



RENCONTRES VIEILLISSEMENT 2017

Cours Intensif de Médecine Gériatrique • Maladie d'Alzheimer • Recherche et Pratique Clinique en Ehpad

Mercredi 8 et Jeudi 9 Novembre 2017

CITE DE LA SANTE • TOULOUSE

RENCONTRES EHPAD

INSUFFISANCE CARDIAQUE TERMINALE

Dr Olivier TOULZA

Unité de Cardio-Gériatrie

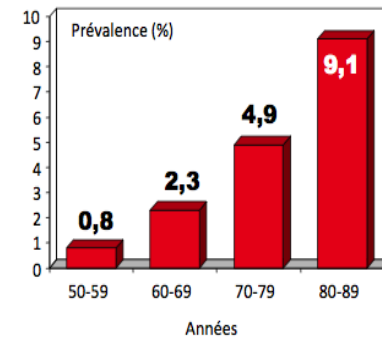
CHU Toulouse Purpan

Pathologie très fréquente chez le sujet âgé : 10 % après 80 ans

20 % à 30 % des résidents d'EHPAD

Responsable d'hospitalisations répétées

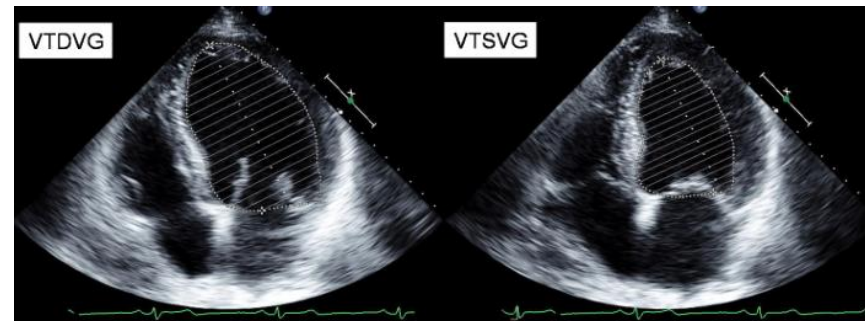
Prévalence de l'Insuffisance Cardiaque dans l'étude de Framingham



2 entités :

- Insuffisance Cardiaque à **Fraction d'Ejection Altérée**
- Insuffisance Cardiaque à **Fraction d'Ejection Préservée**

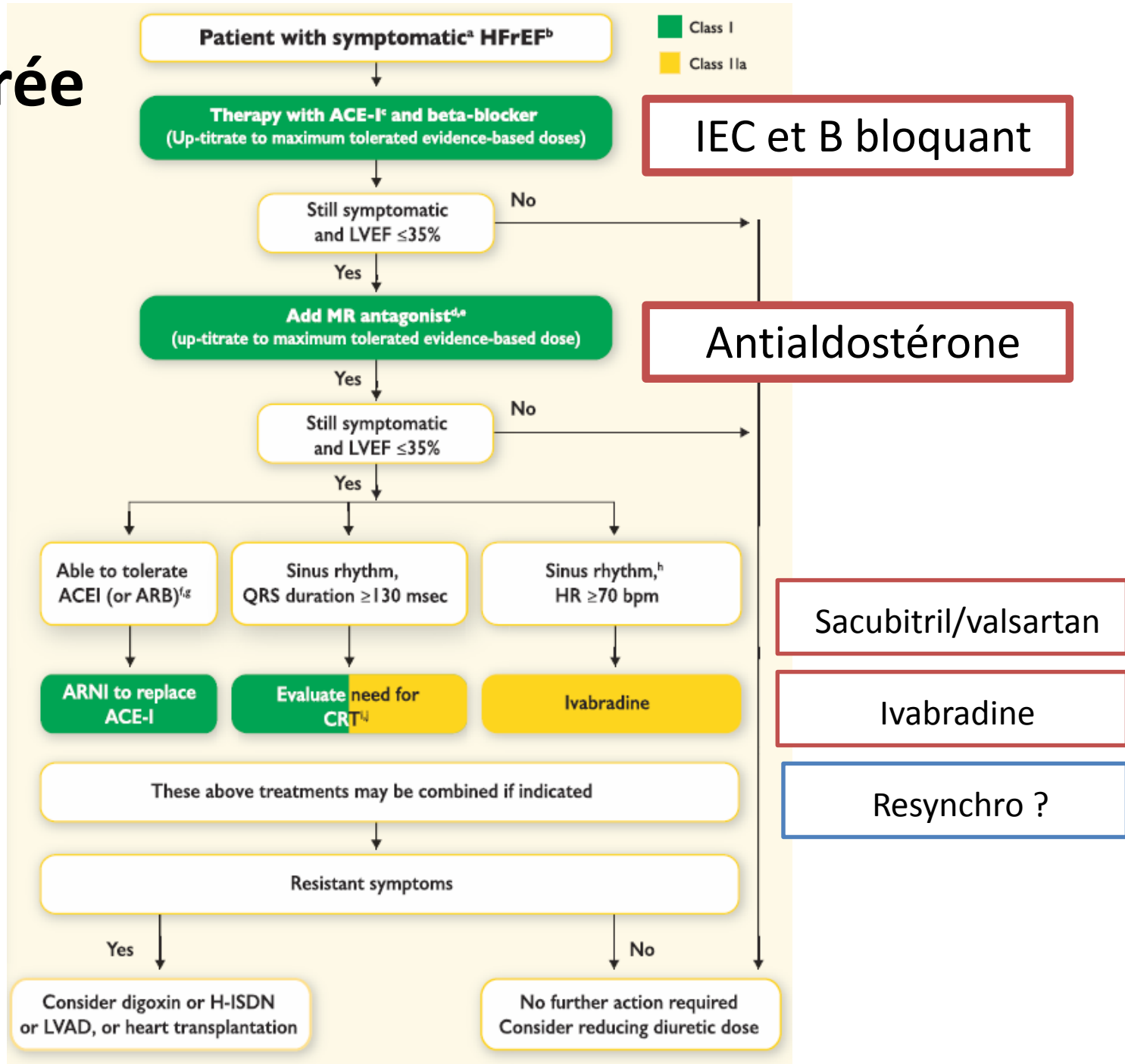
Modérément Altérée



IC FE Altérée :

- FE < 40-45 %
- étiologie ischémique
- traitement codifié :
 - IEC
 - BB
 - Anti aldostérone
 - Sacubitril/Valsartan
 - diurétiques de l'anse

ICFE Altérée



IC FE Altérée :

- FE < 40-45 %
- étiologie ischémique
- traitement codifié :
 - IEC
 - BB
 - Anti aldostérone
 - Sacubitril/Valsartan
 - diurétiques de l'anse

IC FE Préservée :

- FE > 45 %
- HTA, ACFA
- plus fréquente chez le sujet âgé
- traitement mal codifié : pas de traitement efficace (contrôle HTA)
- moins de diurético-dépendance

OPTIMISATION THERAPEUTIQUE !!!

Quand parler d'insuffisance cardiaque
terminale ?

ACC/AHA	Symptômes d'insuffisance cardiaque au repos ou pour une activité minimale. Explorations diagnostiques complètes y compris identification des facteurs de comorbidité. Traitement médical maximal.
Consensus d'experts américains	Dysfonction cardiaque importante. Symptômes sévères incluant dyspnée, asthénie, signes de bas débit cardiaque de repos ou pour une activité minimale. Traitement médical maximal.
ESC	Patients symptomatiques restant en stade IV de la NYHA. Exploration diagnostique complète. Traitement médical optimal.
Groupe de travail de la "Heart failure association" de l'ESC	Symptômes sévères (NYHA III ou IV). Antécédents d'épisodes de décompensation cardiaque : rétention hydro Dysfonction cardiaque sévère (un au moins des signes suivants) : <ul style="list-style-type: none"> >> FEVG < 30 %. >> Flux Doppler diastolique transmitral de type restrictif ou pseudo >> Elévation des pressions de remplissage ventriculaire (VG et/o >> Elévation du taux sanguin de BNP. Altération sévère des capacités d'effort (un au moins des signes suivant <ul style="list-style-type: none"> >> Incapacité de produire le moindre effort. >> Test de marche en 6 minutes < 300 m. >> Pic de $VO_2 < 12-14$ mL/kg/min. Hospitalisation(s) pour insuffisance cardiaque dans les 6 derniers mois. Traitement médical optimal.

Table 14.4 Patients with heart failure in whom end of life care should be considered

Progressive functional decline (physical and mental) and dependence in most activities of daily living.
Severe heart failure symptoms with poor quality of life despite optimal pharmacological and non-pharmacological therapies.
Frequent admissions to hospital or other serious episodes of decompensation despite optimal treatment.
Heart transplantation and mechanical circulatory support ruled out.
Cardiac cachexia.
Clinically judged to be close to end of life.

TRIGGERS FOR ADVANCED HF REFERRAL

Frequent (≥ 2) hospitalizations or ED visits for HF in the past year

Intolerance to ACE inhibitors due to hypotension and/or worsening renal function

Weight loss without other cause (e.g. cardiac cachexia)

Intolerance to beta blockers due to worsening HF or hypotension

Frequent systolic blood pressure <90 mm Hg

Persistent dyspnea with dressing or bathing requiring rest

Progressive deterioration in renal function (e.g. rise in BUN and creatinine)

Progressive decline in serum sodium, usually to <133 mEq/L

Frequent ICD shocks

Insuffisance cardiaque terminale



- Persistance de symptômes d'IC malgré un traitement optimal
- Symptômes sévères (retentissement sur la qualité de vie)
- Hospitalisations répétées (2/an)
- Intolérance aux traitements spécifiques
 - hypotension,
 - insuffisance rénale
- PAS basse (< 90 mmHg)
- Perte de poids
- Perte d'autonomie
- Asthénie majeure
- Symptômes atypiques : douleur, anxiété, troubles cognitifs
- ...

Soins palliatifs très développés dans le cancer (50%)

90 % des patients bénéficiant d'une prise en charge palliative sont atteints d'un cancer

5 % des patients insuffisants cardiaques

COMMENT ELLE SE FORTE CE MATIN ?

heu docteur ... JE SUIS MOURANTE
JE SAIS BIEN, MAIS MOURANTE EN FORME
OU PAS ?



Constat : pas de prise en charge palliative
organisée dans l'insuffisance cardiaque

Pourquoi si peu de prise en charge palliative dans l'insuffisance cardiaque ?

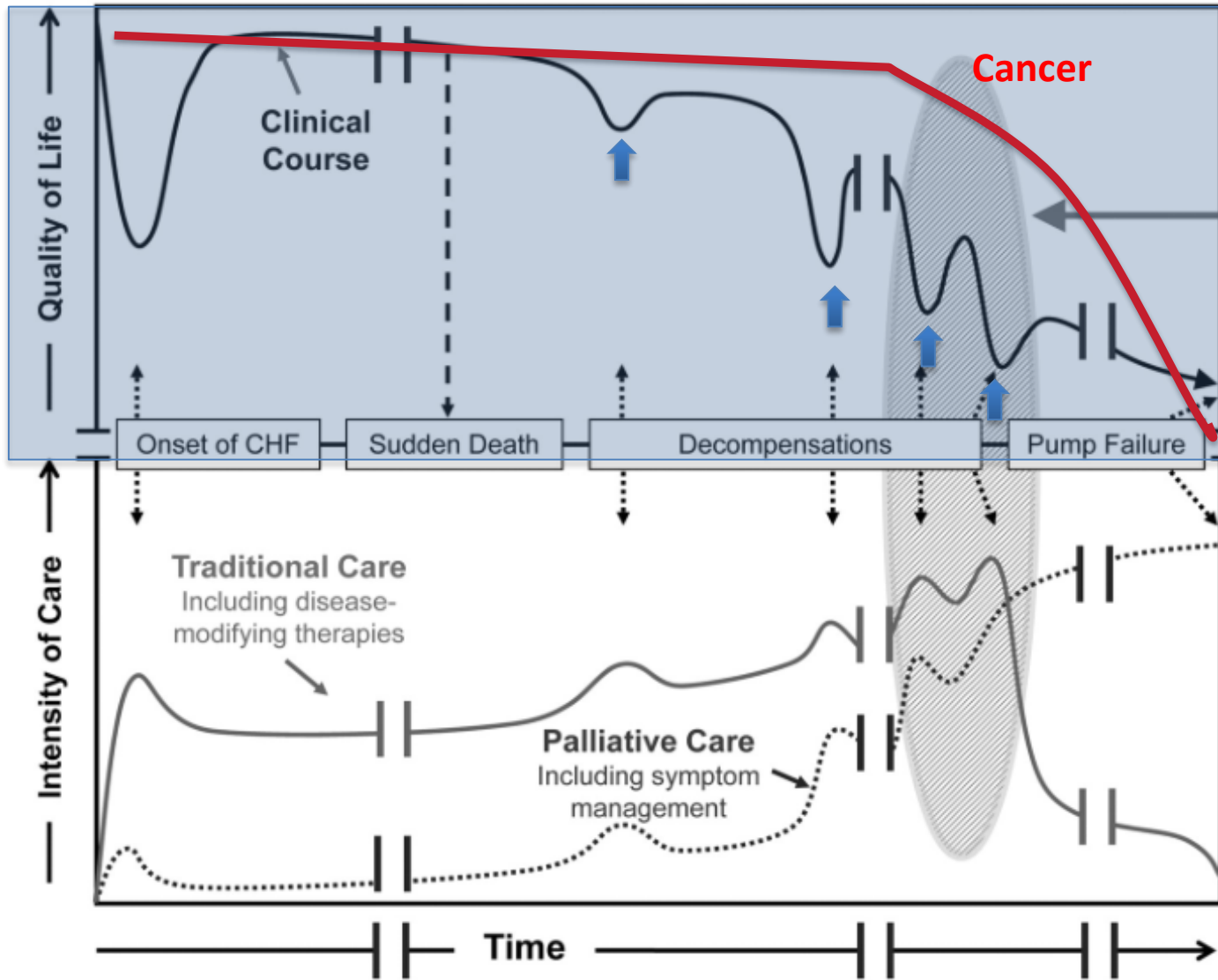
Pas de communication grand public

Pas de marqueur, symptômes peu spécifiques

Evoluant par poussées : autant de « victoires »

Pathologie imprévisible avec trajectoire incertaine

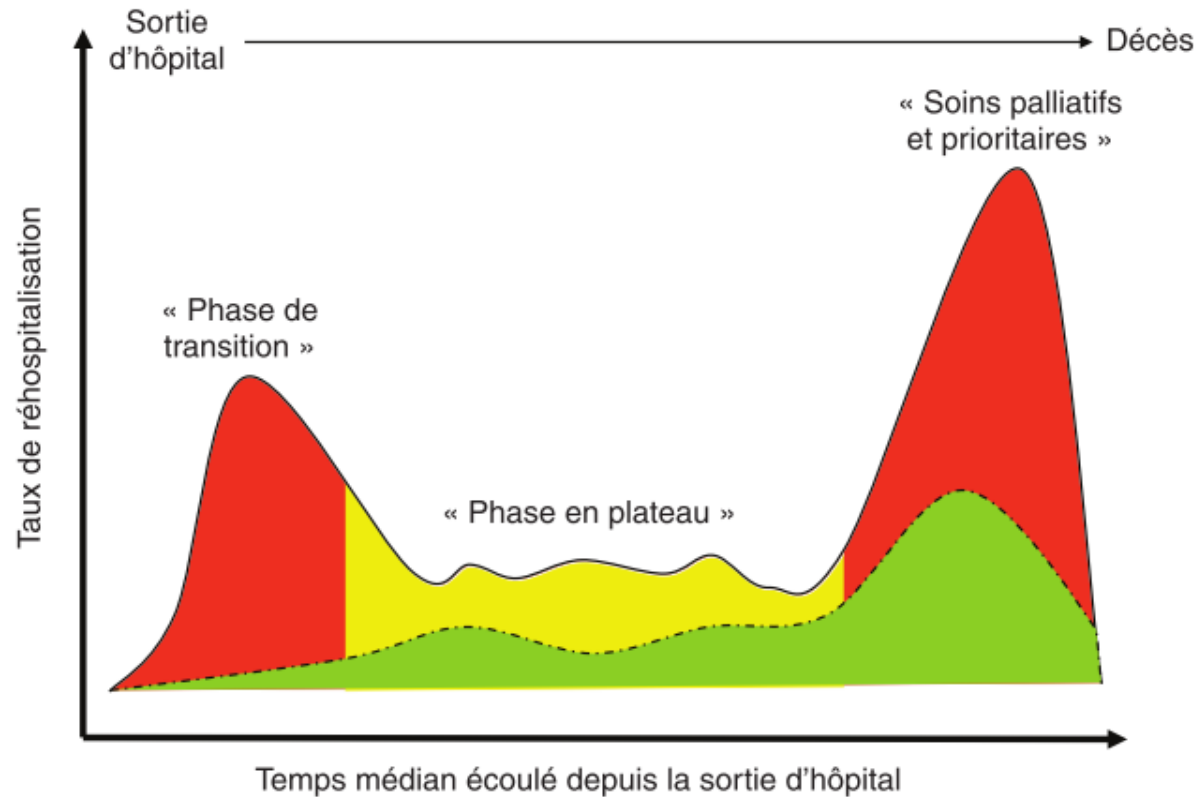
Décès imminent ? – Stabilisation – Vie « minimaliste »



Transition to Advanced Heart Failure:

- Oral therapies failing
- A time for many major decisions
- Consider MCS and/or transplantation, if eligible
- Consider inversion of care plan to one dominated by a palliative approach, which may involve formal hospice

Les ré-hospitalisations



Pourquoi si peu de prise en charge palliative dans l'insuffisance cardiaque ?

Pas de communication grand public

Pas de marqueur, symptômes peu spécifiques

Evoluant par poussées : autant de « victoires »

Pathologie imprévisible avec trajectoire incertaine

Secteur de soins intensifs (VNI)

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale

B. Schnetzler S. Reverdin H.
Sunthorn A. Kalangos U.
Sigwart

Rev Med Suisse
2005; volume 1.
30292

Tableau 1. Stratégies non médicamenteuses de prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale

Techniques actuellement disponibles

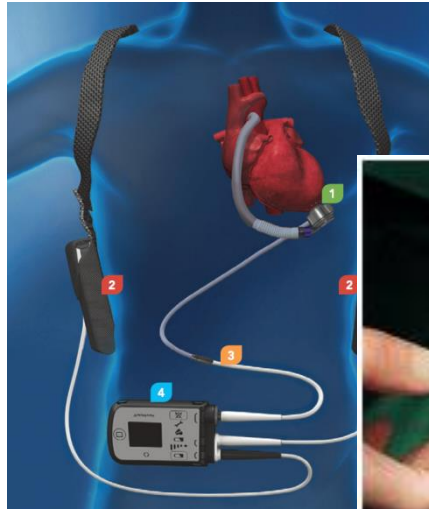
- La transplantation cardiaque (Hologreff)
- La stimulation multisite (resynchronisation)
- Les défibrillateurs implantables
- L'assistance ventriculaire mécanique
- Le CPAP (continuous positive airway pressure)

Techniques encore confinées à la recherche

- La xénogreffe
- La transplantation cellulaire

« **TERMINALE** » = début d'une éventuelle prise en charge **INVASIVE**

Sacubitril/Valsartan (ENTRESTO[®])



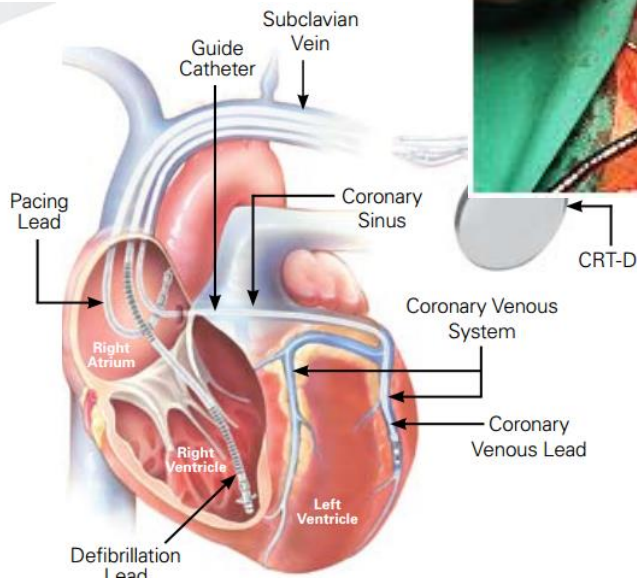
environ
cardiaque

ogéné
oumons

ogéné

anes

Ventricule
gauche



Couple moteur/pompe dans chaque ventricule pour faire circuler le fluide hydraulique qui va remplir et vider alternativement les ventricules

Des capteurs adaptent le fonctionnement du cœur aux besoins du patient (effort physique, etc.)

Poids :
900 grammes

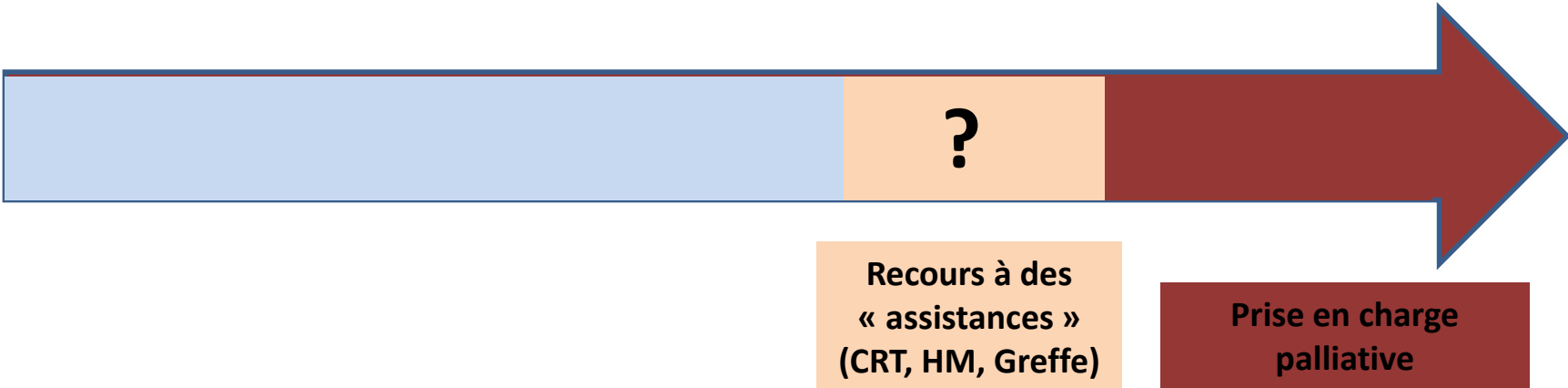
Matériaux « bio-synthétiques » pour éviter le rejet

Source : Carmat

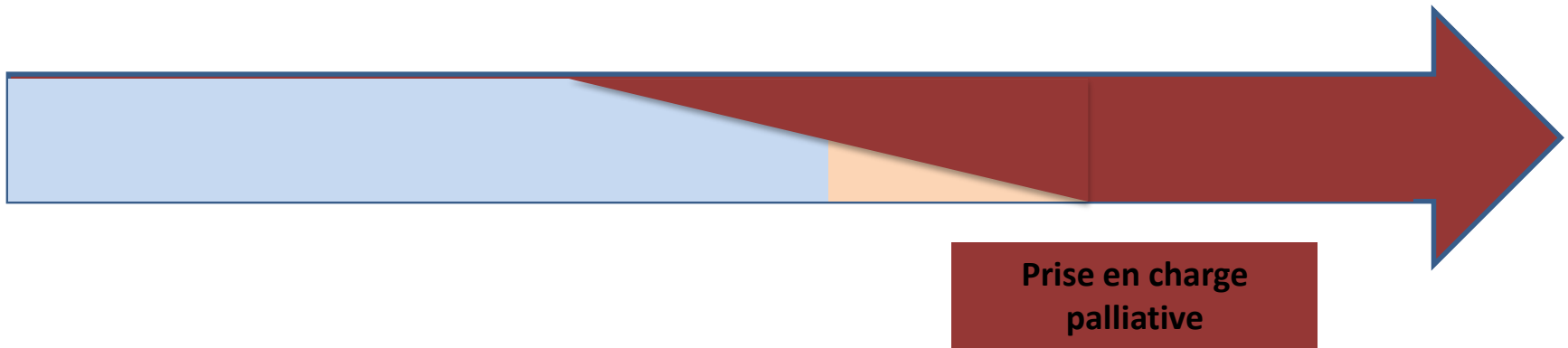


Trajectoire de l'insuffisance cardiaque

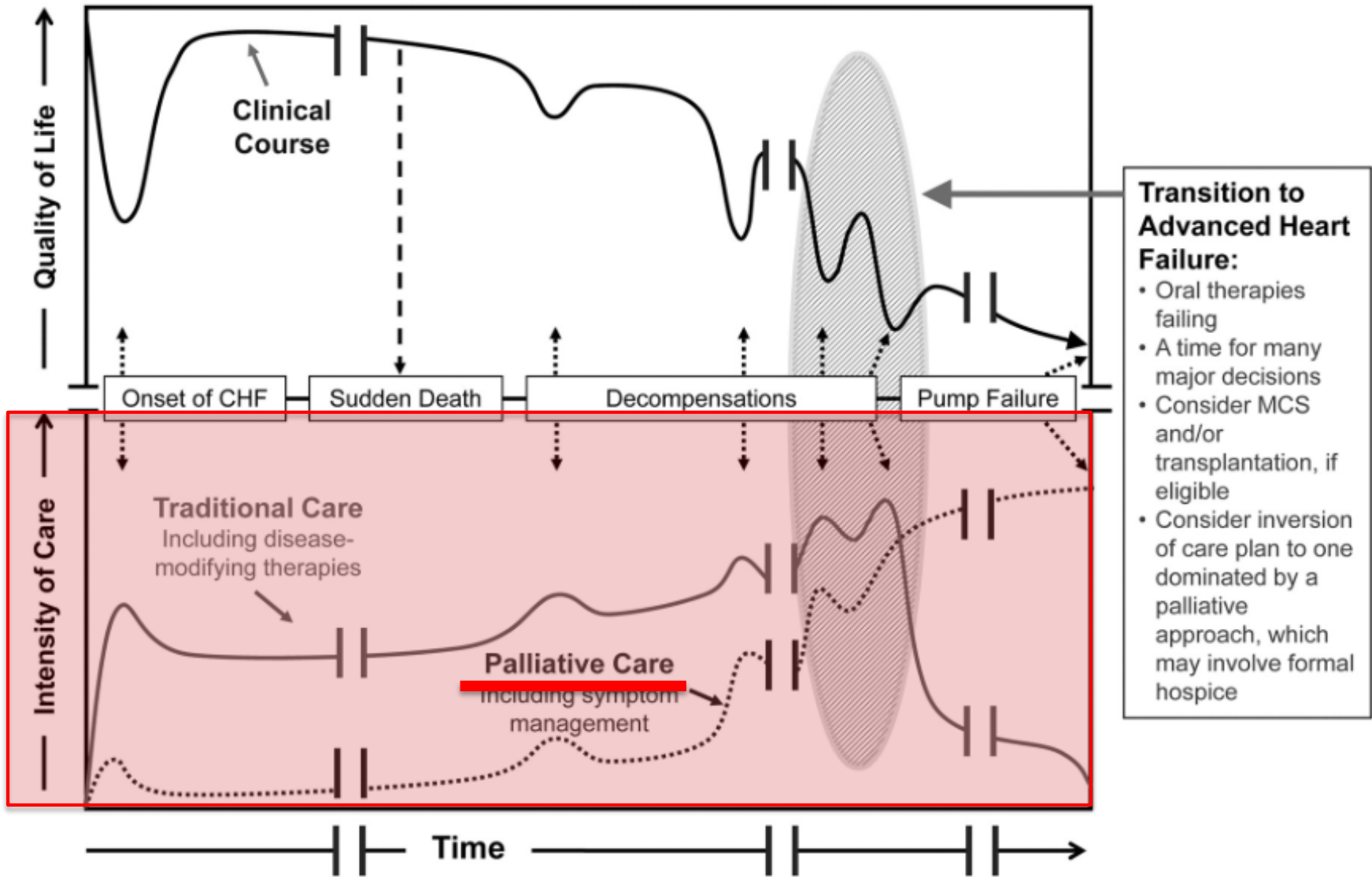
**Diagnostic et optimisation
pharmacologique**



Diagnostic et optimisation
pharmacologique



- Nécessité d'anticiper les futurs épisodes de décompensation cardiaque :
- prévenir : **traitement de fond**,
 - anticiper : **surveillance du poids**, symptômes
 - devancer les hospitalisations : **discussion** avec le patient, la famille.



Recours à des unités/avis en soins palliatifs



- Défi difficile de la prise en charge de l'IC :
 - Motiver le patient pour **l'observance thérapeutique indispensable**
 - Lui expliquer (à son entourage) que sa maladie est fatale **pour anticiper sur l'avenir**

Conduite à tenir en pratique, en EHPAD


Pro BNP

Hospitalisation ? (directives anticipées)

Quelle prise en charge sur place ?

- Oxygène
- Diurétiques (à privilégier)
 - même si TA basse,
 - per os, IV, sous cutanée



- Quels arguments pour la posologie de l'assaut **diurétique** ?
 - Patient sous diurétiques au préalable,
 - Insuffisance rénale connue,
 - Sévérité du tableau,
 -  – Niveau tensionnel,
 - Plateau technique et surveillance.

Conduite à tenir en pratique, en EHPAD

Hospitalisation ? (directives anticipées)

Quelle prise en charge sur place ?

- Oxygène
- Diurétiques
 - même si TA basse,
 - per os, IV, sous cutanée
- Morphiniques
- Diminution des sécrétions :
 - faible réhydratation,
 - anti-sécrétoires (scopolamine),
- Anxiolytiques

Fin de vie

Pour conclure

*Pour nos patients
insuffisants cardiaques en
EHPAD*

Juste équilibre entre :

- l'optimisation thérapeutique

- Discussion sur la prise en charge palliative



Amélioration de la
qualité de vie

Diminution des
réhospitalisations

DIU de Cardio-Gériatrie (Pr Galinier, Dr Fontan, Dr Toulza)
Toulouse-Montpellier (Pr Jeandel, Pr Davy)
Secrétariat universitaire de cardiologie Pr Galinier

