

FICHE

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 : Suivi des patients ayant une insuffisance cardiaque chronique

Validée par le Collège le 9 avril 2020

L'essentiel/ Messages clés

- **Réponse rapide n°1** : Les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique sont à risque de développer une forme sévère de COVID-19.
- Réponse rapide n°2** : Dans le cadre du suivi habituel, les rendez-vous et examens prévus à l'hôpital ou auprès du cardiologue seront déprogrammés s'ils ne sont pas urgents. La continuité des soins sera assurée par le médecin généraliste ou le cardiologue en privilégiant la téléconsultation.
- **Réponse rapide n°3** : Les mesures de confinement devront être strictement respectées et les sorties à l'extérieur limitées au maximum afin de limiter le risque de COVID-19.
- **Réponse rapide n°4** : Lors de la téléconsultation, le médecin traitant ou le cardiologue interrogera le patient sur les symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque, l'accès aux traitements habituels, l'observance du traitement, le respect des règles hygiéno-diététiques et les facteurs de risque de décompensation cardiaque.
- **Réponse rapide n°5** : Une modification du traitement peut être décidée en téléconsultation par le médecin traitant ou le cardiologue en fonction des symptômes retrouvés lors de l'interrogatoire.
- **Réponse rapide n°6** : Le médecin traitant ou le cardiologue peut être amené à réaliser une consultation en présentiel à tout moment s'il le juge nécessaire.
- **Réponse rapide n°7** : Une dyspnée, une toux, une fièvre, des frissons, des courbatures, peuvent être liés au COVID-19 : au moindre doute, un test de dépistage doit être effectué et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.
- **Réponse rapide n°8** : L'hydroxychloroquine peut être responsable d'un allongement du QTc elle ne doit pas être utilisée en automédication chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Contexte

La France est entrée le 14 mars 2020 dans la situation épidémique de stade 3 vis-à-vis du nouveau coronavirus SARS-CoV-2 (2019-nCoV). Dans une lettre du 27 mars 2020 la DGS a saisi la HAS en vue d'élaborer des recommandations générales destinées à assurer la continuité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques somatiques ou psychiatriques en période de confinement impliquant une limitation des déplacements et à assurer le suivi des femmes enceintes.

Dans ce contexte épidémique, les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus à risque d'aggravation / de déstabilisation de leur maladie chronique en cas de moindre surveillance. Le risque de rupture de la prise en charge des patients fragiles est réel. (Cf Réponse rapide-Infection COVID-19 Assurer la continuité de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques pendant la période de confinement en ville)

Parmi les personnes atteintes de maladies chroniques, certaines, dont celles présentant une insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV sont plus exposées à des formes graves d'infection COVID-19 (HSCP, 2020).

Ces réponses rapides portent sur le suivi, pendant la période de confinement, des personnes non symptomatiques du COVID-19, atteintes d'insuffisance cardiaque chronique.

Rappel

Ces réponses rapides ont été élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication et sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Éléments d'une téléconsultation chez un patient insuffisant cardiaque chronique dans le contexte de confinement

Principes généraux

- Dans le cadre du suivi habituel, les rendez-vous et examens prévus à l'hôpital ou auprès du cardiologue seront déprogrammés s'ils ne sont pas urgents et reportés après la période de confinement.
- La continuité des soins sera assurée par le médecin généraliste ou le cardiologue, aidés par l'infirmier(e) libérale si nécessaire et éventuellement la télésurveillance pour les patients en bénéficiant. On privilégiera la téléconsultation¹. (fiche « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télé soin » Haute Autorité de santé – avril 2020)
- Informer le patient sur le risque de forme sévère de COVID-19 chez un patient insuffisant cardiaque chronique sans dramatiser.
- Rappel de l'intérêt du confinement : Ces patients sont à risque de développer une forme grave d'infection, conduisant à respecter de manière stricte les consignes établies pour prévenir le risque de contamination par le COVID-19. Il s'applique à toutes les personnes vivant sous leur toit (conjoint/conjointe/enfants) car ces personnes pourraient être infectées et leur transmettre

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

le virus. Il est impératif que ces personnes limitent tous les contacts sociaux : Ne pas garder ses petits-enfants, ne sortir qu'une à deux fois par semaine pour faire leurs courses si personne ne peut les faire à leur place.

- Le patient insuffisant cardiaque chronique étant à risque de développer des formes sévères de la maladie, il peut bénéficier d'un arrêt de travail.
- A l'issue d'une téléconsultation avec le patient, le médecin traitant ou le cardiologue peut être amené à réaliser une consultation en présentiel à tout moment s'il le juge nécessaire. Le port du masque par le patient insuffisant cardiaque est indispensable au sein du cabinet ou de l'établissement.² (Cf. fiche « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 : Assurer la continuité de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques pendant la période de confinement en ville » Haute Autorité de santé – avril 2020)
- Pour les patients avec fraction d'éjection altérée, les consultations d'incrémentation des traitements par bêtabloquants, IEC, ARA 2, inhibiteur de la néprilysine, peuvent être réalisées par téléconsultation en respectant les paliers habituels de 2 à 4 semaines, sous réserve que le patient puisse communiquer, à chaque palier, sa pression artérielle, sa fréquence cardiaque et son poids.

Interrogatoire

→ **Symptômes** : questionner le patient sur une reprise ou une aggravation d'une symptomatologie :

- EPOF : Essoufflement (dyspnée), Prise de poids, Œdèmes, Fatigue,
- Autres symptômes : fièvre, tachycardie, palpitations, toux, douleur thoracique, oligurie.

Informez le patient qu'il est nécessaire de contacter l'infirmier(e), le médecin généraliste ou le cardiologue si ces symptômes apparaissent ou se majorent.

→ **Traitements** : s'assurer de l'accès aux traitements habituels, de l'observance du traitement et du respect des règles hygiéno-diététiques :

- diurétique : Si diurétique au long cours – quelle est la dose minimale efficace ? Changement récent ? Si oui, motif de majoration du traitement ?
- bêtabloquants, IEC, ARA 2, inhibiteur de la néprilysine: ne pas interrompre ou modifier le traitement sans avis cardiologique ;
- hypolipémiants, traitement antidiabétique et autres traitements éventuels (antiarythmiques, anticoagulants, etc.) : ne pas arrêter ou modifier les traitements sans avis médical ;
- respect du régime pauvre en sel ;
- pas d'automédication par AINS, corticoïdes ou même d'hydroxychloroquine. L'hydroxychloroquine peut être responsable d'un allongement de l'intervalle QTc, elle ne doit pas être utilisée en automédication chez les patients insuffisants cardiaques car cette pathologie représente déjà un facteur de risque d'allongement de l'intervalle QTc. (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67767535&typedoc=R>).

² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168634/fr/assurer-la-continuite-de-la-prise-en-charge-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-somatiques-pendant-la-periode-de-confinement-en-ville

Toute modification du traitement doit être réévaluée par le médecin traitant ou le cardiologue par téléconsultation.

Informez le patient de la possibilité de faire renouveler leur traitement à l'identique par la pharmacie sans nouvelle ordonnance jusqu'au 31 mai 2020 pour une durée d'un mois.

→ **Contrôle des facteurs de risque** de décompensation cardiaque :

- tabac : Risque de rechute ou majoration à la suite du confinement ;
- alcool : Risque d'abus d'alcool du fait du confinement ;
- hypertension artérielle : automesure si possible ;
- sédentarité : Poursuite d'une activité physique normale, 30 minutes 3 fois par semaine sans sortir de chez soi ;
- alimentation : détecter un changement de mode alimentaire avec apport excessif d'aliments salés (plats préparés, eaux gazeuses, charcuterie, etc.). Se référer à une liste d'aliments à limiter ou à éviter (<https://giccardio.fr/patient/bien-vivre-avec-une-insuffisance-cardiaque/quoi-manger>). Surveillance du poids au minimum 2 fois par semaine et même tous les jours suivant la sévérité de la maladie ;
- automédication : éviter l'automédication (cf. partie « traitements » de l'interrogatoire) ;
- gestion du stress (l'anxiété des patients, légitime en période d'épidémie, peut être minimisée par la poursuite d'une activité physique, le maintien d'un contact avec la famille et les amis en ligne ou au téléphone, la prise de distance avec la couverture médiatique de la pandémie, et la pratique d'une activité intellectuelle ou manuelle distrayante).

→ **Bilan biologique** : Demander au patient son bilan biologique récent et contrôler les anomalies éventuelles : BNP / NTproBNP, hypokaliémie, hyponatrémie, insuffisance rénale, dysthyroïdie, anémie, INR si anticoagulants.

Represcrire un bilan biologique, avec un prélèvement à domicile, avec notamment un dosage du BNP / NTproBNP, de la créatininémie + calcul du DFG et de la kaliémie si le dernier bilan est trop ancien.

Organisation du suivi du patient insuffisant cardiaque symptomatique dans un contexte de confinement

Gravité faible

Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité faible sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Dyspnée NYHA < ou égale à 2.
- Prise de poids de moins de 3 kg.

Le médecin traitant ou le cardiologue réalisera une téléconsultation au cours de laquelle il pourra demander un bilan biologique avec notamment un dosage du BNP ou du NTproBNP.

Une majoration des diurétiques peut être décidée en téléconsultation par le médecin traitant ou le cardiologue en cas de majoration de la dyspnée et/ou une prise de poids de moins de 3 kg ou si alerte déclenchée par télésurveillance avec réévaluation en téléconsultation 3 jours après.

En absence de signes évocateurs du COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires hauts ou bas, courbatures, etc.), une prise en charge spécifique par le cardiologue ou par le centre hospitalier dans lequel le patient est suivi sera indiquée chez les patients n'ayant pas répondu à la majoration des diurétiques per os.

En cas de signes évocateurs du COVID-19, au moindre doute, un test de dépistage doit être réalisé et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.

Gravité modérée

Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité modérée sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Majoration de la dyspnée.
- Prise de poids de plus de 3 kg en 2/3 jours et/ou œdèmes inhabituels des membres inférieurs
- Malaise ou sensation inhabituelle d'arythmie ou de palpitations.
- Déséquilibre tensionnel.
- Anomalie biologique significative : majoration du BNP et/ou du NTproBNP, dégradation de la fonction rénale, dyskaliémie.

Soit le médecin traitant ou le cardiologue pourra réaliser une téléconsultation +/- accompagnée d'un examen physique avec notamment mesure de la SpO₂, mené par une IDE à domicile sur ordonnance avec directives données par le médecin, soit il réalisera une consultation en présentiel au cours de laquelle il pourra demander les examens nécessaires au diagnostic (bilan biologique à domicile avec dosage du BNP ou du NTproBNP, ECG +/- échographie cardiaque, etc.).

Une majoration des diurétiques peut être décidée en téléconsultation ou en présentiel par le médecin traitant ou le cardiologue en cas de symptômes de gravité modérée ou si alerte déclenchée par télé-surveillance avec réévaluation en téléconsultation ou en présentiel 3 jours après.

En absence de signes évocateurs du COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires hauts ou bas, courbatures, etc.), une prise en charge spécifique par le cardiologue ou par le centre hospitalier dans lequel le patient est suivi sera indiquée chez les patients n'ayant pas répondu à la majoration des diurétiques per os.

En cas de signes évocateurs du COVID-19, au moindre doute, un test de dépistage doit être réalisé et le risque de décompensation cardiaque doit être évalué.

Gravité élevée

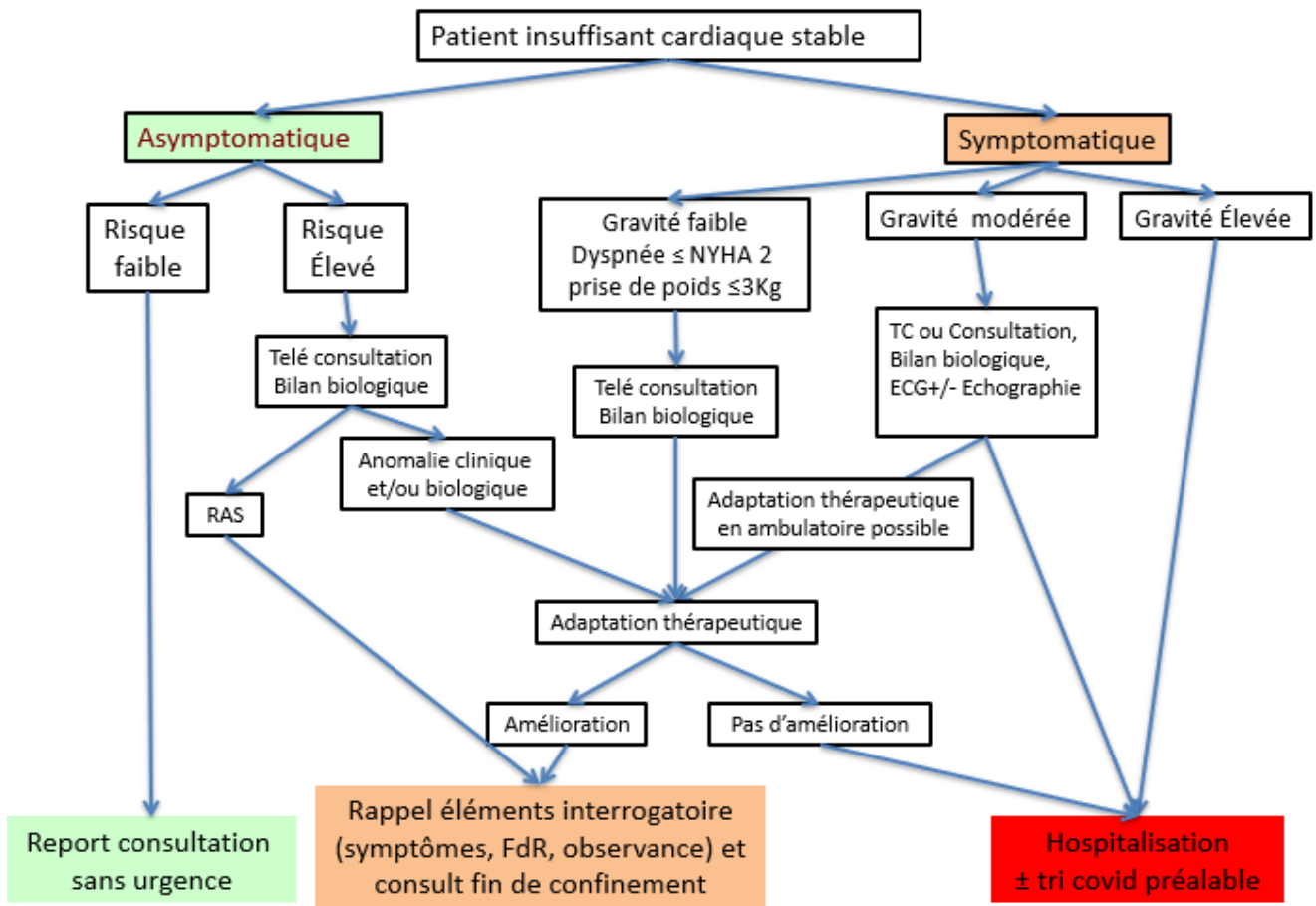
Les patients présentant une insuffisance cardiaque symptomatique de gravité élevée sont les patients présentant les symptômes suivants :

- Détresse respiratoire, polypnée (FR > 20/min), cyanose, dyspnée inhabituelle stade NYHA III IV ou orthopnée, saturation < 90 %.
- Troubles de la conscience, confusion, marbrures, impotence fonctionnelle totale.
- Malaise avec perte de connaissance.
- Fièvre.
- Tachycardie mal tolérée.
- Hémoptysie

- Expectorations mousseuses
- Douleur d'angor typique ou douleur thoracique prolongée inhabituelle ou intense

Ces patients nécessitent une prise en charge spécifique par le SAMU. Par défaut, ils sont considérés comme suspects de COVID-19. Ils doivent être adressés aux urgences pour effectuer un test de dépistage, suivi d'une hospitalisation.

Si le patient présente des signes de décompensation cardiaque sur cardiopathie ischémique : cf. Fiche « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Suivi des personnes atteintes de syndrome coronarien chronique » Haute Autorité de santé – avril 2020.



Risque faible : pas d'hospitalisation dans l'année précédente, FEVG>45% si ICFEa

Risque élevé : hospitalisation < 6 mois, FEVG < 45 % si ICFEa ou patient en cours d'incrémentation thérapeutique.

FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche - **ICFEp** : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée - **ICFEa** : insuffisance cardiaque à fraction d'éjection altérée - **TC** : téléconsultation

Ressources utiles (à la date du 3 avril 2020)

Liens utiles et informations à relayer :

Pour les professionnels

Réponse rapide-Infection COVID-19 Assurer la continuité de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques pendant la période de confinement en ville

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168634/fr/assurer-la-continuite-de-la-prise-en-charge-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-somatiques-pendant-la-periode-de-confinement-en-ville

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Téléconsultation et télésoin https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-tele-soin

Haut Conseil de la Santé Publique : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports>

Société Française de Cardiologie : <https://sfcadio.fr/page/bibliographies-sfc-sur-le-covid-19>

ARS Ile de France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

CNAM : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mesures-exceptionnelles-liees-au-covid-19-une-faq-pour-les-professionnels-de-sante>

Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/>

Pour les usagers/patients

France Assos Santé <https://www.france-assos-sante.org/>

Alliance du Cœur <http://www.alliancecoeur.fr/>

CNAM :

<https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-les-personnes-fragiles-peuvent-beneficier-dun-arret-de-travail>

Références bibliographiques (à la date du 3 avril 2020)

1. Agence régionale de santé Ile-de-France, Bataille S. Doctrine de cardiologie au stade épidémique. Recommandations régionales COVID19, version 1 du 20 mars 2020. Paris: ARS IdF; 2020.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Cardiologie13-Recommandations-ARSIDF.pdf> ou https://www.sfcadio.fr/sites/default/files/inline-files/013_ARSIdeF-CRAPS_2020-03-21_Doctrine_Cardiologie.pdf
2. Brons M, Koudstaal S, Asselbergs FW. Algorithms used in telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs 2018;17(7):580-8.
<http://dx.doi.org/10.1177/1474515118786838>
3. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Bondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. J Am Coll Cardiol 2020.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.031>

4. European Society of Cardiology, Heart Failure Association, Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37(27):2129-200.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
5. Han Y, Zeng H, Jiang H, Yang Y, Yuan Z, Cheng X, et al. CSC expert consensus on principles of clinical management of patients with severe emergent cardiovascular diseases during the COVID-19 epidemic. Circulation 2020.
<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047011>
6. Haut conseil de la santé publique. Avis provisoire du 14 mars 2020. Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Paris: HCSP; 2020.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>
7. Haute Autorité de Santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
8. Kobayashi M, Voors AA, Girerd N, Billotte M, Anker SD, Cleland JG, et al. Heart failure etiologies and clinical factors precipitating for worsening heart failure: Findings from BIOSTAT-CHF. Eur J Intern Med 2020;71:62-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2019.10.017>
9. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol 2020.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>
10. Patel AB, Verma A. COVID-19 and angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers: What is the evidence? JAMA 2020.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4812>
11. Société française de cardiologie, Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies. COVID-19 : Quelques messages simples du GICC. Communiqué, version du 16 mars 2020 Paris: GICC.
<https://sfc cardio.fr/actualite/covid-19-quelques-messages-simples-du-gicc>

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégalement entre la Haute Autorité de santé et :

- Le Pr Thibaud Damy ;
- Le Dr Éric Perchicot, en s'appuyant sur les recommandations du bureau du Syndicat national des cardiologues.

La version finale a été relue le Pr Thibaud Damy, le Dr Frédéric Mouquet, le Dr Éric Perchicot, le Dr Marc Villacèque ainsi que par Mr Philippe Thebault, président de l'association Alliance du Cœur.

Validation par le collège de la HAS en date du 9 avril 2020.

Liste des participants

Pr Thibaud Damy, service de cardiologie, CHU Henri Mondor, Créteil

Dr Éric Perchicot, cardiologue libéral, Cavaillon

Dr Vincent Pradeau, cardiologue libéral, Bordeaux

Dr Thierry Carrière, cardiologue libéral, Strasbourg

Dr Pierre Marette, cardiologue libéral, Nantes

Dr Frédéric Mouquet, cardiologue libéral, Lille

Dr Thierry Garban, cardiologue libéral, Nantes

Dr Marc Villaceque, cardiologue libéral, Nîmes

Dr Anne-Claire de Pastre – Chef de projet - Service Évaluation de la Pertinence des Soins et Amélioration des Pratiques et des Parcours - Haute Autorité de santé

Mireille Cecchin – Documentaliste – Haute Autorité de santé

Juliette Chazareng – Assistante documentaliste – Haute Autorité de santé

Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 : Suivi des patients ayant une insuffisance cardiaque chronique, méthode de réponse rapide, 9 avril 2020

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr