



Observatoire Français de l'Insuffisance Cardiaque Aigue (OFICA)

RATIONNEL :

- Insuffisance cardiaque : notion d'épidémie
Principale cause d'hospitalisation après 65 ans,
seule pathologie CV "en hausse"
- Hétérogénéité
Formes cliniques, physiopathologiques diverses
Comorbidités : rôle majeur
Prise en charge : non centralisée, multiples acteurs
... différents modes de prise en charge
- **Nécessité de données épidémiologiques fiables**
- Registres sur l'IC aiguë/décompensée
 - Américains +++ (ADHERE, OPTIMIZE-HF)
 - Européens : EuroHeart Survey
 - Français : EPICAL ~ 1995, enquête hospitalière 1997



Observatoire Français de l'Insuffisance Cardiaque Aigue (OFICA)

Groupe de Travail SFC Insuffisance Cardiaque

OBJECTIFS :

1 – Scientifiques :

Cibler l'IC aigue, décompensée (\neq autres observatoires actuels)

- Distribution des patients dans le système de soins et parcours
- Caractéristiques démo, comorbidités, facteurs déclenchants, utilisation inotropes et autres procédures
- Evolution du traitement : préadmission, sortie et à 3 mois
- Mode de sortie (MG, cardio, réadaptation, réseau...)

2 – Autres

- Faisabilité d'un observatoire coordonné par le groupe (et éventuellement sa pérennité),
- Jonction à terme avec registre européen



OFICA

METHODES

Observatoire ponctuel, à type de "photographie"
mais ~ exhaustif et représentatif du territoire français

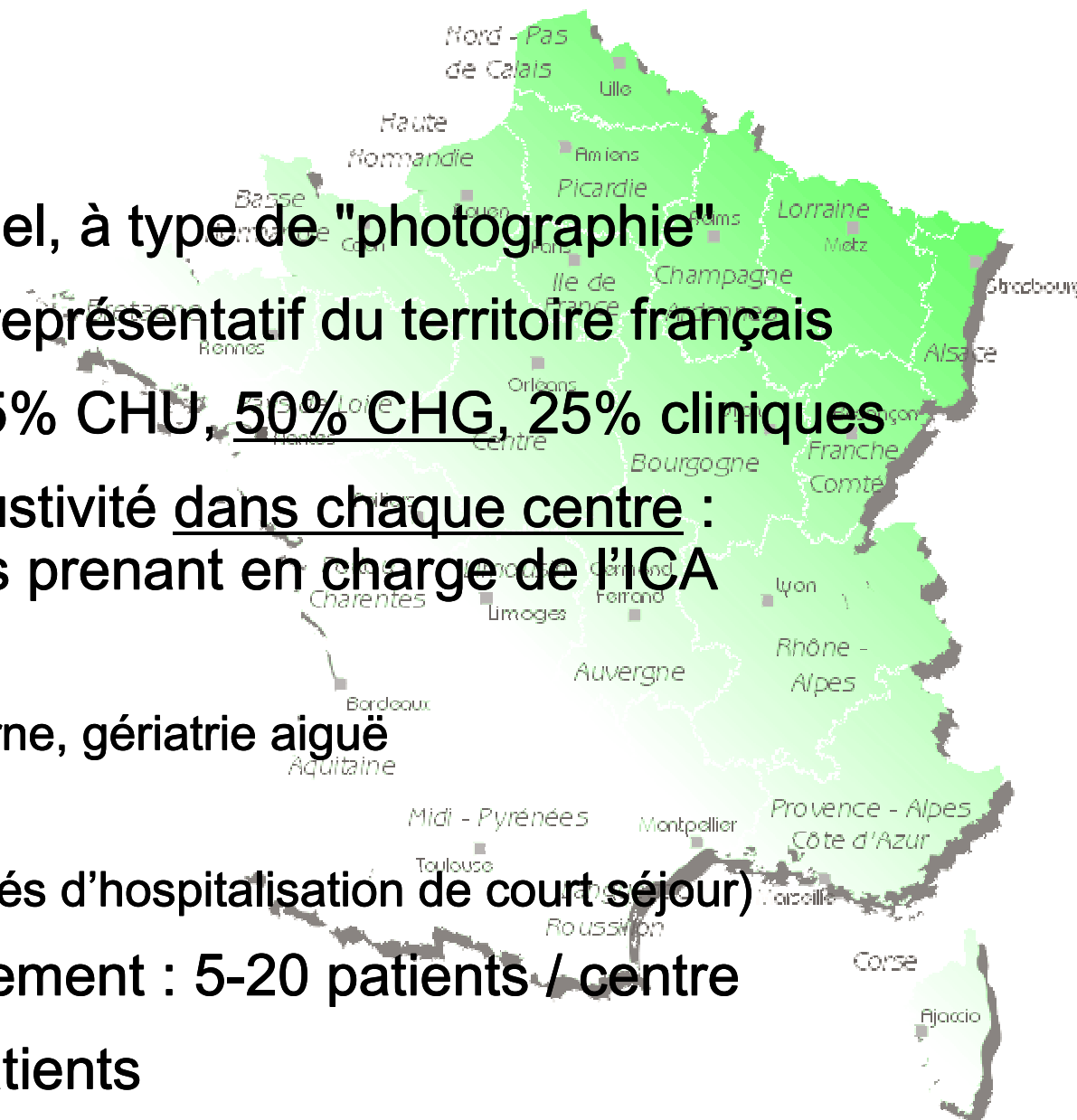
➤ ≥ 200 centres : 25% CHU, 50% CHG, 25% cliniques

➤ Approcher l'exhaustivité dans chaque centre :
2 à 4 services prenant en charge de l'ICA

- Cardiologie
- Médecine Interne, gériatrie aigüe
- Réanimation
- Urgences (unités d'hospitalisation de court séjour)

➤ Objectif de recrutement : 5-20 patients / centre

.... ≥ 2000 patients





OFICA

Critères d'inclusion

- 1) Homme ou femme âgé(e) de plus de 18 ans**
- 2) Patient hospitalisé, quelque soit le mode d'admission initial, avec une insuffisance cardiaque aiguë (insuffisance cardiaque de novo ou décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique) quelque soit la gravité et correspondant à un e des situations cliniques suivantes :**
 - Œdème pulmonaire, hypertensif ou non**
 - Insuffisance cardiaque globale (congestion pulmonaire, œdèmes périphériques)**
 - Choc cardiogénique**
 - Insuffisance cardiaque à débit élevé**
 - Insuffisance cardiaque droite isolée**
- 3) Patient ayant accepté de participer à l'étude**

Présentation clinique dominante	Symptômes	Signes
Œdème périphérique/congestion (insuffisance cardiaque globale)	Dyspnée Fatigue Anorexie	Oedèmes des membres inférieurs Turgescence jugulaire Œdème pulmonaire Hépatomégalie, ascite Cachexie
Œdème pulmonaire	Dyspnée au repos	Crépitations pulmonaire Epanchement pleural Tachycardie, tachypnée
Choc cardiogénique (syndrome de bas débit)	Confusion Faiblesse	Extrémités froides PA systolique < 90 Oligurie/anurie
Insuffisance cardiaque hypertensive	Dyspnée	PA augmentée Hypertrophie ventriculaire gauche Fraction d'éjection ventriculaire gauche conservée
Insuffisance cardiaque droite	Dyspnée Fatigue	Mise en évidence d'une dysfonction ventriculaire droite Turgescence jugulaire, œdème périphérique, hépatomégalie



OFICA

METHODES

"Jour" J0 : *jeudi 12 mars 2009 ± 1j*

- Rôle majeur du cardiologue référent de chaque centre
- Lister tous les patients hospitalisés avec une ICA
avec vérification des critères d'inclusion
- Exclusion du contexte de chirurgie cardiaque et des
bilans programmés
- Recueil de quelques données, administratives ...
- Pas de consentement signé
mais s'assurer de la non-opposition du patient
= fiche d'information
- Fax et centralisation de données anonymisées
(Maison du Cœur, Paris)



OFICA

METHODES

J10 – J30 (fin des hospitalisations)

- Compléter fiches d'infos pour chaque patient avec copie de l'ordonnance de sortie et les faxer (Maison du Cœur) ou courrier
- Relance et récupération des infos manquantes par ARCs (SFC)

Suivi à 3 mois : téléphonique par ARCs (SFC)

selon le succès et financement, extension à 6 ou 12 mois?

Fiches d'inclusion : à remplir impérativement le 12 Mars

Nom de l'investigateur : LF	
Numéro patient (par ordre d'inclusion) :	
PATIENT	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de Naissance : / /	
Lieu de Naissance : Ville :	Code Postal :
Sexe : Homme / Femme	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
N° Téléphone :	N° Portable :
ou N° Fax (Personne de contact) :	
Adresse Hospital	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
N° Téléphone :	
FAX : 01 43 22 53 51	

Numéro patient (par ordre d'inclusion) :	
Admission	
Date d'admission (à l'hôpital) : / /	Spécialité :
Service : (où vous incluez le patient)	UICM / Cardiologie Médecine interne / Gériatrie Unité d'hémodialyse ou une urgences Autre :
Date d'admission (dans le service) : / /	Spécialité :
Motif d'admission (dans le service) :	Admission Elsevier Cardiologie / Cardiologie / SMUH / Boulogne Accueil Héparé via Cardiologie / SM Médecine / SMUH / Boulogne UICM / Consultation spécialisée Transfert d'un autre service UICM / Hémodialyse Autre (préciser) :
Motif initial d'admission à l'hôpital :	Insuffisance cardiaque Syndrome coronaire aigu ST+ & Syndrome coronaire ST- Arythmie Autre cause (préciser) :
Prévalence clinique de l'IC :	Insuffisance cardiaque gauche, œdème pulmonaire Insuffisance cardiaque global Insuffisance cardiaque hypertensive UICM Cardiogénique Insuffisance cardiaque droite Autre (préciser) :
Ancienneté de l'IC :	de novo / Aggravation d'une IC préexistante
FAX : 01 43 22 53 51	

PATIENT						
Diagnose d'IC? confirmé	Non	Oui	(Si non, ne pas remplir la suite)			
Patho d'antécédents :	Isch	ap	Valvul	ap		
Traitement avant admission :	IPP	Non	Diurige	ap		
	Ast L2	Non	Diurige	ap		
	B-Bloquant	Non	Diurige	ap		
	Durétique	Non	Diurige	ap		
	Aldostérone	Non	Diurige	ap		
	Statins	Non	Diurige	ap		
	AVK	Aspirine	Clonidipine			
Antécédents cardiovasculaire :	Hospitalisation pour IC > 90j	< 1 an	1 à 12	> 1		
	MI					
	Angioplastie					
	Cathète					
	AVC					
	Chirurgie valvulaire					
	EM	Simple	RV	Double	AAA	
Facteurs de risque :	TABAC	HHA				
	Diabète	Dyslipidémie				
	Alcool					
Comorbidités :	BPCO ou insuff. resp. chronique	Dialyse				
	Syndrome rénal	Néphropathie chronique				
	Autre (préciser) :					
Étiologie(s) de la cardiopathie	HTA					
	Ischémique chronique par coronaires					
	Ischémique non chronique par coronaires					
	Cardiomyopathie dilate					
	Cardiomyopathie hypertro					
	Valvulaire					
	Familiale (cas avéré dans la famille) :	CMR	CMR			
	AuR (préciser) :					
EFVC :	ap	ap				
Facteurs déclenchants :	SCA-CT	SCA-CT, et/ou angine :				
	ACVA ou TVT	Arrêt cardiaque soudain				
	Infection	Démence hypernatrém				
	Rapport médicamenteux	Démence sévère				
	Chirurgie/anesthésie	Infection				
	Autre (préciser) :					
Biologie (uniquement dans les 34 premières heures)						
BNP :	ap	ap				
NT pro-BNP :	ap	ap				
Créatininémie :	ap	ap				
K ⁺ :	ap	ap				
FAX - 01 43 77 53 51						
Procédure pendant l'hospitalisation						
Soins dent	Non	Oui				
Coronographie :	Non	Oui	Si oui, ATL :	Non	Oui	
Face maker :	Non	Oui	Si oui, type :	simple	double	
				RV	AAA	
Passage en ICM? ou réévaluation :	Non	Oui	Si oui, nombre de jours :			
Un diagnostic pré-existant :	Non	Oui	Si oui, nombre de jours :			
Imagerie :	Non	Oui	Si oui, préciser le nom :			
Ventilation non invasive :	Non	Oui				
Ventilation invasive :	Non	Oui				
Elévation/déplacement cathéter :	Non	Oui				
Acouphes/oreilles bouchées :	Non	Oui	Si oui, préciser :			
Croûtes :	Non	Oui				
Sortie						
Date de sortie :	/ /	ap				
Pression artérielle :	--- / --- mmHg	ap	Palpés :	ap		
	systolique / diastolique					
Fréquence cardiaque :	ap	ap				
ECG :	Sinusal	BNC ou QBC + PR interval	Non			
	AC / BA		Oui			
Biologie à la sortie						
BNP :	ap	ap	NT pro-BNP :	ap		
Créatininémie :	ap	ap				
Nutriments :	ap	ap	Kaliémie :	ap		
Hémoglobine :	ap	ap				
Traitement de sortie Joindre une copie de l'ordonnance						
Mode de sortie Domicile ou Maison de retraite Moyen / long séjour						
Convalescence Centre de réadaptation École						
Autre (préciser) :						
Mode de suivi prévu Médecin Généraliste						
Médecin hospitalier						
Unité d'IC ambulatoire / Éducation thérapeutique						
Cardiologue libéral						
Niveau d'IC						
Réadaptation ambulatoire						
Si décès Date : / /						
Cause :						
FAX - 01 43 77 53 51						

Suivi à 3 mois :
réalisé par des ARCs

Centre investigateur : Dr

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Décès : Non Oui Si oui, date : / / *Préciser cause*
Mort subite
Aggravation de l'IC
Autre cause IC (préciser) :

Aucune (préciser)

np

Réhospitalisation non planifiée Non Oui
Si oui

Date de la 1^{ère} réhospitalisation : / / *Préciser*
 Motif de la 1^{ère} réhospitalisation : / *Préciser*
H² élevée *SCA*
Acyllose *Effet secondaire du traitement*
AVC *Mort subite inattendue*
Autre cause IC (préciser) :

Aucune cause non IC (préciser) :

Aucune cause non IC (préciser) :

Date de la 2^{ème} réhospitalisation : / / *Préciser*
 Motif de la 2^{ème} réhospitalisation :

Date de sortie : / / *Préciser*

Date de la 3^{ème} réhospitalisation : / / *Préciser*
 Motif de la 3^{ème} réhospitalisation :

Date de sortie : / / *Préciser*

Nombre de visites au médecin généraliste (depuis la sortie) : Aucun
 1 à 3 *np*
 > 3

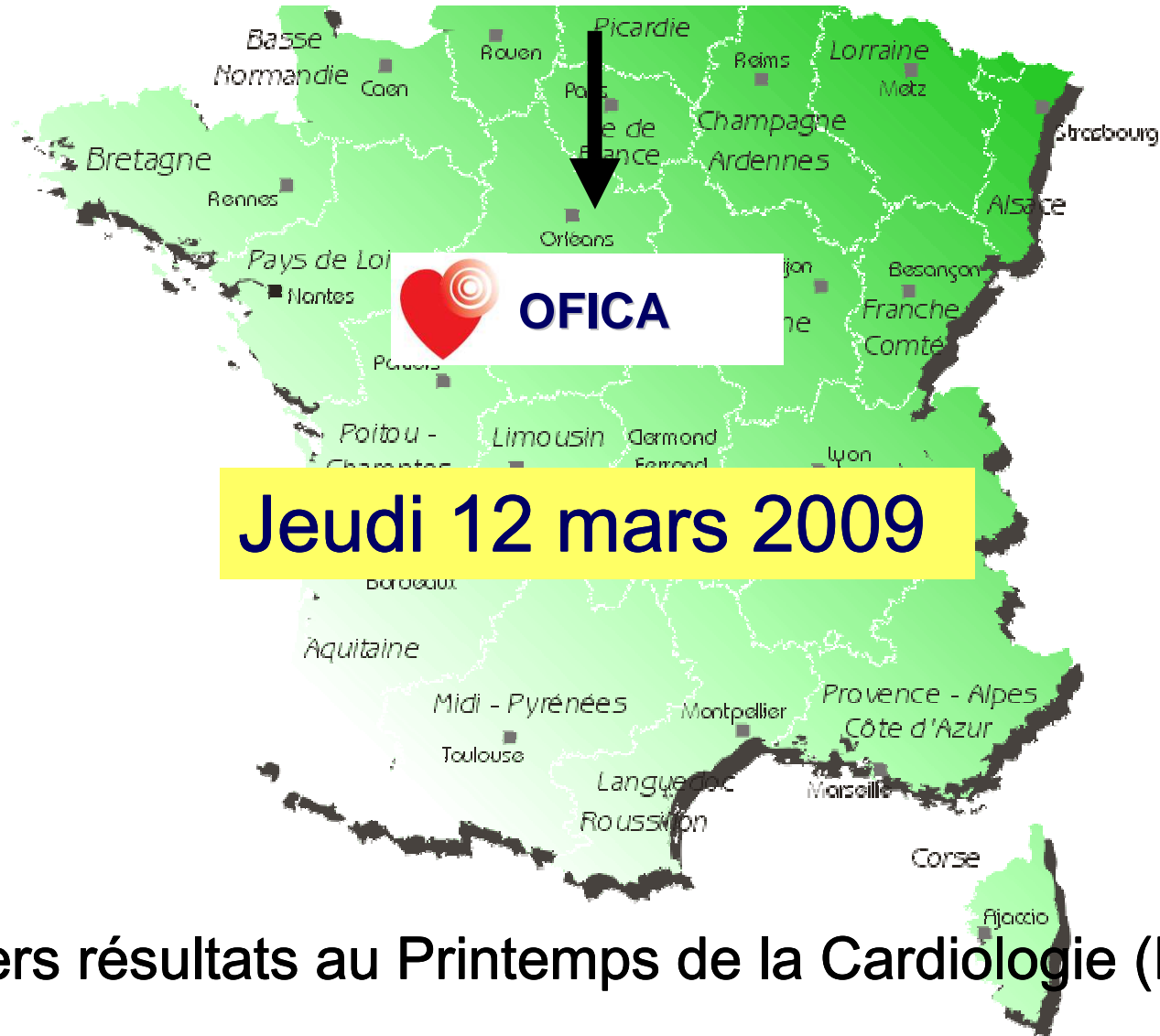
Nombre de visites au cardiologue (depuis la sortie) : Aucune
 1 à 3 *np*
 > 3

Réadaptation ambulatoire : Non Oui

Médecin H² : Non Oui

Traitement en cours :

Tout patient hospitalisé
avec un épisode d'insuffisance cardiaque
aiguë/décompensée



Premiers résultats au Printemps de la Cardiologie (Nancy) ?

