L’insuffisance cardiaque

L’insuffisance cardiaque est une maladie fréquente avec une prévalence de 2 à 3 % dans la population générale, sévère qui engendre, en France, 70.000 décès par an, 165 000 hospitalisations par an. C’est la deuxième cause de décès en France chez l’homme mais la première en Europe. C’est également la première cause d’Hospitalisation non programmée chez les plus de 65 ans. Son coût en 2020 était de 3 Milliards sus la base des données de l’assurance maladie.

C’est la voie finale commune de l’ensemble des maladies cardiovasculaires. Elle se caractérise fréquemment par une dilatation des cavités (voir figure ci-dessous) du fait notamment de l’augmentation des pressions de remplissage (PTDVG). Elle a pour origine différentes causes schématisées ci-dessous : les cardiopathies ischémiques secondaire ou des lésions de la circulation coronaire, l’hypertension artérielle, les valvulopathies, les troubles du rythme dont l’arythmie complète par fibrillation auriculaire ou les atteintes musculaires directes d’origine génétique, infectieuse ou par surcharge comme au cours de l’amylose.

OG

VG

OD

VD

OG

VG

OD

VD

PTDVG

Cœur Normal

Cœur Insuffisant Cardiaque

OG

OD

VD

Insuffisance Coronaire

 Gros ou Petits Vx

Hypertrophie

Dilatation VG

Insuffisance, Rétrecissement

Valvulaire

Atteinte

MUSCLE

Altération de la POMPE

Tachycardie, ACFA, FV

Bradycardie, BAV, Asystolie

\*

**IM**

\*

\*

Troubles du RYTHME et

de la CONDUCTION

\*

\*

\*

**PTDVG**

Génétique

Infiltration

Infectieuse

Traditionnellement, elle se définit comme l’incapacité des ventricules à assurer dans des conditions normales, un débit adapté aux besoins métaboliques et fonctionnelles de l’organismes. Elle se traduit par une augmentation des pressions d’amont qui à terme vont engendrer la congestion, et plus ou moins une réduction du volume d’éjection lors de la contraction systolique et plus ou moins une réduction du débit destiné aux circulations systémiques surtout dans les formes graves.

D’un point de vue fonctionnel, elle se caractérise par un essoufflement (E) d’abord d’effort puis de repos, une fatigue (F), des œdèmes (O) et une prise de poids (P) que l’on résume par l’acronyme EPOF. Ces symptômes, non caractéristiques, conduisent régulièrement à une errance diagnostic qui retarde la prise en charge, aggrave les symptômes et conduisent les patients aux urgences dans le cadre d’une décompensation aigue.

Au-delà des symptômes, le diagnostic repose sur l’examen clinique : signes de surcharge volémique, parfois l’ECG (Arythmie complète par fibrillation auriculaire, bloc de branche complet gauche chez un sujet encore jeune) mais aussi le dosage du NTproBNP et son évolution chez la personne âgée, et surtout sur l’échocardiographie qui va permettre d’apprécier la contraction cardiaque (Fraction d’éjection du ventricule gauche FEVG) qui va permettre de classer l’insuffisance cardiaque à fraction d’éjection altérée (FEVG<40%), intermédiaire (>40% mais <50%) et préservée (>50%) mais aussi d’en préciser la cause.