

#001

Objectifs du carnet



Que pouvez-vous faire à ce stade de la prise en charge ?

- A – Ajout d'Ivabradine
- B – Switch Sacubitril/Valsartan par du Ramipril
- C – Pose d'un DAI
- D – Resynchronisation VG
- E – Majoration des diurétiques

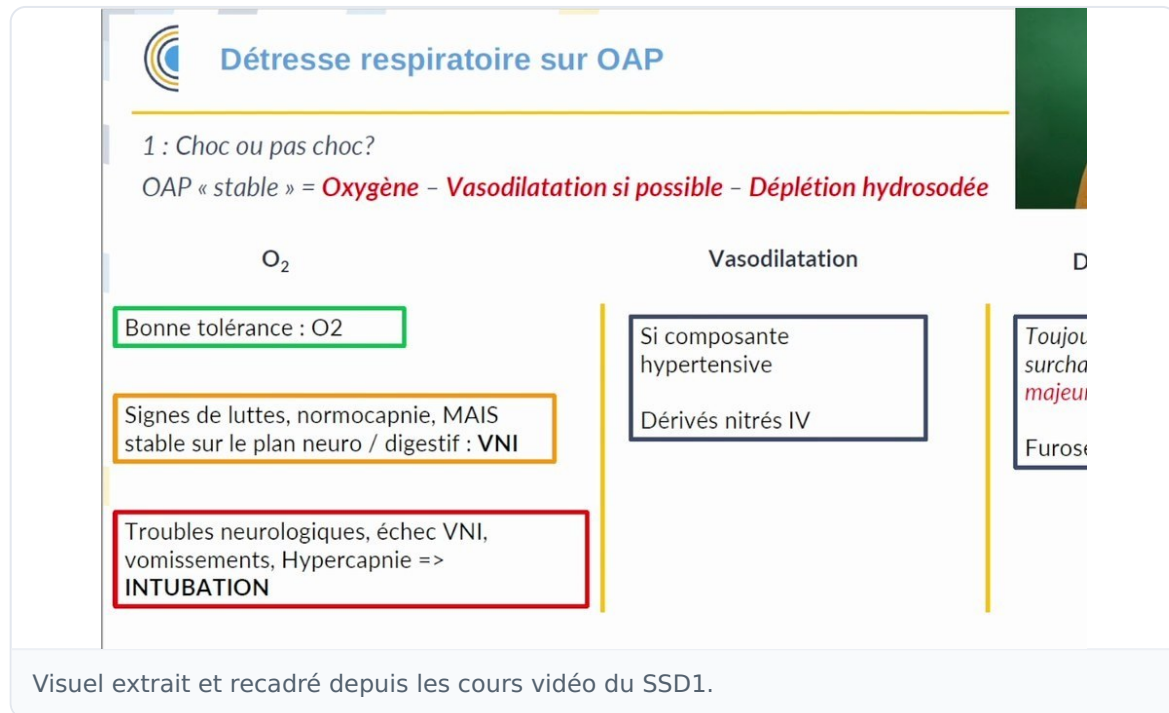
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant prescription et surveillance des diurétiques en contexte EDN et en garde.
- Pour Prescription et Surveillance des Diurétiques, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Prescription et Surveillance des Diurétiques, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Prescription et Surveillance des Diurétiques, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Indications

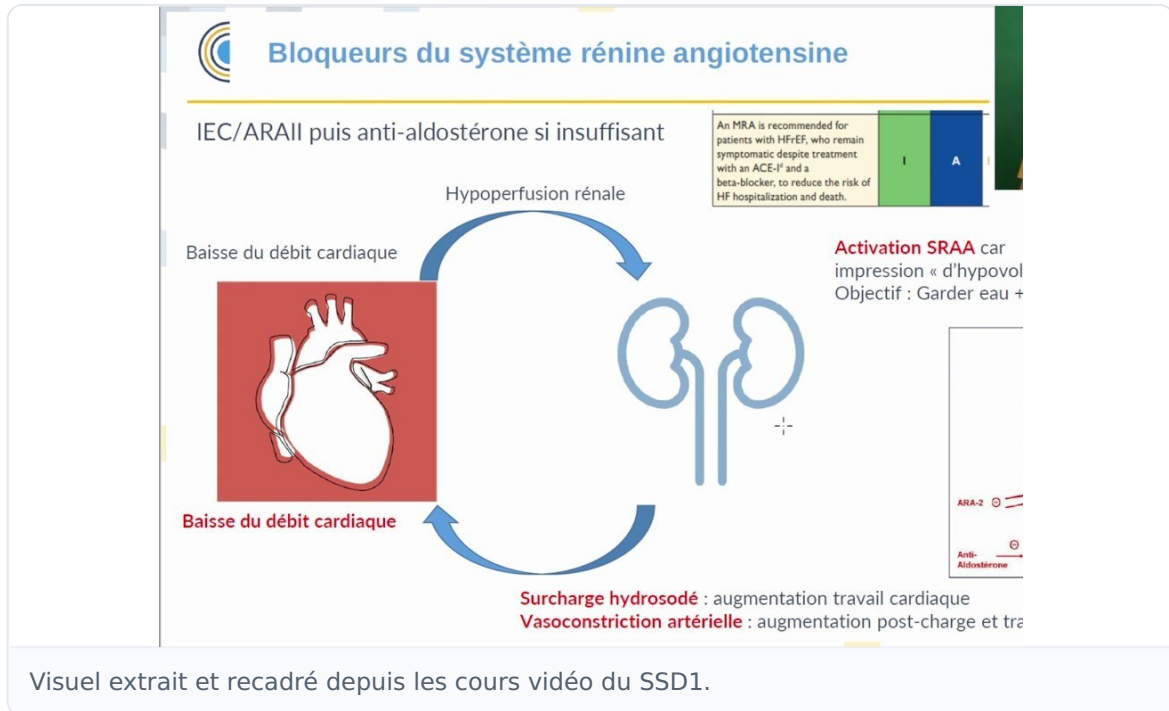


Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Les diurétiques traitent surtout la congestion: insuffisance cardiaque, oedemes, HTA ou ascite selon contexte.
- Anse: effet puissant sur surcharge hydrosodée et OAP.
- Thiazidique: HTA et potentialisation de diurese, surtout si fonction rénale compatible.
- Antagonistes de l'aldostérone: insuffisance cardiaque et hyperaldostéronisme, avec vigilance kaliémie.

#003

Avant prescription



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Evaluer poids, pression artérielle, congestion, diurèse, créatinine, DFG, sodium et potassium.
- Lister AINS, IEC/ARA2/ARNI, anticoagulants, lithium, digoxine et autres interactions.
- Chercher hypotension, déshydratation, goutte, trouble ionique ou insuffisance rénale.
- Fixer objectif clinique: perte de poids, disparition oedemes, amelioration dyspnee.

#004

Surveillance

- Contrôle poids, tension, symptômes, créatinine, sodium, potassium et signes de déshydratation.
- Hypokaliémie sous anse/thiazidique; hyperkaliémie sous spironolactone surtout avec rein fragile.
- Adapter doses progressivement selon congestion et tolérance.
- Eduquer sur prise le matin, automesure du poids et signes d'alerte.

#005

Situations pièges

- Résistance aux diurétiques: observance, sel, rein, AINS, hypoperfusion ou congestion sévère.
- Créatinine qui monte impose de distinguer hypovolémie, congestion persistante et bas débit.
- Hyponatrémie peut traduire surcharge sévère ou excès de diurèse selon contexte.
- Ne pas traiter un œdème veineux isolé par escalade diurétique sans indication cardiaque.

#006

Pieges EDN

- Un ECG normal n'elimine pas un SCA, une embolie pulmonaire ou une dissection si la clinique est forte.
- Ne pas retarder le traitement d'une urgence circulatoire pour obtenir un bilan complet.
- Toujours verifier rein, kaliemie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prevention secondaire doit etre prescrite, expliquee et surveillee avant la sortie.

#007

Mini-cas a savoir resoudre

- Resumer en une phrase le syndrome cardiovasculaire, le risque vital et l'examen pivot.
- Justifier hospitalisation, monitoring, avis cardiologique ou strategie ambulatoire.
- Choisir le traitement initial et la surveillance des effets attendus ou indesirables.
- Planifier reevaluation, adaptation therapeutique et education du patient.

Sources: Referentiel de medecine cardiovasculaire CNEC/SFC - DFASM/EDN; Recommandations ESC 2023-2024 selon les themes: FA, SCA, HTA, endocardite, aorte et arteriopathies; Guides HAS: insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, parcours de soins cardiovasculaires; Supports locaux SSD1/Alex/1- Cardiologie; Banque d'images recadrees SSD1/Carnets/phase1_collecte