

Insuffisance cardiaque - Insuffisance rénale

Comment adapter le traitement : l'avis du cardiologue



Dr Pierre Troisfontaines
Service de cardiologie
CHR de la Citadelle

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA

CITADELLE

Intercommunale

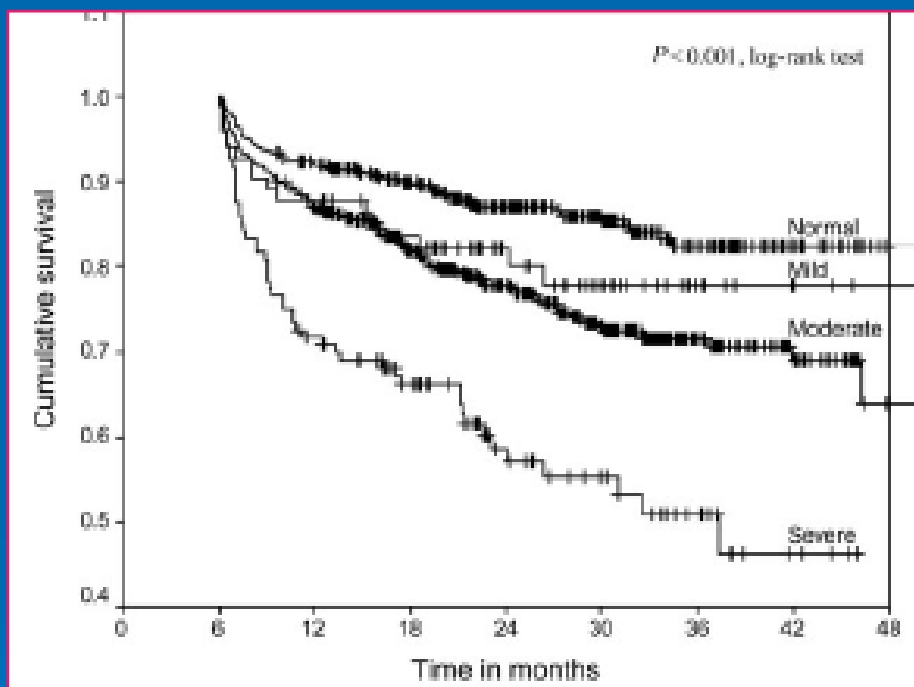


Constats

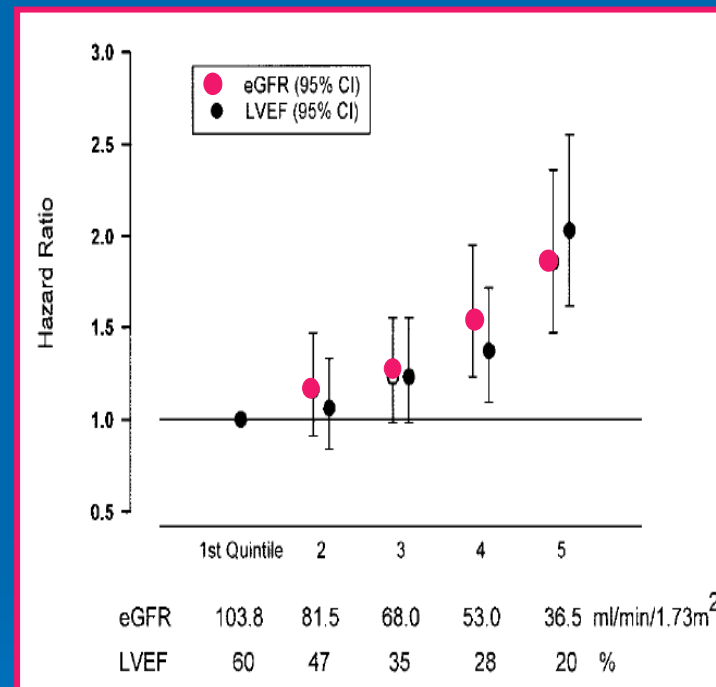
- Environ **30 %** des insuffisants cardiaques ont une insuffisance rénale liée à une comorbidité qui imposent une prise en charge particulière de l'insuffisance cardiaque. **(Registre ADHERE)**
- En cas d'insuffisance cardiaque, on **prescrit moins souvent des IEC ou des ARA** lorsqu'il y a également une insuffisance rénale.
- Les semaines qui suivent **la sortie de l'hôpital** après un épisode de décompensation cardiaque constitue une période à haut risque pour le rein : **20 %** des malades vont **aggraver leur fonction rénale**

La fonction rénale = valeur pronostique

L'insuffisance rénale compromet sérieusement le pronostic de l'insuffisant cardiaque.



De Silva; EHJ 2006



Hillege, Circulation 2006

La filtration glomérulaire (GFR) a une meilleure valeur discriminante à l'égard du risque de mortalité que la fraction d'éjection du VG (**étude PRIME II**).

Traitt médicamenteux optimal

✓ Phase congestive

- Diurétiques
- IEC ou AA2 **si** IEC non tolérés ou CI
 - Dose croissante
 - Même si insuffisance rénale ou hypotension
- Spironolactone
- Béta-bloqueur: dose débutante

Systeme RAA

✓ Après la phase congestive

- Augmentation progressive jusqu'à dose optimale des Béta-bloqueurs & IEC – AA2

IEC en pratique...

Ne sont pas des contre-indications:

- Insuffisance rénale modérée (Créatinine \leq 25mg/l)
- HypoTA (\leq 90 mmHg) asymptomatique

Tolérer une \uparrow créatinine jusqu'à 20-30 %

- **Tolérer** une hypoTA asymptomatique **mais** essayer de diminuer les diurétiques ou autres hypotenseurs (antag.Ca $^{++}$, nitrés,...)
- **Biologie** 1 à 2 semaines après introduction **et** 1 à 2 semaines après dose maximale
- Suivre créatinine et potassium jusqu'à un **plateau**

Attention aux AINS

Sartans en pratique...

| Sartans et ... | K+ | Créatinine | PA |
|----------------|-------------|-------------------------|------------------------|
| Prudence si | > 5 meq/l | > 25 mg/l | < 90 mmHg ou sympto |
| x ½ si | > 5,5 meq/l | > 30 mg/l ou > 50 % | Sympto |
| Stop si | > 6 meq/l | > 35 mg/l ou > 100 % | Sympto |

- Prudence avec diurétiques d'épargne K+, Suppl. K+...
- Vérifier l'absence de vasodilatateurs (antag. Ca++, nitrés,...)
- Hypotension asymptomatique : ne rien faire
- Biologie 1 à 2 semaines après introduction et 1 à 2

Administration initiale et surveillance des antialdostérones

Chez les patients en stade III, IV malgré traitement optimal

➤ si $K^+ < 5 \text{ mMo/l}$, Créat $< 25 \text{ mg/l}$.

débuter avec 12.5- 25 mg Aldactone,

❖ **Contrôle créat. et K après 4 à 6 jours, puis 4 semaines**

➤ si $5 < K^+ < 5.5 \Rightarrow$ réduire de moitié,

➤ si $K^+ > 5.5 \text{ mMo/l}$ ou Créat $> 35 \text{ mg/l} \Rightarrow$ arrêt

❖ **Contôle ionogramme et créatinine**

➤ Tous les mois pendant 3 mois puis tous les 3 mois pendant 1 an puis au moins tous les 6 mois

➤ Lors d'un événement pouvant modifier la kaliémie (fièvre, diarrhée, canicules, AEG)

Résistances aux Diurétiques

- Augmenter les doses de diurétiques de l'anse (Furosemide ou Bumétamide)
- Fractionner les prises de diurétiques
2 à 4 prises/j
- Passer par voie intra-veineuse
- Assurer un régime hyposodé
- + Thiazidiques si GFR >30 ml/min

Merci de votre attention



Yann Arthus-Bertrand
COEUR DE VOH EN 1990, Nouvelle-Calédonie