

Réadaptation Ambulatoire des Insuffisants Cardiaques Chroniques : Expérience du Centre Léon Bérard

Lamia KESRI-TARTIERE

Service de Cardiologie,
Hôpital Léon Bérard Hyères.

**HÔPITAL
LEON BERARD**



Centre de Rééducation et
de Réadaptation
Fonctionnelle

**Cardiologues de
Ville**

**Cardiologues
“Hospitaliers”**

- 1. Patient Insuffisant
Cardiaque “stabilisé”**
- 2. NYHA II ou III**
- 3. FEVG <40%**
- 4. Motivé pour un programme
ambulatoire prolongé**



1.Confirmer

1.l'indication

2.La motivation

2.Réévaluer l'état clinique

Cardiologues de
Ville

Cardiologues
"Hospitaliers"

Consultation pré
réadaptation

Evaluation initiale

1. Bilan biologique
2. ECG
3. Radiographie de thorax
4. Echocardiographie
5. E.E. avec mesure des échanges gazeux
6. Test de 6 minutes

Cardiologues de
Ville

Cardiologues
"Hospitaliers"

Consultation pré
réadaptation

Evaluation initiale

40 séances de réadaptation
personnalisée
Réévaluation 20^{ème}
séance

1. Programme de réadaptation
2. Tabacologue
3. Diététicienne
4. Psychologue
5. Education thérapeutique

Programme d'Education Thérapeutique

**Consentement
signé du patient**

Diagnostic éducatif

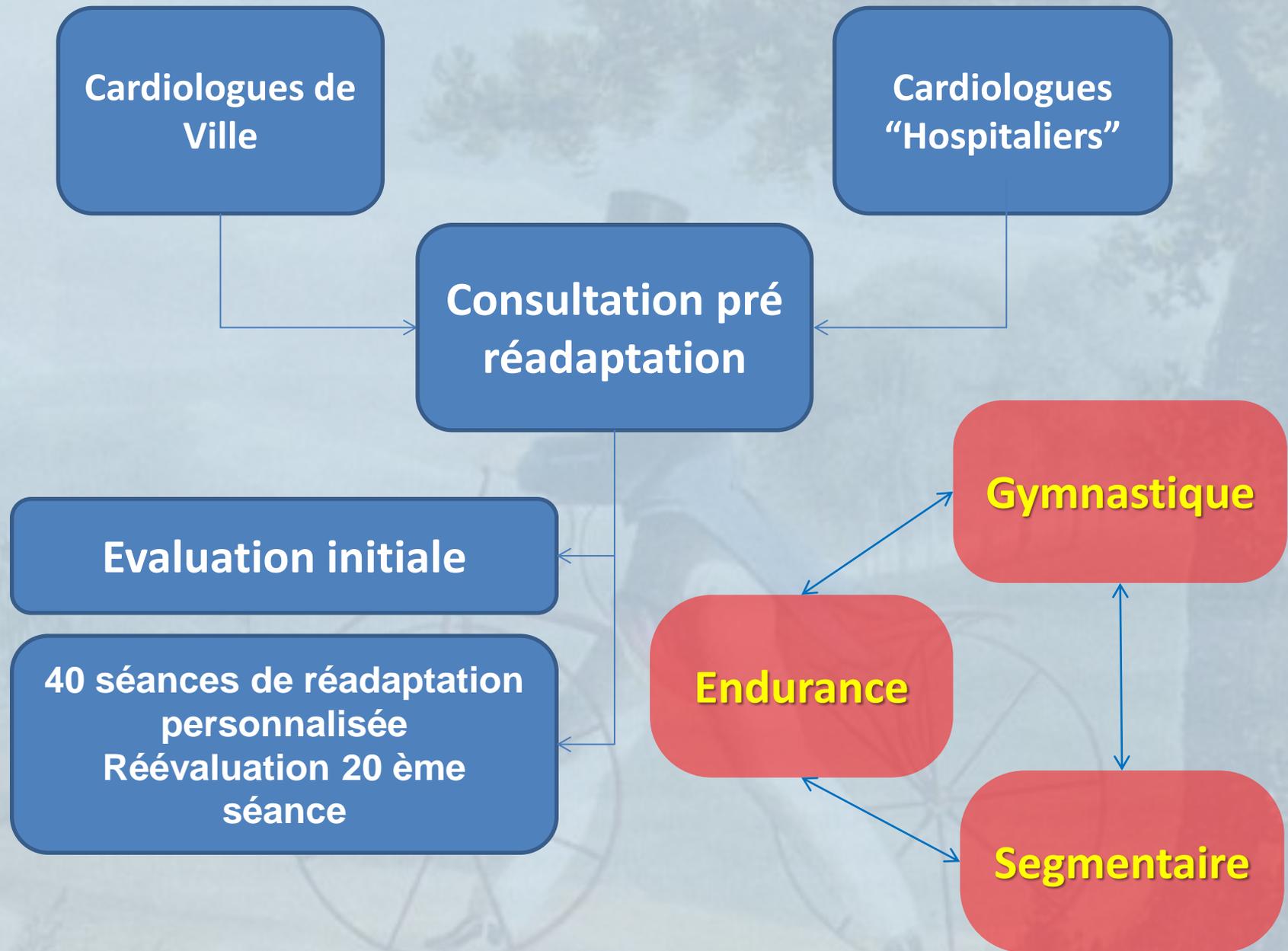
**COURRIER
MG/Cardio**

Ateliers de groupe

1. Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?
2. Repérer les signes d'aggravation et y faire face
3. Vivre avec son traitement
4. Repérer et diminuer le sel dans l'alimentation
5. Comment gérer son stress
6. Les activités physiques au quotidien

Réévaluation finale

**COURRIER
MG/Cardio**



**Cardiologues de
Ville**

**Cardiologues
"Hospitaliers"**

**Consultation pré
réadaptation**

Evaluation initiale

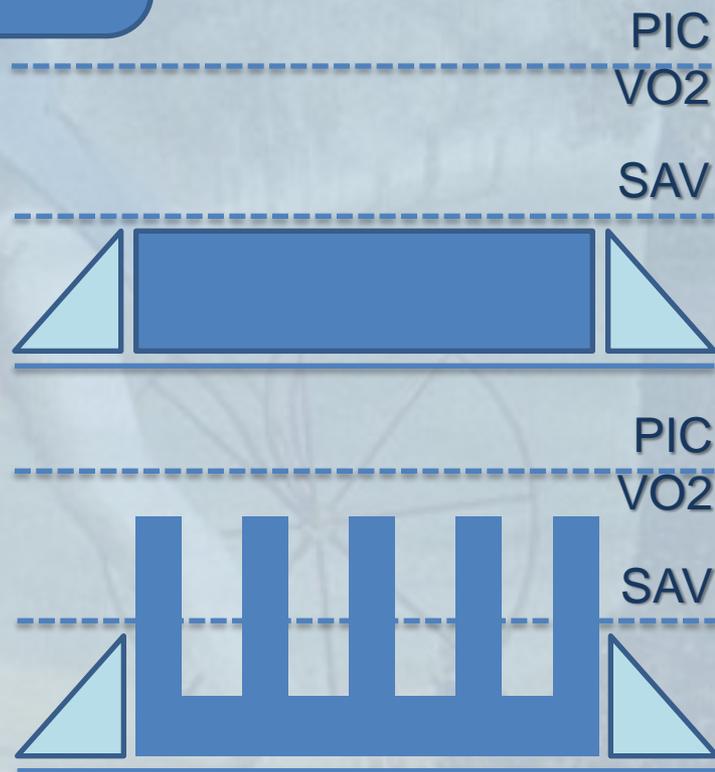
**40 séances de réadaptation
personnalisée
Réévaluation 20^{ème}
séance**

PIC
VO2

SAV

PIC
VO2

SAV



Cardiologues de
Ville

Cardiologues
"Hospitaliers"

Consultation pré
réadaptation

Evaluation initiale

40 séances de réadaptation
personnalisée
Réévaluation 20^{ème}
séance

Evaluation Finale

1. Bilan biologique
2. ECG
3. Radiographie de thorax
4. Echocardiographie
5. E.E. avec mesure des échanges gazeux
6. Test de 6 minutes

**Cardiologues de
Ville**

**Cardiologues
"Hospitaliers"**

**Consultation pré
réadaptation**

Evaluation initiale

**40 séances de réadaptation
personnalisée
Réévaluation 20 ème
séance**

Evaluation Finale

*Cher Confrère,
Merci de nous avoir adressé
votre patient Mr Moudugou
qui a considérablement progressé
lors de son parcours en
réadaptation. Je vous adresse
l'ensemble des résultats de sa
prise en charge.*

Dr L Kerri-Tartière

A faded, light blue-tinted background image of a man in a top hat riding a bicycle. The man is wearing a dark suit and a tall top hat. The bicycle has large spoked wheels. The background shows trees and a path.

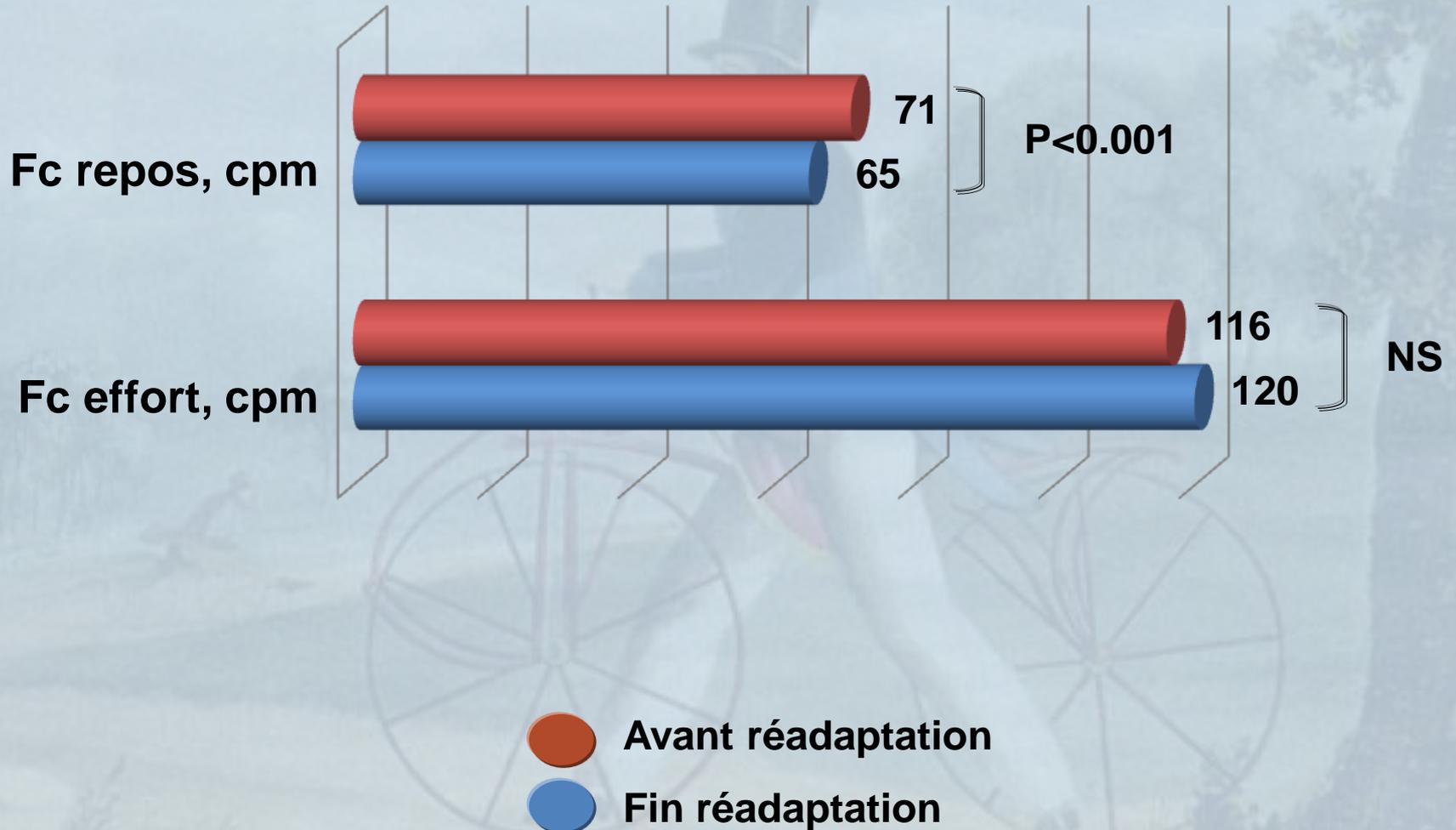
Réadaptation Ambulatoire des Insuffisants Cardiaques Chroniques : Expérience du Centre Léon Bérard

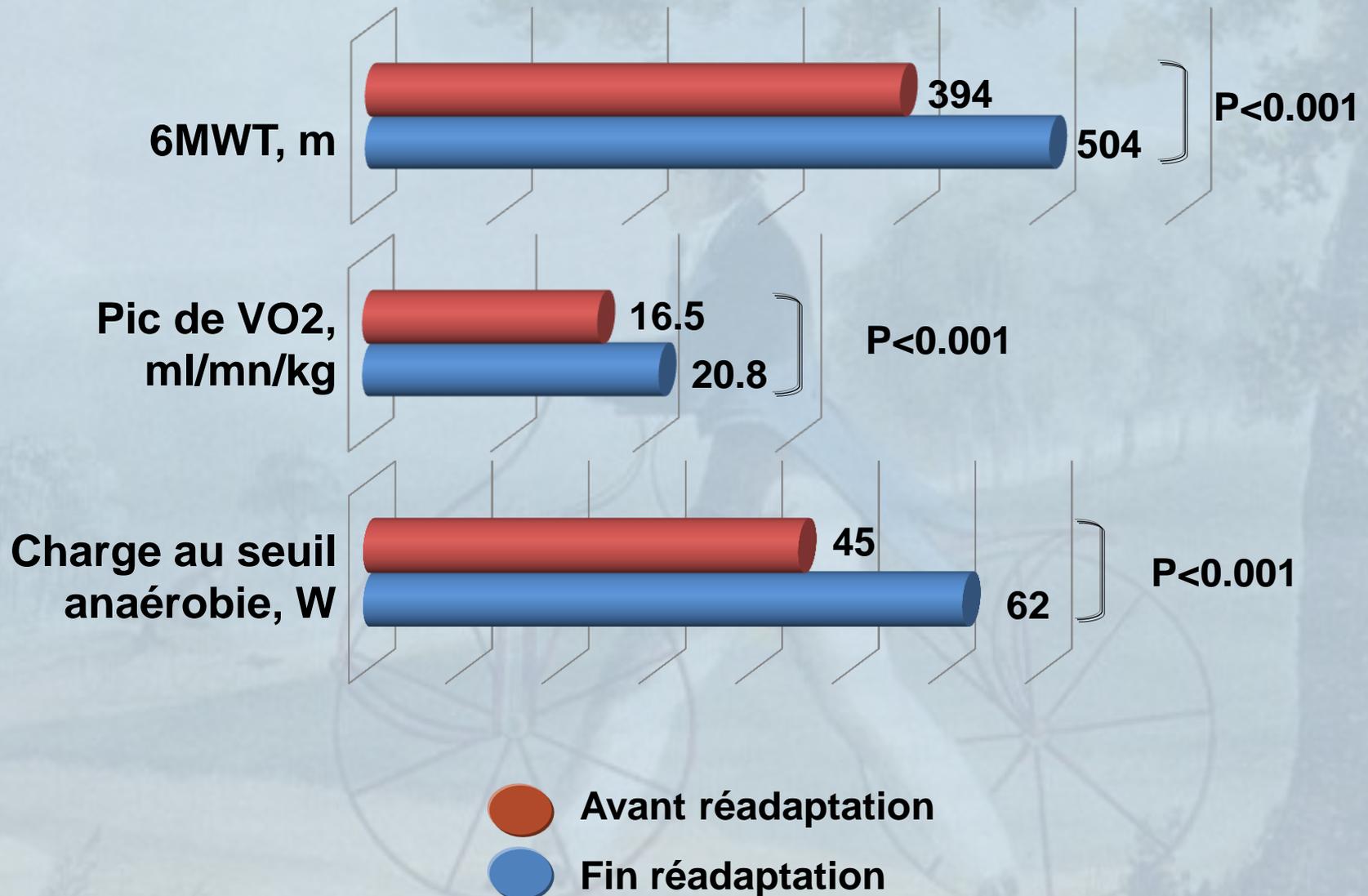
Caractéristiques des patients admis en réadaptation	N=91
Age, ans	62±13
Hommes/Femmes	77/14
Poids/Taille, Kgs/cm	78±19 / 172±8
Diabète, % (N)	20 (18)
Hypertension, % (N)	40 (36)
Etiologie, % (N)	
-ischémique	54 (49)
-primitive	36 (33)
-autre	10 (9)
NYHA II/III /IV, % (N)	51 (46) / 46 (42) / 3 (3)
PAS/PAD, mmHg	117±22 / 71±12
AC/FA, %	15 (14)

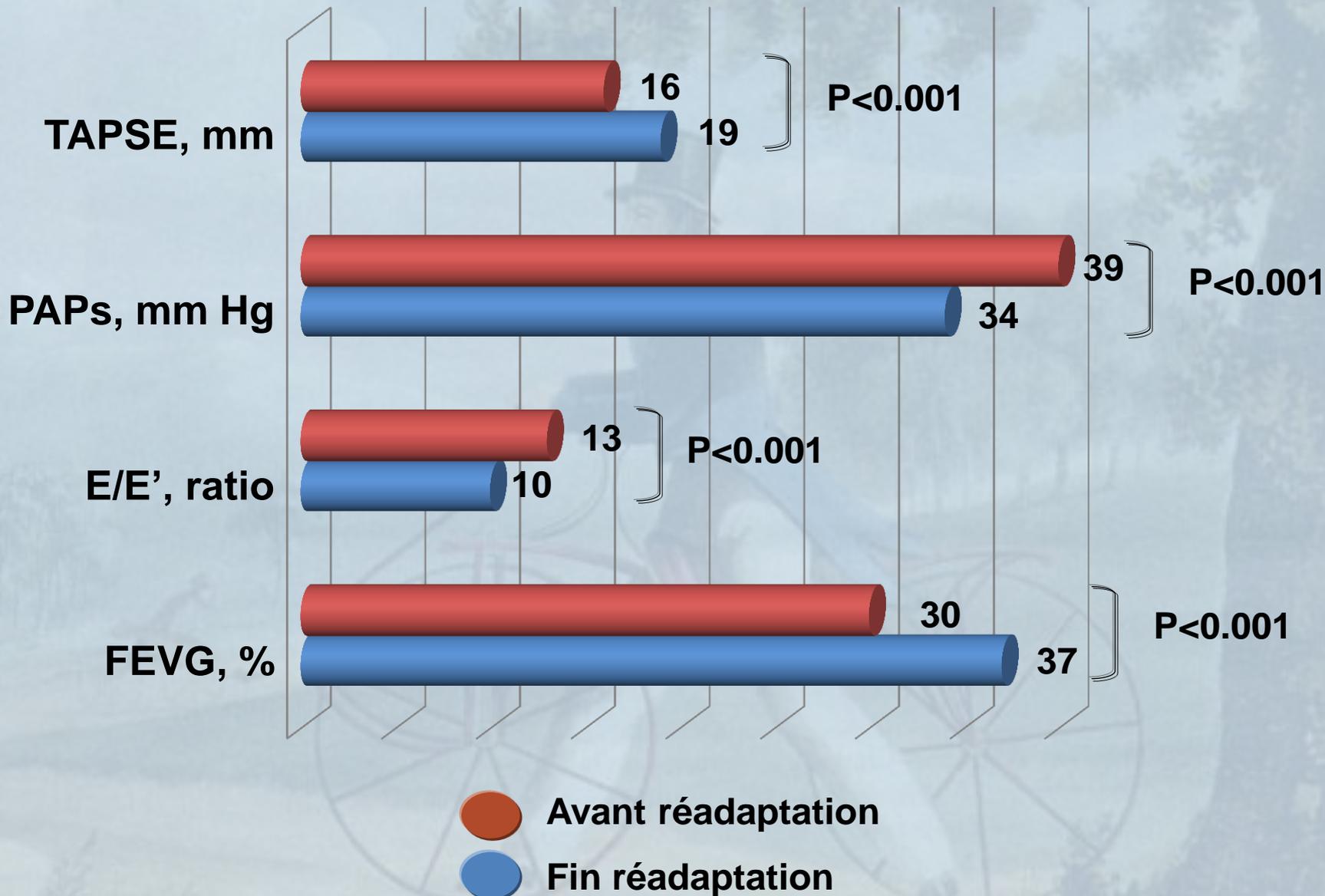
Traitements	%
Bêta bloquants	82
IEC	66
ARA2	16
IEC et/ou ARA2	81
Ivabradine	10
ARA	47
Diurétique (mg)	81
Digoxine	8
AAP/ATC	84
Antidiabétiques	19
Amiodarone	33
DAI et/ou PMMS	33

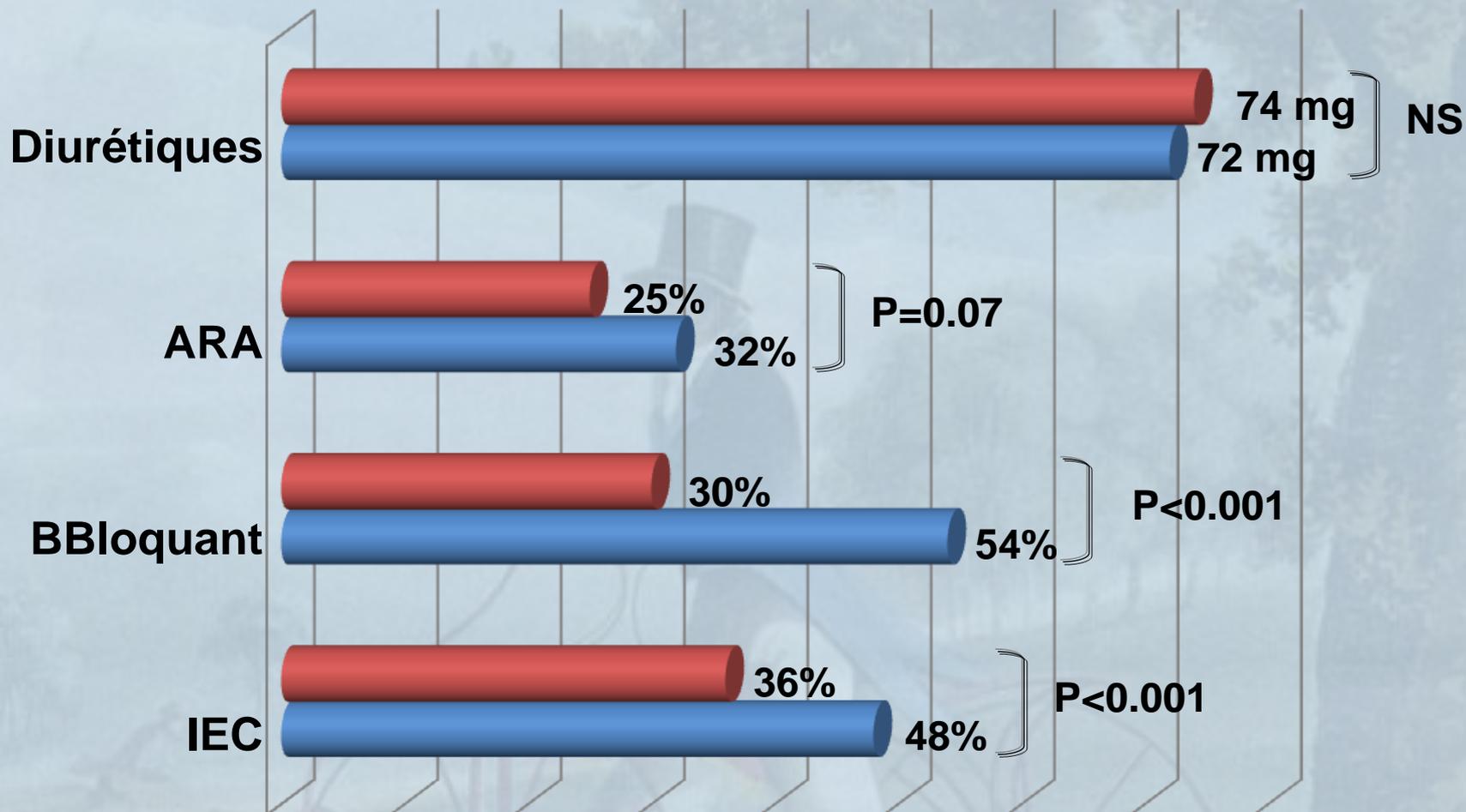
Echocardiographie	Moyenne±DS (N)
Fc, cpm	72±15 (91)
DTD VG, mm	66±10 (87)
FEVG, %	30±10 (91)
E/Ea, ratio	14±13 (74)
PAPS, mm Hg	39±13 (82)
TAPSE, mm	16±6 (90)

Tests Fonctionnels	Moyenne±DS (N)
6MWT, m	391±120 (84)
Charge maximale, W	87±38 (90)
VO2 maximale, ml/mn/kg	16±5 (90)
VE/VCO2	41±10 (89)
Durée d'effort, mn	8±7 (89)
Charge au seuil anaérobie, W	45±21 (90)







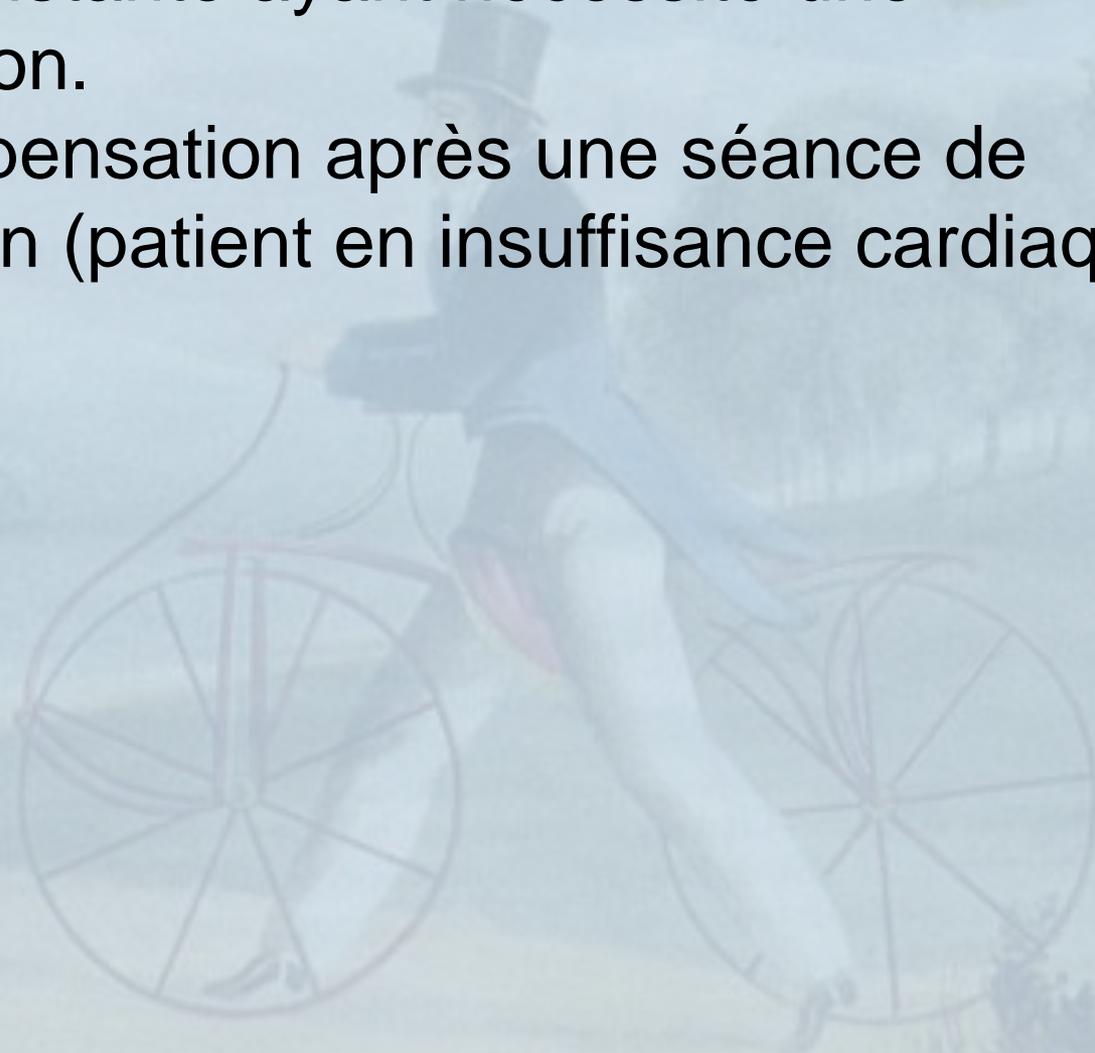


Taux d'utilisation : ARA 46% vs 58%, BBloquant 82% vs 88%, IEC 66% vs 76%, IEC/ARA2 81% vs 92%, DAI/PMMS 33% vs 47%, ETP 51%

- Avant réadaptation
- Fin réadaptation

Les complications de la réadaptation :

- 1 FA persistante ayant nécessité une cardioversion.
- 1 décompensation après une séance de réadaptation (patient en insuffisance cardiaque terminale).



Les complications de la réadaptation :

- 1 FA persistante ayant nécessité une cardioversion.
- 1 décompensation après une séance de réadaptation (patient en insuffisance cardiaque terminale).

Les évènements lors du suivi (médiane de suivi 544 jours) :

- 10 décès.
- 3 transplantations.

	DCD (N=10)	VIVANTS (N=78)	
Age, an	66,9	60,53	NS
PAD, mm Hg	60,2	72,3	<0.01
NYHA, II/III/IV (N)	2/6/2	42/35/1	<0.01
6MWT, m	302	400	<0.001
Durée d'effort, mn	6,01	8,64	<0.001
VE/VCO2, ratio	53,05	39,6	<0.001
VO2, ml/mn/kg	13,54	16,6	<0.001
FEVG, %	21	31	<0.001
PAPS, mm Hg	49	37	<0.01
TAPSE, mm	13	17	NS
DTDVG, mm	72,5	63,5	<0.001
Diurétiques, mg	148mg	73	<0.02
BBloquant, %	33,04	44,9	NS
BNP, pg/ml	1382	518	<0.07

Critères corrélés à la survie En univarié	R
6 MWT, m	0.28
VE/VCO2, ratio	-0.32
Charge au seuil, W	0.26
Charge maximale, W	0.22
Dose diurétique, mg	-0.32
DAI/PMMS	-0.38
BNP pg/ml	-0.31
DTDVG, ml	-0.45
IM, 0 à 4	-0.24
FEVG, %	0.41
PAPS, mm Hg	-0.26

- **La réadaptation des ICS permet une amélioration fonctionnelle indéniable, une amélioration des capacités physiques**
- **Cette amélioration passe par une amélioration nette de tous les paramètres centraux et pas seulement périphériques .**
- **Le temps de réadaptation permet aussi :**
 - Une majoration des thérapeutiques avec un grand confort.
 - Une prise en charge éducative.
- **Les études nous ont démontré la très grande sécurité de ce type de prise en charge.**
- **On ne peut conclure sur le pronostic du fait de la taille de l'effectif, mais la mortalité à 10 % pour une médiane de suivi de 1 an 1/2 paraît acceptable.**
- **Elle est à intégrer comme une des options thérapeutiques à la disposition des cardiologues libéraux et hospitaliers.**