



25/03/2022

# Faciliter l'adressage des patients en ambulatoire

Travail collaboratif des CNP de cardiologie et de Médecine générale

Dr Julie Chastang, Champigny-sur-Marne,  
Sorbonne Université Paris  
Dr Marc Villaceque, Nîmes

# Liens d'intérêts

- Dr Julie Chastang
  - Aucun liens d'intérêt à déclarer
- Dr Marc Villaceque
  - Consultant ou intervenant occasionnel:
    - AstraZeneca, BMS-Pfizer, Novartis, Sanofi
  - Pas de conflit d'intérêts pour cette présentation

# Encore des chiffres.....

- Insuffisance cardiaque
  - Suite au vieillissement de la population, l'incidence IC augmente de 25% tous les 4 ans
- Baisse des effectifs des cardiologues
  - de 6388 en 2021 à 5758 en 2027
  - retour aux effectifs de 2021 en 2034
- Prise en charge
  - seulement 1 patient sur 2 insuffisant cardiaque est vu tous les ans par le cardiologue
  - taux de rehospitalisations supérieur au taux de l'OCDE.

# La vie de Marc, cardiologue de cabinet

- Délai moyen 110 jours en France
  - Rajout au moins un patient par jour
- Maladies cardio-vasculaires augmentent de 3,5% par an
- Secrétariat sous tension : patients et gestion ambulatoire
- Relation avec médecin généraliste
  - Appel des patients et non des médecins
  - 2 vitesses avec mon portable
- Restructuration : travail aidé, coordination

# La vie de Julie, médecin généraliste en CMS

- Une demande croissante
- Un nombre moyen de motifs croissants (4 chez un patient de plus de 60 ans en moyenne)
- Exercice de la médecine générale dans un ZFU
- L'accès aux cardiologues difficile
  - Coûts pour les patients du secteur 2
  - Difficultés à la prise de rdv
  - Hôpital injoignable, surchargé, délais de rdv > 1 ans

>>RENONCEMENT AUX SOINS/ EPUISEMENT PROFESSIONNEL

>>CHERCHER UNE SOLUTION ENSEMBLE

# Recommandations

- Reco ESC de 2021: 100 pages, 1000 références
  - 20 lignes sur les médecins généralistes : peu d'études, suivi pour optimisation traitement, détection aggravation asymptomatique et suivre les co-morbidités
  - 40 lignes télésurveillance
  - Travail multidisciplinaire, en équipe
  - Hospitalisation associé à infirmière à domicile mieux que suivi traditionnel
- Reco STSS 21



# Insuffisance cardiaque chronique (ICC)

(après avis de la HAS du 20/01/2022)

## Points clés du suivi d'un patient atteint d'ICC

### ➤ Diagnostic et évaluation initiale de l'insuffisance cardiaque chronique

Aucun signe ou symptôme isolé ne permet d'établir le diagnostic. Les constatations cliniques doivent conduire à la prescription du dosage des peptides natriurétiques et d'une échocardiographie Doppler qui confirmera ou non le diagnostic. La coopération entre soins primaires et soins spécialisés est fondamentale dès cette étape.

- Penser à l'ICC devant des symptômes tels que :
  - Essoufflement au repos ou à l'effort, orthopnée, toux nocturne, fatigue, difficultés à réaliser les activités quotidiennes ou signes non spécifiques chez la personne âgée (asthénie, confusion, chutes...etc.)  
→ Dosage du BNP ou NTproBNP
- Consultation cardiologique : ECG (si non fait chez le MG) et échocardiographie Doppler
  - Confirme ou non le diagnostic
  - Distingue IC à fraction d'éjection altérée (FEVG < 40%) ou à IC à fraction d'éjection préservée (FEVG ≥ 50%) avec zone grise entre 40 et 49%
- Définir le stade fonctionnel NYHA
  - Stade I : Pas de symptômes ni de limitation de l'activité physique ordinaire
  - Stade II : Limitation modeste de l'activité physique, à l'aise au repos mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée
  - Stade III : Réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos mais une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et signes objectifs de dysfonction cardiaque
  - Stade IV : Limitation sévère : impossibilité de poursuivre une activité physique sans inconfort. Symptômes présents au repos et majoration de l'inconfort à l'activité physique.
- Recherche de critères de mauvais pronostic (grand âge, cardiopathie ischémique, épisode d'arrêt cardiaque ressuscité, hypotension, NYHA III ou IV, QRS élargis, arythmies ventriculaires complexes, hyponatrémie < 135 mmol/L, DFG < 30 mL/min, FEVG < 30%)
- Recherche d'une cardiopathie sous-jacente
- Recherche de facteurs aggravants et de comorbidités (notamment FA, pathologie pulmonaire ou rénale, carence martiale, syndrome dépressif, anémie...etc.)
- Evaluation des besoins du patient avec évaluation gériatrique si nécessaire, repérage de troubles cognitifs
- Annonce diagnostique

## ➤ Traitement

- Implication et accompagnement du patient, **ETP avec développement des capacités et compétences d'autogestion par le patient**
- Eviter l'automédication et les interactions médicamenteuses
- Traitement non pharmacologique :
  - Activité physique adaptée et régulière
  - Habitudes alimentaires : Conseils diététiques, régime méditerranéen, restriction sodée modérée, contrôle des facteurs de risque CV, suppression de l'alcool
  - **Réadaptation cardiaque** si besoin pour les patients restant actifs : les critères d'âge ou de type d'IC (FEVG altérée ou préservée) ne doivent pas constituer une limite à un adressage en réadaptation cardiaque
- Traitement d'une cardiopathie sous-jacente : cardiopathie ischémique et revascularisation, valvulopathie, troubles rythme/conduction, amylose, cardiomyopathies génétiques ...
- Traitement des comorbidités : FDR CV, FA, BPCO, SAOS, diabète, insuffisance rénale, carence martiale, dénutrition, dépression...etc.
- Traitement pharmacologique de l'IC :
  - Quel que soit la valeur de la FE :
    - Si signes de rétention hydrosodée : diurétiques de l'anse *jusqu'à régression des symptômes puis dose minimale efficace*
  - En cas d'IC à FE altérée : traitement de base (*vérification de l'adéquation des traitements avec les recommandations en vigueur*) :
    - IEC (ou ARA II si CI ou intolérance aux IEC) + Bêta-bloquants : titration progressive après avis du cardiologue si besoin et surveillance clinique (FC et PA) et biologique (iono et DFG)
    - Si persistance d'une dyspnée NYHA  $\geq 2$  : adaptation thérapeutique après expertise cardiologique
  - En cas d'IC à FE préservée : pas de traitement spécifique de l'IC en dehors de la cause et des comorbidités
- **Vaccination antigrippale, antipneumococcique** et anti-SARS CoV2
- Soins palliatifs, en particulier pour les décisions de limitation de soins, à la demande du MG

## ➤ Prévention des épisodes de décompensation

- **Apprentissage de l'autosurveillance** : poids, fréquence cardiaque, essoufflement, œdème des membres inférieurs
- **Signes d'alerte** devant conduire à une consultation rapide ou urgente :
  - Prise de poids  $\geq 2$  kg en quelques jours, majoration de la dyspnée, FC rapide ou irrégulière
  - Dosage du BNP ou NTproBNP en cas de doute sur une décompensation
- Éléments orientant le MG ou le cardiologue de ville vers une hospitalisation : cf. ci-dessous
- A la sortie, lettre au MG remise au patient pour consultation à J14

### Éléments en faveur d'une hospitalisation

#### •Sévérité clinique :

- Augmentation marquée des symptômes (dyspnée) ou dégradation majeure par rapport à l'état de base (cyanose, œdèmes des membres inférieurs, signes de bas débit)
- Exacerbations fréquentes ou épisode récent d'évolution défavorable
- Tachycardie irrégulière (fibrillation atriale) ;
- Bradycardie  $< 50$  /min mal tolérée ou BAV de haut degré
- Hypotension artérielle mal tolérée ;
- Angor associé d'apparition récente ou aggravé

#### •Sévérité biologique :

- Hyponatrémie sévère
- Hyperkaliémie menaçante
- Anémie sévère
- Insuffisance rénale d'aggravation progressive
- Cytolyse hépatique

#### •Comorbidités sévères :

- Valvulopathie sévère associée, autres pathologies rendant le maintien à domicile impossible ;
- Patient isolé, aides à domicile insuffisantes



## Suivi du patient IC (FE altérée et FE préservée), quel que soit l'âge du patient

Insuffisance cardiaque stable

**NYHA I-II**

Insuffisance cardiaque traitée  
Pas de décompensation > 1 an

Insuffisance cardiaque à risque modéré de décompensation

**NYHA II-III**

Aggravation progressive sous traitement/escalade thérapeutique  
± Insuffisance rénale  
± Atteinte valvulaire  
± Hypotension

Insuffisance cardiaque à risque élevé de décompensation

**NYHA IV**

Hospitalisation récente, admission aux urgences pour Insuffisance cardiaque  
Fibrillation atriale rapide mal tolérée  
Insuffisance rénale sévère  
Atteinte valvulaire sévère  
≥ 2 hospitalisations pour IC dans l'année  
Aggravation rapide de l'IC

Insuffisance cardiaque terminale

IC réfractaire au traitement  
Dispositif d'assistance ventriculaire  
Attente de transplantation

Visite MG dans les 14 jours après une hospitalisation

Visite MG dans les 24-48h après une hospitalisation

Fréquence suivi MG



IC à FE altérée et à FE préservée:  
- min 2 fois/an si NYHA I  
- min 4 fois/an si NYHA II

IC à FE altérée et à FE préservée  
- min 4 fois/an NYHA II  
- 4 à 12 fois si NYHA III

IC à FE altérée et à FE préservée  
4 à 12 fois/an

Coordination communication

Coordination mixte ville/hôpital

Implication des autres professionnels hospitaliers et ambulatoires dans la PEC : gériatre, IPA, IDE, pharmacien, kiné...etc.

HAD – Soins palliatifs

Fréquence suivi cardio



IC à FE altérée :  
- min 1 fois/an NYHA I  
- min 2 fois/an si NYHA II

IC à FE préservée :  
- min 1 fois/an si NYHA I  
- min 1 fois/an si NYHA II

IC à FE altérée :  
- min 2 fois/an NYHA II  
- 4 à 12 fois si NYHA III

IC à FE préservée :  
- min 1 fois/an si NYHA II  
- 2-3 fois/an si NYHA III

IC à FE altérée : 4 à 12 fois/an

IC à FE préservée : 2-3 fois/an

# Un constat commun

- Délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste s'allongent : délais pour une consultation avec un cardiologue sont de 50 jours (données de 2018...) à 110 jours
- «Décalage » de fait entre les recommandations de bonne pratique et la réalité du terrain
- > INTERET DU REGARD CROISE A LA RECHERCHE DE SOLUTIONS

# Outil d'aides pratiques

- ***Un objectif*** : optimiser la prise en charge de nos patients, améliorer le parcours du patient avec une maladie cardiaque.
- ***Un moyen*** : réfléchir à la rédaction de préconisations d'adressage, dont pourront se servir nos confrères généralistes et cardiologues de façon concrète.
  - Propositions à récrire en fonction du territoire
- ***Une nécessité*** : ne pas être chronophage, ni pour les uns ni pour les autres.
- ***Un incontournable*** : suivre en les adaptant les recommandations des sociétés savantes.

# Exemple: Insuffisance cardiaque

- ***Qui adresser en priorité au cardiologue ?***
- 24-48 heures en l'absence de signe de gravité : SpO2 < 92% fréquence respiratoire > 25 /min, hypotension artérielle ou signe(s) d'hypoperfusion (froideur des extrémités, marbrures, trouble de vigilance, oligo-anurie) sinon : SAMU.
- Si décompensation cardiaque, sans les signes de gravité précédents, chez un insuffisant cardiaque connu : 48-72 heures

# Insuffisance cardiaque

- ***Quelle fréquence de suivi par un cardiologue ?***
- Après hospitalisation pour décompensation : consultation avec un cardiologue et un médecin généraliste : entre une semaine et un mois après la sortie
- Au long cours, selon stades de la NYHA : médecin traitant tous les 3 mois
  - Stade I : cardiologue tous les ans,
  - Stade II : cardiologue tous les 6 mois, davantage en cas de "prothèse" à contrôler (pace maker, défibrillateur, valve..).
  - Stade III : cardiologue tous les 3 mois.
- Le pronostic du patient dépend en grande partie de l'optimisation dynamique de son traitement. Des modifications thérapeutiques et des ajustages sont nécessaires et fréquents.
- ***Comment adresser au cardiologue ?***
- Adresser au cardiologue en joignant :
- Bilan sanguin incluant BNP ou NT-pro BNP
- Evoquer une cause de décompensation : mauvaise observance, excès de sel, AINS, alcool, anémie, BPCO, hypertension artérielle.
- ECG si disponible.

# Autres pathologies traitées

- HTA
- Diabète de type 2
- Fibrillation auriculaire
- Syndrome coronarien chronique
- Travail en cours: Certificat de sport
- ....
  
- Consultable sur: [www.cmg.....](http://www.cmg.....)

# Fibrillation auriculaire

- ***Qui adresser en priorité au cardiologue ?***
- ***Priorisation 24H à 48H*** : la découverte ou suspicion d'une FA est une priorité d'adressage, le patient doit être reçu par un cardiologue idéalement dans les 24-48 heures afin de caractériser la tolérance et le risque de complications et de discuter le traitement.
- 
- ***Priorisation dans la semaine :***
- Modification des symptômes d'un patient déjà suivi pour FA (apparition d'une dyspnée, douleur thoracique, déficit neurologique)
- Apparition d'une suspicion d'iatrogénie
- Augmentation significative BNP ou NT-proBNP
- 
- ***Quelle fréquence de suivi avec le cardiologue ?***
- Consultation cardiologique tous les ans, ou en cas d'évolution du retentissement et /ou des comorbidités ou après changement de traitement.

# Conclusion

- Nous sommes tous surchargés,
- Besoin d'outil simple pour améliorer les prises en charges et la qualité de vie des patients
- Document « contestable » : aide pour construire dans les territoires
- Echanger c'est le début de la construction
- L'avenir de la médecine : multi-acteurs coordonnés



# Perspectives

- Travail collaboratif similaire avec d'autres CNP

# Consulter cette fiche

- Consultable sur: <https://lecmg.fr/productions-du-college/>

