
PRISE EN CHARGE, ÉVALUATION ET SUIVI DU PATIENT INSUFFISANT CORONAIRE STABLE, EN DEHORS DU TRAITEMENT

I. PROMOTEUR

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

II. SOURCES PRINCIPALES

— *Recommandations ANAES :*

« Evaluation du pronostic de l'insuffisance coronaire stable et modalités de suivi en dehors du traitement », mars 2000.

— *Autres :*

Guidelines for the management of patients with Chronic Stable Angina : Treatment. Ann Intern Med 2001;135: 616-632.

Recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) concernant les indications de l'échocardiographie-doppler. Arch Mal Cœur 1999 ; 92 : 1347-79. Site Internet webcardio.com

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les médecins cardiologues à exercice ambulatoire

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients vus en consultation ou en visite présentant une insuffisance coronaire stable.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

Il est possible de procéder de manière rétrospective ou prospective.

1. Vous disposez de la liste de vos patients (extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement), la méthode rétrospective est retenue et vous choisissez les dossiers au hasard dans la liste ; c'est la solution la plus rigoureuse. Cette manière de procéder exige d'interroger les patients par téléphone, le questionnaire postal est déconseillé.
2. Vous ne disposez pas d'une liste de vos patients, la méthode prospective est retenue : vous interrogez les patients au fur et à mesure qu'ils se présentent, quel que soit le motif de consultation.

VI. OBJECTIFS DE QUALITE ÉVALUÉS

- Confirmer le diagnostic et la sévérité clinique de l'insuffisance coronaire. Consensus d'experts.
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque. Grade B.
- Stratifier le risque et orienter le bilan paraclinique. Grade B.
- Définir une stratégie de suivi en fonction du bilan initial et des recommandations. Consensus d'experts.

Critères d'évaluation

et

Questions pour déterminer si les critères sont présents.

1. En cas d'angor, la douleur précordiale est correctement décrite dans ses caractéristiques essentielles et permet une classification de la sévérité clinique de l'angor¹.
Le diagnostic d'insuffisance coronaire stable a-t-il pu être établi (angor ou ischémie silencieuse) ?
2. La pression artérielle, la recherche clinique de signes d'extension de la maladie athéromateuse et la description détaillée de l'électrocardiogramme (ECG) de base (ou sa copie) sont retrouvées dans la fiche de consultation ou dans un document de synthèse.
Les résultats de l'examen cardiologique et de l'ECG sont-ils notés dans le dossier ?
3. Les facteurs de risque cardio-vasculaire classiques, les antécédents et la notion de terrain à risque particulier (allergie à l'iode, prise de biguanides, atteinte vasculaire associée) sont évalués et notés dans le dossier.
Les facteurs de risque cardio-vasculaire ont-ils été évalués et notés dans le dossier ?
4. Les facteurs de mauvais pronostic ont été recherchés par l'interrogatoire et l'examen clinique.
L'absence ou l'existence d'un ou plusieurs facteurs de mauvais pronostic est-elle signalée dans la fiche d'observation initiale² ?
5. Un écho doppler cardiaque initial a été réalisé pour évaluer la fonction ventriculaire gauche (accord professionnel et RPC de la SFC).
Si non : en indiquer la raison.
Si oui : l'échogénicité, la valeur de la fraction d'éjection du ventricule gauche (VG) calculée en bidimensionnel et l'appréciation de la cinétique pariétale, doivent au minimum apparaître dans le compte rendu.
Le compte rendu d'un écho doppler cardiaque initial avec évaluation de la fonction du ventricule gauche figure-t-il dans le dossier ?
6. Un ECG d'effort a été réalisé.
Si oui, les éléments de résultats suivants apparaissent dans le compte rendu et le dossier : protocole, durée et intensité de l'effort, modifications cliniques et ECG et seuil d'apparition, classification pronostique. Si non : les raisons sont notées.
Trouve-t-on noté dans le dossier le compte rendu détaillé d'un ECG d'effort ou les raisons de sa non-réalisation ?

7. L'ECG d'effort n'est pas réalisable ou son résultat nécessite un complément d'investigation par scintigraphie myocardique ou échocardiographie de stress. Les raisons du choix de ces explorations, leur protocole et leurs résultats détaillés sont notés dans le dossier.
Un complément d'investigation par scintigraphie myocardique ou échocardiographie de stress a-t-il été nécessaire ou non, et si oui les raisons et résultats sont-ils notés ?
8. Après évaluation non invasive une coronarographie est parfois indiquée. Cette notion, argumentée, doit figurer dans le dossier avec, en cas de réalisation, la date et les résultats détaillés notamment : fraction d'éjection du VG, siège et degré de sténose des lésions coronaires, collatéralité et anomalies de la cinétique.
La justification de la réalisation d'une coronarographie apparaît-elle dans le dossier avec en cas de réalisation la date et les résultats détaillés ?
9. Une stratégie de prise en charge effective a été planifiée et ses acquis sont vérifiés auprès du patient.
Une stratégie de prise en charge effective a-t-elle été planifiée et ses acquis vérifiés par l'interrogatoire du patient, notamment pour la prise en charge de son traitement et de ses facteurs de risque³ ?
10. En cas de stabilité de l'insuffisance coronaire le compte rendu de 2 consultations au minimum par an et les résultats d'une épreuve d'effort annuelle ou d'une scintigraphie ou échocardiographie de stress tous les 2 à 3 ans⁴, doivent figurer dans le dossier.
Trouve-t-on dans le dossier les éléments de suivi permettant d'affirmer la stabilité de l'insuffisance coronaire ?

VII. NOTES

- *Note 1 : Rappel de la classification de la Société Canadienne de Cardiologie /*
Classe I : l'activité physique ordinaire ne provoque pas d'angor qui n'apparaît qu'à l'occasion d'un effort important, rapide, ou prolongé, au travail ou pendant les loisirs
Classe II : légère limitation de l'activité ordinaire
Classe III : limitation marquée de l'activité physique ordinaire
Classe IV : impossibilité d'effectuer toute activité physique sans ressentir de gêne

- *Note 2 : Facteurs cliniques de mauvais pronostic : Grade C.*
Age > 70 ans.
Sexe masculin.
Angor typique et invalidant.
Angor ancien.
Existence de facteurs de risque associés.
Antécédents d'infarctus du myocarde.
Signes cliniques d'insuffisance cardiaque.
Signes cliniques d'extension de la maladie athéromateuse.

- *Note 3*
Le patient a été informé que toute douleur de type angoreux prolongée ne cédant pas à la trinitrine doit entraîner un appel à une structure d'urgence ou une modification de ces symptômes motiver une consultation
Les conseils hygiéno-diététiques (arrêt du tabagisme, activité physique, surveillance du poids) ont été expliqués au patient et le traitement des facteurs de risque modifiables mis en route au vu d'un bilan biologique complet

- *Note 4*
En tenant compte de ces principes, le rythme des consultations sera défini par chaque médecin pour chaque patient de manière à répartir au mieux sur les différentes consultations de l'année les objectifs d'éducation du malade et les recommandations en matière d'évaluation et de suivi de la maladie coronaire

VIII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

1 ou O si la réponse est OUI

N° d'identification : -----

2 ou N si la réponse est NON

Date : -----

3 ou N/A si la question ne s'applique pas à ce patient
ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires).

Temps passé à cette évaluation :

N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5
	Le diagnostic d'insuffisance coronaire stable a-t-il pu être établi (angor ou ischémie silencieuse) ?	Les résultats de l'examen cardiologique et de l'ECG sont-ils notés dans le dossier ?	Les facteurs de risque cardio-vasculaire ont-ils été évalués et notés dans le dossier ?	L'absence ou l'existence d'un ou plusieurs facteurs de mauvais pronostic est-elle signalée dans la fiche d'observation initiale ² .	Le compte rendu d'un écho doppler cardiaque initial avec évaluation de la fonction du ventricule gauche figure-t-il dans le dossier ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Trouve-t-on noté dans le dossier le compte rendu détaillé d'un ECG d'effort ou les raisons de sa non-réalisation ?	Un complément d'investigation par scintigraphie myocardique ou échocardiographie de stress a-t-il été nécessaire ou non, et si oui les raisons et résultats sont-ils notés ?	La justification de la réalisation d'une coronarographie apparaît-elle dans le dossier avec en cas de réalisation la date et les résultats détaillés ?	Une stratégie de prise en charge effective a-t-elle été planifiée et ses acquis vérifiés par l'interrogatoire du patient, notamment pour la prise en charge de son traitement et de ses facteurs de risque ³ ?	Trouve-t-on dans le dossier les éléments de suivi permettant d'affirmer la stabilité de l'insuffisance coronaire ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

