

Introduction des bêtabloquants dans l'insuffisance cardiaque

Ils améliorent les symptômes, réduisent le risque d'hospitalisation et augmentent la survie.

Chez qui ?

- Tous les patients ayant une IC légère à modérée (FE \leq 40%)
- Patients avec une IC sévère peuvent aussi en bénéficier mais sous surveillance spécialisée

Comment ?

- Il faut l'introduire après stabilisation et disparition des signes de congestion
- Il faut débuter avec une faible dose (cf tableau)
- Doubler la dose après minimum deux semaines (chez certains patients, parfois plus lentement)
- Le but est d'atteindre la dose cible et au moins la dose maximale tolérée
- Il vaut mieux « un peu » de bêtabloquant que « pas » de bêtabloquant
- Il faut monitorer la Fc, la TA, les signes de congestion et le poids
- Il faut expliquer que les symptômes s'améliorent lentement : 3 à 6 mois parfois plus longtemps
- Pendant la «titration», lorsque des symptômes d'IC se réaggravent (dyspnée, fatigue, oedèmes et poids), il faut augmenter les diurétiques initialement et en l'absence d'amélioration diminuer de moitié la dose de bêtabloqueurs
- En cas de fatigue marquée, diminuer de moitié le bêtabloquant (rarement nécessaire)
- Lorsque la Fc <50 b/mn avec des symptômes d'IC, il faut diminuer les doses de moitié et au besoin stopper le bêtabloqueur en cas d'aggravation sévère.
- Il faut éviter le verapamil et le diltiazem et réévaluer le traitement par digoxine et amiodarone
- L'hypotension symptomatique doit faire reconsidérer la nécessité des dérivés nitrés, inhibiteurs calciques et autres vasodilatateurs et, s'il n'y a pas de signes de congestion, les diurétiques peuvent être réduits