

#001

Objectifs du carnet

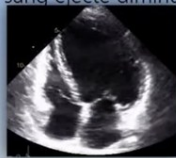
Insuffisance cardiaque chronique
ICFEA vs ICPEP

$$FEVG (\%) = \frac{VES}{VTD} = \frac{VTD - VTS}{VTD}$$

$$DC (L/min) = VES \cdot FC$$

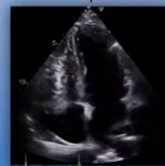
IC à FEVG réduite (systolique)

- FEVG < 50%
- Défaut de contraction et d'éjection du VG
- Volume de sang éjecté diminué, dilatation du VG



IC à FEVG préservée (diastolique)

- FEVG ≥ 50%
- Défaut de relaxation et donc de remplissage du VG
- Parois épaissies, VG plus rigide



Femme, sujet âgé, HTA

NB : l'IC à FE modérément réduite (FEVG = 40-50%) n'est pas à prendre en compte pour la préparation de l'ECN (selon CNEC 2019)

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

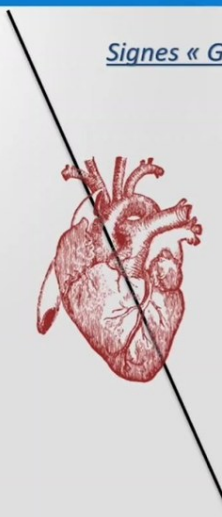
Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant dyspnée aiguë et chronique d'origine cardiaque en contexte EDN et en garde.
- Pour Dyspnée Aiguë et Chronique d'Origine Cardiaque, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Dyspnée Aiguë et Chronique d'Origine Cardiaque, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Dyspnée Aiguë et Chronique d'Origine Cardiaque, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Trier la dyspnee

Insuffisance cardiaque chronique
Diagnostic : symptômes



Signes « Droits »

Hépatalgie d'effort

Oedèmes

Prise de poids

Autres signes

Fatigue de repos

Palpitations

Faiblesse musculaire

Signes « Gauches »

Dyspnée

NYHA 1	Absence de dyspnée, palpitations ou fatigue pour des efforts habituels : Pas de gêne dans la vie courante
NYHA 2	Dyspnée, palpitations ou fatigue pour des efforts importants habituels (marche rapide ou en côte, montée ≥ 2 étages)
NYHA 3	Dyspnée, palpitations ou fatigue pour des efforts peu intenses de la vie courante (marche à plat, montée < 2 étages)
NYHA 4	Dyspnée, palpitations ou fatigue pour des efforts minimes (s'habiller, se laver, qq pas)

Orthopnée

Dyspnée paroxystique nocturne

Asthme « cardiaque »

Toux

Hémoptysies (HTP)

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

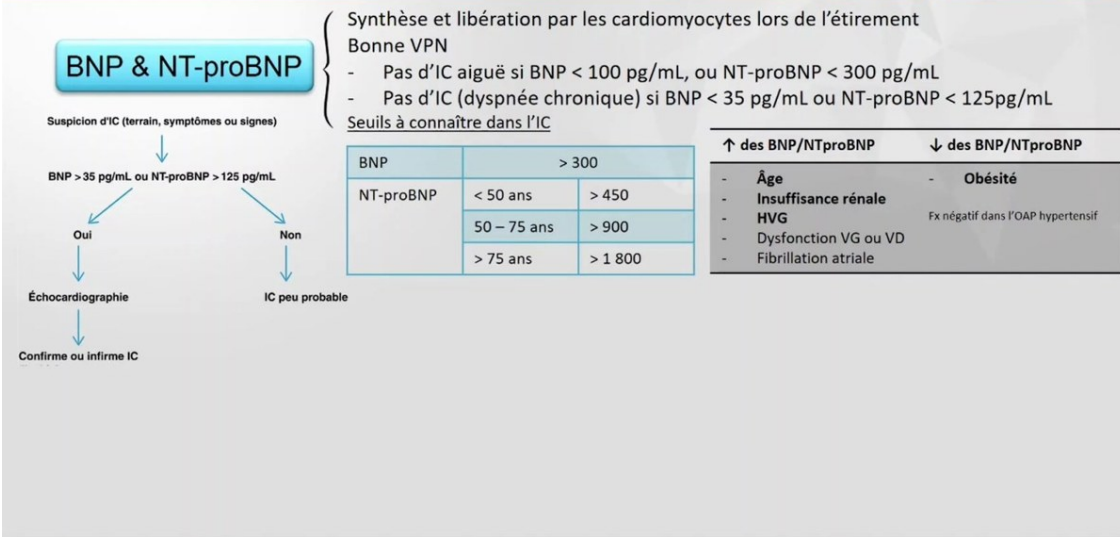
Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Dyspnee aigue: rechercher OAP, SCA, embolie pulmonaire, trouble du rythme et tamponnade.
- Dyspnee chronique: insuffisance cardiaque, valvulopathie, ischemie, HTAP et cause respiratoire ou anemie.
- Orthopnee, dyspnee paroxystique nocturne, oedemes et prise de poids orientent vers origine cardiaque.
- La coexistence BPCO-insuffisance cardiaque est frequente et complique l'examen.

#003

Premiers examens

Insuffisance cardiaque chronique Diagnostic : paraclinique



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Constantes, ECG, saturation, auscultation cardio-pulmonaire et recherche de signes de choc sont immédiats.
- Radiographie thoracique et BNP/NT-proBNP orientent vers congestion ou diagnostic alternatif.
- Troponine si douleur, ECG ischémique, contexte de SCA ou décompensation sévère.
- Echocardiographie si doute, choc, valvulopathie, OAP inaugural ou mauvaise tolérance.

#004

OAP cardiogénique

- Tableau: détresse respiratoire, crépitations, orthopnée, hypertension ou parfois choc cardiogénique.
- Installer assis, oxygéner, VNI si indication, diurétiques IV si congestion.
- Dérivés nitrés si pression artérielle compatible et OAP hypertensif.
- Chercher facteur déclenchant: SCA, FA rapide, infection, poussée HTA, observance ou iatrogénie.

#005

Suivi après épisode

- Documenter FEVG, cause, traitement de fond, poids cible et plan d'action.
- Vérifier rein, kaliémie, tension, fréquence et tolérance après adaptation thérapeutique.
- Coordonner cardiologie, médecin traitant, infirmier, éducation et réhabilitation si besoin.
- Reconsulter vite si dyspnée de repos, prise de poids rapide, malaise ou douleurs.

#006

Pièges EDN

- Un ECG normal n'élimine 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 vérifier rein, kaliémie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prévention secondaire doit être prescrite, expliquée et surveillée 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