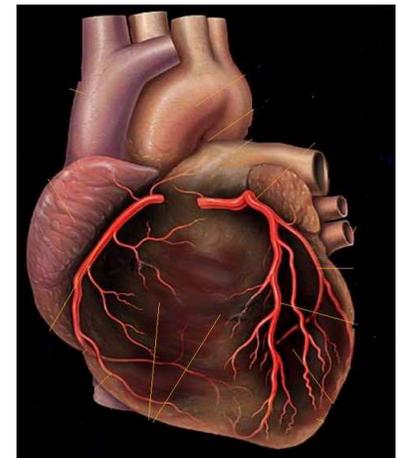


L'insuffisance cardiaque et les soins infirmiers



Karine Leroy IDE
Emmanuelle Desmalles IDE





Introduction

- L'insuffisance cardiaque est une pathologie de plus en plus fréquente, c'est l'aboutissement de la plupart des maladies cardiaques



Pathologie grave

- 500 000 à 800 000 cas en France
- Taux élevé de ré-hospitalisation
- 50% de Mortalité à 5 ans du diagnostic
- 30 000 morts par an
- Pronostic qui reste très sombre
- **Altération importante de la qualité de vie des patients**

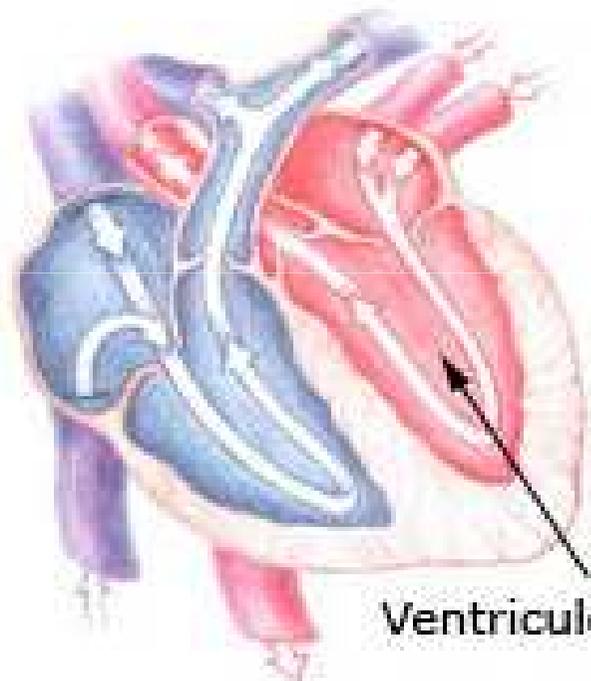


-
- État pathologique définit par l'incapacité pour la pompe cardiaque d'assurer dans des conditions normales un débit sanguin suffisant aux besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme



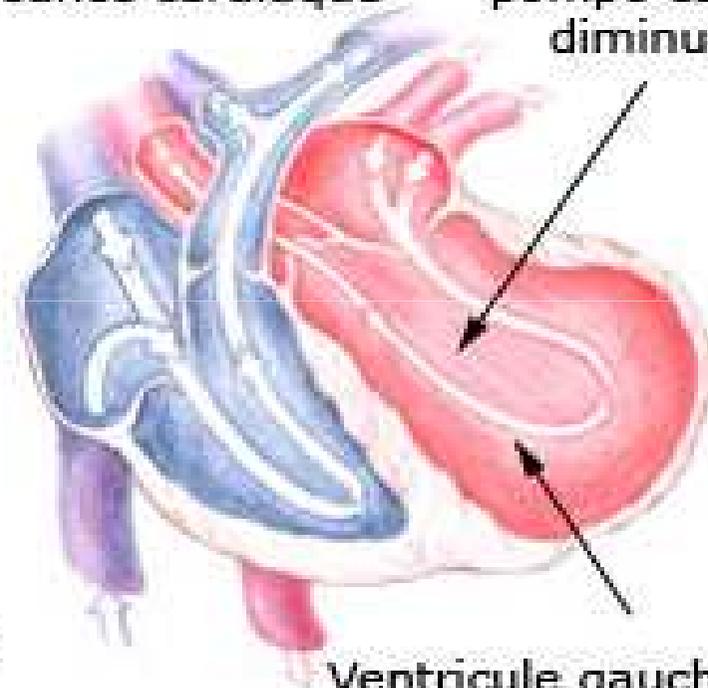
- Pour faire simple le cœur fonctionne mal,
- la pompe est défaillante, elle perd de sa
- puissance.
- Le débit du cœur baisse et il n'est
- plus suffisant pour les besoins de
- l'organisme

Coeur normal

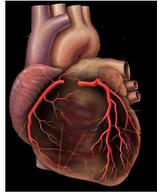


Ventricule gauche

Insuffisance cardiaque Le volume de sang pompé est diminué



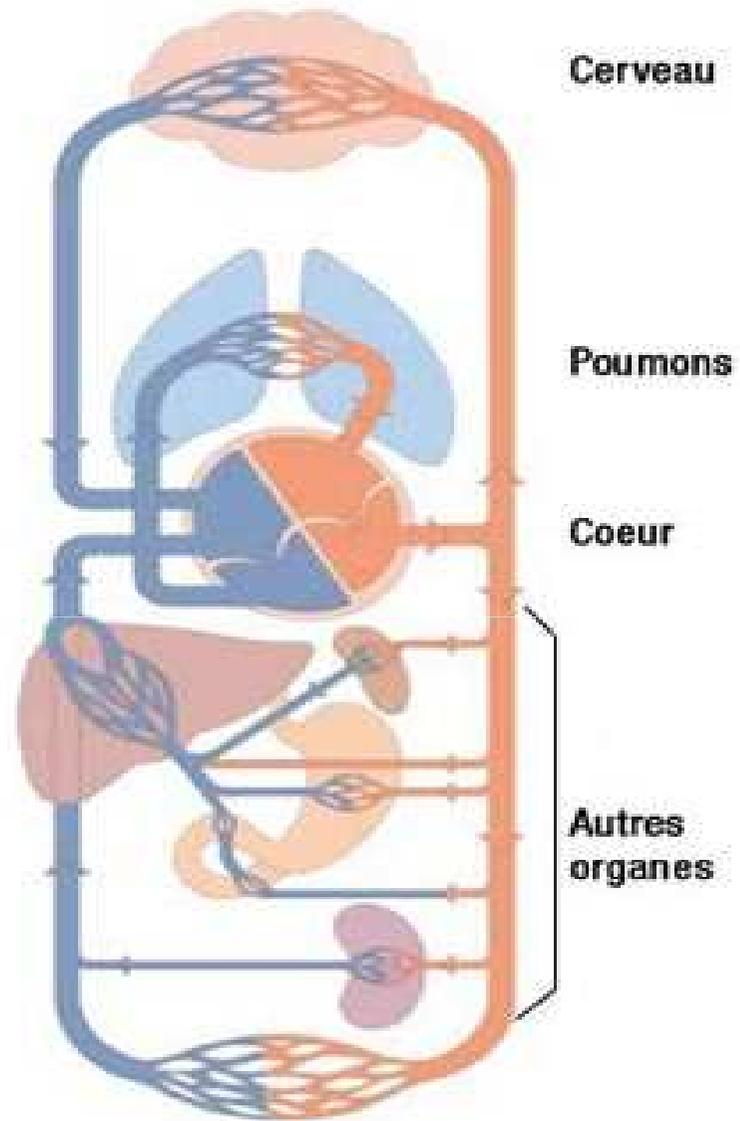
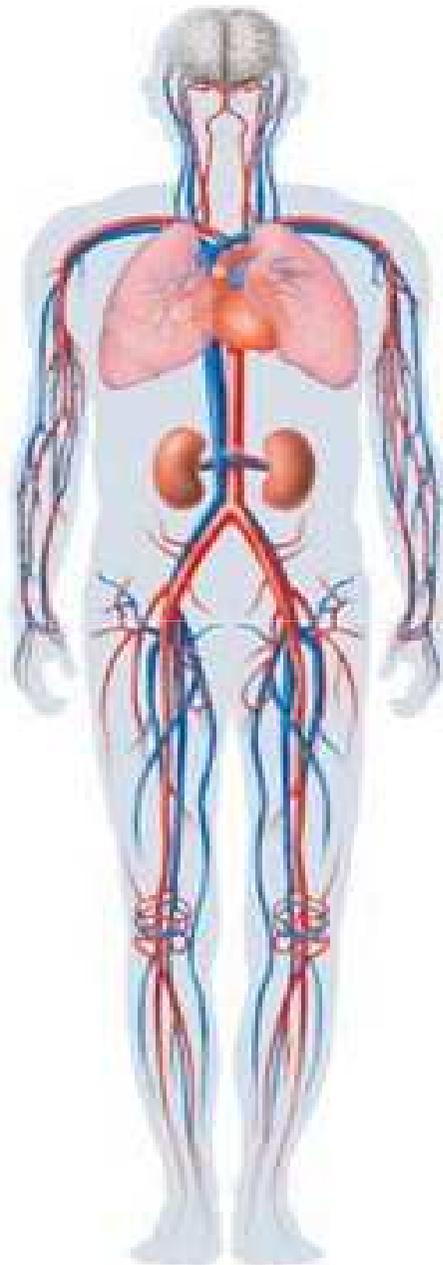
Ventricule gauche endommagé et dilaté



Étiologies

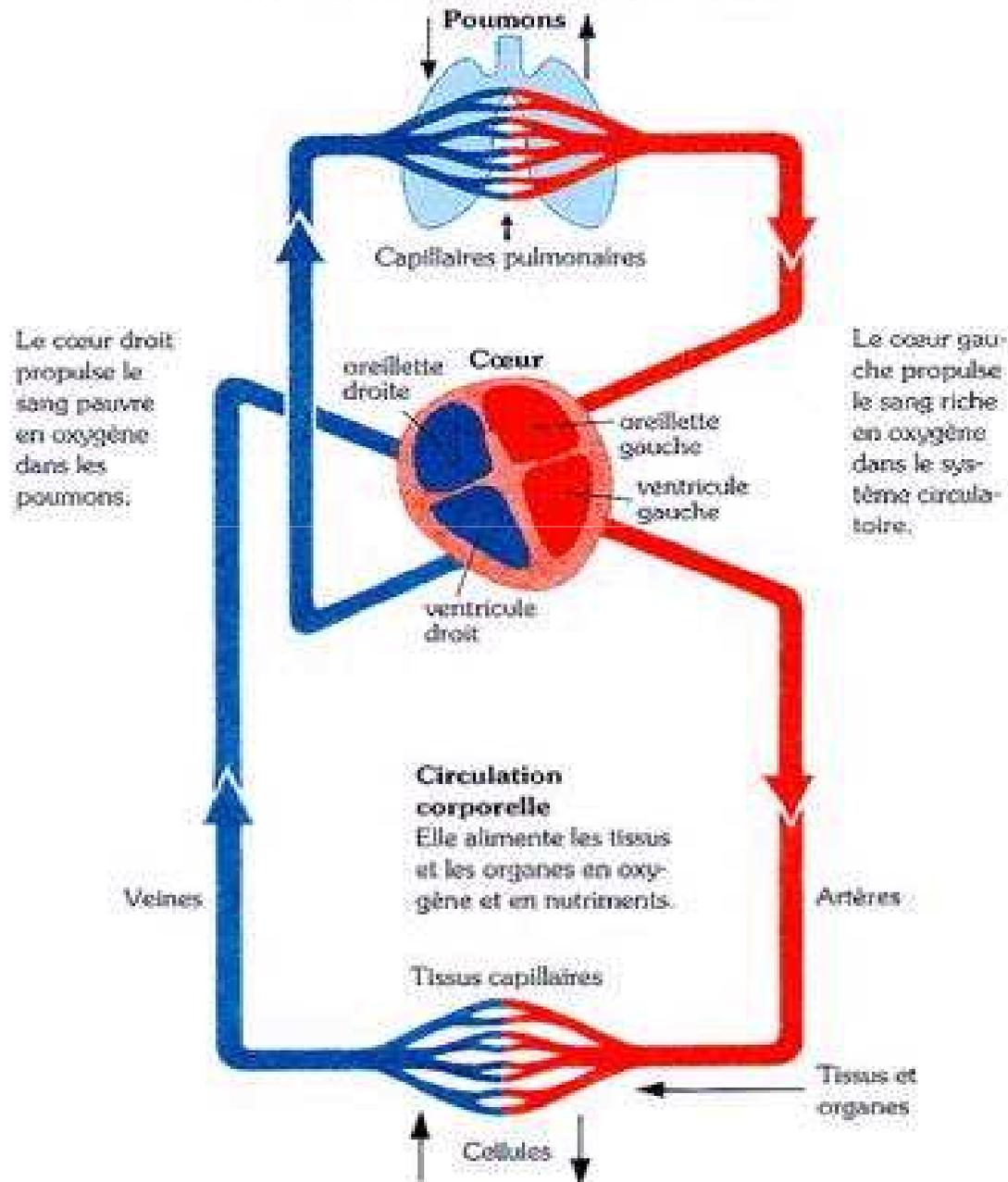
Nombreuses mais principales à retenir:

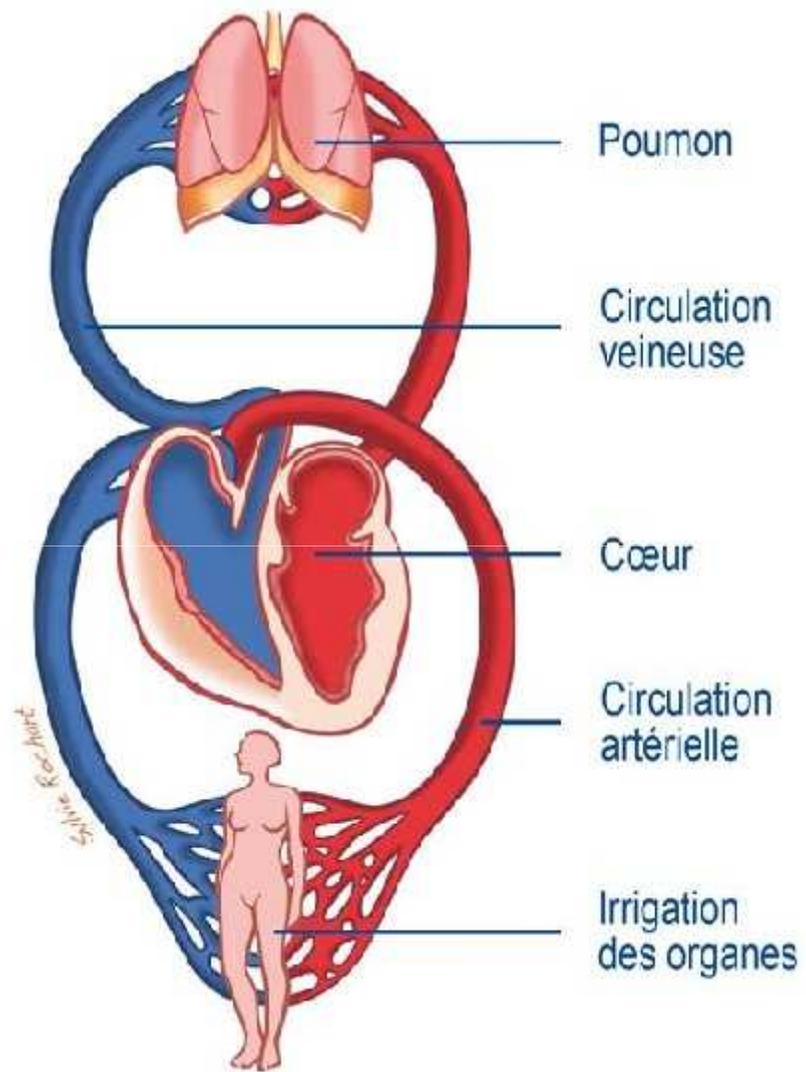
- suite IDM étiologie la + fréquente
(cardiopathie ischémique)
- suite HTA
(cardiopathie hypertensive)
- suite troubles du rythme (ACFA..)
- suite à une myocardite
- suite à une difficulté à éjecter le volume sanguin
Atteintes valvulaires Rétrécissement ou insuffisance
aortique ou mitrale



Circulation pulmonaire

Le sang passe par les poumons pour s'y débarrasser du dioxyde de carbone et s'y charger d'oxygène.







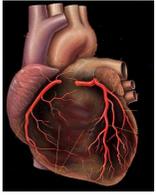
Insuffisance cardiaque gauche

La plus fréquente

Entraine en amont => élévation de la pression capillaire

Le poumon ne peut plus effectuer correctement sa fonction de ventilation

=> Dyspnée d'abord d'effort puis permanente s'accroissant en position couchée

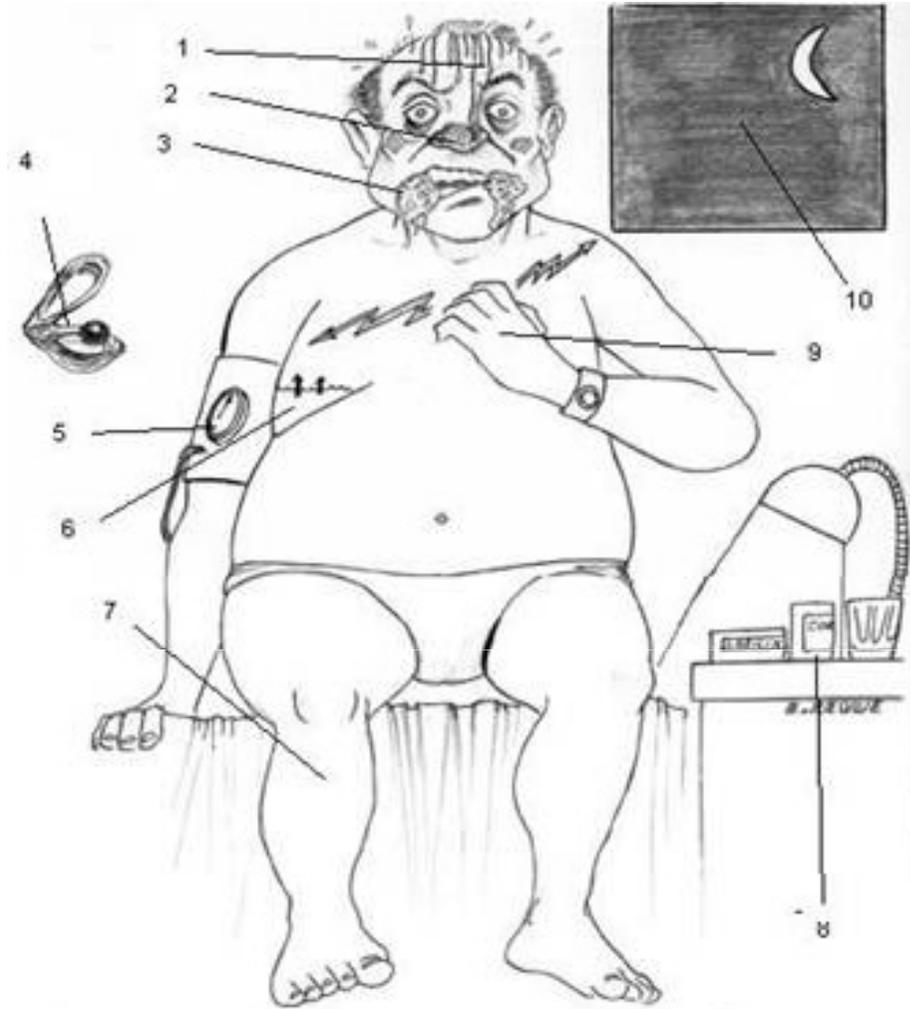


Insuffisance cardiaque gauche

- Puis OAP (Œdème aiguë du poumon)
- est la forme aiguë de l'insuffisance
- cardiaque
- => passage de plasma dans les alvéoles pulmonaires causé par l'augmentation brutale de la pression dans les capillaires pulmonaires

- Dyspnée avec orthopnée, (9)
- Expectoration mousseuse (3)
- Anxiété et agitation, sueurs (1)
- Cyanose périphérique (2)
- Râles crépitants à auscultation pulmonaire (6)

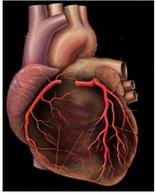
Rechercher une douleur thoracique(9)
 ou un trouble du rythme (IDM ou TAC/FA),
 une poussée HTA(5),
 un écart de traitement (8)
 ou de régime (huitres du réveillon par apport excessif de sel(4))



D'après « IDE Mémo » Prunier, Beliard, Zagury, Revue, Editions Medicilline)

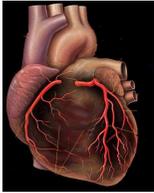
La radiographie de thorax (réalisée au lit du patient , en position $\frac{1}{2}$ assise) montre la présence d'opacités alvéolo-interstitielles diffuses, bilatérales, symétriques, donnant un aspect floconneux.(cf photos)





Insuffisance cardiaque gauche

- Avec le temps les capillaires pulmonaires vont se muscler pour augmenter leur pression et essayer de chasser le sang vers l'oreillette gauche.
- Cette réaction entraîne une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) qui va se répercuter sur le ventricule droit, une insuffisance cardiaque droite ne tarde pas à se manifester



Insuffisance cardiaque droite

- Le ventricule droit n'arrive plus à éjecter le sang
 - vers le poumon(ralentissement de la circulation)
 - Stase qui se répercute sur les structures en amont
-
- Turgescences veines jugulaires
 - Hépatomégalie
 - Œdèmes membres inférieurs (signes du godet)

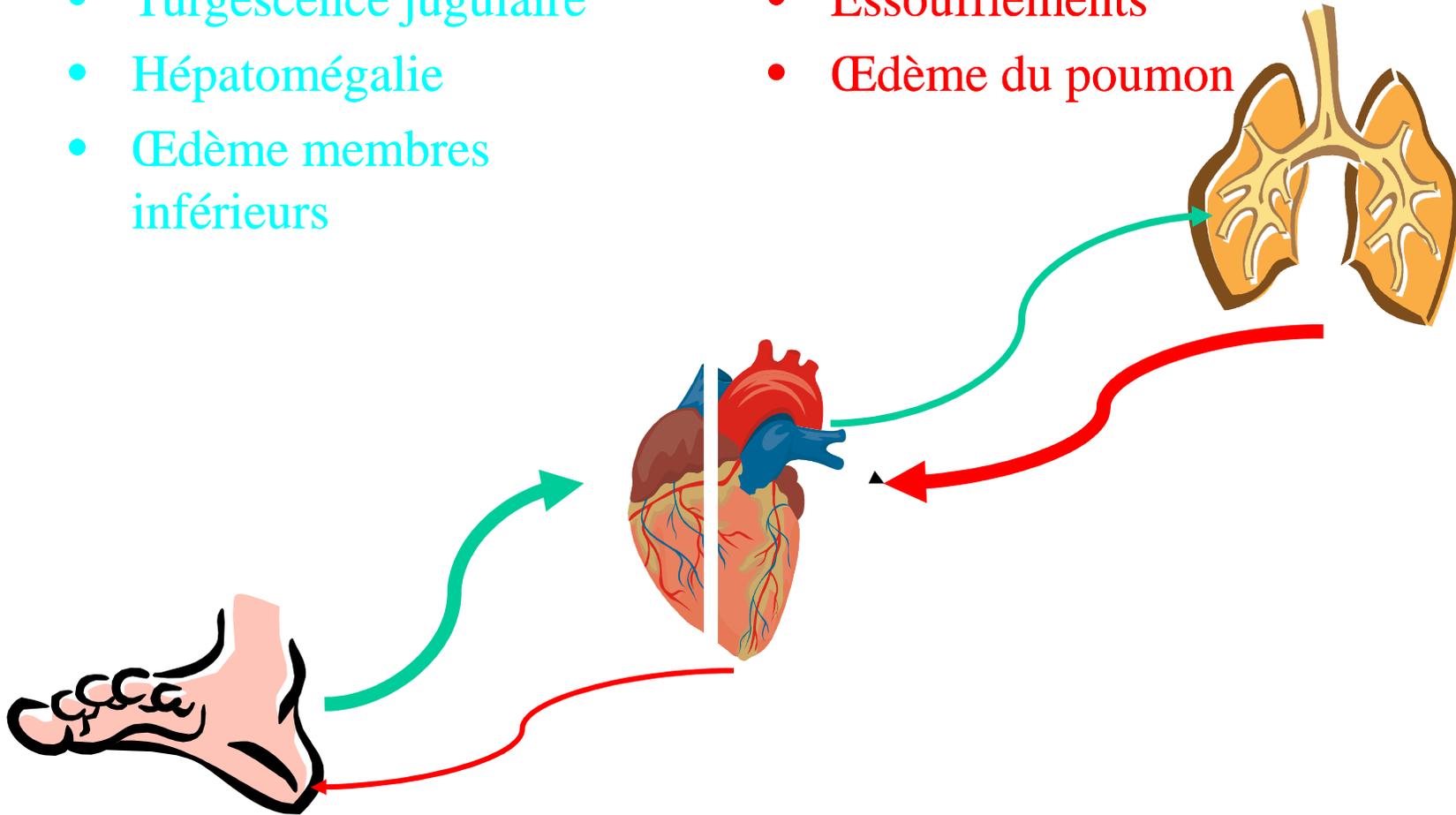
Œdèmes des membres inférieurs

-

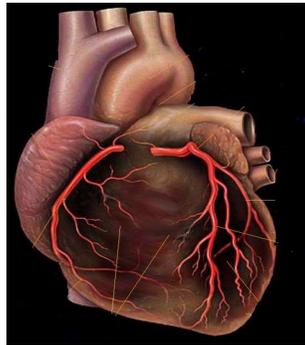


Insuffisance cardiaque

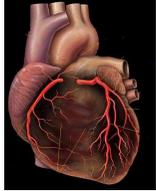
- IC Droite
 - Turgescence jugulaire
 - Hépatomégalie
 - Œdème membres inférieurs
- IC Gauche
 - Essoufflement
 - Œdème du poumon



Insuffisance cardiaque globale ICG et ICD



Classification NYHA		
Stade I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiopathie compensée ▪ Pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque ▪ Signes de cardiopathie décelables à l'examen (souffle, cardiomégalie...) ▪ Effort normal possible ▪ Travail normal possible 	Stades asymptomatiques
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes d'insuffisance cardiaque en cas d'exercice soutenu ▪ Effort mal supporté (essoufflement) ▪ Toux lors d'effort violent 	Stades symptomatiques : Insuffisance Cardiaque Congestive
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes d'insuffisance cardiaque en cas d'exercice modéré ▪ Intolérance à l'effort ▪ Toux et essoufflement au moindre effort ou la nuit ▪ Fatigue, dyspnée 	
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes d'insuffisance cardiaque au repos ▪ Aucun effort possible ▪ Toux et dyspnée au repos ▪ Signes d'insuffisance cardiaque globale (ascite grave, œdème pulmonaire marqué) ▪ Pouls faible (bas débit) 	



Signes cliniques

- Prise de poids rapide (>2kg en moins d'une semaine)
- Fatigue
- Dyspnée
- Œdème hydrosodé (signes du godet)
- Anasarque : Œdème généralisé
- Oligurie



Signes cliniques de OAP = urgence

- Dyspnée ++, crépitants ++
Toux ++ avec expectoration « mousse rosée »
le patient ne supporte pas la position allongée
- Angoisse ++ (sensation étouffement de mort imminente)
- Sueurs
- Tachycardie



Actions IDE

- Rassurer le patient
- Installation du patient: position demi assise
- Oxygénothérapie MHC et explications
- Prendre les constantes (Ta, Pouls, Sat, T°)
- Pose voie veineuse (G5%, débit lent)
- Prévenir le médecin



Actions sur PM



- Injecter diurétiques IVD et dérivés nitrés
- VNI +++ (Explications ++..)
- Radio pulmonaire
- Gazométrie artérielle
- Prise de sang (iono, enzymes cardiaques, BNP ++)
- ECG (peut déterminer causes OAP)



VNI

Ventilation non invasive

- Dispositif permettant de réaliser une pression
- positive persistante à l'inspiration et à l'expiration.
- Alternative à une ventilation invasive

- L'utilisation d'une Pression d'Expiration Positive
- (PEP/ VS) encore appelée CPAP (Continuous
- Positive airway pressure) nécessite la
- compréhension et la coopération du patient.



VNI

- Elle permet d'augmenter l'oxygénation, de
- diminuer les résistances des voies aériennes et le
- travail ventilatoire . Elle diminue également
- la fréquence cardiaque, améliore l'index
- cardiaque et le volume d'éjection systolique et
- diminue la postcharge ventriculaire gauche .



VNI rôle IDE

Expliquer

Rassurer le patient ainsi que sa famille
(matériel peut être impressionnant)

Vérifier bon fonctionnement de la VNI

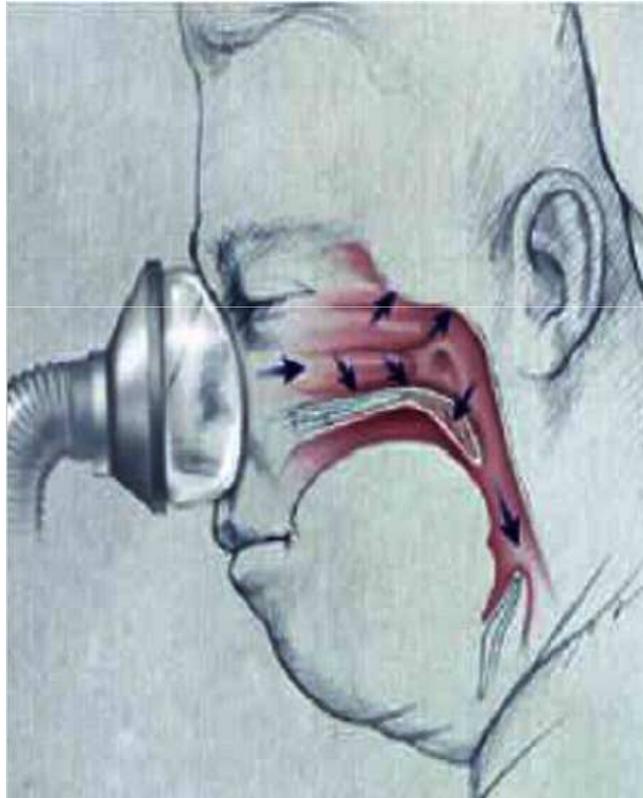
Masque correctement mis

Pas de fuite

Protéger la peau si nécessaire

Vérifier réglages selon PM

Masques VNI



VNI





Actions

- Surveillance de la diurèse et pose sonde urinaire si besoin
- Surveillance des constantes toutes les heures puis toutes les deux heures quand amélioration



Cas concret

- Mr P, 75 ans, agriculteur, retraité toujours actif, vit
- à domicile avec son épouse. Son fils aîné, qui a
- repris l'exploitation, vit dans une partie de la ferme.

- Mr P est hospitalisé dans le service de cardiologie
- pour poussée d'insuffisance cardiaque globale.

- A l'arrivée, il présente une dyspnée et des
- œdèmes des membres inférieurs.



Cas concret

- Il décrit un essoufflement accru depuis plusieurs jours mais
- nous informe que son état s'est dégradé depuis quelques
- mois (fatigue), sans qu'il n'ait jugé nécessaire de consulter
- un médecin.

- De ce fait, Mr P culpabilise, nous pose de nombreuses
- questions...

- Dans ses antécédents, on note une hypertension artérielle
- non traitée, une prothèse de hanche gauche, un tabac
- actif. Il n'a pas d'allergie connue et aucun traitement.



Prise en charge à son arrivée par IDE

- Mr P arrive dans le service via les urgences , sous oxygène, perfusé
- En collaboration avec l'aide soignante transfert du patient du brancard au lit, en position demi-assise
- Prise des constantes:
 - TA : 18/9** **Pouls : 120**
 - SatO² : 92% sous 5l/min** **Apyrétique**
 - HGT : 1,90g/l**
- ECG
- Vérification abord veineux, G5% débit lent
- Allo cardiologue



Prise en charge médicale

- Une échographie transthoracique (ETT) montre une akinésie du territoire inférieur sur probable IDM, cardiomégalie, FE estimée à 35%.
- A l'auscultation présence de râles crépitants aux 2 bases.
- Le bilan sanguin prélevé aux urgences, montre une légère insuffisance rénale avec augmentation de la créatinine et de l'urée et des BNP à 1500pg/ml. Le reste du bilan est dans les normes.



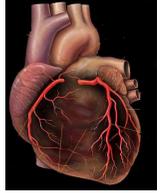


Prescription du traitement

- G 5% 500ml /24h
- Lasilix[®] 80mg x 3 en IVD
- SE Risordan[®] 5 amp dans 50cc à 3ml/h
- Lovenox[®] 0.4ml x 1 en S/C
- Ramipril 2.5 mg 1.0.1
- Cardensiel[®] 1,25mg 1.0.0
- Ogastoro[®] 15mg 0.0.1
- Lexomil[®] 0.0.0.1
- O2 à 5l/min
- Repos strict au lit.

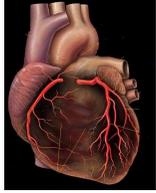


1-1 Problème de santé traité en collaboration:



Insuffisance cardiaque

- Se manifestant par :
 - une dyspnée
 - une fatigue
 - un œdème des membres inférieurs
 - Une FE à 35 %, des BNP a 1500



1 - Insuffisance cardiaque

Dyspnée

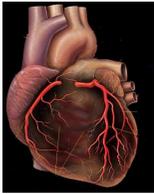
Actions sur PM

- Oxygénothérapie
- Diurétiques (Furosémide = Lasilix[®]) en IVD
Surveillance EI : Iono sur PM
- Dérivés nitrés (Risordan[®]), vasodilatateur
Surveillance TA, apparition EI : céphalées

PSE

Risordan ® utilisation pure





1 - Insuffisance cardiaque Dysnée

Rôle propre

- Installation en position demie-assise
Rassurer le patient
- Évaluer amélioration clinique et efficacité du traitement
Régression de la dyspnée et signes associés:
Coloration des téguments, saturation, FR
Amélioration TA
- Surveillance de la diurèse : quantification sur 24h
Prévoir bocal, poids tous les jours



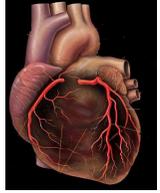




1 - Insuffisance cardiaque

Rôle sur PM

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion: IEC (Triatec[®] = Ramipril) agit sur le système Rénine-Angiotensine-Aldostérone, donc agit sur bilan hydrique (Baisse rétention sodée) ,permet une meilleure contractilité cardiaque
- Béta-bloquant (Cardensiel[®] = Bisoprolol)
Diminution de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque



1 - Insuffisance cardiaque

Rôle propre

- Éducation du patient +++
 - Régime alimentaire collaboration avec diététicienne (hyposodé)
 - Prise régulière du traitement
 - Auto-surveillance du patient avec surveillance de son poids



Expliquer tout le traitement



Où trouve-t-on un gramme de sel ?





2 - Anxiété

- Un OAP, c'est comme
- si le patient se noyait
- Cœur un organe noble
 - ==> Angoisse ++
- Sensation de mort imminente



2 - Anxiété

Rôle sur PM

- Anxiolytique (Lexomil[®])
- Anti-ulcéreux type IPP (Ogastoro[®]) en prévention de l'ulcère gastrique de stress, surveillance de la douleur gastrique

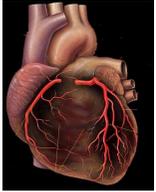


2 - Anxiété

Rôle propre

- Se présenter, expliquer le fonctionnement du service, expliquer tous les traitements mis en place ainsi que les examens
- Présence, être à l'écoute , faire verbaliser le patient

3 - Risque de complications liés au décubitus



- Lié au repos strict
- Fatigue



3 - Risques liés au décubitus

Actions sur PM

- Lovenox[®] : Héparine de bas poids moléculaire HBPM

Surv effets secondaires :

Saignements, thrombopénie : NFS sur PM



3 - Risque de complications liés au décubitus Rôle propre

- Surveillance des points d'appui
- Prévention d'escarre
- BAV sur PM
- Matériel à porter de main (sonnette..)
- Mobiliser le patient dès que son état le permet et sur PM pour éviter perte d'autonomie



4 – Prévention des risques cardiovasculaires

- Arrêt du tabac
- Hygiène de vie
- Stabiliser TA

•





Conclusion cas concret

- Pathologie complexe , à prendre dans sa
- globalité.

- Penser au devenir dès son entrée dans le
- service : convalescence, mise en place
- aides à domicile, ne pas hésiter à faire appel
- à l'assistante sociale



Conclusion

- L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique, pathologie grave et évolutive
- L'éducation du patient et de son entourage peut permettre une meilleure qualité de vie avec une diminution des hospitalisations