

Objectif 250 : Insuffisance cardiaque de l'adulte

II : "Maladie et grands syndromes"

Objectifs généraux du module

L'étudiant doit connaître les facteurs de risque, les complications et le traitement de l'athérome et de l'hypertension artérielle. La prise en charge du malade polyathéromateux doit être envisagée dans sa globalité, au long cours ou lors d'une complication. L'étudiant doit connaître les procédures de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie thrombo-embolique artérielle et veineuse.

O B J E C T I F S

de Médecine Physique et de Réadaptation

1 - Connaître les effets de la réadaptation au cours de l'insuffisance cardiaque chronique

2 - Rapporter les modalités de la réadaptation au cours de l'insuffisance cardiaque chronique

1 - Connaître les effets de la réadaptation au cours de l'insuffisance cardiaque chronique

- Les **effets sur la mortalité** n'ont pas encore été évalués sur des populations importantes de patients insuffisants cardiaques.
- En revanche, **l'amélioration des maîtres symptômes** que sont la dyspnée et la fatigue a été objectivée.
- Elle repose sur un **impact périphérique** prédominant du reconditionnement à l'effort :
 - il existe une augmentation des performances du métabolisme oxydatif musculaire squelettique associée à une meilleure perfusion musculaire au cours de l'effort.
 - Ces phénomènes sont intriqués à un ré-équilibrage du système neurovégétatif au bénéfice du tonus parasympathique et à une réduction de la dysfonction endothéliale accompagnant les anomalies de la vaso-régulation.
 - L'amélioration des capacités physiques objectivée par les tests d'effort (le pic de VO₂ s'élève de 20 à 25 %) et les tests de marche (augmentation de la distance parcourue au cours du test de 6 minutes) s'accompagne
 - d'une augmentation des activités usuelles,
 - d'une diminution de l'anxiété
 - et finalement d'une meilleure qualité de vie.
- L'origine habituelle des insuffisances cardiaques rééduquées étant la cardiopathie ischémique (le reconditionnement à l'effort étant contre indiqué au cours des cardiopathies obstructives), la mise en œuvre de **mesures personnalisées de prévention secondaire** est la règle.
- Les **cardiopathies dilatées** d'autres origines (valvulaires, idiopathiques...) peuvent justifier une rééducation. La surveillance du reconditionnement doit alors souvent être accrue.

2 - Rapporter les modalités de la réadaptation au cours de l'insuffisance cardiaque chronique

- La réadaptation n'est effectuée que si l'insuffisance cardiaque est stabilisée (à distance de toute décompensation aiguë) avec un traitement médical optimal.
- L'objectif prioritaire étant la **restitution d'une autonomie optimale**, l'axe de cette réadaptation est le reconditionnement à l'effort,
 - personnalisé sur les données d'un test d'effort préalable,
 - développé habituellement sur bicyclette ergométrique, plus rarement sur tapis roulant.
 - Les exercices visent essentiellement à l'amélioration des capacités endurantes. Le niveau des efforts effectués se situe à un pourcentage entre 60 et 80 % des possibilités maximales de chaque sujet, en se fixant habituellement sur les critères de fréquence cardiaque (utilisation de cardiofréquencemètres), à condition que le patient soit en rythme sinusal. Il s'agit si l'état hémodynamique le permet d'un entraînement global développé sur différents ergomètres : bicyclette, tapis roulant, manivelle, rameur...
 - Parfois un **renforcement musculaire segmentaire** s'avère nécessaire,
 - soit pour débiter l'entraînement en cas de déconditionnement majeur à l'effort,
 - soit pour favoriser la récupération d'autonomie dans des gestes courants impliquant les groupes musculaires concernés.
 - Ces exercices analytiques sont développés contre résistance habituellement fixée entre 50 et 60 % de la force volontaire maximale.
- La réadaptation **ambulatoire**, chaque fois que l'état du patient le permettra, sera privilégiée : 2 à 3 séances par semaine pour un total minimal de 20 séances.
- Une **aide psychologique** est proposée de même qu'une prise en charge diététique d'une éventuelle dénutrition. Chaque facteur de risque cardio-vasculaire fait l'objet d'une stratégie spécifique de réduction. Compte tenu de sa complexité, cette réadaptation est souvent plus prolongée que chez le patient coronarien sans dysfonction ventriculaire gauche.
- Des **mesures médico-sociales** de réinsertion sont organisées si nécessaire.
- Un **suivi et un soutien personnalisé** est prévu afin de maintenir à son issue les effets de la prise en charge rééducative, notamment par une activité physique régulière et une surveillance pondérale.
- Cette **approche globale** justifie l'intervention d'une équipe multidisciplinaire au sein d'un centre de réadaptation comportant une unité spécialisée sur le plan cardio-vasculaire et proposant des modalités diversifiées de prise en charge adaptées aux profils très divers : hospitalisation, ambulatoire.

Dernière mise à jour : 12/2005