduction en H cardioselectif effet plutôt bénéfique a long terme | |
| Molécule et dose | | | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose depart</i> | <i>Dose max</i> | <i>Cardioselectif</i> | |
| bisoprolol | oui | 1,25 x 1/j | 10 x 1/j | oui | |
| carvedilol | non | 3,125 x 2/j | 50x 2/j | non | |
| metoprolol | | 1,25x 1/j | 200x 1/j | oui | |
| nebivolol | non | 1,25x 1/j | 10x 1/j | oui | |

| Management minéralocorticoïde | | | |
|---|---|---|-----------------|
| Pourquoi, pour qui | | | |
| Réduction symptômes, de la mortalité, des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie Tout patient avec FEVG < 40% ou autre indication (HTA) | | | |
| Contre indication | | | |
| Grossesse | Allergie | Insuffisance rénale ou hépatique sévère | |
| Prudence, sans contre indication | | | |
| K>5mmol/L | Clairance <30mL/min | Interaction (AINS, hyperK) | |
| Quand | | | |
| Dès que possible, hors bas débit, créatinine en hausse (#haute), hyperK | | | |
| Comment | | | |
| Démarrer petite dose | Double /4-8 sem (48h en H) | 1ono contrôle 7j et 30j après puis 4/an | Cible dose max |
| Problème fréquent | | | |
| Hyper K, IR - K>5,5 et/ou Cl <30 : baisse 1/2, rechercher autre trt hyperK - K>6 et/ou Cl < 20 : arrêt | Gynécomastie/ impuissance Proposer switch pour eplerenone | Cout eplerenone seulement ALD | |
| Molécule et dose | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose départ</i> | <i>Dose max</i> |
| eplerenone | non | 25 x 1j | 50 x 1/j |
| spironolactone | oui | 25 x 1j | 50 x 1/j |

| Management inhibiteur SGLT2 | | | |
|--|---|--|---|
| Pourquoi, pour qui | | | |
| Réduction symptômes, de la mortalité, des hospitalisations, amélioration de la qualité de vie Tout patient avec FEVG < 40% OU autre indication (diabète, clairance <60, protéinurie) | | | |
| Contre indication | | | |
| Grossesse | Allergie | Clairance <20 (empa) Clairance < 25 (dapa) | HypoTA symptomatique |
| Prudence, sans contre indication | | | |
| Diabete T1 (acidocétose) | Mycose urogénitale | Intéraction (hypoglycémiant, diurétique) | |
| Quand | | | |
| Dès que possible | | | |
| Comment | | | |
| Dose unique, pas de titration | Diurétique et ADO: adaptation dose | Surveillance IC habituelle | |
| Problème fréquent | | | |
| Mycose urogénitale | Hypoglycémie adaptation trt hypoglycémiant | Déshydratation adaptation dose diurétique | Non dispo CHM seulement ALD 39€/mois |
| Molécule et dose | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose départ</i> | <i>Dose max</i> |
| dapagliflozin | non | 10 x 1j | 10 x 1j |
| empagliflozin | non | 10 x 1j | 10 x 1j |

| Management diurétique | | | |
|--|---|--|---|
| Pourquoi, pour qui | | | |
| Réduction symptômes congestion Tout patient congestif quelque soit sa FEVG | | | |
| Contre indication | | | |
| Allergie | Déshydratation (non indication) | | |
| Prudence, sans contre indication | | | |
| K<3,5mmol/L | Clairance <30mL/min | TA<90mmHg | interaction (AINS, hyperK) |
| Quand | | | |
| Si congestion, cible euvoémie | | | |
| Comment | | | |
| Vérifier iono, creat | Démarrer diurétique anse petite dose | Contrôle efficacité Majorer si insuffisant Voire associer thiaz phase aigue | Cible dose minimum pour euvoémie |
| Problème fréquent | | | |
| TA basse - si peu sympto : RAS - Arrêt vasodilatateur 1er - Arrêt diurétique hors congestion UNIQUEMENT | Hypo K/Mg Majorer trt hyperK (IEC, minéralocorticoïde) Supplémentation | HypoNa/ IRA - <u>deshydrat°</u> : arrêt - <u>surcharge</u> : augmentation anse, restriction, envisager EER, isotrope | Hyperuricémie - <u>Aigue</u> : colchicine - <u>Chronique</u> : allopurinol |
| Molécule et dose | | | |
| <i>Nom</i> | <i>Disponible CHM</i> | <i>Dose départ</i> | <i>Dose max</i> |
| Diurétique de l'anse | | | |
| furosemide | oui | 40 x 1/j | 500 x 1/j |
| bumetanide | | 0,5x 1/j | 5x 1/j |
| torasemide | | 5x 1/j | 20x 1/j |
| Thiazidique et apparenté | | | |
| indapamide | oui | 1,25x 1/j | 5x 1/j |
| hydrochlororothiazide | | 12,5x 1/j | 100 x 1/j |