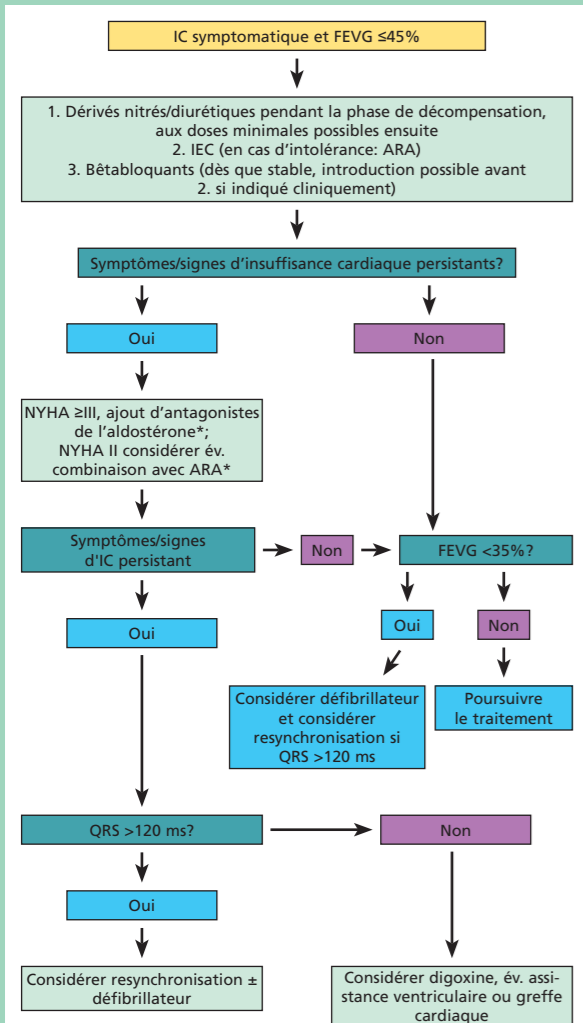


**Figure 2:**  
**Algorithme de traitement en présence d'une dysfonction systolique**



\*Éviter la triple combinaison (IEC, antagoniste de l'aldostérone et ARA)

**Tableau 5: Médicaments et posologies**

Si la dose cible ne peut être atteinte pour chaque classe de médicaments, privilégier la combinaison de plusieurs classes à faibles doses plutôt qu'une seule classe à doses élevées (I,C).

CAVE: l'hypotension *asymptomatique* n'est pas une raison pour ne pas poursuivre la majoration du traitement

Médicament	Dose initiale (mg)	Dose cible (mg)	Effets secondaire importants /remarques	Contrôles/à surveiller
IEC			Hypotension, Insuffisance rénale, hyperkaliémie, toux sèche (DD: IC), angioedème (=contre-indication absolue: ARA autorisés)	Contrôle de la fonction rénale (créatinine sérique) et de la kaliémie sérique avant le début du traitement, 1 à 2 semaines après et 1 à 2 semaines après chaque augmentation de la posologie. Contrôle tous les 3 à 6 mois à la dose de maintenance
Captopril	3 x 6.25	3 x 50		
Enalapril	2 x 2.5	2 x 10 – 20		
Lisinopril	1 x 2.5 – 5	1 x 20 – 40		
Périndopril	1 x 2	1 x 8		
Ramipril	1 – 2 x 1.25	2 x 5		
Trandolapril	1 x 0.5 – 1	1 x 4		
ARA			Hypotension, insuffisance rénale, hyperkaliémie. Alternative en cas d'intolérance aux IEC.	Voir contrôles décrits pour les IEC
Candésartan	1 x 4	1 x 16 – 32		
Losartan	1 – 2 x 25	2 – 3 x 50		
Valsartan	2 x 20 – 40	2 x 160		
β-bloquants			Hypotension, bradycardie, bloc AV, aggravation de l'IC	Début du traitement après stabilisation de l'IC. Doubler les doses toutes les 1 à 2 semaines. En cas de péjoration des signes d'IC: 1. majoration du traitement diurétique, 2. diminution (temporaire) des doses de bêtabloquant
Bisoprolol	1 x 1.25	1 x 10		
Carvedilol	1 – 2 x 3.125	2 x 25		
Metoprolol succinat	1 x 25	1 x 200		CAVE : ne pas utiliser le tartrate de métoprolol
Nebivolol	1 x 1.25	1 x 10		
Antagonistes de l'aldostérone			Hyperkaliémie, insuffisance rénale	Contrôle régulier de la kaliémie et de la créatinine sériques. Kaliémie >5.5 mmol/l: diminution de la dose; éviter la triple combinaison d'IEC, d'ARA, et d'aldostérone!
Spirolactone	1 x 12.5 – 25	max. 1 x 50	Gynecomastie	En cas de classe NYHA ≥III persistante. En cas d'hypokaliémie aussi en classe NYHA II (IIa,C)
Eplérénone	1 x 25	1 x 50		Après infarctus du myocarde

**L'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée (HFpEF)**

Investigation précise de l'étiologie des plaintes, dans les cas peu clairs par l'ergospirométrie. Rechercher les étiologies non cardiaques!

Principes du traitement de l'IC à FEVG préservée (insuffisance cardiaque diastolique):

- Traitement de la maladie de base (souvent l'hypertension artérielle)
- Symptomatique:
  - Diminution de la pression de remplissage par traitement diurétique
  - Abaissement de la fréquence cardiaque (bêtabloquants, anticalciques)

Renseignements et liens importants:

[www.heartfailure.ch](http://www.heartfailure.ch)

[www.swisscardio.ch](http://www.swisscardio.ch)

[www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx)

[www.swissheart.ch](http://www.swissheart.ch)



Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz  
Groupe de travail Insuffisance cardiaque  
Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie  
Société Suisse de Cardiologie

Le groupe de travail «Insuffisance cardiaque» de la Société Suisse de Cardiologie remercie l'entreprise suivante pour son soutien dans la réalisation de ces Pocket-Guidelines



La Pocketcard représente un avis d'experts. Elle ne dispense pas de la vérification de la posologie des médicaments.

**Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque**

Etablies par le groupe de travail «Insuffisance cardiaque» de la Société Suisse de Cardiologie

**Prise en charge ambulatoire**

**Diagnostic de l'insuffisance cardiaque (IC; Figure 1)**

- Symptômes** d'IC (dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, intolérance à l'effort, asthénie, œdèmes périphériques)
- Signes cliniques** d'IC (stase pulmonaire, œdèmes pulmonaires, œdèmes périphériques, turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire positif, B3, foie de stase, ascite)
- Mise en évidence objective d'une dysfonction cardiaque** (chez **tous** les patients l'échocardiographie avec Doppler devrait être effectuée en raison des implications thérapeutiques)
- En cas de doute, **amélioration après traitement de l'insuffisance cardiaque**

**Etiologies d'insuffisance cardiaque**

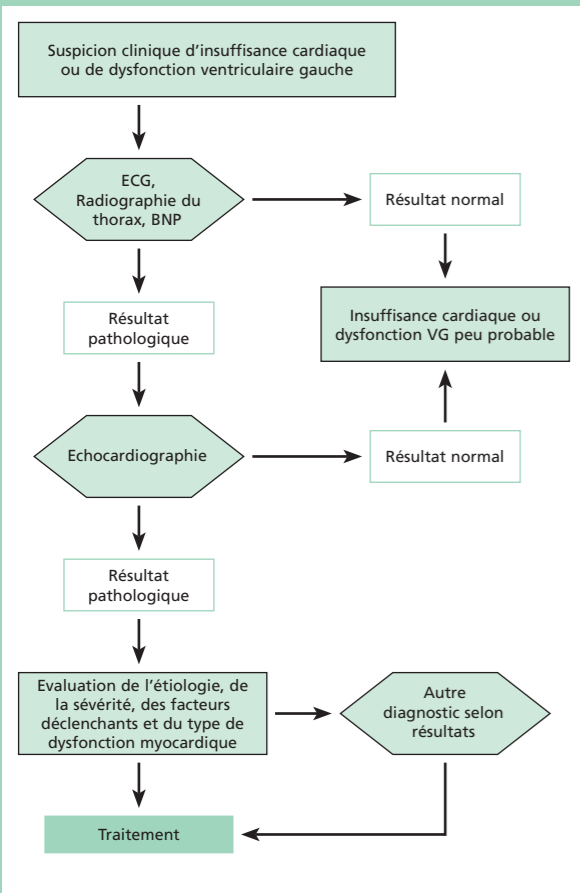
Le diagnostic seul d'IC n'est pas suffisant, son étiologie devrait être recherchée soigneusement en raison des implications thérapeutiques. Étiologies:

- Maladie coronarienne (60–70%)
- Hypertension artérielle (20–30%)
- Cardiomyopathies (5–10%)
- Valvulopathies (<10%)
- Malformations cardiaques congénitales (<2%)

Recherche d'étiologie(s) Fig. 1:

- Anamnèse (antécédent d'infarctus du myocarde, symptômes d'angine de poitrine, facteurs de risque)
- Mesures diagnostiques primaires (voir tableau 2): prise de sang, ECG, radiographie du thorax, échocardiographie
- Mesures diagnostiques complémentaire en cas d'implications thérapeutiques (voir tableau 1): p. ex.: tests fonctionnels, coronarographie, biopsie myocardique, ECG de longue durée)

**Figure 1:**  
Algorithme de diagnostic de l'IC



**Tableau 1: Evaluation selon le BNP/NT-ProBNP**

BNP <100 pg/ml NT-proBNP <400 pg/ml	BNP 100–400 pg/ml NT-proBNP 400–2000 pg/ml	BNP >400 pg/ml NT-proBNP >2000 pg/ml
IC peu probable	Diagnostic incertain	IC possible à probable

BNP/NT-proBNP élevés en cas d'insuffisance rénale, d'âge avancé et abaissés en cas d'obésité

**Tableau 2:**  
Mesures diagnostiques de l'insuffisance cardiaque

Mesures diagnostiques primaires	
ECG au repos	Si normal, IC peu probable (Figure 1)
Radiographie du thorax	Si normale, IC peu probable (Figure 1) Diagnostic d'une maladie pulmonaire
Examens de laboratoire BNP, NT-proBNP Formule sanguine complète Créatinine, électrolytes	<i>Choix selon présentation clinique</i> Si normal, IC peu probable (Figure 1) Co-morbidité Syndrome cardio-rénal, pronostic, traitement
Enzymes hépatiques Protéine C-réactive	Co-morbidité Étiologie inflammatoire ou co-morbidité
TSH (thyroïde) Troponine	Étiologie en cas de suspicion de syndrome coronarien aigu
Lipides Ferritine, saturation de la transferrine Examen urinaire	Facteur de risque Exclusion d'une surcharge de fer Dépistage d'une maladie rénale
Echocardiographie	diagnostic, type de dysfonction (systolique vs. diastolique), étiologie
Mesures diagnostiques complémentaire	
Ergométrie	Diagnostic d'ischémie (CAVE: ECG pathologique au repos) Diagnostic d'ischémie, viabilité myocardique, valvulopathie sous stress
Echocardiographie de stress	Diagnostic d'ischémie, viabilité myocardique
Cardiologie nucléaire	Diagnostic d'ischémie, viabilité myocardique
*IRM cardiaque	Diagnostic d'ischémie, viabilité myocardique, diagnostic de myocardite
Angio-CT	Exclusion d'une coronaropathie chez les patients jeunes
Coronarographie	En cas de suspicion de coronaropathie et de possibilité de revascularisation; avant une chirurgie valvulaire
ECG de longue durée	Arythmie (facteur déclenchant, pronostic, traitement)
Biopsie myocardique	Insuffisance cardiaque fulminante d'étiologie indéterminée, en priorité chez des patients jeunes, diagnostic d'étiologies rares
Fonctions pulmonaires Ergospirométrie	Étiologie alternative de la dyspnée dépistage d'une dyspnée d'origine inconnue; pronostic d'insuffisance cardiaque

**Tableau 3: Indications à l'hospitalisation / investigations urgentes / initiation d'un traitement**

Hospitalisation en urgence	
• Symptômes au repos	
• Instabilité hémodynamique	
• Suspicion de syndrome coronarien aigu	
• Suspicion de tamponnade	
• Suspicion d'endocardite ou de myocardite aiguë	
• Arythmies ventriculaires	
Hospitalisation élective	
• Traitement de symptômes persistants ou rapidement progressifs (urgent)	
• Nécessité de mesures diagnostiques complémentaires (électif), p.ex. coronarographie; situation peu claire	
• Implantation de pacemakers/défibrillateurs ou gestes chirurgicaux (le plus souvent électif)	

**Traitement de l'insuffisance cardiaque (Fonction systolique ventriculaire gauche diminuée)**

**Recommandations et mesures générales (pour tous les patients en insuffisance cardiaque)**

**Conseils**

- Information (patients et ses proches): symptômes et signes d'IC; principes thérapeutiques de l'IC
- Soutien des activités sociales
- Poursuite des activités habituelles adaptées à la condition physique
- Activité sexuelle possible (inhibiteur de PDE-5 en cas de classe NYHA <III; CAVE: pas de dérivés nitrés).
- Périodes de repos
- Vols <1–3 heures peu astreignants, vols plus longs réservés aux patients compensés, en classe NYHA ≤III.
- Vaccination annuelle contre la grippe, vaccination contre les pneumocoques tous les 7 ans

La participation à un programme d'enseignement d'IC selon les recommandations établies par le groupe de travail IC de la SSC, en collaboration avec la SSMI et la SSMG est recommandée.

**Alcool et tabac**

- Pas plus de 1 à 2 verres d'alcool par jour (3 dl bière ou 1–2 dl de vin)
- Abstinence totale d'alcool si origine éthylique possible
- Abstinence de tabac

**Surcharge pondérale et perte de poids**

- Perte de poids en cas d'obésité importante
- Reconditionnement dirigé avec adaptation de l'activité physique en cas de perte de poids spontanée

**Autocontrôles**

- Contrôle du poids 1 x/jour; consulter le médecin traitant en cas de variations de poids >2 kg en l'espace de 3 jours
- Connaissance des symptômes d'IC: péjoration → consulter le médecin traitant
- Noter les valeurs de tension artérielle et de pouls

**Apport de sel et de liquide**

- Maintenir une consommation de liquide stable env. 1.5 l/jour
- Réduire la prise de sel quotidienne, éviter l'ajout de sel aux plats
- Adaptation en cas de perte ou d'augmentation de liquide ou de sel → consulter le médecin traitant

**Entraînement physique/réadaptation**

- Activité d'endurance comme la marche ou le vélo
- Exercices de renforcement musculaire de type force-endurance sous supervision spécialisée
- Ne pas dépasser une impression subjective d'effort «un peu astreignante» permettant encore de parler
- Réadaptation structurée chez les patients avec une limitation importante de la tolérance à l'effort ou une IC récemment diagnostiquée

**Prise en charge palliative en fin de vie**

- La continuité de la prise en charge est importante
- Désactivation du défibrillateur à discuter
- Parler avec le patient/impliquer les proches

**Tableau 4:**  
Traitement de l'insuffisance cardiaque

	NYHA I	NYHA II-III	NYHA III+	Remarque
IEC*	+ (I,A)	+ (I,A)	+ (I,A)	
ARA* en cas d'intolérance aux IEC	+ (I,C)	+ (I,A)	+ (I,A)	
ARA* en combinaison aux IEC	–	+ (IIa,A)	(+) (IIb,C)	
β-bloquants	+ (I,A)*	+ (I,A)	+ (I,A)	*en cas de maladie coronarienne, sinon IIa,C
Spironolactone	–	–	+ (I,B)	
Eplérénone	–	+ (I,B)	–	Après infarctus du myocarde
Diurétiques	–	+ (I,C)	+ (I,C)	Symptomatique
Digoxine	–	+ (IIa,B)	+ (IIa,B)	Symptomatique
Dérivés nitrés	–	(+)(IIb,C)	+ (IIa,C)	Symptomatique
Amiodarone	seulement en cas de traitement d'arythmie			
Anticoagulation	en cas de FA ou après embolie pulmonaire (I,A), sinon IIb,B			
Pacemaker biventriculaire	–	(+) (IIa,C)*	+ (I,A)	En cas de QRS ≥120ms, *en cas d'indication à un défibrillateur et d'un BBG
Défibrillateur	+ (I,A)*	+ (I,A)	+ (IIa,C)	Prévention de la mort subite si FEVG ≤30 à 35%. *Après réanimation (mort subite/tachycardie ventriculaire) quelle que soit la classe NYHA. Indication au plus tôt 40 jours après infarctus du myocarde
Transplantation cardiaque	–	–	+ (IIa,C)	chez des patients sélectionnés

+ = recommandé; (+) = recommandé avec limitation; – = non recommandé. Classe de recommandation et niveau d'évidence entre parenthèse. IEC = inhibiteur de l'enzyme de conversion; ARA = antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II; BBG = bloc branche gauche.