

## 8 INSUFFISANCE CARDIAQUE

Atteinte structurale ou fonctionnelle du cœur entravant sa capacité à pomper et/ou éjecter le sang nécessaire pour les besoins des tissus

### Physiopathologie

Aggrégation du cœur : HTA (post charge) IM (pré charge), IDM => baisse du DC => baisse de perfusion périphérique + augmentation des pressions de remplissage (pré charge)

### Mécanismes compensatoires :

- Dilatation ventriculaire pour augmenter la contractilité et le volume éjecté
- Activation du système sympathique => accélération FC, inotropisme +, vasoconstriction périphérique et rétention hydro-sodée

### Conséquences :

- Augmentation de la pré charge => congestion pulmonaire et périphérique
- Augmentation de la post charge (vasoconstriction)

### Etiologies :

#### Insuffisance cardiaque gauche

- Surcharge mécanique de pression : RAO, HTA, coarctation de l'aorte
- Surcharge mécanique de volume : IM, IAO
- Gène au remplissage : RM, cardiomyopathie restrictive ou hypertrophique
- Altération du muscle cardiaque : cardiomyopathie ischémique ou dilatée, myocardite

#### Insuffisance cardiaque droite

- Surcharge mécanique de pression : RP, HTP
- Surcharge mécanique de volume : IT, IP
- Gène au remplissage : adiestolie
- Altération du muscle cardiaque : cardiomyopathie ischémique ou dilatée

### Diagnostic :

#### Insuffisance cardiaque gauche

##### Signes fonctionnels :

- Dyspnée à type de polypnée avec orthopnée (NYHA)
  - I : asymptomatique
  - II : symptômes à l'effort inhabituel
  - III : symptômes à l'effort courant
  - IV : symptômes au moindre effort ou au repos
- Toux d'effort ou de décubitus
- Dyspnée paroxystique nocturne
- Asthme cardiaque
- Fatigue musculaire à l'effort

### Signes physiques

- Tachycardie, galop, souffle systolique mitral, éclat de B2, déviation du choc de pointe à gauche
- Râles crépitants, EPL
- Fonte musculaire, oligurie

### **Insuffisance cardiaque droite**

Signes fonctionnels : hépatalgies d'effort et signes digestifs (nausées, distension abdominale)

### Signes physiques

- Tachycardie, galop, souffle systolique tricuspide
- Turgescence spontanée des jugulaires en position demi assise
- Reflux HJ à la pression de l'HD
- HPM (dure, ferme, lisse, douloureuse)
- OMI (blanc, mou, garde le godet)
- Ascite

### **Examens complémentaires :**

- **ECG** : normal ou pathologique en fonction de l'étiologie
- **Rx thorax** :
- ICG : cardiomégalie gauche + s. de stase pulmonaire (surchage hilare ou lignes B de Kerley..) parfois EPL
- ICD : cardiomégalie droite
- **Biologie** : dosage du BNP (Brain Natriurétic Peptid : secrétés lors de l'étirement des myocytes lors de l'IC uniquement) en cas de doute dc (path>140 picogramme/ml)
- **Echo doppler cardiaque** +++ dc étiologique

### **Evolution :**

#### **Signes de mauvais pronostic :**

- Cliniques : dyspnée III et IV, mauvaise évolution sous TRT, décompensations fréquentes
- Etiologies graves
- Echo doppler : FE très basse, dilatation ventriculaire importante
- ECG : troubles de l'excitabilité
- Biologie : hyponatrémie de dilution, IRA ou IRC, BNP très élevés
- Test de marche de 6 mn < 305 m

#### **TRT :**

- 1- RHD
- 2- IEC et IRA (inhibiteurs des rec de l'angiotensine) : diminuent pré et post charge
- 3- Dérivés nitrés : vasodilatateurs veineux qui diminuent la pré charge
- 4- BB : réduisent la morbi-mortalité
- 5- Spironolactone 25mg/j : effet contre myocardique induite par l'excès d'aldostérone dans l'IC
- 6- Furosémide : lutte contre la congestion

- 7- Dobutamine ou dopamine et digitaliques : inotropes +
- 8- TRT étiologique
- 9- Resynchronisation (pacemaker multi sites)
- 10- Transplantation cardiaque

### **INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE OAP : URGENCE**

#### - **Signes fonctionnels :**

- Dyspnée aigue (polypnée, orthopnée)
- Grésillement laryngé
- Expectoration mousseuse saumonée

#### - **Signes physiques :**

- Râles crépitants bilatéraux en marrée montante
- Tachycardie

#### - **RX thoracique :** opacité cotonneuse en ailes de papillon

#### - **Sonde de Swan ganz :** PCP > 20mmHg

#### - **Gaz du sang :** hypoxémie, hypocapnie

#### - **Biologie :** BNP très élevés

### **TRT**

- Hospitalisation en réanimation
- Position demi assise + O2 (6l/mn)
- Furosémide IV (20 à 80 mg) avec supplément K+
- Dérivés nitrés IVSE (Si PAS> 11mmhg)
- Inotrope + (dobutamine, dopamine) en cas d'HypoTA
- Morphine