

# Réadaptation cardiovasculaire et insuffisance cardiaque sévère : faut-il préférer une hospitalisation complète ou une hospitalisation partielle ?

PM. Leprêtre<sup>1,2</sup>, A. Poty<sup>1,3</sup>, Y. Garaud<sup>3</sup>, AL. Germain<sup>3</sup>, F. Krim<sup>2</sup>, AL. Gugenheim<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de Picardie Jules Verne, UFR-STAPS, laboratoire APERE, EA-3300 (Amiens, France)

<sup>2</sup> Centre Hospitalier de Corbie, Service de Réadaptation Cardiovasculaire (Corbie, France)

<sup>3</sup> Fondation Léopold Bellan, Centre de Prévention et de Réadaptation Cardio-Vasculaire d'Ollencourt (Tracy-le-Mont, France).

Contact: [pierre-marie.lepretre@u-picardie.fr](mailto:pierre-marie.lepretre@u-picardie.fr)

**Introduction:** L'amélioration du pic de consommation d'oxygène ( $VO_{2pic}$ ) est l'un des critères retenus pour juger de l'efficacité des soins de suite et de réadaptation cardiovasculaire (RCV) (Tabet et coll. *Circul Heart Failure* 2008). Pour être efficace, RCV se doit de proposer des modalités de prise en charge (évaluation, surveillance, suivi et programme) similaires quelque soit le type d'hospitalisation, à temps complet (HC) ou à temps partiel (HdJ) (Pavy et coll. <https://sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/recOGERS.pdf> 2011). Si, pour les patients insuffisants cardiaques (IC) les plus sévères – classe NYHA IIIb,  $VO_{2pic}$  inférieur à  $15 mL \cdot min^{-1} \cdot kg^{-1}$  ou à 60% de sa valeur maximale théorique (Miller. *Cardiol Clin.* 1995) - le début de RCV sous surveillance en HC est conseillé (Pavy et coll. <https://sfcadio.fr/sites/default/files/pdf/recOGERS.pdf> 2011), le mode de prise en charge, HC ou HdJ, repose le plus souvent sur le plan personnalisé de santé du patient (Haute Autorité de Santé. *Points Clés...Organisation des parcours.* 2015).

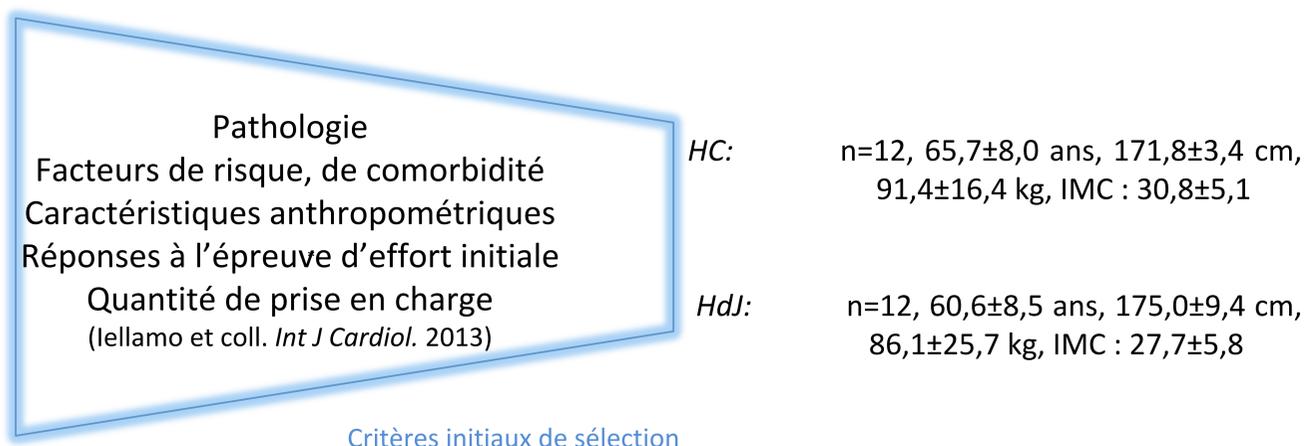
**comparer les effets d'une hospitalisation complète à ceux d'une hospitalisation de jour en centre de Réadaptation Cardiovasculaire sur les réponses à l'effort du patient insuffisant cardiaque sévère.**

## Méthode:

24 patients IC de stade D ou IIIb-IV (classification NHYA) issus des centres de réadaptation cardiovasculaire (RCV):

FONDATION LÉOPOLD BELLAN hospitalisation complète de 4 semaines

Centre Hospitalier de Corbie hospitalisation de jour

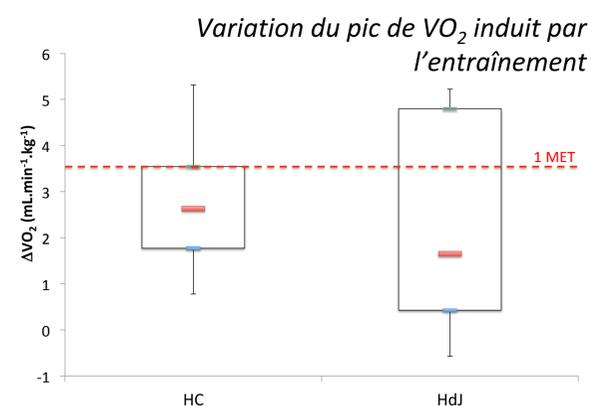
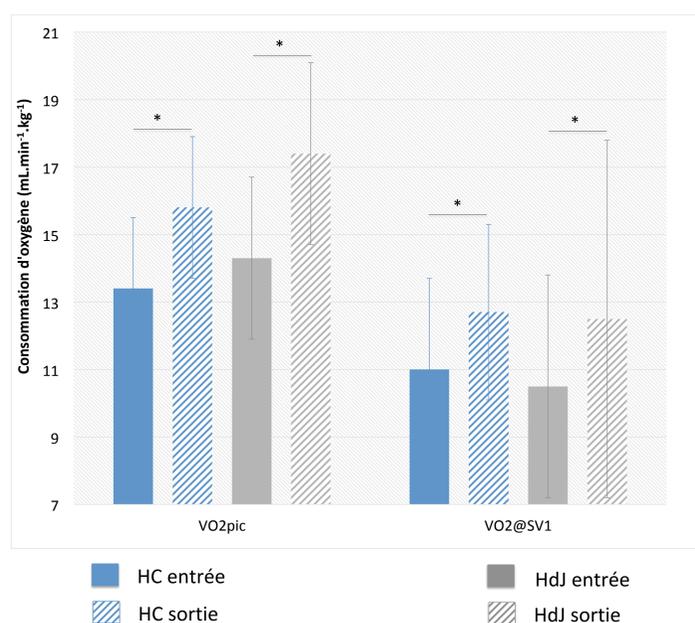


## Résultats:

**Données physiologiques:** pic de consommation d'oxygène ( $VO_{2pic}$ ,  $mL \cdot min^{-1} \cdot kg^{-1}$ ), puissance maximale tolérée (PMT, watts), valeur maximale de fréquence cardiaque ( $FC_{max}$ , bpm) et valeurs de  $VO_2$ , puissance et FC associées au premier seuil ventilatoire ( $SV_1$ ).

Variables	entrée	sortie
PMT (watts)		
HC	82,1 ± 16,8	105,4 ± 29,8*
HdJ	95,5 ± 21,2	118,8 ± 35,1*
$FC_{max}$ (bpm)		
HC	108,6 ± 12,1	118,4 ± 12,4*
HdJ	106,3 ± 17,2	118,3 ± 25,7*
$VO_{2pic}$ (% de variation)		
HC		+19,3 ± 14,9
HdJ		+23,1 ± 27,6
Puissance mécanique à $SV_1$ (watts)		
HC	61,3 ± 27,3	72,9 ± 27,0*
HdJ	64,2 ± 12,4	75,4 ± 15,2*
$VO_2$ à $SV_1$ ( $mL \cdot min^{-1} \cdot kg^{-1}$ )		
HC	11,0 ± 2,4	12,7 ± 2,7*
HdJ	10,5 ± 2,7	12,5 ± 2,6*

Effets de RCV sur les réponses de  $VO_2$  à l'effort



\* Différence significative entre avant et après la RCV ( $p < 0,05$ ); \$ Différence significative entre les modalités de RCV (HC vs. HdJ;  $p < 0,05$ ).

**Discussion & conclusion:** Les déplacements entre domicile et centre de RCV lors d'une HdJ ne semblent pas avoir d'effet sur les bénéfices de la prise en charge en RCV du patient IC sévère (Tabet et coll. *Circul Heart Failure* 2008). Cette efficacité reste somme toute relative au regard du gain d'un MET, critère prédictif de l'amélioration du pronostic vital du patient cardiaque (Myers et coll. *N Engl J Med.* 2002).