

# Insuffisance cardiaque aigue du sujet âgé

P. Friocourt

Pôle Autonomie

CH Blois

[pfriocourt@ch-blois.fr](mailto:pfriocourt@ch-blois.fr)

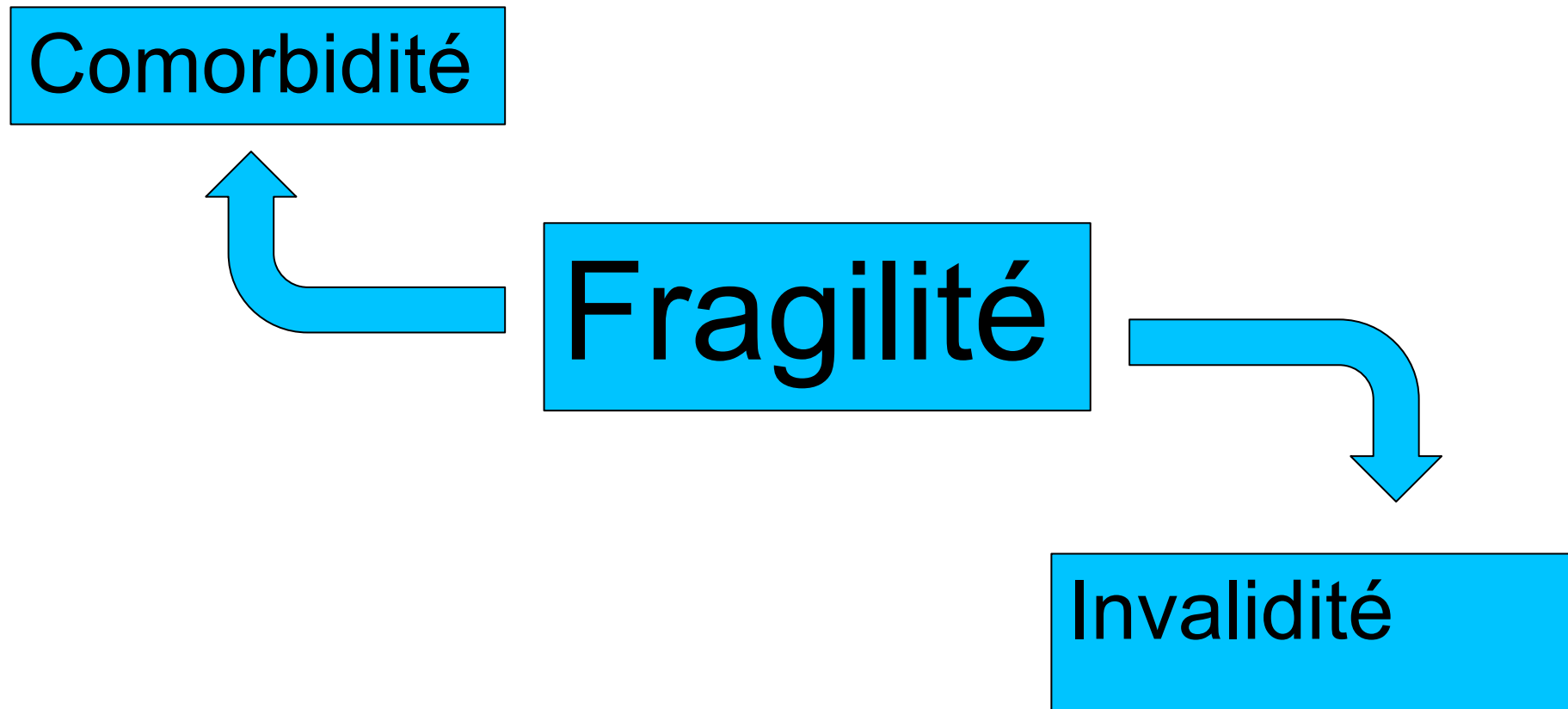
# IC aigue

- Aggravation d'une IC connue
  - ICFEr
    - ← Tr rythme ou arrêt Tt
  - ICFEp
    - ← surcharge volumique, poussée hypertensive
- IC aigue de novo
- → Tt urgent, hospitalisation

# IC aigue évaluation initiale

- Affirmer l'IC → dg différentiel et analyse symptômes
- Chercher facteur précipitant
- Préserver les fonctions vitales
- Mise en place surveillance : TA, fréquence cardiaque, SaO<sub>2</sub>, diurèse...

# Prise en charge IC aiguë sujet âgé



# Les comorbidités

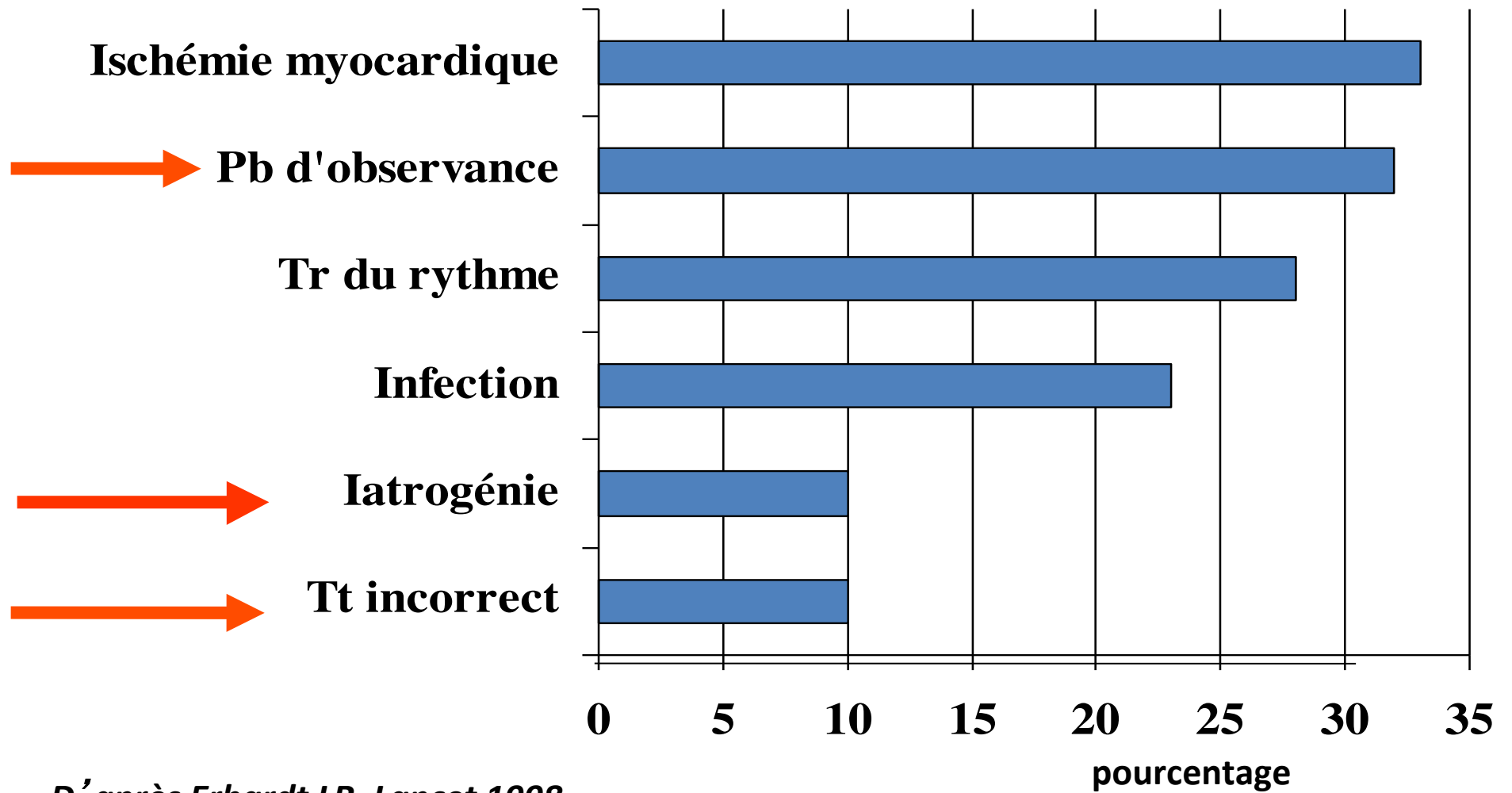
- Diagnostic plus complexe
- Détecter précocement et traiter les comorbidités actives (hyperglycémie, anémie, patho pulmonaire...)
- Évaluer bénéfice/risque de chaque thérapeutique
- Réduire la polymédication
- Surveillance des comorbidités
- ...

# Tt IC aiguë sujet âgé : Invalidité/handicap

- Dg d'IC plus difficile (cf démence)
- Risque confusion et déclin fonctionnel
- Détection et Tt précoce des capacités intrinsèques de déclin fonctionnel
- Évaluation bénéfice risque des gestes invasifs
- Risque important d'évolution défavorable à court et moyen terme
- Évoquer besoin de recours aux soins palliatifs
- Évoquer possibilité institutionnalisation
- Réduire le risque de visite en urgence et réhospitalisation

# Réhospitalisation

# Causes de ré-hospitalisation chez les sujets âgés insuffisants cardiaques



*D'après Erhardt LR, Lancet 1998*



# IC de la PA : éléments prédictifs de réhospitalisation

- Créatinine > 25 mg/l (RR = 0,72)<sup>†</sup>
- ATCD hospitalisation dans l'année (RR = 0,25)<sup>†</sup>
- ATCD insuffisance cardiaque (RR = 0,23)<sup>†</sup>
- Diabète (RR = 0,17)<sup>†</sup>

	% réadmission	% réadm ou DC
– Aucun fdr	26%	31%
– 1 ou 2 fdr	48%	54%
– 3 ou 4 fdr	59%	65%

# IC : causes d'aggravation

- **Causes non cardiaques**

- Défaut d'observance
- Embolie pulmonaire
- Infection
- Iatrogénie
  - Coprescription récente (antiarythmiques, BB-, AINS, vérapamil, diatiazem)
  - Augmentation masse sanguine
  - Surcharge hydrosodée
  - Excès diurétiques
- Altération rénale (abus diurétiques)
- Anémie
- Éthylisme
- Dysthyroïdie

- **Causes cardiaques**

- Fibrillation atriale
- Troubles du rythme
- Bradycardie
- Sd coronaire aigu, IDM VD
- Complication mécanique SCA (rupture septum ou pilier)
- Aggravation IM ou IT
- Réduction excessive précharge (diurétiques + IEC)

# IC aigue : Tt pharmacologique

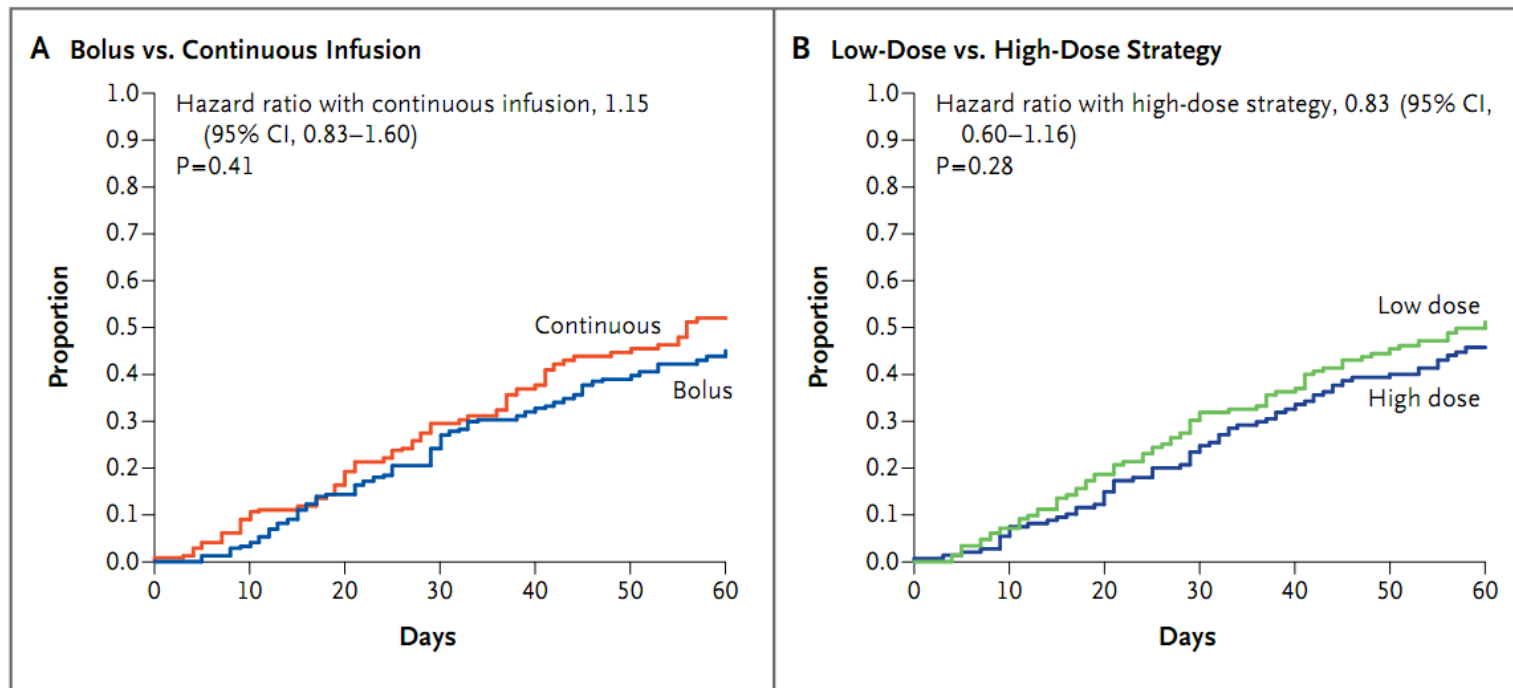
- Oxygène
  - Pas systématique
  - Si hypoxémie

# IC aigue : Tt pharmacologique

- Diurétiques IV
  - Diurétique de l'anse : furosémide,
  - Posologie et mode d'administration (continue, bolus) : discutés
  - ± association thiazidique : → surveillance, durée brève
  - Furosémide : 40 à 80 mg IV, parfois plus
    - Dose souvent < 2 mg/kg

# IC : diurétiques

- Critère clinique composite décès, déhospitalisation, retour service d'urgences
- Bolus ttes les 12 h vs injection continue SE
- Dose antérieure vs dose antérieure X 2,5



Critère clinique composite décès, réhospitalisation, retour service d'urgences

# IC aigue : Tt pharmacologique

- Diurétiques IV
  - Si Tt diurétique antérieur : injection initiale diurétique de l'anse à dose  $\geq$  dose du Tt chronique puis adaptée (Reco IB)
  - Surveillance
    - Apports hydriques, signes vitaux, pds, signs de perfusi et de congestion
    - Surveillance biologique (iono, créat) quotidienne (reco IC)

# IC aigue : Tt pharmacologique

- Morphine
  - Anxiolytique, veinodilatateur
  - Risques : constipation, tr respiratoires, nausées, Vts
  - Tt controversé
    - Associé à augmentation ventilation mécanique, mortalité... (Peacock WF, Emerg Med J 2008; 25:205)
    - Mentionné dans reco ESC, pas dans reco AHA.
  - Bolus 2 à 4 mg IV
  - cf revue Ellingsrud International Journal of Cardiology 202 (2016) 870–873

# IC aigue : Tt pharmacologique

- Vasodilatateurs : TNT
  - Diminuent pré et post-charge
  - Efficacité sur les symptômes ??
  - Éviter si
    - TA basse (< 110 mmHg)
    - IM ou Rao significatifs
  - Risordan SE : 1 mg/h à ↑ éventuellement. Surveiller TA, céphalées
  - Patch ??
  - Tachyphylaxie



# IC aigue : Tt pharmacologique

- Inotropes
  - Non recommandés (IIIc) sauf si hypoperfusion, TA<85 mmHg ...
  - Réserver aux IC sévères avec hypotension/choc)
  - Dobutamine 2-20 µg/kg/mn
  - Dopamine
    - < 3 µg/kg/mn : effet rénal
    - 3-5 µg/kg/mn : effet inotrope
    - > 5 µg/kg/mn : effet vasopresseur
    - Risque hypoxémie

# IC aigue : Tt pharmacologique

- Anticoagulants
  - En l'absence de contre-indication
  - Enoxaparine 40 mg/j ou Calciparine 5000 UI/8h

# IC aigue : quid du Tt antérieur ?

- ICFEr :
  - poursuite du Tt recommandé antérieur en l'absence d'instabilité hémodynamique ou de contre-indication (*IB*)
  - Initiation bétabloquant
    - après optimisation du statut volumique et l'arrêt des Tt IV (diurétiques, vasodilatateurs et inotropes)
    - À faible dose

# Arrêt BB et poussée IC : B-CONVINCED

- Non infériorité poursuite vs interruption des bêta-bloquants dans IC systolique sur la dyspnée et le bien être à 3 et 8 jours
- Meilleur taux de patients Tt par BB à 3 mois

**Table 3** Clinical events

	Keep BB, <i>n</i> = 69	Stop BB, <i>n</i> = 78	<i>P</i> -value
During hospitalization			
Durations (days)	11.5 ± 8.3	10.4 ± 9.7	0.2
Median, range	9 (1–50)	8 (1–62)	
Deaths ( <i>n</i> )	1 (HF)	2 (HF)	
Dobutamine ( <i>n</i> )	3	1	
After 3 months			
Deaths, <i>n</i> (%)	6 (9)	6 (8)	0.83
Rehospit, <i>n</i> (%)	27 (40)	36 (47)	0.43
For HF	15 (22)	24 (32)	0.19
For arrhythmia	2 (3)	3 (4)	1
Receiving BB, <i>n</i> (%)	61 (90)	58 (76)	0.04

# IC aigue : Tt non pharmacologiques

- Restriction hydrosodée transitoire
  - < 2 g NaCl/j
  - < 1,5 à 2 l/j

# IC aigue : Tt non pharmacologiques

- Ventilation non invasive
  - CPAP (continuous positive airway pressure)
    - Sauf si hypoTA, Vts, tr conscience
  - Intubation et ventilation invasive
- Contrepulsion
- Ultrafiltration

**IC aigue : phase de transition**

# IC cardiaque : points clés du Tt

- Coordination d'une équipe pluridisciplinaire/ pluriprofessionnelle experte pour approche globale du patient
- Qualité du diagnostic
- Qualité du suivi médical
- Médicaments
- Activité physique
- Participation active du patient/éducation thérapeutique
- Retour au domicile



# IC : sortie après hospitalisation

## Note méthodologique et de synthèse documentaire

Comment organiser la sortie des  
patients hospitalisés  
pour insuffisance cardiaque ?

**Préconisations  
de soins et  
d'aides à insérer  
dans le  
document de  
sortie**

**VOLET CONTINUITÉ DES SOINS**

- Poursuite de la titration du le traitement IEC et  $\beta$ -bloquant selon préconisations
- Poids, fréquence cardiaque et pression artérielle de sortie
- Poursuite du traitement du facteur déclenchant jusqu'à résolution
- Schéma de surveillance clinique et biologique préconisé
- Suivi infirmier pour sécuriser surveillance et observance : Non  Oui
- Inclusion dans le programme PRADO ou dans un autre programme de suivi ambulatoire : Non  Oui
- RDV médicaux : Non  Oui  si oui les indiquer en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient
- Examens complémentaires à faire : Non  Oui  si oui les indiquer en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient
- Réadaptation cardiaque immédiate ou différée : Non  Oui
- Examens dont les résultats sont en attente : Non  Oui  si oui les indiquer
- Objectifs personnalisés d'éducation thérapeutique en indiquant ce qui a été débuté pendant l'hospitalisation
- Proposition au médecin traitant d'éléments pour un plan personnalisé de santé (PPS) si l'équipe hospitalière pense qu'une coordination pluriprofessionnelle formalisée est nécessaire

**VOLET MÉDICO-SOCIAL**

- Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) : Non  Oui  si oui les indiquer
- Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non  Oui  si oui les indiquer
- Demande d'ALD : Non applicable  Faite  À demander
- Points de vigilance : \_\_\_\_\_

**SURVEILLANCE PARTICULIÈRE POUR ANTICOAGULANTS (PARTICULIÈREMENT EN CAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE), DIURÉTIQUES, PSYCHOTROPES**

That's all folks!

