

## Mise en place d'un IEC dans l'IC

### Indications :

- Tous les patients avec IC et FE < 40%
- Traitement de 1e intention (avec BB et ARMC) NYHA II-IV;
- IC asymptomatique avec dysfonction systolique (NYHA I)

### Précautions/Avis spécialisé

- Hyperkaliémie (K<sup>+</sup> > 5 mmol/L)
- Altération de la fonction rénale (créatininémie > 221 µmol/L ou 25 mg/L ou eGFR < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)
- Hypotension symptomatique ou sévère asymptomatique (PAS < 90 mmHg)
- Interactions médicamenteuses à prendre en compte:  
Supplémentations en potassium / Diurétiques épargneurs de potassium / Autres bloqueurs du système rénine / AINS / Triméthoprime sulfaméthoxazole / Sels de régime à fort contenu en potassium

### Mode d'utilisation

- Contrôler la créatininémie et Na/K
- Débuter le traitement à faibles doses
- Ne doubler les doses qu'après 2 semaines en ambulatoire, mais plus rapidement en hospitalisation
- Surveiller TA, créatininémie et kaliémie 1 à 2 semaines après le début du traitement et 1 à 2 semaines après chaque titration, puis 1 fois par mois pendant 4 mois
- Atteindre la dose cible
- Ne pas oublier : « un peu d'IEC est mieux que pas d'IEC »
- Expliquer au patient les bénéfices du traitement pour améliorer les symptômes (en quelques semaines à quelques mois), prévenir une aggravation de l'IC conduisant à une hospitalisation et une augmentation de la survie.

### Aggravation de la fonction rénale

- Une augmentation de la créatininémie et de la kaliémie est attendue après introduction d'IEC ou d'ARA2
- «Un peu» d'IEC ou ARA2 vaut mieux que «pas» d'IEC ou ARA2
- Une augmentation de la créatininémie de 50 % ou jusqu'à 266 µmol/L (le plus petit des deux) est acceptable
- Si la créatininémie ou la kaliémie augmentent de façon plus importante, envisager l'arrêt des médicaments néphrotoxiques (tels que les AINS), les diurétiques épargneurs de potassium, et en l'absence de signe de surcharge, réduire la dose de diurétiques.
- Si une augmentation de créatininémie supérieure à la borne ci-dessus survient malgré l'adaptation des traitements concomitants, la dose d'IEC ou ARA2 doit être diminuée de moitié et la biologie recontrôlée 1 à 2 semaines plus tard.

### Autres

- Une TA basse asymptomatique ne nécessite pas habituellement de changement
- Une hypotension symptomatique, des vertiges ou étourdissements sont fréquents et s'améliorent avec le temps. Il faut reconsidérer le maintien des dérivés nitrés, inhibiteurs calciques et autres vasodilatateurs, en les diminuant ou les arrêtant. En l'absence de signes de congestion, on peut tenter de diminuer les diurétiques.