

Hôpital de jour et consultations

Pr. Pierre-Auguste Petignat

«Jeudis après-midi de formation»

Jeudi 22.09.2022

Consultations en médecine interne générale et Hôpital de jour

- Conflits d'intérêt

Chef du Service de Médecine Interne Générale CHVR Sion – Martigny

- Objectifs

- Connaissance des consultations ambulatoires proposées
- Objectifs de ces consultations
- Procédures spécifiques, qui, quoi, quand, où
- Prestations de l'hôpital de jour
- Messages clés

Consultations ambulatoires

QUOI ?

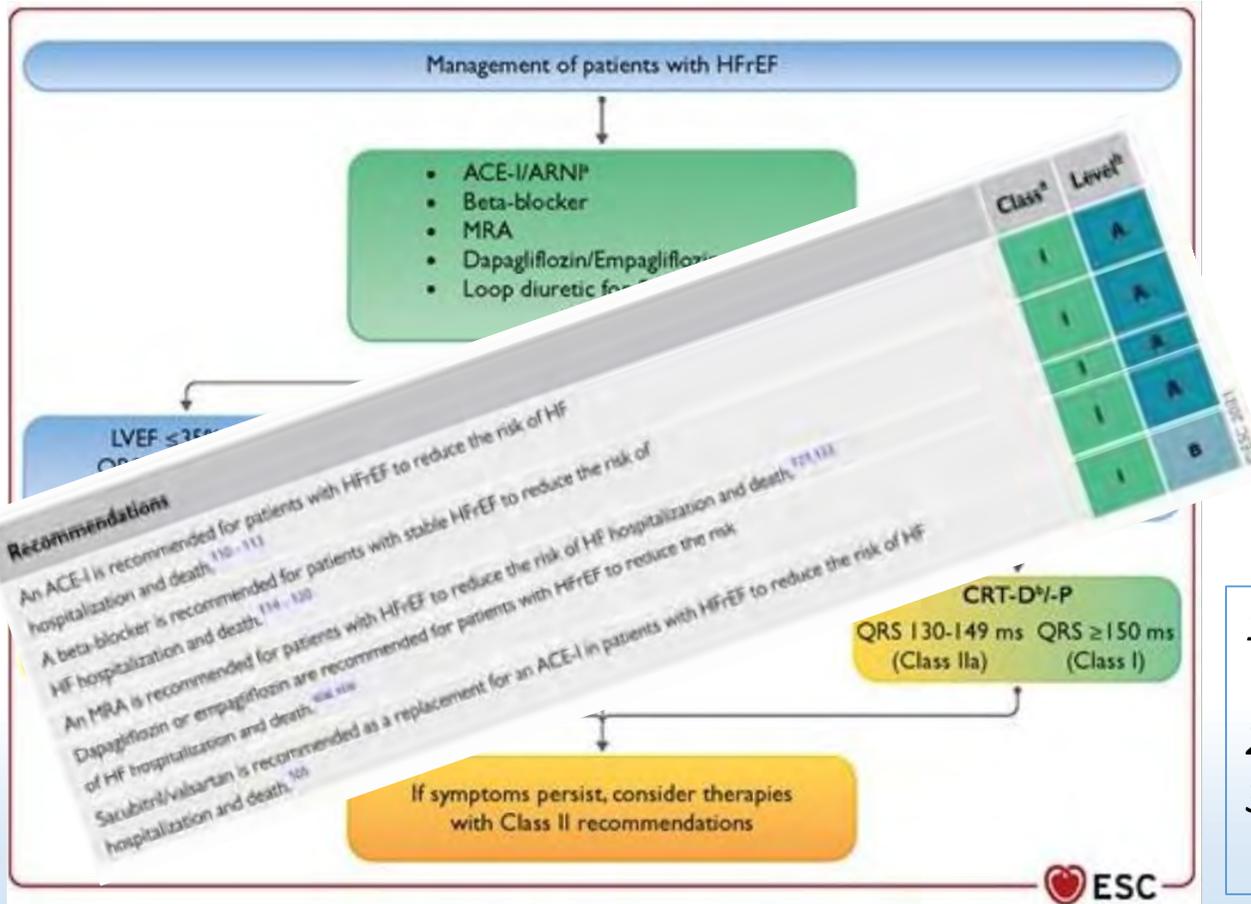
1. Filière insuffisance cardiaque
2. HTA réfractaire
3. Dyslipidémie en prévention secondaire
4. Sevrage alcoolique
5. Suivi précoce post hospitalisation

QUI ? Médecins cadres du service de MIG

QUAND ? Du lundi ou vendredi, l'après midi 13-17h00

Où ? Bureau des médecins cadres

Filière insuffisance cardiaque : collaboration cardiologie - MIG



Importance du suivi rapproché : 1-2 sem. post hosp.:

- ✓ 4 incontournables pour \searrow mortalité
 1. IEC / ARNI
 2. BB
 3. MRA
 4. ISGLT2
- ✓ Eviter la surcharge volumique pour \searrow hospitalisation
 - ✓ Diurétiques

Programme de prise en charge au long cours de l'IC Recommandations classe IA

1. Inclusion dans des programmes multidisciplinaires pour \searrow hospitalisations et \searrow mortalité
2. Stratégies de prise en charge \nearrow autonomie du patient
3. Programmes de prise en charge à domicile (CMS, coordin. médicale) ou centre dédiée: amélioration évolution

Filière insuffisance cardiaque : collaboration cardiologie - MIG

Vous suspectez ou vous suivez un patient avec une insuffisance cardiaque :

Investigations

Suivi

Recommendations	Class ^a	Level ^b
BNP/NT-proBNP ^c	I	B
12-lead ECG	I	C
Transthoracic echocardiography	I	C
Chest radiography (X-ray)	I	C
Routine blood tests for comorbidities, including full blood count, urea and electrolytes, thyroid function, fasting glucose and HbA1c, lipids, iron status (TSAT and ferritin)	I	C

♂ Anémie,
♂ Fer

♂ Ferritine
< 100-300
♂ Capacité
saturation
transferrine <20%

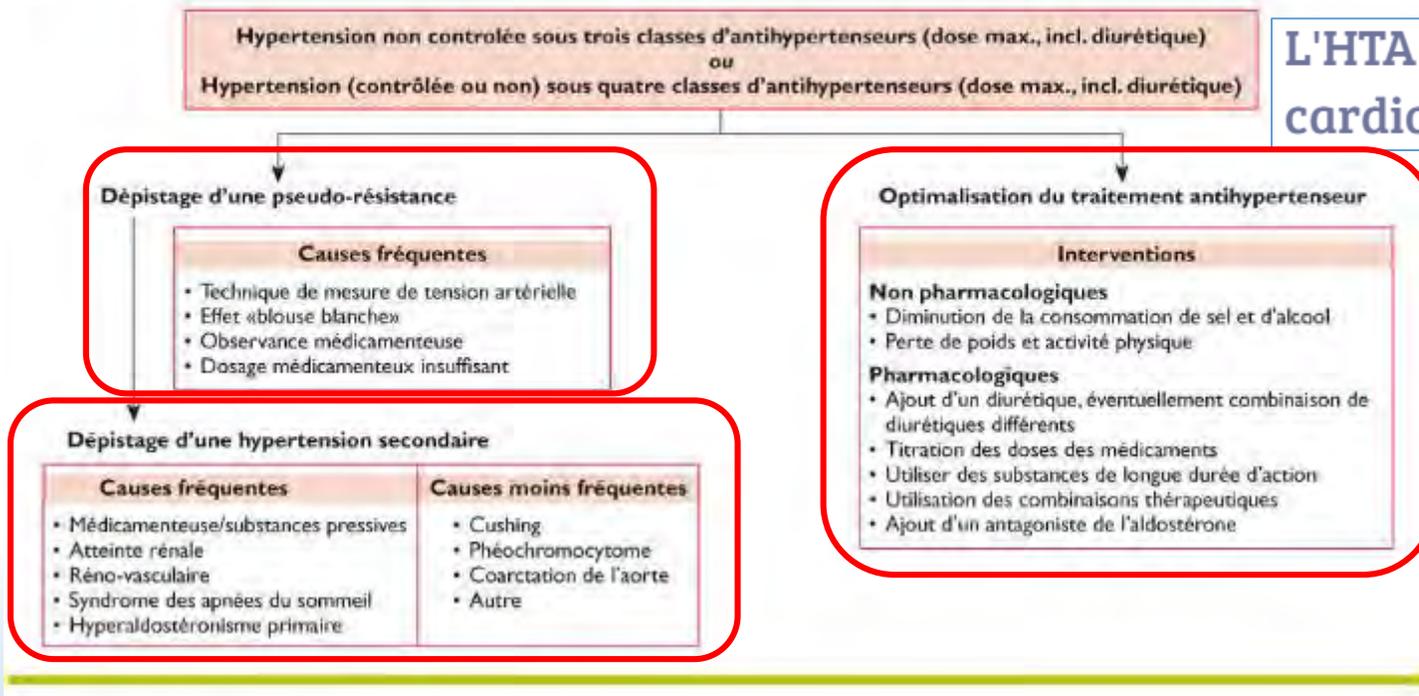
♂ Fer iv

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that all patients with HF be periodically screened for anaemia and iron deficiency with a full blood count, serum ferritin concentration, and TSAT.	I	C
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic patients with LVEF <45% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to alleviate HF symptoms, improve exercise capacity and QOL. ^{720,722,724}	IIa	A
Intravenous iron supplementation with ferric carboxymaltose should be considered in symptomatic HF patients recently hospitalized for HF and with LVEF <50% and iron deficiency, defined as serum ferritin <100 ng/mL or serum ferritin 100–299 ng/mL with TSAT <20%, to reduce the risk of HF hospitalization. ⁵¹²	IIa	B

HTA réfractaire

collaboration néphrologie - MIG

Présentation schématique de la prise en charge diagnostique (à gauche), et thérapeutique (à droite) de l'hypertension résistante



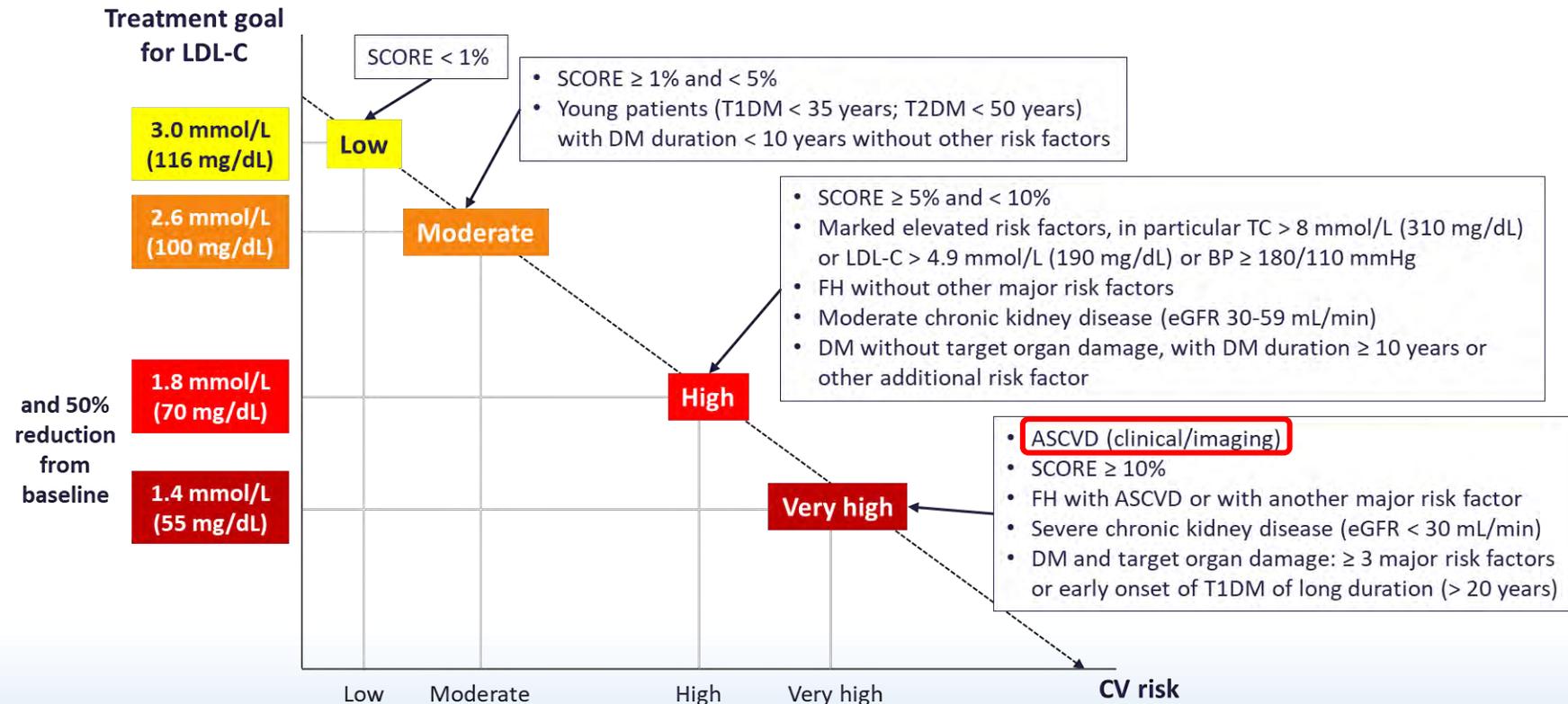
L'HTA réfractaire associée à un plus grand risque cardiovasculaire et de décès que l'HTA résistante

HTA réfractaire = non contrôlée malgré 5 médic. anti-HTA
HTA résistante = non contrôlée malgré 3 médic. anti-HTA

	HTA <u>réfractaire</u>	<u>résistante</u>
Risques de † CV :	85%	68%
Risque d'AVC :	x 2.14	x2.03
		JAHA 2020

DYSLIPIDEMIE en prévention secondaire

collaboration cardiologie - CHUV/HUG - MIG



ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; BP, blood pressure; DM, diabetes mellitus; EAS, European Atherosclerosis Society; eGFR, estimated glomerular filtration rate; ESC, European Society of Cardiology; FH, familial hypercholesterolaemia; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; SCORE, Systematic COronary Risk Evaluation; T1DM, type 1 diabetes mellitus; T2DM, type 2 diabetes mellitus; TC, total cholesterol.

Adapted from Mach F, et al. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.,

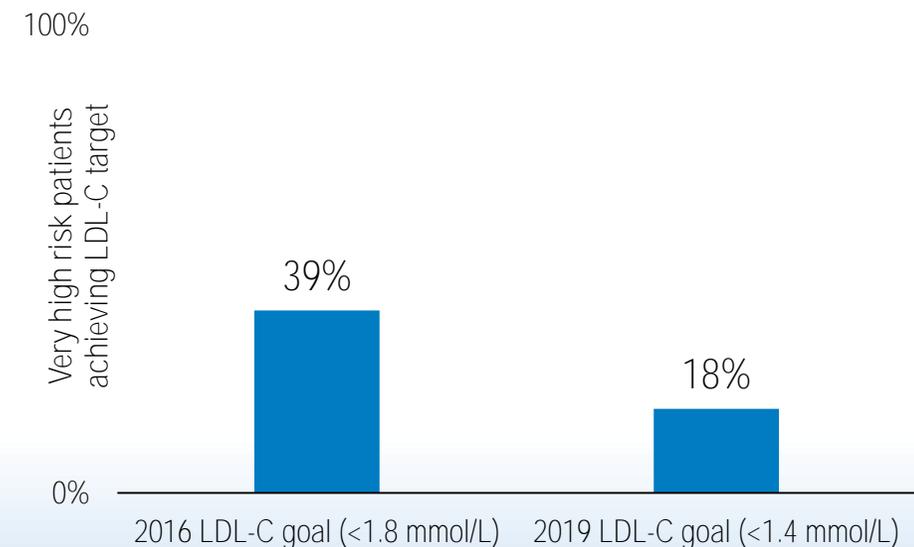
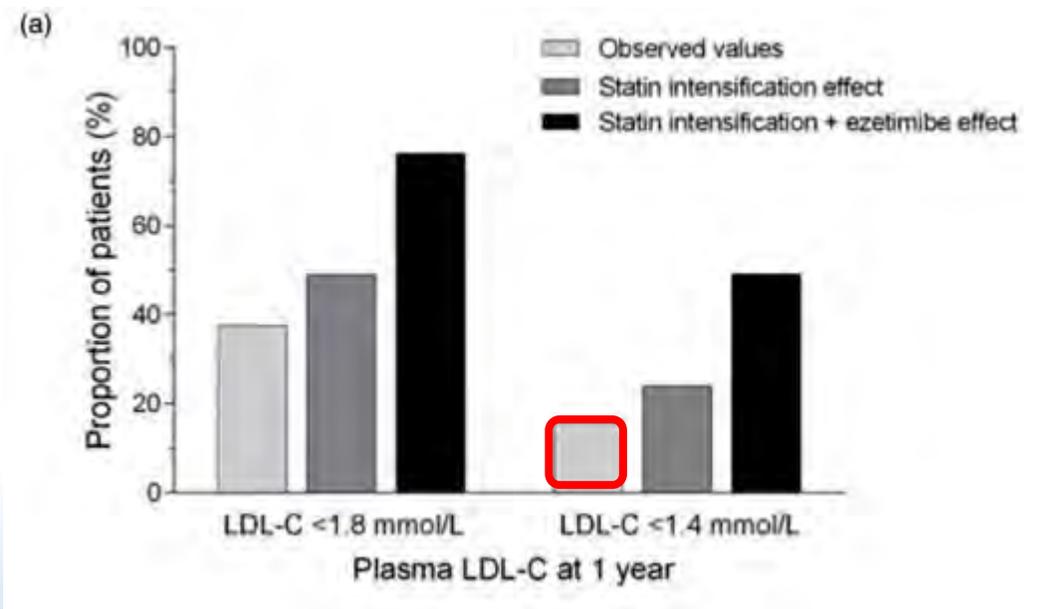
En seuls quelques patients présentant un risque CV très élevé atteignent les valeurs cibles de LDL-C

Koskinas KC et al. Eligibility for PCSK9 inhibitors based on the 2019 ESC/EAS and 2018 ACC/AHA guidelines. *Eur J Prev Cardiol.* 2020 Jul 20;2047487320940102. doi: 10.1177/2047487320940102.

Ray KK et al. DAVINCI study. *European Journal of Preventive Cardiology* 2020 doi:10.1093/eurjpc/zwaa047.

 Seuls 15 % des patients présentant un risque CV très élevé atteignent les valeurs cibles de LDL-C.

 Seuls 18 % des patients présentant un risque CV très élevé atteignent les niveaux cibles de LDL-C².



Nouvelles lignes directrices ESC / EAS sur les dyslipidémies, Riesen Walter et al. SWISS MEDICAL FORUM – FORUM MÉDICAL SUISSE 2020;20(9–10):140–148

Tableau 2: Catégories de risque cardiovasculaire.

Risque très élevé	ASCVD (cliniquement manifeste ou démontrée par l'imagerie) SCORE $\geq 10\%$ HF avec un facteur de risque important IR sévère (DFGe < 30 ml/min) DS avec lésions d'organes cibles. ≥ 3 facteurs de risque importants ou DST1 de début précoce et remontant à longtemps (> 20 ans)
Risque élevé	SCORE $\geq 5\%$ et $< 10\%$ Facteur de risque individuel considérablement accru, spécifiquement CT > 8 mmol/l ou LDL-C $> 4,9$ mmol/l ou PA $\geq 180/110$ mm Hg HF sans autres facteurs de risque IR modérée (DFGe 30–59 ml/min) DS sans lésions d'organes cibles, mais durée de 10–20 ans ou présence d'un facteur de risque supplémentaire
Risque modéré	SCORE $\geq 1\%$ et $< 5\%$ Patients jeunes (DST1 < 35 ans; DST2 < 50 ans) et durée du DS < 10 ans, sans autres facteurs de risque
Risque faible	SCORE $< 1\%$

Tableau 1: Cibles thérapeutiques recommandées pour le cholestérol-LDL (LDL-C): principaux changements 2019 vs 2016.

Catégorie de risque	Valeurs cibles de LDL-C (début avec un LDL-C non traité)	
	2016	2019
Très élevé	$< 1,8$ mmol/l ou: diminution $> 50\%$ si LDL-C de 1,8–3,5 mmol/l	$< 1,4$ mmol/l et diminution $\geq 50\%$
Élevé	$< 2,6$ mmol/l ou: diminution $> 50\%$ si LDL-C de 2,6–5,2 mmol/l	$< 1,8$ mmol/l et diminution $\geq 50\%$
Modéré	$< 3,0$ mmol/l	$< 2,6$ mmol/l
Faible	$< 3,0$ mmol/l	$< 3,0$ mmol/l

Les guidelines, pourquoi ? pour qui ?

En CH les maladies cardiovasculaires représentent la 2^e cause de mortalité (1^{ère} = cancer) <https://www.bfs.admin.ch>

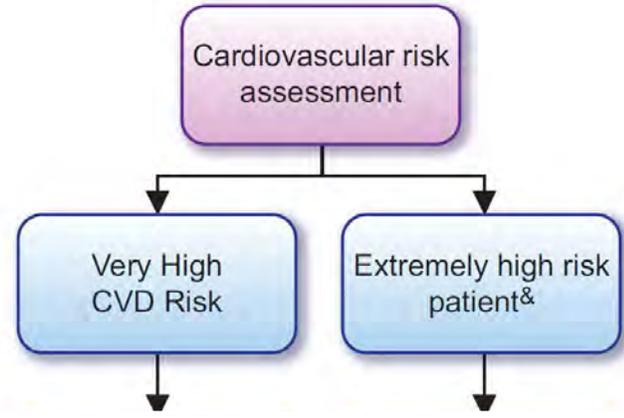
Environ 80% de la population adulte se rend chez son médecin de 1^{er} recours *Bull Med Suisses. 2020;101(48):1605*

Modern LDL-C management approaches for very high risk patients

Planned treatment approach

2021 EAS Task Force ^{1,2} and
2021 Viewpoint from leading experts³

ASCVD cliniquement manifeste



Extremely high risk :
post ACS + history of other vascular event / peripheral artery disease / polyvascular disease / multivessel coronary artery disease / familial hypercholesterolemia

- Médicaments nécessitant une prescription par spécialistes**
- Acide bempédoïque
Nilemdo® / Nustendi®
 - Inklisiran
 - Inh. PCSK9
evolocumab, Repatha®
alirocumab, Praluent®



Ray et al., *EJH*, 2021; 00, 1–4

DYSLIPIDEMIE en prévention secondaire

collaboration cardiologie – CHUV/HUG - MIG

- Workshop animé par Dr Nicolas Kirchner jeudi 24.11.22 18h
Participation Médecins de 1^{er} recours
Pr. David Nanchen

Consultation pour atteindre les objectifs en prévention secondaire :

- ✓ Médecins cadres MIG
- ✓ Supervision contact avec les 2 centres universitaires
- ✓ Convention CHUV Pr. David Nanchen
HUG Dr Georg Ehret

Sevrage alcoolique

collaboration psychiatrie - MIG

- Consultation ambulatoire pour confirmer les objectifs
 - ✓ Démarrage en début de semaine
 - ✓ Discussion du suivi post sevrage somatique :
réadaptation (clinique Montana), Addiction Valais
 - ✓ Restriction des allées et venues, visites
- Essai de sevrage ambulatoire avec suivi quotidien
 - ✓ Selon l'aptitude du patient et de sa collaboration
- Consultation quotidienne du lundi au vendredi

Sevrage alcoolique

- Labo : FSC, TP, PTT, Na,K, urée, créatinine, tests hépatiques
- Suivi quotidien éthanolémie
- Imagerie : US abdominal à visée hépatique
- Suivi avec CIWA-Ar
(**C**linical **I**nstitute **W**ithdrawal **A**ssessment – **A**lcohol **r**evised)
- Entretiens motivationnels et évaluation des complications
- Hospitalisation si antécédent de delirium tremens ou en l'absence de collaboration

Consultation précoce post-hospitalisation collaboration médecins 1^{er} recours – MIG hosp

- Patients complexes aux comorbidités multiples
- Difficultés de suivre le patient rapidement, de façon bi-hebdomadaire ou hebdomadaire pdt 1-3 semaines
- Avantages
 - Permet de suivre ambulatoirement avec la même équipe
 - Suivi immédiat permet un RAD plus rapidement
 - Organisation rapide des RDV
 - Se substitue à vous en cas d'absence à la sortie du patient
- Inconvénients
 - Crainte de perdre le suivi de son patient
(aucune ressource humaine supplémentaire, ni avantage financier)

Hôpital de jour

PRESTATIONS DISPONIBLES

- Transfusions sanguines
- Perfusion de fer
- Traitements nécessitant une surveillance particulière, immunosuppresseurs, initiation de traitements spécifiques
- Ponction itérative : pleurale, d'ascite
- Demande de prestation pour l'hôpital de jour : **027 603 86 01** ou par messagerie chvr.secrservice.medecine@hopitalvs.ch
- Le patient est convoqué par l'Unité de Gestion des Flux (UGF)

Messages clés

1. Consultation de MIG organisée par simple appel du médecin chef de garde, site de **Sion 027 603 83 00**, site de **Martigny 027 603 90 05**
2. Consultations faites directement par les médecins cadres du service
3. Consultations disponibles :
 1. Filière insuffisance cardiaque
 2. HTA réfractaire
 3. Dyslipidémie en prévention secondaire
 4. Sevrage alcoolique
 5. Consultation post-hospitalisation
4. Les consultations ont lieu sur le site de Sion pour des raisons d'effectif, deviendront multisites selon la demande des patients
5. L'objectif essentiel, unique, est de compléter la prise en charge de vos patients

Rappel des téléphones

1. Admission électorale et semi-urgente en appelant le médecin chef de garde, site de **Sion 027 603 83 00**, site de **Martigny 027 603 90 05**
2. Consultations ambulatoires aux mêmes numéros de téléphone
3. Demande de prestation à l'hôpital de jour : **027 603 86 01** ou directement par messagerie chvr.secrservice.medecine@hopitalvs.ch 17
4. En cas de question, n'hésitez pas à contacter notre **secrétariat (8 à 16h00)** **027 603 42 90** qui vous reliera au médecin chef de votre choix **ou par messagerie : chvr.secrservice.medecine@hopitalvs.ch**

MERCI DE VOTRE ATTENTION
ET A DISPOSITION POUR VOS
QUESTIONS