

## ■ Revues générales

# Prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë

**RÉSUMÉ :** L'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) est une pathologie grave, fréquente chez les personnes âgées, entraînant des taux élevés de mortalité et de réhospitalisations. Le diagnostic repose sur les signes cliniques et les examens paracliniques, tels l'échographie cardiaque et le dosage de BNP/NT-proBNP.

La prise en charge initiale implique une évaluation hémodynamique, l'administration d'oxygène voire la ventilation non invasive si nécessaire, ainsi que des traitements incluant des diurétiques, des vasodilatateurs et un support inotrope en cas de choc associé. Une attention particulière doit être portée à l'étiologie sous-jacente de l'ICA afin de permettre une prise en charge spécifique. Enfin, le suivi et la prévention des récurrences sont indispensables afin de prévenir les réhospitalisations et de diminuer la morbi-mortalité à long terme.

→ S. JEBALI, E. BERTHELOT

Service de Cardiologie,  
APHP LE KREMLIN-BICÊTRE.  
Université Paris-Saclay.

L'insuffisance cardiaque aiguë est une pathologie cardiaque grave, caractérisée par l'apparition rapide ou progressive de symptômes évocateurs (majoration d'une dyspnée, apparition d'œdèmes des membres inférieurs, asthénie) pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elle conduit fréquemment à une consultation aux urgences ou à une hospitalisation.

Cette affection constitue l'une des premières causes d'hospitalisation chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Elle est associée à des taux de mortalité et de réhospitalisation élevés. La mortalité hospitalière varie entre 4 % et 10 %, tandis que la mortalité 1 an après la sortie d'hospitalisation peut atteindre 25 à 30 %, témoignant de la gravité de cette pathologie et des enjeux de santé publique.

L'objectif principal de cet article est de fournir un guide pratique pour la prise en charge initiale de l'insuffisance car-

diacque aiguë (ICA) afin de mettre rapidement en place un traitement efficace et adapté.

### ■ Diagnostic de l'insuffisance cardiaque aiguë

L'insuffisance cardiaque aiguë peut être *de novo*, nécessitant une prise en charge thérapeutique ou étiologique, et plus fréquemment, être la décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque chronique préexistante.

Le diagnostic de la pathologie repose sur une évaluation clinique et sur la prescription d'examens complémentaires. L'objectif étant de stratifier la gravité de l'état de santé du patient et de mettre en place un traitement approprié [1, 2].

Les signes cliniques de l'insuffisance cardiaque aiguë sont variés, voici les plus évocateurs :

- dyspnée : souvent le premier symptôme rapporté par les patients, généralement exacerbée par les efforts ou par la position couchée ;
- œdèmes des membres inférieurs ;
- asthénie ;
- signes de bas débit cardiaque : hypotension, tachycardie, pâleur et froideur des extrémités.

## ■ Examens complémentaires

Une fois les signes cliniques identifiés, plusieurs examens complémentaires doivent être réalisés afin de confirmer le diagnostic et de réaliser le bilan étiologique :

- **Électrocardiogramme** : pour détecter un syndrome coronarien, une arythmie ou un trouble de la conduction.
- **Dosage des BNP/NT-proBNP** : essentiel pour confirmer le diagnostic, évaluer la sévérité de l'ICA. Une valeur seuil supérieure à 100 pg/L pour les BNP et à 300 pg/L pour les NT-pro BNP sont en faveur d'une origine cardiaque de la dyspnée.
- Dosage des **troponines** pour la recherche d'une ischémie sous-jacente.
- Dosage des **D-dimères** si une embolie pulmonaire est suspectée.
- **Échographie cardiaque** : pour évaluer la FEVG, détecter une valvulopathie, estimer les PRVG, détecter une éventuelle pathologie du cœur droit ou du péricarde.
- **Radiographie thoracique** : permet de visualiser des signes de surcharge et l'élimination des diagnostics différentiels (pneumopathie, pleurésie, anomalie du parenchyme pulmonaire).
- **Gaz du sang** : si signe d'hypoperfusion tissulaire (dosage des lactates) ou signe de détresse respiratoire afin d'envisager une stratégie de ventilation non invasive.

## ■ Stratification du risque

### 1. Utilisation de scores de gravité

Pour évaluer la gravité de l'ICA et guider la prise en charge, il est recommandé d'utiliser des scores de gravité qui permettent une stratification plus précise du risque et de la sévérité de l'affection. Parmi les scores fréquemment utilisés, on retrouve :

- Le score de la NYHA (New York Heart Association) : bien qu'il soit généralement utilisé pour l'insuffisance cardiaque chronique, il peut également être utile dans le cadre de l'insuffisance cardiaque aiguë pour évaluer la capacité fonctionnelle du patient.
- Le score de congestion : évalue la présence de signes de congestion cardiaque, comme les œdèmes périphériques et la distension jugulaire, et permet de déterminer l'urgence de la situation.

### 2. Orientation des patients

L'hospitalisation en unité de soins intensifs est réservée aux patients avec détresse respiratoire aiguë, en choc cardiogénique, présentant des troubles du rythme graves ou des complications majeures telles qu'une défaillance multiviscérale ou un œdème aigu du poumon. Ces patients nécessitent une surveillance continue, une gestion complexe des médicaments (notamment l'utilisation d'inotropes et de vasopresseurs) et, potentiellement, l'emploi de dispositifs d'assistance circulatoire comme la circulation extracorporelle ou les pompes à ballon de contrepression intraaortique.

Pour les hospitalisations en service conventionnel, cela concerne les patients congestifs sans signe de choc, dont la fonction cardiaque est le plus souvent préservée. Ces patients nécessitent un suivi régulier de leur réponse au traitement et des signes de congestion.

## ■ Prise en charge initiale

### 1. Évaluation du statut hémodynamique

Lors de la prise en charge initiale, l'évaluation du statut hémodynamique est primordiale. En ce qui concerne l'oxygénotherapie et la ventilation, l'administration d'oxygène est recommandée en cas de saturation en oxygène inférieure à 90 %. Une hyperoxygénation n'est pas conseillée, car elle favorise un déséquilibre ventilation/perfusion et pourrait aggraver une hypercapnie. La ventilation non invasive (VNI) est préconisée si la fréquence respiratoire dépasse 25/min (classe IIa). Les méta-analyses montrent que l'utilisation de la VNI améliore la mortalité et réduit le taux d'intubation, mais il est nécessaire de surveiller attentivement la pression intrathoracique, car son augmentation peut être problématique, en particulier chez les patients en bas débit et/ou hypotendus. En cas d'instabilité hémodynamique, un support inotrope, voire mécanique, doit être envisagé.

### 2. Étiologie

Il est essentiel d'identifier l'étiologie nécessitant une prise en charge en urgence. Ces étiologies sont regroupées sous l'acronyme CHAMPIT, qui inclut le syndrome coronarien aigu, l'urgence hypertensive, une cause mécanique, une embolie pulmonaire, des infections et la tamponnade. Après avoir exclu ces diagnostics, une prise en charge symptomatique de l'insuffisance cardiaque aiguë est requise (*fig. 1*).

## ■ Traitements

### 1. Diurétiques (*fig. 2*)

Les diurétiques de l'anse (ex : furosémide et bumétanide) sont recommandés (classe I) pour réduire la surcharge hydrosodée. La dose initiale doit être 1 à 2 fois la dose quotidienne PO habituelle du patient, à administrer en IV. En cas

## Revue générale

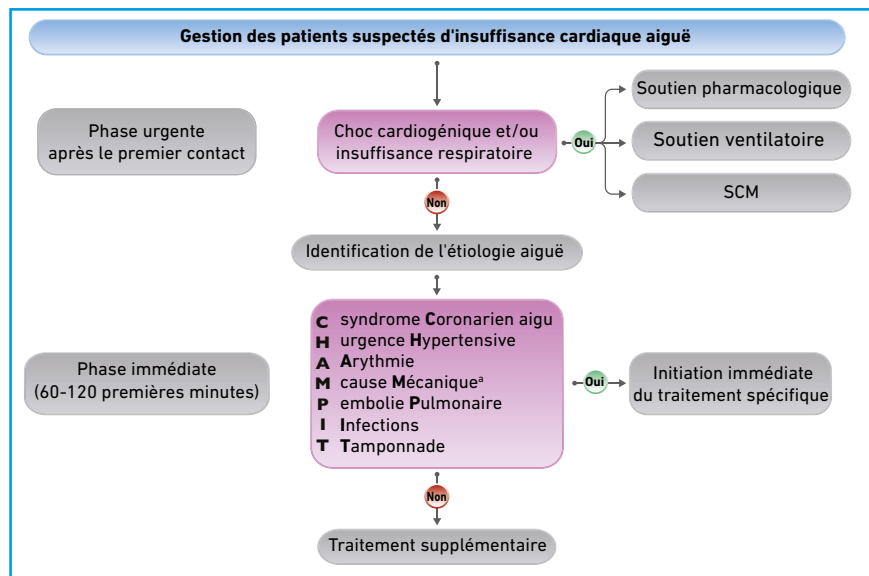


Fig. 1 : Prise en charge initiale de l'insuffisance cardiaque aiguë. SCM = soutien circulatoire mécanique.

<sup>a</sup> Cause mécanique aiguë : rupture myocardique compliquant un syndrome coronarien aigu (rupture de la paroi libre, communication interventriculaire, aiguë).

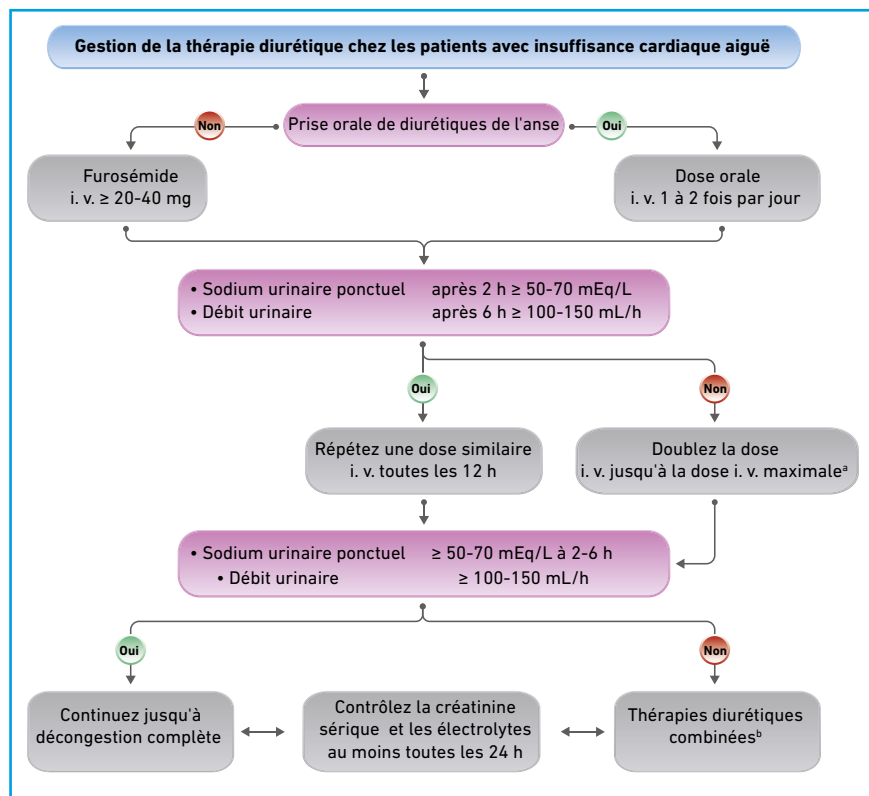


Fig. 2 : Thérapie diurétique (furosémide) dans l'insuffisance cardiaque aiguë. i. v. = intraveineux. <sup>a</sup> La dose quotidienne maximale des diurétiques de l'anse en i. v. est généralement considérée comme étant de 400-600 mg de furosémide, bien que jusqu'à 1 000 mg puisse être envisagés chez les patients ayant une insuffisance rénale sévère. <sup>b</sup> La thérapie combinée est l'ajout au diurétique de l'anse d'un diurétique ayant un site d'action différent, par exemple les thiazides, le métolazone ou l'acétazolamide.

d'absence de traitement habituel, la dose de 20-40 mg de furosémide IV est recommandée. À administrer en 2-3 bolus ou en perfusion continue (fractionnement pour limiter la rétention accrue de sodium par les reins après l'effet initial). L'efficacité des diurétiques sera à monitorer selon la diurèse et la natriurèse. Les doses doivent alors être ajustées toutes les heures pendant les 6 premières heures après la première dose injectée.

Une absence de réponse suffisante (natriurèse < 50-70 mmol/L à 2 h ou diurèse < 100-150 mL/h) peut nécessiter une augmentation de la dose, à doubler par palier jusqu'à la dose maximale (400-600 mg/24 h, voire 1 g si insuffisance rénale sévère), ou l'ajout d'autres classes de diurétiques (classe IIa) tels que les thiazidiques (ex. : hydrochlorothiazide, métolazone) ou les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (acétazolamide) pour une potentialisation de l'effet. En cas de résistance au traitement diurétique, une ultrafiltration sera à envisager.

La transition vers un traitement diurétique oral se fait après diminution progressive de la dose IV et atteinte d'une euvoémie avec réduction des symptômes. Un maintien au long cours d'une dose de fond permet d'éviter les signes congestifs [3].

## 2. Vasodilatateurs intraveineux

Les vasodilatateurs IV, comme les nitrates et le nitroprussiate, permettent une réduction de la précharge et de la postcharge cardiaque, soulageant ainsi les symptômes. Les vasodilatateurs IV peuvent être envisagés chez les patients ayant une pression artérielle systolique (PAS) > 110 mmHg, en débutant à faible dose et en l'ajustant progressivement (bolus initial puis perfusion continue ou plusieurs bolus).

Ces traitements sont à utiliser avec précautions chez les patients avec hypertrophie ventriculaire gauche ou sténose aortique sévère.

### 3. Inotropes

Les inotropes sont recommandés (classe IIa) pour les patients ayant une pression artérielle diminuée (PAS < 90 mmHg) et un débit cardiaque abaissé, entraînant une hypoperfusion périphérique, et on choisira en premier lieu la dobutamine. Chez les patients sous bêtabloquants, le lévosimendan ou les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 3 (milrinone) peuvent être privilégiés par rapport à la dobutamine, fonctionnant indépendamment des récepteurs adrénergiques.

### 4. Vasopresseurs

La noradrénaline peut être administrée en cas d'hypotension sévère en association avec la dobutamine pour améliorer la perfusion des organes vitaux, avec néanmoins un risque dû à l'augmentation de la postcharge du ventricule gauche (grade IIb) et aux arythmies supraventriculaires et ventriculaires.

### 5. Digoxine

À prescrire en cas de fibrillation auriculaire (FA) rapide (> 110 bpm) malgré l'utilisation de bêtabloquants ou en cas de contre-indication. Elle peut être administrée en bolus de 0,25 à 0,5 mg en intraveineuse, si elle n'a pas été utilisée auparavant. Cependant, chez les patients ayant des comorbidités (comme une insuffisance rénale chronique) ou d'autres facteurs influençant le métabolisme de la digoxine (y compris certains médicaments) et/ou chez les personnes âgées, la dose d'entretien peut être difficile à estimer théoriquement.

### 6. Prophylaxie thromboembolique

La prophylaxie thromboembolique par héparine ou d'un autre anticoagulant est recommandée (classe I), sauf en cas de contre-indication ou si un traitement anticoagulant oral est déjà en place.

## ■ Prise en charge spécifique

Dans les recommandations de l'ESC 2021, l'insuffisance cardiaque aiguë est classée en quatre présentations cliniques principales, qui peuvent se confondre, en fonction de l'état hémodynamique et des signes de congestion. Chacune de ces présentations exige une approche thérapeutique spécifique et une prise en charge adaptée [4] (*tableau I*).

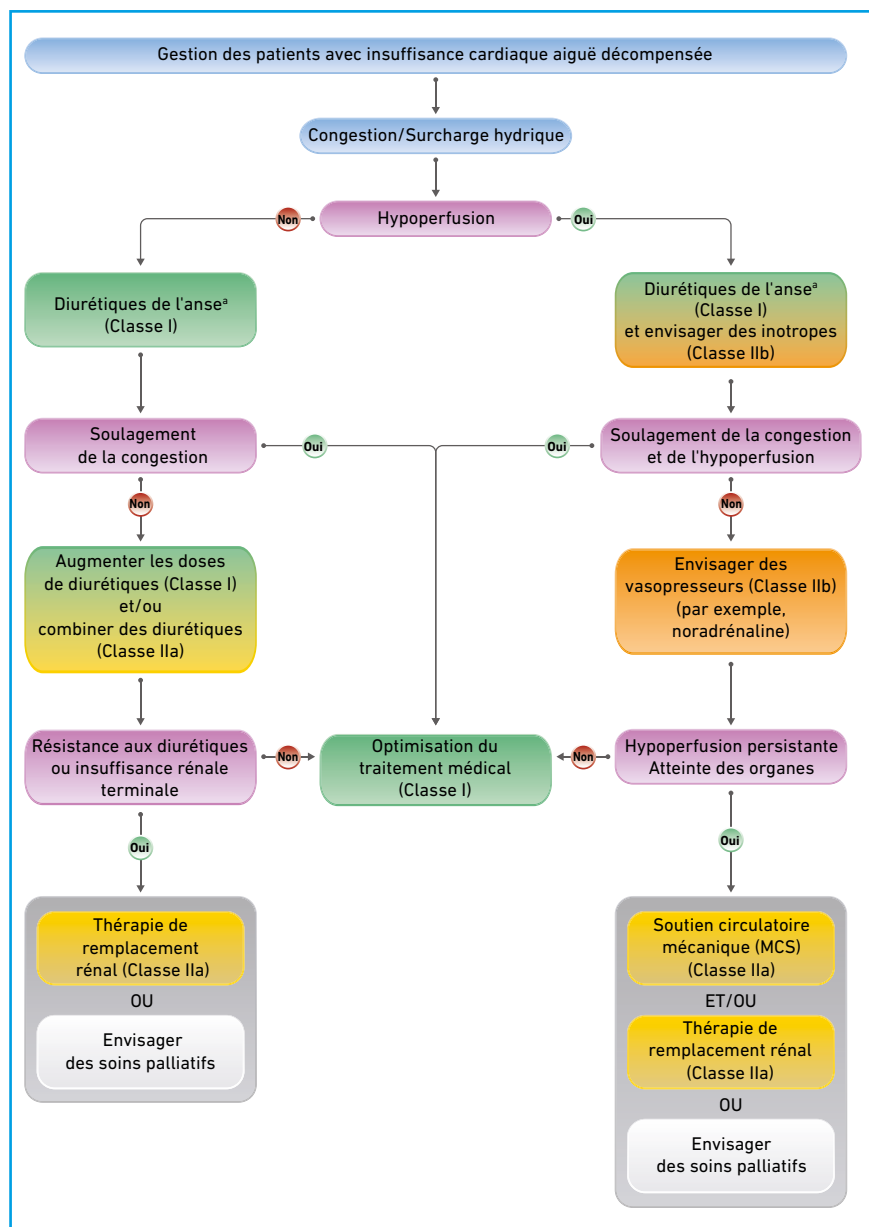
### 1. Décompensation cardiaque aiguë (fig. 3)

C'est la plus fréquente des présentations cliniques. Elle se caractérise par l'apparition progressive de signes congestifs, avec aggravation des symptômes d'insuffisance cardiaque comme la dyspnée et les signes droits (œdèmes des membres inférieurs, distension des veines jugulaires, ascite). Cette forme est typiquement observée chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chro-

| Présentations cliniques                     | Insuffisance cardiaque aiguë décompensée                                                                                               | Œdème pulmonaire aigu                                                                               | Insuffisance ventriculaire droite isolée                                                                                                                               | Choc cardiogénique                                                                      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mécanismes principaux</b>                | Dysfonction VG, rétention rénale de sodium et d'eau                                                                                    | Augmentation de la postcharge et/ou dysfonction diastolique prédominante du VG, maladie valvulaire  | Dysfonction VD et/ou hypertension pulmonaire précapillaire                                                                                                             | Dysfonction cardiaque sévère                                                            |
| <b>Cause principale des symptômes</b>       | Accumulation de liquide, augmentation de la pression intraventriculaire                                                                | Redistribution de liquide vers les poumons et insuffisance respiratoire aiguë                       | Augmentation de la pression veineuse centrale et souvent hypoperfusion systémique                                                                                      | Hypoperfusion systémique                                                                |
| <b>Début</b>                                | Progressif (jours)                                                                                                                     | Rapide (heures)                                                                                     | Progressif ou rapide                                                                                                                                                   | Progressif ou rapide                                                                    |
| <b>Anomalies hémodynamiques principales</b> | Augmentation de la LVEDP et de la PCWP <sup>a</sup> , débit cardiaque faible ou normal, PAS normale ou basse                           | Augmentation de la LVEDP et de la PCWP <sup>a</sup> , débit cardiaque normal, PAS normale ou élevée | Augmentation de la RVEDP, débit cardiaque faible, PAS basse                                                                                                            | Augmentation de la LVEDP et de la PCWP <sup>a</sup> , débit cardiaque faible, PAS basse |
| <b>Présentations cliniques principales</b>  | Humide et chaud OU sec et froid                                                                                                        | Humide et chaud <sup>b</sup>                                                                        | Sec et froid OU humide et froid                                                                                                                                        | Humide et froid                                                                         |
| <b>Traitement principal</b>                 | Diurétiques, agents inotropes/vasopresseurs (en cas de hypoperfusion périphérique/hypotension), MCS ou RRT à court terme si nécessaire | Diurétiques, vasodilatateurs <sup>b</sup>                                                           | Diurétiques pour la congestion périphérique, agents inotropes/vasopresseurs (en cas de hypoperfusion périphérique/hypotension), MCS ou RRT à court terme si nécessaire | Agents inotropes/vasopresseurs, MCS RRT à court terme                                   |

**Tableau I :** Présentations cliniques de l'insuffisance cardiaque aiguë. LV = ventricule gauche; LVEDP = pression télédiastolique du ventricule gauche; MCS = support circulatoire mécanique; PCWP = pression de blocage capillaire pulmonaire; RV = ventricule droit; RVEDP = pression télédiastolique du ventricule droit; RRT = thérapie de remplacement rénal; PAS = pression artérielle systolique. <sup>a</sup> Peut être normale en cas de débit cardiaque faible. <sup>b</sup> Un profil humide et froid nécessitant des inotropes et/ou des vasopresseurs peut rarement se produire.

## Revue générale



**Fig. 3 :** Gestion de l'insuffisance cardiaque aiguë décompensée. MCS = soutien circulatoire mécanique. <sup>a</sup> Des doses adéquates de diurétiques pour soulager la congestion et une surveillance étroite de la diurèse sont recommandées quel que soit le statut de perfusion.

nique qui décompensent progressivement. Elle résulte d'une surcharge volumique dans les compartiments veineux et d'une élévation de la pression veineuse systémique. La prise en charge de la congestion systémique repose principalement sur les diurétiques et la prise en charge de l'hypoperfusion périphérique si elle existe.

### 2. Œdème aigu pulmonaire

Il se caractérise par une accumulation rapide de liquide dans les poumons, entraînant en quelques heures une détresse respiratoire aiguë (FR > 25, hypoxémie et hypercapnie) et une augmentation du travail respiratoire. La prise en charge s'appuie sur trois pivots

centraux : l'oxygénothérapie (VNI ou *optiflow*), l'injection de diurétiques et l'administration de vasodilatateurs intraveineux en cas de pression artérielle systolique élevée (PAS > 110 mm Hg) pour diminuer la postcharge du ventricule gauche. L'œdème pulmonaire aigu peut être associé à un bas débit cardiaque. Dans ces situations, des inotropes, des vasopresseurs et/ou un support circulatoire mécanique sont nécessaires pour restaurer la perfusion des organes.

### 3. Insuffisance cardiaque droite isolée

Elle se manifeste principalement par des symptômes de congestion veineuse systémique. La prise en charge repose sur le traitement de la cause sous-jacente. Il faut donc en urgence éliminer un infarctus du myocarde du ventricule droit ou une embolie pulmonaire, ou une acutisation d'un cœur pulmonaire chronique (hypertension pulmonaire). Ensuite, il faut gérer des symptômes de surcharge volumique par les diurétiques.

Elle peut également altérer le remplissage du ventricule gauche, et par le biais de l'interdépendance ventriculaire, réduire le débit cardiaque systémique. La noradrénaline et/ou les inotropes sont indiqués en cas de bas débit cardiaque et d'instabilité hémodynamique. Les inotropes qui réduisent les pressions de remplissage cardiaque, tels que le lévosimendan et les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type III, peuvent être privilégiés (classe IIb).

### 4. Choc cardiogénique

Le choc cardiogénique est la forme la plus sévère de l'ICA et se manifeste par une diminution marquée du débit cardiaque, une hypotension sévère (PAS < 90 mmHg) et une hypoperfusion des organes vitaux (altération de la fonction rénale, perturbation du bilan hépatique, confusion mentale). Ce tableau clinique est souvent lié à un infarctus du myocarde aigu ou à une dysfonction ventri-

## POINTS FORTS

- Diagnostic de l'ICA multidimensionnel : repose sur une combinaison de signes cliniques et d'examen complémentaires permettant une évaluation complète de la gravité de l'affection et de son étiologie.
- Stratification du risque : l'utilisation de scores de gravité (ex. : NYHA, score de congestion) permet de mieux définir le risque et d'adapter le traitement aux besoins spécifiques du patient.
- Traitement personnalisé : l'approche thérapeutique inclut une variété de médicaments, comme les diurétiques et les vasodilatateurs, avec des ajustements en fonction de la réponse clinique et hémodynamique.
- Prise en charge adaptée selon les formes cliniques : l'ICA présente plusieurs formes cliniques distinctes de décompensation, œdème pulmonaire, insuffisance cardiaque droite, chacune nécessitant une gestion spécifique avec des traitements ciblés.

culaire gauche sévère. La prise en charge du choc cardiogénique comprend un soutien hémodynamique immédiat, avec des inotropes pour améliorer la contractilité cardiaque, des vasopresseurs pour augmenter la pression artérielle si nécessaire, et, dans certains cas, un dispositif de soutien mécanique temporaire pour assurer un débit cardiaque adéquat (en *bridge to* ou en *destination therapy*) [5].

Ces dispositifs d'assistance circulatoire mécanique sont principalement :

- ECMO veino-artérielle : recommandée pour les patients en choc cardiogénique sévère avec défaillance multiorganique réfractaire aux traitements conventionnels ;
- ballon de contrepulsion intraaortique (BCPIA) : peut être envisagé dans certains cas, bien que son usage soit limité par les dernières recommandations, sauf dans des cas précis d'ischémie aiguë (IM aiguë mécanique notamment) ;
- dispositifs d'assistance ventriculaire (LVAD/RVAD/BiVAD) : peuvent être envisagés comme pont en attente d'amélioration avant transplantation cardiaque, ou dans les cas d'insuffisance cardiaque avancée non éligibles à la transplantation.

### 5. Insuffisance cardiaque aiguë liée à une valvulopathie

Un remplacement ou une réparation valvulaire est généralement nécessaire en cas d'atteinte valvulaire sévère et aiguë (ex : insuffisance mitrale aiguë sur rupture du pilier antérolatéral en cas d'IDM antérieur, rétrécissement aortique serré). Une intervention percutanée peut être indiquée (TAVI, TMVI, CMP, mitraclip, triclip).

### 6. Insuffisance cardiaque aiguë liée à un syndrome coronarien aigu (SCA)

Une angioplastie coronarienne (PCI) est indiquée en urgence pour les patients avec SCA et un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI). Il sera envisagé une revascularisation en cas de syndrome coronarien sans élévation du ST (NSTEMI).

### Bilan étiologique et recherche du facteur déclenchant

Chez les patients ayant une dysfonction cardiaque préexistante, plusieurs facteurs extrinsèques peuvent précipiter l'ICA, mais ne pas en être la cause

directe. Parmi ces facteurs déclenchants, on retrouve les infections, les arrêts ou les changements de traitement médicamenteux, les troubles électrolytiques, l'hypertension non contrôlée, ou encore des facteurs comportementaux comme la non-observance des traitements.

Les patients présentant une décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque chronique doivent bénéficier d'une gestion spécifique de leurs facteurs sous-jacents, comme la modification du traitement de l'insuffisance cardiaque (médicaments de fond tels que les diurétiques de l'anse, les inhibiteurs de l'angiotensine, les bêtabloquants ou les antagonistes de l'aldostérone).

En cas d'insuffisance cardiaque aiguë *de novo*, des examens plus approfondis sont nécessaires pour identifier la cause sous-jacente (coronaropathies en premier lieu, valvulopathies, cardiomyopathie dilatée [CMD], cardiomyopathie hypertrophique [CMH]...).

## Gestion des comorbidités

### 1. Fibrillation atriale

En cas d'instabilité hémodynamique, une stratégie de contrôle du rythme par cardioversion électrique est recommandée (classe I).

En l'absence d'instabilité hémodynamique, les recommandations ESC préconisent une stratégie de contrôle de la fréquence cardiaque (classe I) adaptée à la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG). Pour les patients avec une FEVG supérieure ou égale à 40 %, il est conseillé d'utiliser des bêtabloquants, des inhibiteurs calciques à effet bradycardisant ou la digoxine. Si la FEVG est inférieure à 40 %, les options se limitent aux bêtabloquants et à la digoxine. Une association de bêtabloquants et de digoxine est envisageable, avec une recommandation de classe I lorsque la FEVG est inférieure à 40 % et

## Revue générale

de classe IIa lorsque la FEVG est supérieure ou égale à 40 % [1, 6].

Les recommandations ESC 2021 pour l'insuffisance cardiaque aiguë (ICA) mettent également en avant l'importance de la gestion des troubles du rythme cardiaque, qui sont fréquents et souvent aggravants dans ce contexte. Les deux troubles principaux pris en compte sont la fibrillation auriculaire (FA) et les arythmies ventriculaires, chacun ayant un impact significatif sur le pronostic et la stabilité hémodynamique des patients.

### 2. Arythmies ventriculaires

Ces arythmies sont associées à un risque élevé de mortalité chez les patients en insuffisance cardiaque aiguë. La surveillance et la prise en charge des arythmies ventriculaires graves (TV, FV), avec indication de DAI ou d'antiarythmiques sont parfois nécessaires. Une évaluation pour l'implantation d'un défibrillateur automatique (DAI) peut être envisagée en fonction de la récupération fonctionnelle et de la stabilité du patient après l'épisode aigu.

## Contrôle strict des facteurs de risques cardiovasculaires

### 1. Correction de l'anémie

Il faut envisager une supplémentation en fer IV en cas de carence documentée ou en cas d'anémie symptomatique.

### 2. Suivi posthospitalier et prévention des réhospitalisations

#### >>> Traitement de fond

Une fois le patient stabilisé, une prise en charge posthospitalière est essentielle pour prévenir les réhospitalisations. L'ESC recommande une surveillance rapprochée, un ajustement approprié du traitement médicamenteux et la mise en place d'un programme de réadaptation cardiaque. Mais aussi une consultation

dans les 1 à 2 semaines après la sortie d'hospitalisation et une évaluation précise des signes congestifs à la sortie (classe I).

#### ● Mise en place des traitements de fond de l'insuffisance cardiaque :

- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) ou inhibiteurs des récepteurs de la néprilysine et de l'angiotensine (ARNI), selon les indications et la tolérance ;
- bêta-bloquants : débiter ou ajuster les bêta-bloquants dès qu'il y a stabilisation hémodynamique ;
- antagonistes de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone).

#### ● Autres stratégies

Il peut y avoir indication d'une resynchronisation selon les recommandations en classe I si FEVG  $\leq$  35 %, BBG avec QRS  $\geq$  150 ms et NYHA  $\geq$  2 malgré traitement médical optimal.

L'ablation de FA est recommandée en sortie d'hospitalisation (classe I) en cas de :

- FA paroxystique symptomatique, lorsque les médicaments antiarythmiques sont inefficaces, mal tolérés ou en cas de premier recours, selon les préférences du patient et les conseils de l'équipe soignante ;
- FA persistante symptomatique malgré le traitement antiarythmique, afin de restaurer le rythme sinusal et de réduire les symptômes.

Ces recommandations s'inscrivent dans une stratégie de gestion continue de la FA avec réévaluation périodique (tous les 6 à 12 mois) pour adapter les traitements en fonction de l'évolution de la maladie et des comorbidités associées, intégrant également le contrôle du rythme, la prévention des risques thromboemboliques et l'éducation du patient.

#### >>> Éducation thérapeutique du patient

Elle débute par une sensibilisation du patient aux signes d'alerte (prise de

poids rapide, dyspnée, œdème) afin de favoriser une prise en charge précoce. Pour cela, il faut réussir à créer et maintenir l'adhésion du patient en expliquant l'importance de la régularité dans la prise des médicaments, dans la prévention des complications et des réhospitalisations.

L'accent doit être mis également sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques dont le régime pauvre en sel pour éviter une surcharge hydrosodée et favoriser l'effet des diurétiques, et la gestion des apports hydriques : en fonction de l'état de congestion, une restriction hydrique peut être recommandée. On conseillera enfin la pratique d'une activité physique adaptée ou la reprise progressive de l'exercice physique, parfois sous surveillance médicale (patients coronariens).

Notons en dernier lieu que l'utilisation de la télémédecine est particulièrement bénéfique pour les patients présentant une insuffisance cardiaque aiguë stable, car elle permet de réduire les risques de nouvelle hospitalisation en assurant une surveillance continue.

Grâce à des dispositifs de surveillance à distance, les paramètres vitaux (comme la fréquence cardiaque, la pression artérielle et l'oxygénation) peuvent être suivis, les médecins et les IPA (infirmières de pratique avancée) peuvent intervenir rapidement en cas de signes d'aggravation de l'état de santé du patient.

## Conclusion

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë repose sur une approche rapide et structurée qui a pour but une amélioration des symptômes et une stabilisation hémodynamique du patient, associée à une prévention par un suivi multidisciplinaire et une éducation thérapeutique du patient. L'enjeu est de minimiser les risques de réhospitalisations et la mortalité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. McDONAGH TA, METRA M, ADAMO M *et al.* 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 2021;42: 3599-3726.
2. McDONAGH TA, METRA M, ADAMO M *et al.* 2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 2023;44:3627-3639.
3. HARJOLA VP, PARISSIS J, BRUNNER-LA ROCCA HP *et al.* Comprehensive in-hospital monitoring in acute heart failure: applications for clinical practice and future directions for research. A statement from the Acute Heart Failure Committee of the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail*, 2018;20: 1081-1099.
4. JAVALOYES P, MIRO O, GIL V *et al.* Clinical phenotypes of acute heart failure based on signs and symptoms of perfusion and congestion at emergency department presentation and their relationship with patient management and outcomes. *Eur J Heart Fail*, 2019;21:1353-1365.
5. CHIONCEL O, PARISSIS J, MEBAZAA A *et al.* Epidemiology, pathophysiology and contemporary management of cardiogenic shock – a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*, 2020;22:1315-1341.
6. HINDRICKS G, POTPARA T, DAGRES N *et al.* 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*, 2024;45:1-37.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.