

Cas clinique Insuffisance Cardiaque

Monsieur Y âgé de 73 ans retraité militaire, sans antécédents connus, sportif non fumeur, consulte le Pharmacien de son épouse pour avoir un sirop contre la toux. L'interrogatoire du pharmacien retrouve la notion d'une toux survenant lors des efforts (course à pied, vélo) mais aussi la nuit disparaissant en position assise. Le patient explique que ses troubles sont récents et évoque un début de bronchite. Le pharmacien perplexe demande à Mr Y de prendre rapidement rendez-vous chez son médecin qu'il n'a plus vu depuis 3ans. Son médecin traitant constate une asthénie depuis 1 mois, une dyspnée d'effort inhabituelle, une légère prise de poids (82 Kg versus 78 Kg) sans modification des habitudes alimentaires en dehors de l'utilisation de bouillons cubes pour la cuisine et de la consommation quotidienne d'un gros jambon cru que le patient a ramené de son séjour dans le sud-ouest. L'auscultation cardiaque révèle une fréquence cardiaque au repos à 80 c/mn ce qui semble pour le patient plus rapide qu'à l'accoutumée. L'auscultation pulmonaire retrouve de discrets râles de stase au niveau des bases sans autre anomalie. La pression artérielle est à 140/90 mmHg. Une prise de sang est prescrite et révèle l'absence d'anémie ou d'anomalie métabolique, mais un pro-BNP à 5000.

Devant ce tableau inaugural chez un patient jusque là en bonne santé un avis cardiologique est demandé en semi urgence. L'électrocardiogramme inscrit un rythme sinusal avec un bloc de branche gauche complet. L'échodoppler cardiaque magnifie un aspect de cardiomyopathie dilatée hypokinétique avec fraction d'éjection à 30% et asynchronisme ventriculaire. Une brève hospitalisation est programmée pour bilan complémentaire avec coronarographie et IRM cardiaque. Le diagnostic retenu est donc bien une insuffisance cardiaque secondaire à une cardiomyopathie dilatée primitive. Un traitement pharmacologique spécifique est débuté selon les recommandations de la société française de cardiologie. Le dispositif PRADO de la CPAM est contacté et le patient va intégrer un parcours de prise en charge insuffisance cardiaque avec contrôle à la sortie chez son médecin traitant et son cardiologue, mise en route d'une réadaptation cardiaque en centre ambulatoire et éducation à la santé (kinésithérapeute, infirmières spécialisées dans la réadaptation, diététicienne) et surveillance par une infirmière de pratique avancée (IPA) à domicile avec contrôle du poids, de la saturation en oxygène, pression artérielle, fréquence cardiaque, capacité d'effort, qualité de vie.

Le suivi à distance chez son médecin traitant montrera au plan clinique une récurrence de la dyspnée d'effort avec orthopnée signalée par l'IPA. La biologie documente une remontée du pro-BNP. Le cardiologue va décider l'implantation d'un stimulateur cardiaque multisite pour resynchroniser les ventricules. L'évolution devient très favorable et le patient reprend ses activités physiques après une nouvelle phase de réadaptation qui sera complétée par l'inscription au cercle des nageurs avec éducateur APA. La surveillance par IPA est poursuivie de manière mensuelle coordonnée avec le médecin traitant de manière trimestrielle et le cardiologue de manière semestrielle puis annuelle. Le patient n'aura plus d'hospitalisation et retrouve une vie quasi normale. Il rencontre son pharmacien de manière mensuelle pour renouveler son traitement et le remercie chaque fois de l'avoir orienté rapidement vers une prise en charge médicale précoce et coordonnée qui a changé son pronostic vital et fonctionnel.