



# RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

## Suivi en ville après décompensation cardiaque : traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) initié lors de l'hospitalisation

**i** document validé sur le plan scientifique par la SFC<sup>[1]</sup> après avis de la HAS<sup>[2]</sup>

### Le médecin traitant

- réalise la titration de l'IEC
- assure le suivi du traitement par IEC et surveille la fonction rénale et l'ionogramme sanguin (kaliémie) :
  - une semaine après chaque augmentation de dose,
  - à 1 mois, 3 mois et 6 mois après atteinte de la dose maximale,
  - puis tous les 6 mois ;
- gère les effets secondaires<sup>[3]</sup> en collaboration avec le cardiologue.

**Si le patient est sorti de l'établissement avec une faible dose d'IEC : doubler la dose toutes les 2 semaines** si la dose précédente est bien tolérée jusqu'à atteindre la dose optimale recommandée (dose cible) ou la dose maximale tolérée :

| IEC*         | Posologie initiale | Dose cible          |
|--------------|--------------------|---------------------|
| LISINAPRIL   | 2,5 à 5 mg/jour    | 20 à 35 mg/jour     |
| TRANDOLAPRIL | 0,5 mg/jour        | 4 mg/jour           |
| RAMIPRIL     | 2,5 mg/jour        | 5 mg x2/jour        |
| ENALAPRIL    | 2,5 mg x2/jour     | 10 à 20 mg x2/jour  |
| CAPTAPRIL    | 6,25 mg x3/jour    | 50 à 100 mg x3/jour |

\*IEC ayant fait l'objet d'un essai randomisé démontrant leur efficacité en terme de morbi-mortalité.

### Le cardiologue

Il gère en collaboration avec le médecin traitant :

- les effets indésirables ;
- tout état cardiologique complexe.

**Un avis du cardiologue est notamment utile en cas de :**

- Hypotension symptomatique<sup>[3]</sup> :** persistance des symptômes une semaine après une adaptation thérapeutique bien conduite
- Persistance d'une hypertension :**  $\geq 140/90$  mmHg
- Insuffisance rénale<sup>[3]</sup> :**
  - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
  - sévère (créatinémie  $> 310 \mu\text{mol/l}$  ou augmentation de la créatinine  $> 100\%$ )
- Hyperkaliémie<sup>[3]</sup> :**
  - persistante malgré une adaptation thérapeutique bien conduite, ou
  - sévère (kaliémie  $> 5,5$  mmol/l)

### L'infirmier(e)

- repère les signes d'intolérance et alerte le médecin traitant si nécessaire ;
- s'assure de la réalisation effective des examens de biologie prescrits.

### Éléments de surveillance infirmière spécifiques en cas de traitement par IEC

| Domaine                 | Signe(s)  | Conduite à tenir  |
|-------------------------|---|---|
| Tension artérielle      | Baisse de la pression artérielle systolique : <b>PAS <math>&lt; 90</math> mmHg</b><br>Hypotension artérielle symptomatique : <b>lipothymie, voile noir, vertige</b> | Alerter le médecin traitant par <b>téléphone</b>  |
| Toux                    | <b>Apparition</b> d'une toux  |   |
| Surveillance biologique | <b>Non réalisation</b> des examens de laboratoire   | <b>La noter</b> dans le <b>carnet de suivi</b> (p. 52 et suivantes)   |
|                         | <b>Valeur(s) anormale(s)</b> (potassium, créatinine) signalée(s) sur la feuille de résultats par le laboratoire   | <b>Prévenir par téléphone le médecin</b> et noter les valeurs dans le <b>carnet de suivi</b> (p. 52 et suivantes) |

<sup>[1]</sup>Société Française de Cardiologie.

<sup>[2]</sup>www.has-sante.fr.

<sup>[3]</sup>Voir fiches sur :

- la conduite à tenir en cas d'hypotension artérielle chez l'insuffisant cardiaque ;
- la conduite à tenir en cas d'insuffisance rénale ou d'hyperkaliémie chez l'insuffisant cardiaque.