



JOURNÉES **NATIONALES** | *GROUPE EXERCICE READAPTATION SPORT PREVENTION* **13-14 SEPTEMBRE**
MARSEILLE 2018
DU **G.E.R.S.-P**

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

**CAS CLINIQUE EN READAPTATION CARDIO
VASCULAIRE**

Docteur Pierre-jean SCALA
Marseille, France

ET BÉNÉFICIEZ DU TARIF PRÉFÉRÉNTIEL
* Congrèsiste / Médecin : 400 €
* Membre G.E.R.S.-Prévention : 200 €
* Internes, Étudiants, Paramédicaux :

▶ DÉCOUVREZ LE PROGRAMME
PRÉLIMINAIRE



Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt pour cette présentation

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la réadaptation cardiaque est « *l'ensemble des activités nécessaires pour **influencer favorablement** le processus évolutif de la maladie cardiovasculaire ainsi que pour assurer aux patients **la meilleure condition physique, mentale et sociale possible** afin qu'ils puissent par leurs **propres efforts préserver ou reprendre** une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté* ».

Cas Clinique-Présentation

- .Homme de 59 ans**
- .Chômage depuis 3 ans (invalidité), ancien mécanicien en raffinerie**
- .Tabagisme 40 PA**
- .SCA ST+ antérieur le 5/8/18**
- .Coronarographie: occlusion thrombotique de IVA**

Cas Clinique-Présentation

- .Angioplastie de IVA avec implantation de stent actif**
- .TV de reperfusion puis passage en FA**
- .ETT (en FA): akinésie 2/3 parois antérieure, antéro septale et septale-
FEVG 30%-VD normal**
- .Réduction FA par Cordarone**
- .Décision de life vest**

Cas Clinique- Présentation

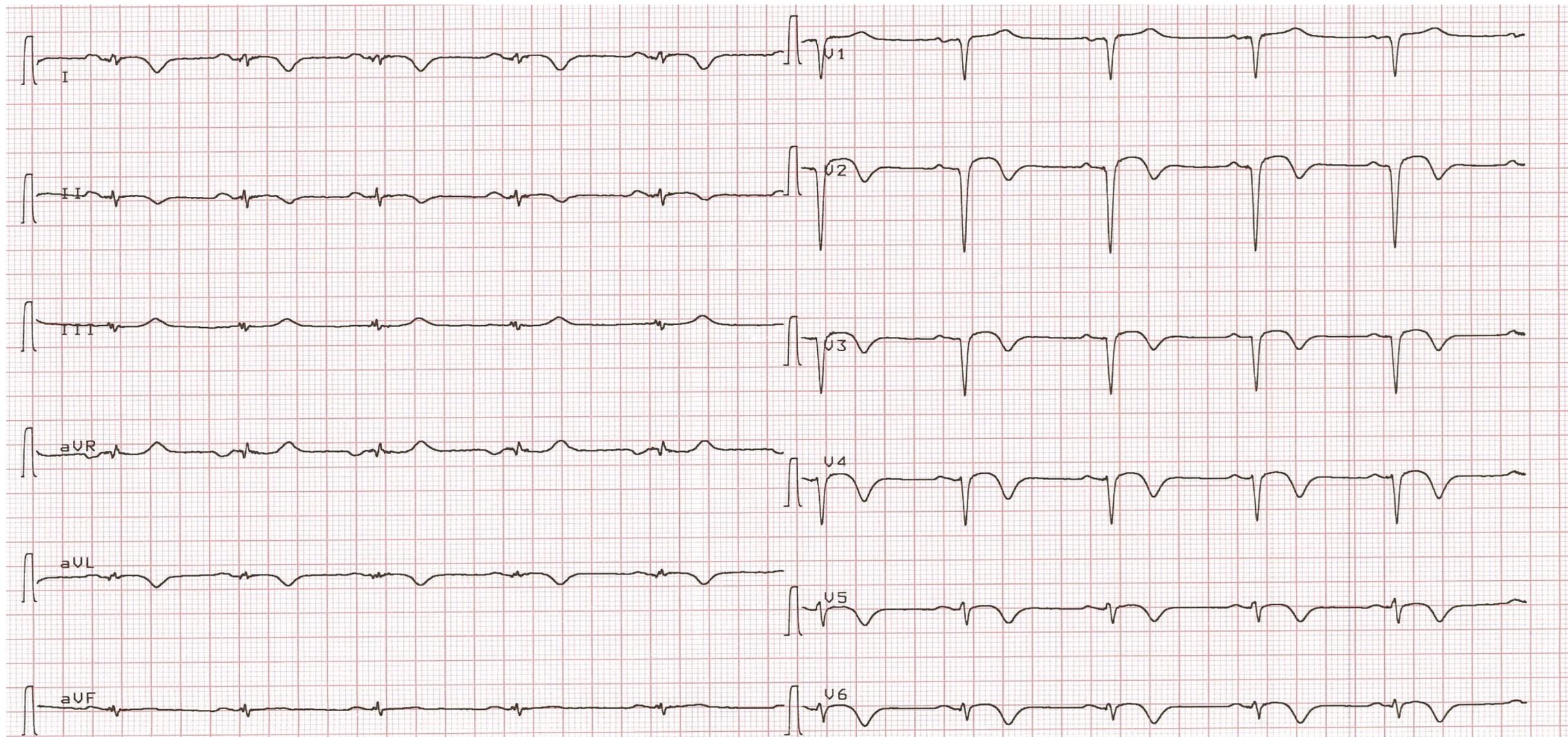
- .Admission en centre de Réadaptation à J8**
- .Bilan clinique initial: asthénie modérée, dyspnée stade 2, pas de signe d'insuffisance cardiaque**
- .ECG: rythme sinusal 63/min, séquelles antérieures étendues**
- .ETT: Akinésie apicale, apico septale et moyenne, 2/3 paroi antérieure. FEVG 28%. PRVG normales. Pas HTAP.**
- .EE: 80W interrompue pour fatigue. Pas de douleur ni dyspnée-pas de trouble de excitabilité**
- .Bio: BNP 840 pg/ml-LDLC 0.78**

Cas Clinique-Traitement

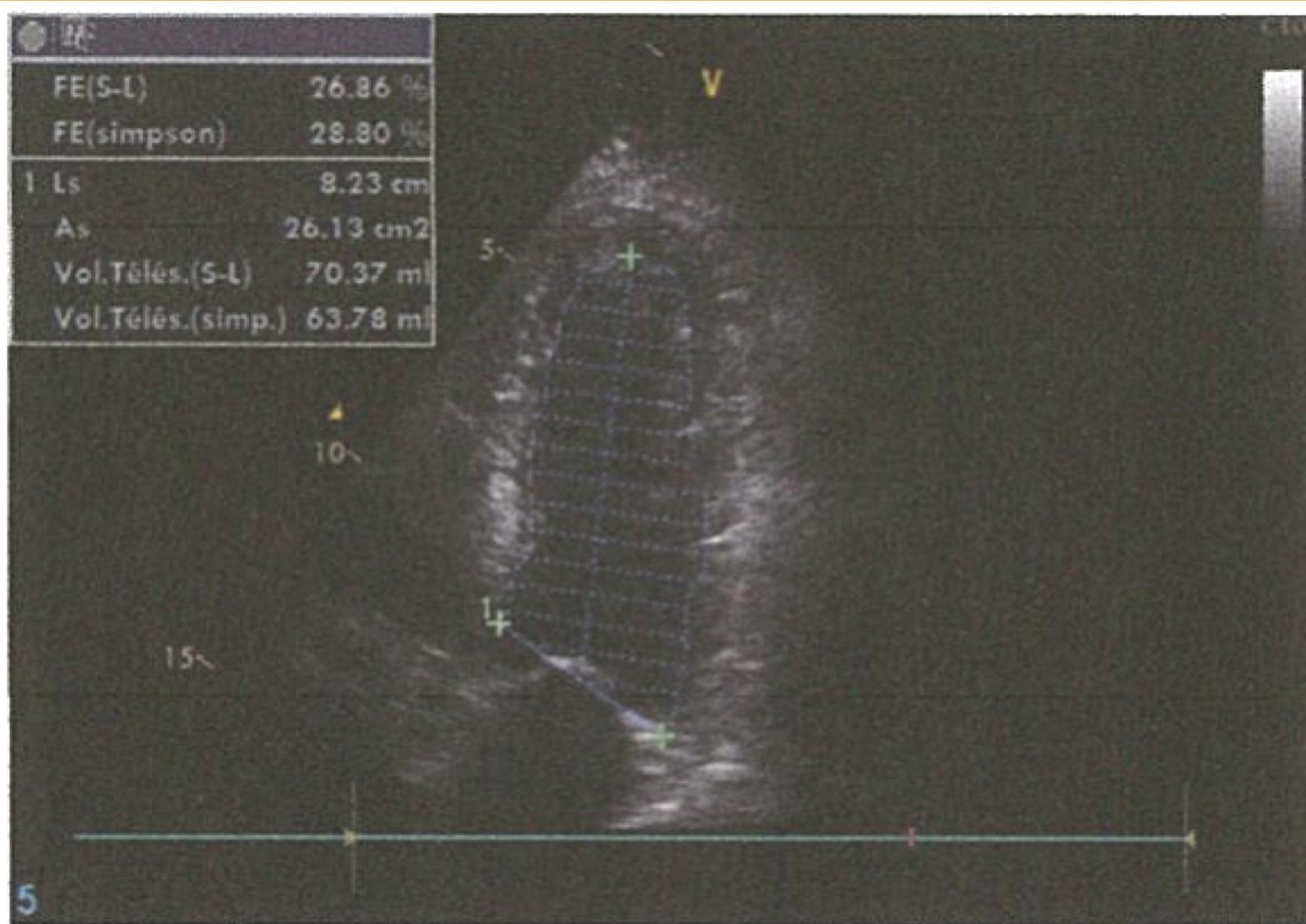
Traitement quotidien à l'admission:

- **Kardégic 75 mg** **1 sachet**
- **Brilique 90 mg** **2 cp**
- **Atorvastatine 80 mg** **1 cp**
- **Eplérénone 25 mg** **1 cp**
- **Ramipril 5 mg** **1.5 cp**
- **Bisoprolol 5 mg** **1.5 cp**

Cas Clinique-ECG



Cas Clinique- Echocardiographie



Cas Clinique- Test d'effort

Motif de l'épreuve : --

Médicaments : --

Historique : --

Cardiologue :

Infirmier(e) :

Protocole : 20W/10W/1min

Motif d'arrêt : Fatigue musculaire.

Phase	Palier	Durée pal.	Charge (W)	tours (tpm)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST		00:05	0	0	65	120/80	
EFFORT		01:00	20	63	66	120/80	
		01:00	30	61	70		
		01:00	40	63	74		
		01:00	50	62	77	120/80	
		01:00	60	64	80		
		01:00	70	60	83		
		01:00	80	60	86	120/80	
		00:01	80	61	86		
RECUP.		00:10	30	41	85		

FC Max : 86 /min soit -- % de la FMT calculée à -- /min .

Conclusion :

Résumé: Performance: normale..

Douleurs thoraciques: Il n'y a pas de douleurs thoraciques..

ECG à l'effort: normal..

Modifications du segment ST: le segment ST n'a présenté aucune modification..

Arythmies: Il n' y a eu aucune arythmie..

Profil tensionnel: Le profil tensionnel a été normal à l'effort..

ECG en récupération: Reste inchangé par rapport au repos..

Stop 80W pour fatigue.

OK RCV 50W, FCE=76, et interval training 30/90

Indications de la réadaptation

Que disent les recommandations sur la réadaptation cardio-vasculaire chez le coronarien?

Le post infarctus est une indication Classe 1 Niveau A. Les preuves de l'amélioration de la survie, de la qualité de vie et l'innocuité de l'exercice sur le remodelage ventriculaire sont acquises.

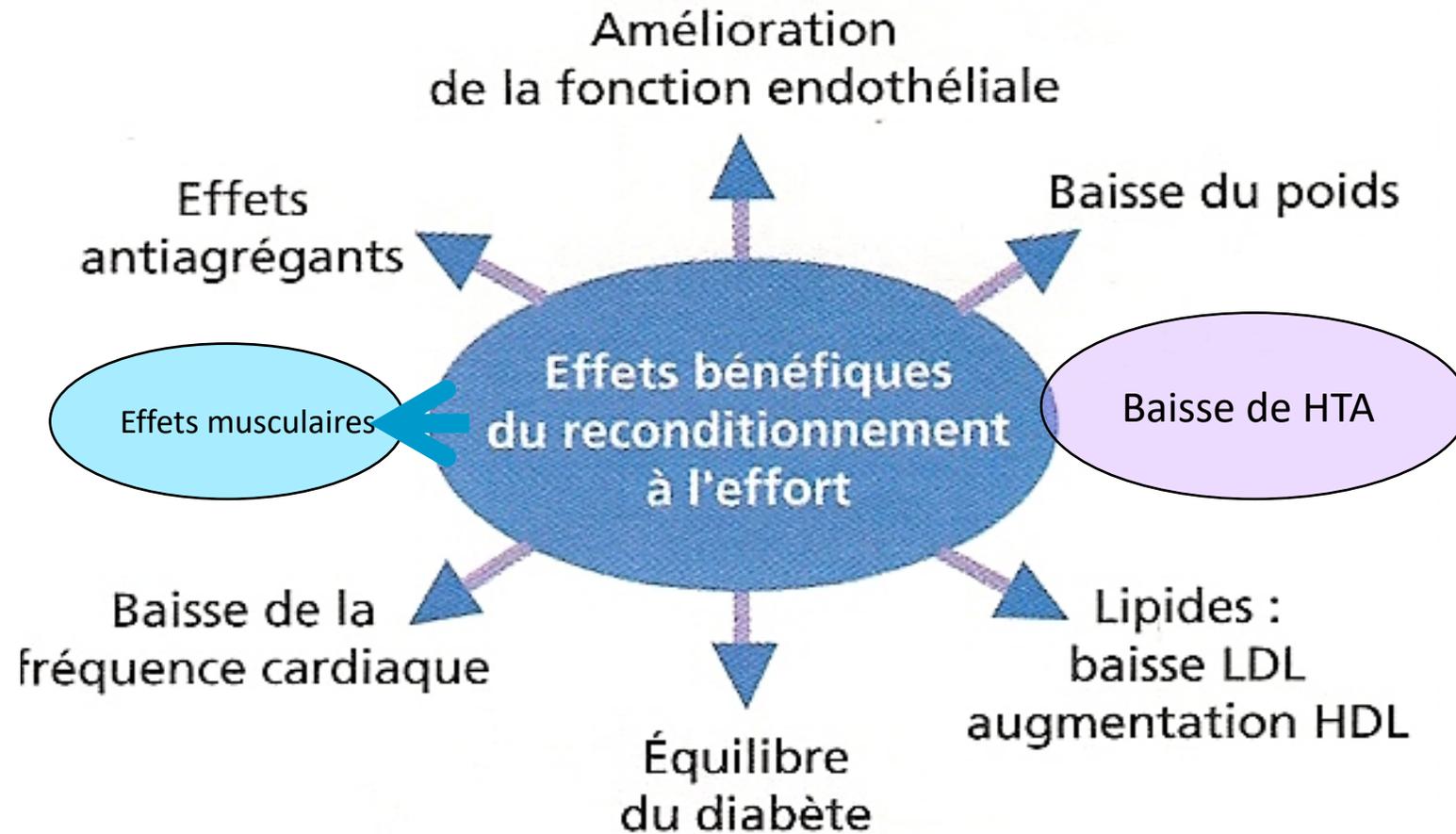
Réadaptation post SCA : Les preuves

Diminution de 20% de mortalité totale

Diminution de 25% de mortalité CV

- ***Oldridge NB, JAMA, 1988;260:945-50***
- ***O'Connor GT, Circulation, 1989;80:234-44***
- ***Steffen-Batey L, Circulation, 2000; 102:2204-09***
- ***Taylor RS, Am J Med, 2004;116:682-92***

Intérêt de la réadaptation



Modalités de la réadaptation

Prise en charge pluridisciplinaire

- Evaluation fonctionnelle et stratification du risque
- Reconditionnement à l'effort
- Education thérapeutique
- Correction des facteurs de risque
- Optimisation thérapeutique
- Prise en charge psychologique et sociale
- Préparation retour au domicile

Modalités de la réadaptation

Evaluation fonctionnelle et stratification du risque



Risque faible/moyen

Risque élevé

Modalités de la réadaptation

Evaluation fonctionnelle et stratification du risque

- Conditions socio économiques difficiles
- IDM étendu avec altération de la FEVG
- Troubles du rythme ventriculaire et supra ventriculaire à la phase aigue



Hospitalisation complète

Modalités de la réadaptation

Reconditionnement à l'effort



Modalités de la réadaptation

Reconditionnement à l'effort

Entraînement en endurance

Séance d'échauffement

Entraînement à 50W, FCE 76, interval training 30/90

$(FCE = FC \text{ repos} + \frac{FC \text{ max} - FC \text{ repos}}{100} \times K)$

Effort sous maximal prolongé de 30 minutes en alternant travail en plateau et séances avec pic et récupération

Vélo, 5 fois par semaine et le samedi matin



Modalités de la réadaptation

Reconditionnement à l'effort

Renforcement musculaire

Travail des membres supérieurs en collectif avec haltères

Gymnastique respiratoire

2 fois par jour, 5 séances par semaine

Ateliers

1 fois par semaine, travail segmentaire, Qi gong, marche en extérieur



Modalités de la réadaptation

Education thérapeutique



Modalités de la réadaptation

Education thérapeutique

Recommandations HAS

- élaboration du diagnostic éducatif
- proposition d'un programme personnalisé
- mise en œuvre de séances collectives/individuelles
- évaluation du programme et mesures d'adaptation

Modalités de la réadaptation

Education thérapeutique

Objectifs : garantir autonomie et qualité de vie

- repérer ses facteurs de risque et évaluer bénéfice prise en charge
- mesures d'hygiène de vie
- s'approprier son traitement (ex :double anti agrégation plaquettaire pendant 12 mois)

Modalités de la réadaptation

Education thérapeutique

10 séances minimum

Entretien personnalisé de 30 minutes

Intérêt du patient et du programme

Accord du patient (volontariat)

Etablissement du Diagnostic Educatif : connaissance du patient et vécu de sa maladie

Ateliers thérapeutiques

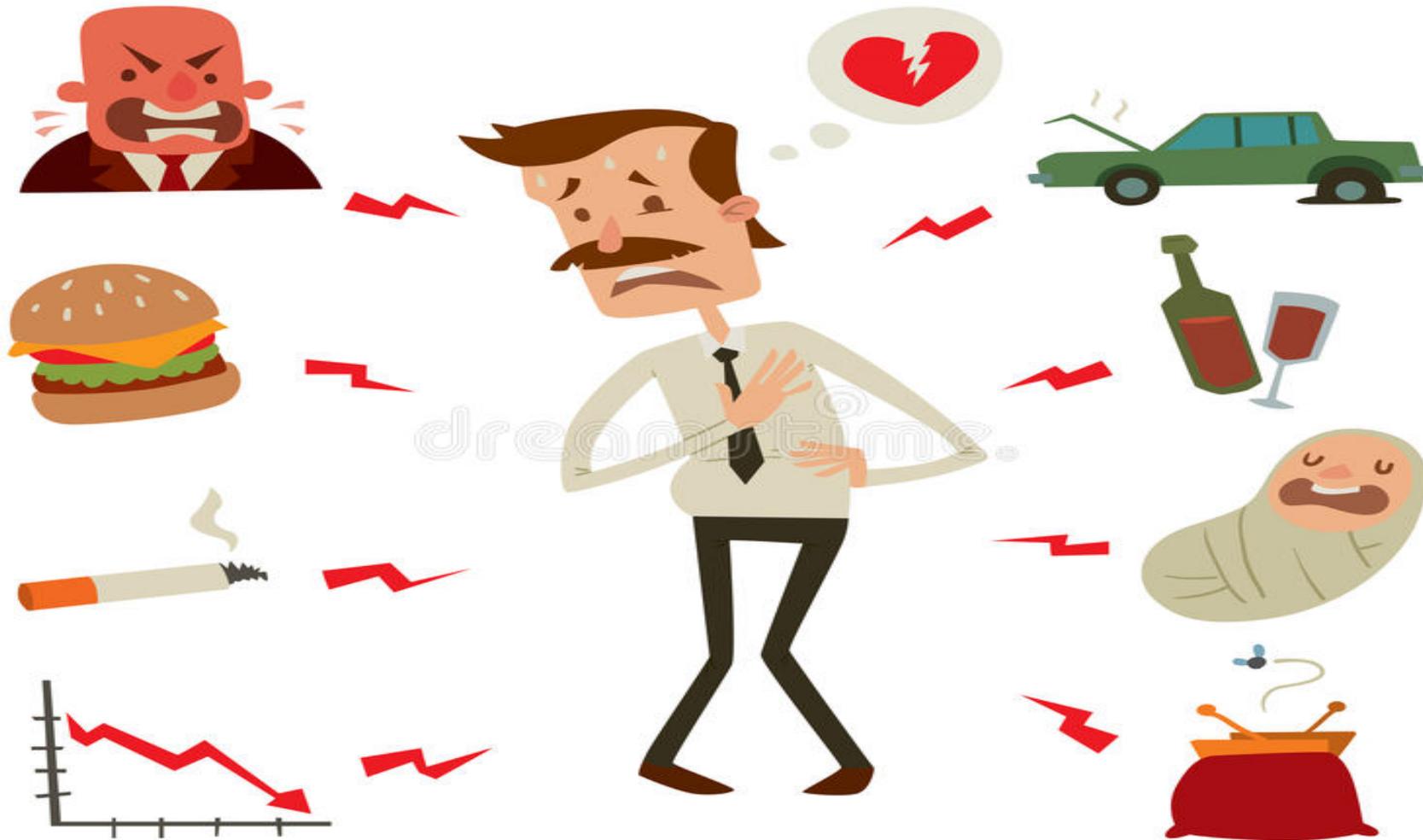
Modalités de la réadaptation

		CAHIER D'ATELIERS THERAPEUTIQUES HDJ 2	Référence : EN OPC 320 Indice :b	Page 1/1
---	---	---	---	-----------------

Thème	Date	Collectif	Individuel	Accompagnant
Anatomie				
L' Infarctus du myocarde et angine de poitrine				
Reconnaître une douleur cardiaque				
Les Traitements de la maladie coronaire				
Le rythme cardiaque				
Activité physique du cardiaque				
Le tabac				
Les facteurs de risque cardiovasculaires				
Les sucres, le sucre et les glucides				
Le cholestérol				
L'équilibre alimentaire				
Le sel				
Les fausses croyances alimentaires				
Dégustation				
Carnet alimentaire				
Les valves cardiaques				
Mon traitement anticoagulant				
Savoir prendre son pouls et sa tension				
Stress et cœur				
Sophrologie				
Les frustrations				
Comprendre mon insuffisance cardiaque				
Reconnaître les signes d'alerte				
Le traitement de mon insuffisance cardiaque				
Vie quotidienne				
Sexualité et maladie cardiovasculaire				
Association malades du cœur				

Modalités de la réadaptation

Correction des facteurs de risque



Modalités de la réadaptation

Correction des facteurs de risque

- Prise en charge diététique
- Consultation de tabacologie : volontariat

Entretien avec tabacologue

Evaluation Niveau de dépendance-motivation-poly
addictions

Choix de stratégie : diminution ou arrêt ? Substituts
nicotiques ?

Evaluation syndrome anxio-dépressif

Modalités de la réadaptation

Optimisation thérapeutique



Modalités de la réadaptation

Optimisation thérapeutique

- traitement par bisoprolol : titration parfois difficile
- augmentation du ramipril à 10mg/j
- tolérance statine
- fonction rénale : éplérénone et ramipril

Modalités de la réadaptation

Prise en charge psychologique et sociale



Modalités de la réadaptation

Prise en charge psychologique

- Volontariat
- Entretien personnalisé avec psychologue :
recherche profil de personnalité de type D

Modalités de la réadaptation

Prise en charge sociale

- Entretien personnalisé avec assistant social
- Préparation du retour au domicile
- Réévaluation du taux d'invalidité en fonction de aggravation de pathologie
- Taux d'invalidité permet allocation chômage ?
- Anticiper retraite ?

Modalités de la réadaptation

Prise en charge sociale

- Demande à MDPH : prestation compensation handicapé (PCH)
- Demande à Action Sanitaire et Sociale : aide au retour domicile
- 30 heures d'aide par auxiliaire de vie/portage repas domicile

Suivi du patient

Adhésion au programme de réadaptation

- Stabilité de état clinique

- Accroissement niveau d'effort en endurance de 50 à 70W sans difficulté



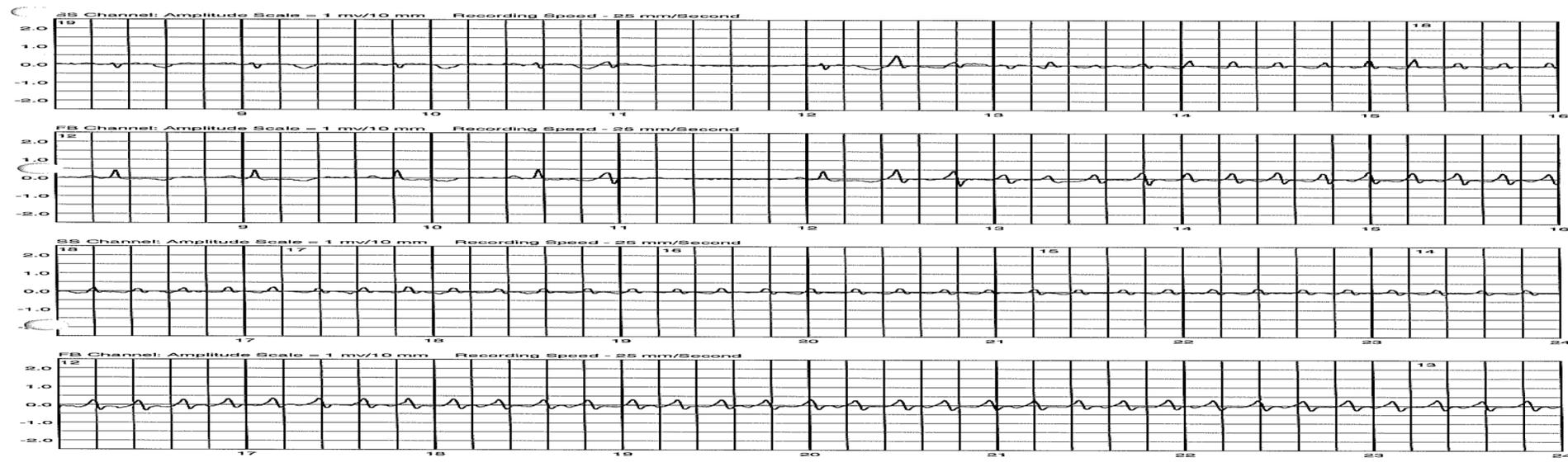
Autorisation de permission

Suivi du patient

Palpitations après consommation alcool > retour service > examen normal

Alarme Life Vest sans choc

Interrogation enregistreur



Suivi du patient

Tachycardie jonctionnelle spontanément résolutive

Majoration du traitement bêta-bloquant

Test d'effort J23 : 100W, FC100/min, PA 132/74, arrêt pour fatigue, test négatif.



Amélioration de capacité effort de
20W (25%)

Poursuite réadaptation en HDJ

Arrêté du 16 mars 2015 relatif à l'inscription du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000

Indications :

La prise en charge du défibrillateur cardiaque externe portable LIFEVEST 4000 est assurée :

Après explantation d'un système de défibrillation implantable pour infection, de la loge ou des électrodes, jusqu'à la réimplantation (guérison de l'infection).

En attente de transplantation cardiaque. L'indication doit être réévaluée tous les 3 mois (évaluation du rapport bénéfices/risques et de l'observance).

Après revascularisation myocardique si la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) est inférieure à 30 %, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au 3e mois.

Au décours d'un infarctus du myocarde aigu si la FEVG est inférieure à 30 % après les 48 premières heures, jusqu'à la réévaluation de la FEVG et discussion de l'indication d'un défibrillateur automatique implantable au terme du premier mois.

Etude VEST (Orlando, ACC, Mars 2018)

Quel est le bénéfice du défibrillateur portable ?

Résultat : Réduction de la mortalité toutes causes
mais pas de la mort subite dans les 90 jours
suivants le SCA

Conclusion

La réadaptation cardiaque du coronarien c'est :

- Amélioration du pronostic
- ré-entraînement à l'effort
- Amélioration de observance du traitement
- Restauration de la confiance
- Réinsertion sociale

Patient acteur de sa maladie

Conclusion

Remerciements pour leur aide précieuse

Docteur Sylvie Pied

Docteur Jean-Marie Vailloud

Madame Véronique Bocquet

Monsieur Guy Bocchino