



VENDREDI MATIN

ATELIER A3

SFMG

INSUFFISANCE CARDIAQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Patrick Assyag et Bernard Gavid.

Insuffisance cardiaque

Les particularités chez la personne âgée

L'insuffisance cardiaque de la personne âgée est une pathologie grave dont le pronostic reste sévère. Le vieillissement de la population et l'optimisation de la prise en charge des cardiopathies ischémiques et hypertensives expliquent la fréquence de cette pathologie. L'insuffisance cardiaque est responsable d'un nombre croissant d'hospitalisations des personnes âgées, et en serait la première cause chez les plus de 65 ans !

Patrick Assyag, cardiologue, ancien chef de clinique des hôpitaux, expert national en insuffisance cardiaque et FMC (UFCV, CNCF...). patrick.assyag@wanadoo.fr
Bernard Gavid, PA-MG, UFR Poitiers, expert en FMC au niveau national. b.gavid@sfm.org

Il convient de souligner la fréquence de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée, chez la personne âgée souvent hypertendue ou ayant une cardiopathie ischémique.

Manifestations cliniques souvent atypiques

Les manifestations cliniques de l'insuffisance cardiaque de la personne âgée sont souvent atypiques du fait de l'âge mais aussi des fréquentes comorbidités. La dyspnée d'effort peut être absente ou rester difficilement interprétable. En revanche, l'orthopnée est un bon argument en faveur de l'origine cardiaque de la dyspnée. Les œdèmes périphériques sont fréquents. L'asthénie est souvent présente, en rapport avec un « bas débit ».

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque est donc difficile, d'autant que la classification NYHA, évaluant son degré de sévérité, est peu adaptée à cette classe d'âge.

L'interrogatoire est contributif s'il met en évidence une cardiopathie sous-jacente, un antécédent d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, un événement déclenchant associé aux

facteurs d'athérosclérose. Il convient de rechercher des comorbidités : maladie respiratoire, trouble neuropsychiatrique ou affection de l'appareil locomoteur et des systèmes de l'équilibre, qui rendent complexes les situations rencontrées. L'électrocardiogramme est rarement strictement normal et doit, dans ce cas, conduire à envisager un diagnostic alternatif. La radiographie du thorax, lorsqu'elle est réalisable, peut poser des problèmes d'interprétation du fait de lésions associées.

L'examen clinique complet est donc important ainsi que le dosage des peptides natriurétiques (BNP ou NT-pro-BNP) dont on connaît la forte valeur prédictive négative mais aussi les limites en fonction du terrain.

Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie qui précise la fonction ventriculaire gauche et fait notamment la distinction entre insuffisance cardiaque systolique et diastolique. Cet examen permet également de déterminer la cause, d'optimiser le traitement et d'envisager le pronostic.

Les principales causes de l'insuffisance cardiaque sont les cardiopathies ischémique et hypertensive. Les autres étiologies, rétrécissement aortique

calcifié, insuffisance mitrale, cardiomyopathie, sont plus rares.

Les facteurs favorisants sont à rechercher systématiquement et notamment : mauvaise observance du traitement, arythmie complète par fibrillation auriculaire, poussée hypertensive, épisode ischémique, surinfection bronchique, anémie, voire iatrogènes.

L'évaluation gériatrique est indispensable à ce stade et comporte plusieurs volets : le fonctionnement cognitif, le degré d'autonomie, le statut gériatrique global, la prise en charge médico-sociale et le problème de l'observance du traitement.

Insuffisance cardiaque systolique

Les objectifs primaires de la prise en charge sont, selon les recommandations des sociétés savantes, l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie. La réduction de la mortalité, du nombre et de la durée des hospitalisations ainsi qu'un ralentissement de la progression de la maladie sont des objectifs secondaires.

Le traitement repose sur les règles hygiéno-diététiques : activité physique régulière en association avec les thérapeutiques suivantes :

- les diurétiques de l'anse ou thiazidiques sont proposés en cas de rétention hydrosodée ;

Insuffisance cardiaque de la personne âgée

– les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) sont recommandés en 1^{re} intention dans la dysfonction systolique ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) < 45-50 %, seuls, en l'absence de signe congestif, et en association avec les diurétiques en présence de signes congestifs ;

– les β -bloquants sont recommandés dans le traitement de tous les patients en insuffisance cardiaque stable, légère, modérée ou sévère, en classe NYHA II à IV avec une FEVG < 45-50 %, en association au traitement IEC, combiné ou non aux diurétiques ;

– les antagonistes de l'aldostérone sont recommandés dans l'insuffisance cardiaque sévère, classe NYHA III-IV, au décours d'un infarctus du myocarde avec une dysfonction systolique ventriculaire gauche et des signes d'insuffisance cardiaque ;

– les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2) peuvent être utilisés chez les patients symptomatiques avec une dysfonction ventriculaire gauche systolique, en alternative aux IEC en cas d'intolérance aux IEC, pour réduire la morbi-mortalité ou en association aux IEC en cas de persistance des symptômes pour réduire la mortalité et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque ;

– les digitaliques sont surtout indiqués en cas de fibrillation auriculaire ;

– les dérivés nitrés n'ont pas d'indications reconnues dans l'insuffisance cardiaque, sauf en alternative aux IEC/ARA2 ;

– les héparines de bas poids moléculaire peuvent être prescrites chez le sujet âgé, en l'absence d'insuffisance rénale, avec une dose adaptée en fonction de l'activité anti-Xa et de la numération plaquettaire ;

– les anticoagulants sont indiqués en cas de fibrillation auriculaire, en évaluant de façon soigneuse, sur ce terrain, le rapport bénéfique/risque ;

– la resynchronisation ou stimulation multisite : il n'existe pas de données spécifiques sur la prescription chez la personne âgée. Elle est envisagée chez les patients ayant une FEVG altérée avec asynchronisme ventriculaire (QRS

> 120 ms) ou restant symptomatique (classe NYHA III-IV) malgré un traitement médical optimal, pour améliorer les symptômes et réduire les taux de nouvelles hospitalisations ou de mortalité.

Insuffisance cardiaque diastolique

L'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée (ou insuffisance cardiaque diastolique) est définie par la présence de signes congestifs d'insuffisance cardiaque, d'une FEVG conservée à 45-50 % et des anomalies de la relaxation du ventricule gauche, du remplissage, de la distensibilité diastolique ou de la complianse ventriculaire. Sa prévalence augmente avec l'âge. Son pronostic est équivalent à celui de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée. Le diagnostic, suspecté par la clinique, est confirmé par l'échocardiographie.

L'absence de recommandations sur le traitement nous incite à la plus grande prudence :

- les diurétiques de l'anse doivent être utilisés avec précaution du fait du risque d'hypovolémie. Ils sont utilisés en cas de rétention hydrosodée ;
- les médicaments du système rénine-angiotensine-aldostérone sont utilisés en particulier en cas d'HTA ;
- parmi les β -bloquants, le nébivolol a montré son efficacité dans ce contexte, mais demanderait confirmation avec d'autres études ; le vérapamil a été proposé dans des études plus anciennes qui devraient être réactualisées ;
- le traitement des facteurs déclenchants est d'une importance particulière dans ce contexte d'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée : fibrillation auriculaire, poussée hypertensive, infection bronchopulmonaire, inobservance des règles hygiéno-diététiques...

La surveillance en ambulatoire

Elle a pour objectif d'optimiser la thérapeutique, d'améliorer les symptômes et la qualité de vie, au mieux dans le cadre

d'une prise en charge coordonnée multidisciplinaire.

La surveillance peut faire appel à des indicateurs simples :

- interrogatoire : dyspnée, fatigue anormale, palpitations, douleurs thoraciques, fièvre... ;
- examen clinique : courbe de poids, pouls et pression artérielle ;
- observance du régime désodé et du traitement ;
- réactivité du patient en cas de signes d'alarme ;
- degré d'activité physique du patient.

La surveillance nécessite dans tous les cas des examens biologiques réguliers (ionogramme sanguin, clairance de la créatinine...) en fonction des coprescriptions médicamenteuses et des événements intercurrents.

Les autres examens complémentaires sont demandés en cas de décompensation cardiaque aiguë ou d'orientation diagnostique particulière.

Les hospitalisations itératives pour poussées d'insuffisance cardiaque posent un problème de santé publique du fait des coûts qu'elles génèrent, certaines étant probablement évitables. Plusieurs études confirment le bien-fondé de l'éducation dans la prise en charge multidisciplinaire permettant une amélioration de la qualité de vie, une réduction des hospitalisations, voire une diminution de la morbi-mortalité. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

- Assyag P, Bundalo A, Viaud M, Cohen A. Insuffisance cardiaque du sujet âgé. Rev Prat Med Gen 2006;20:491-500.
- HAS. ALD n° 5. Guide médecin. Insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique. Mars 2007.
- HAS. ALD n° 5. Guide médecin. Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée symptomatique chronique. Mars 2007.
- Komajda M, Forette F, Aupetit JF, et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. Arch Mal Cœur Vaiss 2004;97:803-22.
- Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. N Engl J Med 2002;347:161-7.
- Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005;26:1115-40.