

SYNTHESE**Insuffisance cardiaque chronique****Prescription d'activité physique**

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

Les données

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) peut compliquer la plupart des maladies cardiaques et en premier lieu la maladie coronaire. Le pronostic de l'ICC reste sévère malgré les progrès de sa prise en charge thérapeutique. Sa morbi-mortalité est aggravée par l'inactivité physique et la sédentarité.

L'ICC initiée par une atteinte du cœur devient une maladie de l'organisme avec une myopathie périphérique et des troubles ventilatoires, responsables de deux grands symptômes : la fatigue musculaire et la dyspnée à l'effort. La sédentarité et l'inactivité physique très marquées chez les patients induisent une spirale du déconditionnement qui aggrave ces symptômes et complique la maladie de l'organisme.

On classe actuellement l'ICC, selon l'altération fonctionnelle du ventricule gauche (FEVG) évaluée par échocardiographie transthoracique (ETT) en ICC à FEVG préservée ($\geq 50\%$), ICC à FEVG abaissée ($< 40\%$) et ICC à FEVG modérément altérée (40-49%).

L'ICC ne se guérit pas. Sa prise en charge a pour but de ralentir la progression de la maladie, d'améliorer la qualité de vie, et de limiter les hospitalisations liées aux épisodes de décompensation. Son traitement optimal doit associer une éducation thérapeutique (ETP) sur la maladie, le changement de mode de vie avec prise en charge des facteurs de risque, le traitement médicamenteux optimal individualisé associé si nécessaire à la prise en charge spécifique de la pathologie causale et des facteurs de risque.

Ce traitement optimal est associé à une prescription d'une AP adaptée (APA) aux capacités de tous les patients ICC stables, quel que soit leur niveau initial de sédentarité, et une AP quotidienne. L'APA améliore la consommation maximale d'oxygène (VO_2^{\max}) et la qualité de vie des patients ICC et diminue la fréquence des ré-hospitalisations, marqueur pronostique de mortalité. Les effets périphériques (neuro-hormonaux, ventilatoires, vasculaires et musculaires) de l'APA améliorent la symptomatologie et diminuent le risque d'arythmies.

La consultation médicale d'AP et les examens complémentaires

Le suivi cardiologique classique (clinique, ECG et ETT) au moins annuel doit être complété par une épreuve d'effort au mieux avec analyse des échanges gazeux (EFX). Elle permet le calcul de la VO_2^{\max} qui est le meilleur marqueur pronostique des patients. L'EFX évalue aussi la part limitative respective de chacun des principaux maillons, ventilatoire, cardio-vasculaire et musculaire squelettique, du transport de l'oxygène, ce qui guide la prise en charge thérapeutique et permet de proposer un réentraînement physique individualisé.

La consultation médicale d'AP est recommandée chez tout patient ICC. Elle intervient en phase III de la rééducation et s'appuie sur les préconisations du médecin rééducateur de la phase II ou, en son absence, sur les recommandations du cardiologue traitant.

Contre-indications et points de vigilance

Les contre-indications à la pratique d'une APA pour un patient ICC sont rares et le plus souvent temporaires. Elles sont en lien avec une pathologie cardio-vasculaire non contrôlée ou décompensée (dyspnée, hypotension, poids, œdème des jambes). Cf. référentiel d'aide à la prescription d'AP pour l'ICC.

Conseils et prescription d'AP

Une APA régulière associée au traitement médicamenteux et à l'ETP doit, au mieux, être instaurée lors d'un séjour de 3 semaines en service de réadaptation cardio-vasculaire, en ambulatoire ou en hospitalisation. Toutes les formes d'ICC stables, y compris pour les porteurs de prothèse cardiaque ou de système d'assistance ventriculaire peuvent en bénéficier.

Au décours de la réadaptation, le médecin généraliste et/ou le cardiologue traitants doit prescrire par écrit un programme d'APA avec au moins 3 séances/semaine de 30 à 60 minutes associant des exercices d'endurance et de renforcement musculaire. Durée et intensité des exercices seront fixées individuellement en se basant sur les données de la sortie de la rééducation et sur le ressenti du patient éduqué.

Les objectifs de l'APA seront raisonnables. Un accompagnement du patient, tenant compte de ses souhaits, au mieux avec l'aide d'un professionnel de l'APA, est indispensable pour obtenir une adhésion et des modifications du comportement avec poursuite autonome et sécurisée d'une AP ludique tout au long de sa vie.

Une activité sportive de loisir ne doit plus être systématiquement interdite à tout patient ICC. Elle peut être autorisée aux patients demandeurs sans contre-indication selon l'état clinique et avec un bon niveau technique pour l'activité sportive désirée. Les AP intenses sont contre-indiquées chez le patient ICC.

Les patients ICC ont des réserves fonctionnelles limitées. Les AP et sportives doivent donc privilégier des conditions environnementales (météorologie, température, pollution, altitude et milieu) favorables et stables.

Une pratique sportive en salle présente moins de risque que celle pratiquée en extérieur du fait des contraintes de l'environnement.

Le risque spécifique de certaines activités, comme la voile ou le ski, souvent exposées à des contraintes environnementales changeantes doit être pris en compte et expliqué au patient.

La majorité des patients ICC peuvent s'exposer à une altitude jusqu'à 2 500 mètres. Ils doivent être éduqués pour s'autolimiter lors des AP en tenant compte de leurs sensations et des conditions atmosphériques.

Les activités sportives aquatiques sont possibles, en veillant à une température de l'eau suffisante (≥ 25 °C) compte tenu du risque arythmogène d'une eau plus froide.

La plongée sous-marine, en apnée ou avec scaphandre autonome (en bouteille), comme la musculation et les sports en compétition sont **contre-indiqués** chez le patient ICC.