

# Insuffisance cardiaque aiguë

## Quelle prise en charge en 2022?

Pr Damien Logeart

Hôpital Lariboisière, Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Université Paris-Cité

Inserm U942



## Relationships with industry

Firm	Type of relationship
Amgen	Consultant
Astra Zeneca	Lecture, consultant
Bayer	Lecture, consultant
Boehringer Ingheleim	Lecture, consultant
Lilly	Lecture, consultant
Novartis	Lecture, consultant
Vifor	Lecture, consultant

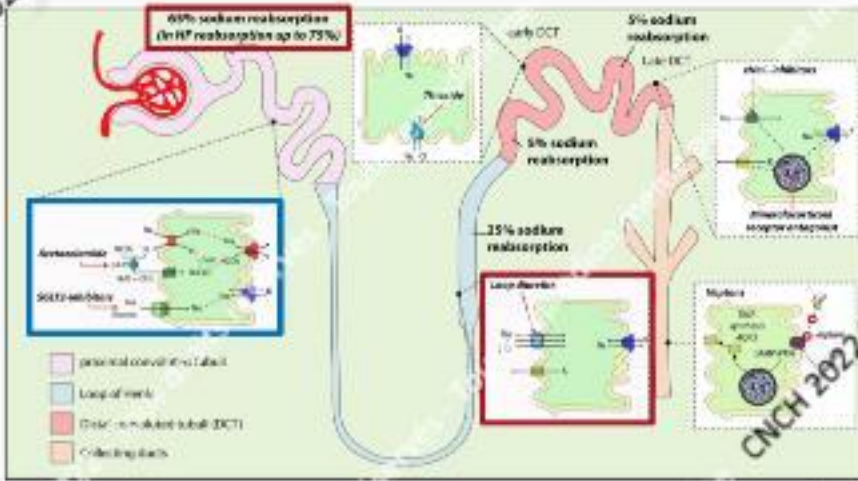
## Prise en charge initiale : les diurétiques revisités

- **Traiter agressivement !**
- **Evaluer correctement la volémie et la réponse aux diurétiques**
- **Syndrome cardiorénal et résistance aux diurétiques**



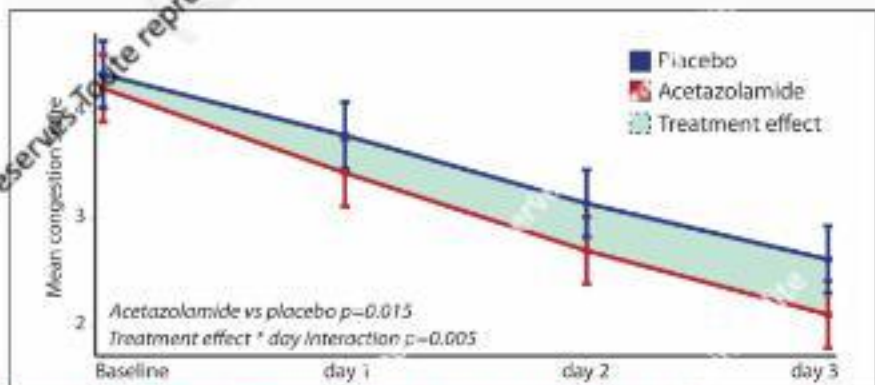
# Prise en charge initiale : les diurétiques revisités

## Traiter agressivement : associer d'emblè deux diurétiques

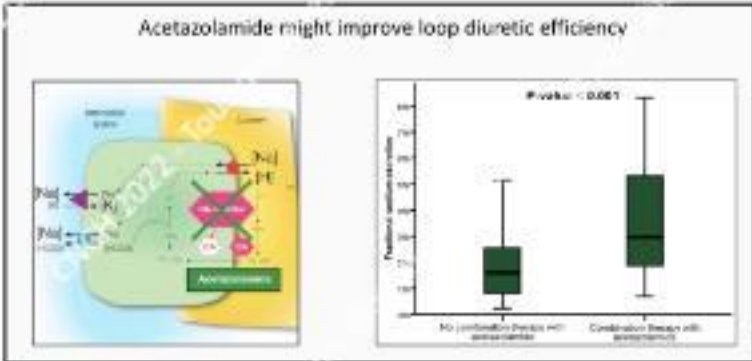
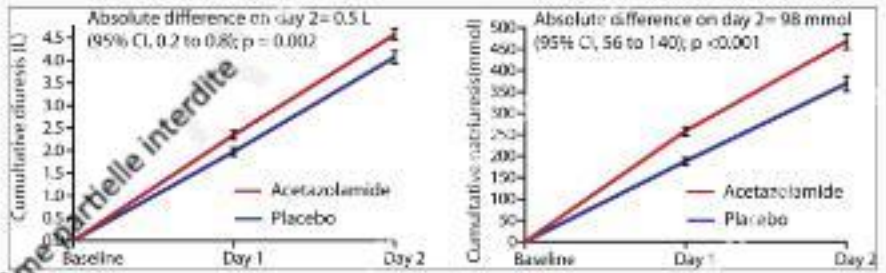


Results: effect of acetazolamide on congestion score

ADVOR

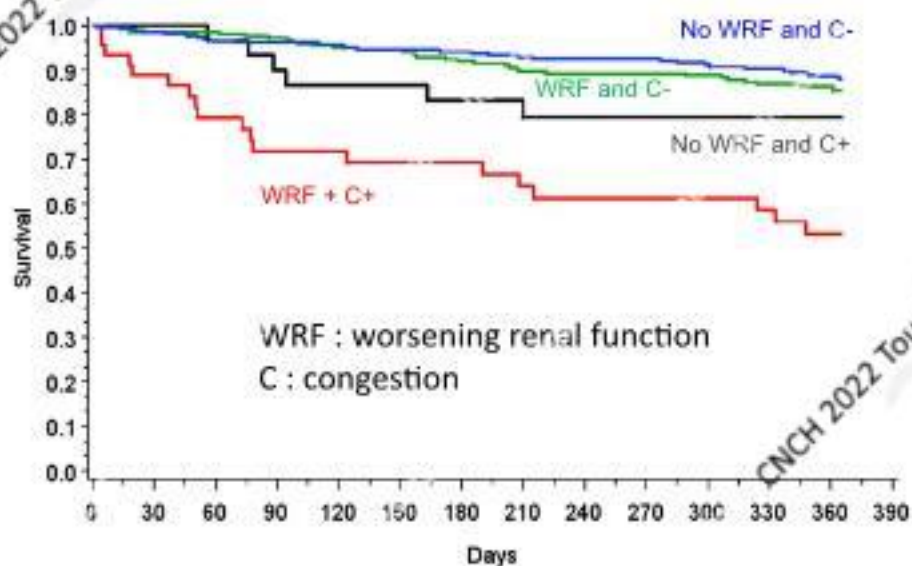


Results: effect of acetazolamide on diuresis and natriuresis

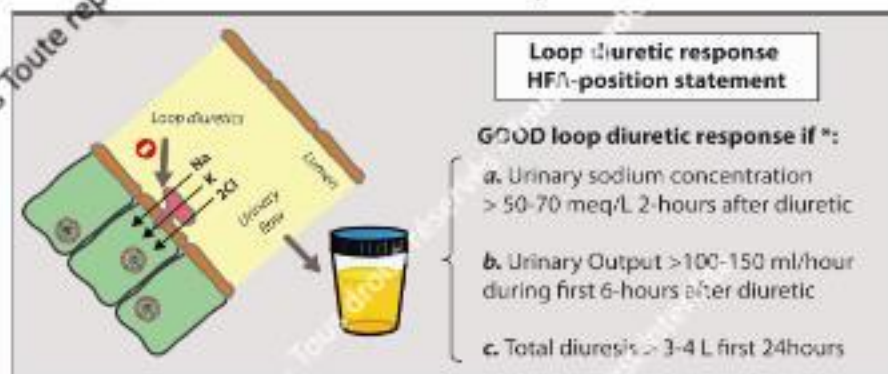


# Prise en charge initiale : les diurétiques revisités

## Décongestion la plus complète possible avant la sortie : objectif majeur



## How to assess diuretic response?



Mullens W et al. EurHeartJ 2020

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
It is recommended that patients hospitalized for HF be carefully evaluated to exclude persistent signs of congestion before discharge and to optimize oral treatment. <sup>427,472</sup>	I	C

# Hospitalisation : une opportunité pour « tout revoir »

... à commencer par le bilan étiologique

Aspect échographique

ECG

Biologie

- Inflammation
- Hyperéosinophilie
- Bilan fer
- HIV
- Diabète
- Chaines légères
- Alphagalactosidase
- Génétique

Coronarographie/coroTDM

IRM

Scinti osseuse

## FE altérée

Ischémique

Toxique/carentielle

- Alcool
- Chimiothérapie

Inflammatoire

Myocardite

Rythmique

CMD (génétique)

## FE préservée

CMH

- Sarcomérique
- Infiltrative
  - Amylose

- Fabry

- Sarcoidose
- Hémochromatose

Inflammatoire

- Myocardite
- HIV

Sd hyperéosino.

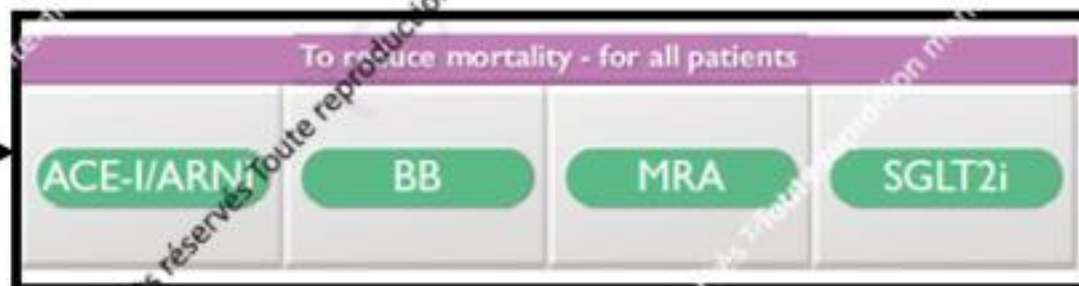
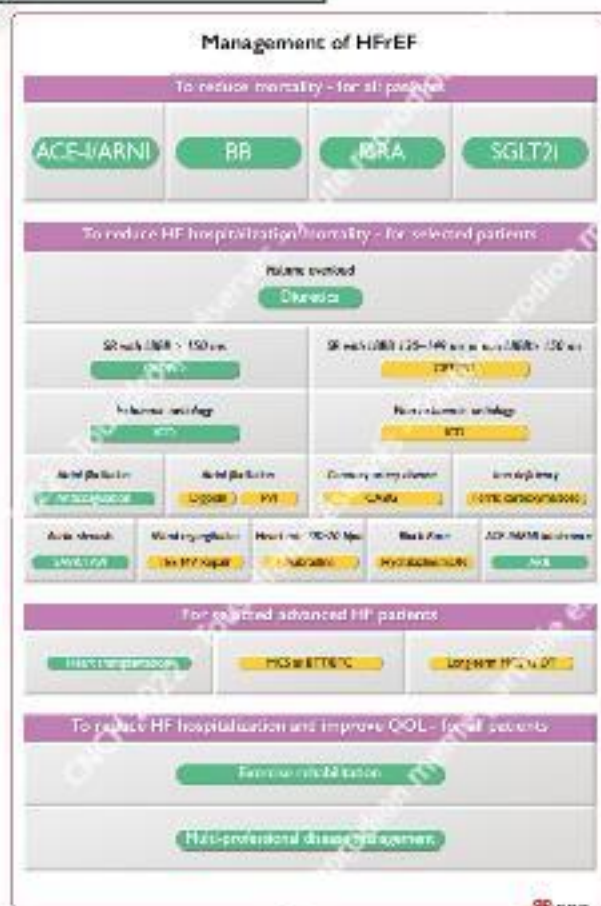
# Hospitalisation : une opportunité pour optimiser le ttt

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

les 4 piliers de la PEC de l'IC si FEVG ≤ 40%



FE < 40%  
et FE 40-50%

=> ttt médicamenteux identique

Pharmacological treatments to be considered in patients with (NYHA class II-IV) heart failure with mildly reduced ejection fraction

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Diuretics are recommended in patients with congestion and HFrEF in order to alleviate symptoms and signs. <sup>107</sup>	I	C
An ACE4 may be considered for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalisation and death. <sup>71</sup>	IIb	C
An ARNI may be considered for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalisation and death. <sup>74</sup>	IIb	C
A beta-blocker may be considered for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalisation and death. <sup>13,17</sup>	IIb	C
An MRA may be considered for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalisation and death. <sup>76</sup>	IIb	C
Sacubitril/valsartan may be considered for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalisation and death. <sup>13,27</sup>	IIb	C

## Hospitalisation : une opportunité pour optimiser le ttt



**Les 4 avant la sortie  
... c'est possible le plus souvent**

- **iSGLT2** : une seule dose, peu d'EI, néphroprotection, moindre risque d'hyperK<sup>+</sup>
- **ARM** :
  - introduction d'emblée avec furosemide
  - l'hyperkaliémie ... souvent possible de gérer
- **Bétabloqueurs** :
  - éviter de les stopper si déjà prescrits avant
  - introduction prudente si bas débit/choc à l'admission
- **IEC/ARNi** : selon la PA



## Hospitalisation : une opportunité pour optimiser le ttt

- **Bilan martial et fer injectable**

Carence = ferritinémie < 100 ng/mL ou <300ng/mL + CST < 20%

- **Discuter CRT et DAI**

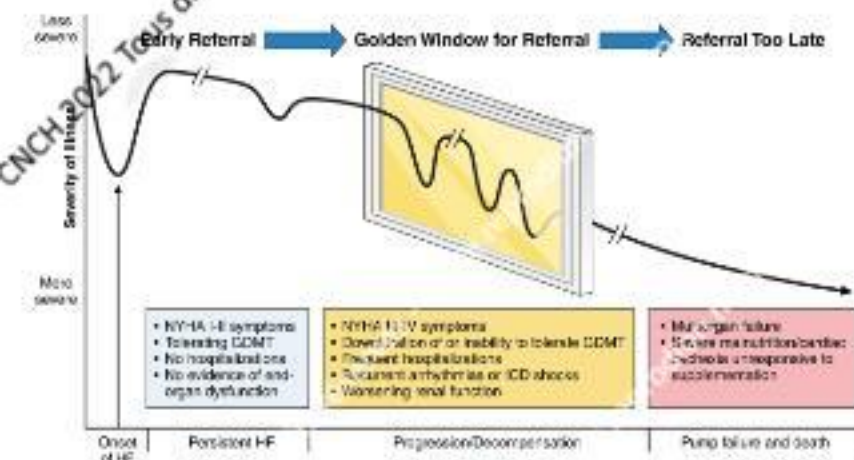
- **Fibrillation atriale**

discuter ablation FA voire du NAV (avec PM)

- **Valvulopathies**

discuter clips etc

# IC avancée : mieux la repérer et la référer



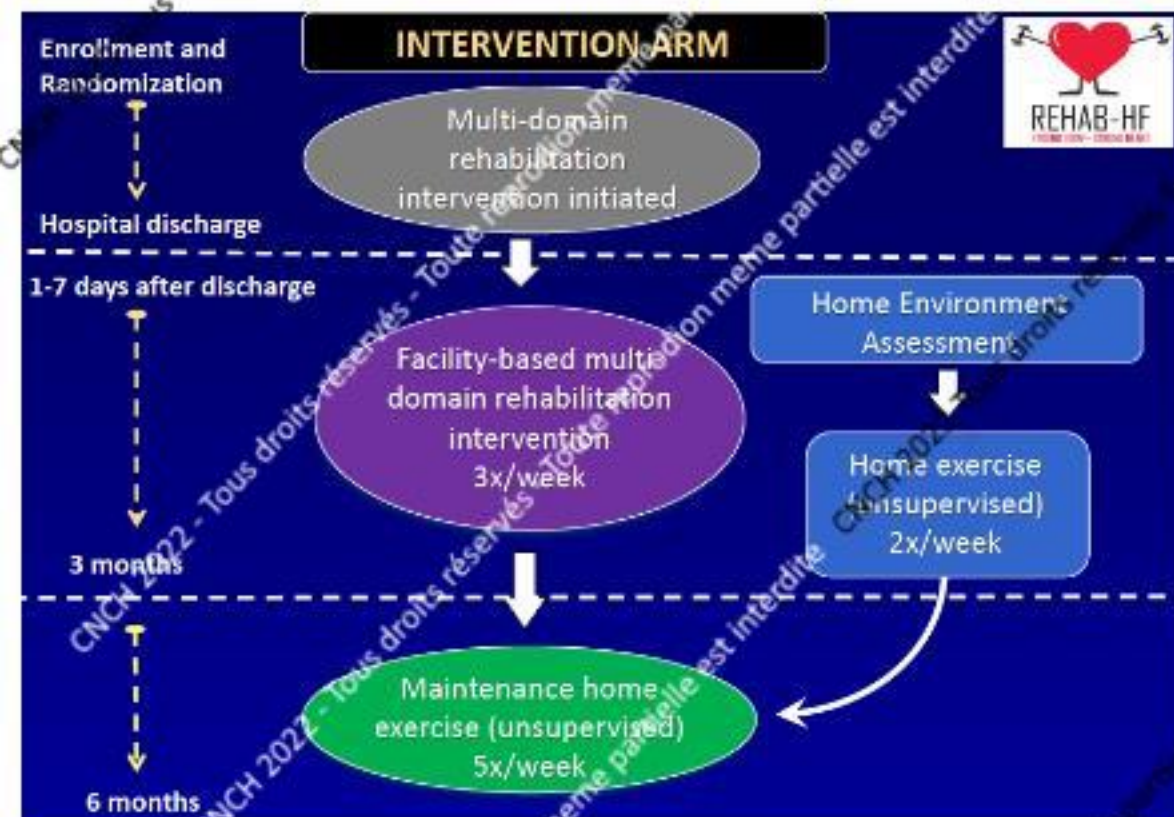
## I NEED HELP

- I: Intravenous inotropes
- N: NYHA class IIIB/IV or persistently elevated BNP
- E: End-organ dysfunction
- E: EF  $\leq$  35%
- D: Defibrillator shocks
- H: Hospitalizations >1
- E: Edema despite escalating diuretics
- L: Low systolic BP  $\leq$  90, high heart rate
- P: Prognostic medication = progressive intolerance or down-titration of guideline-directed medical therapy (GDMT)

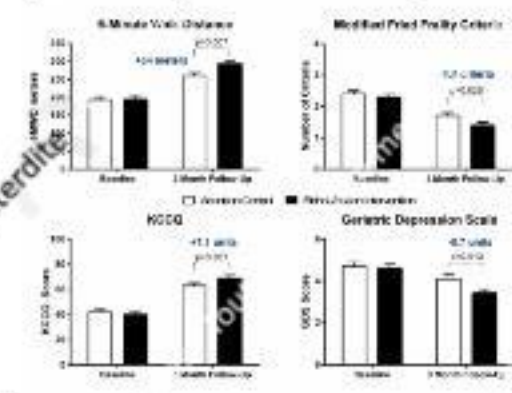
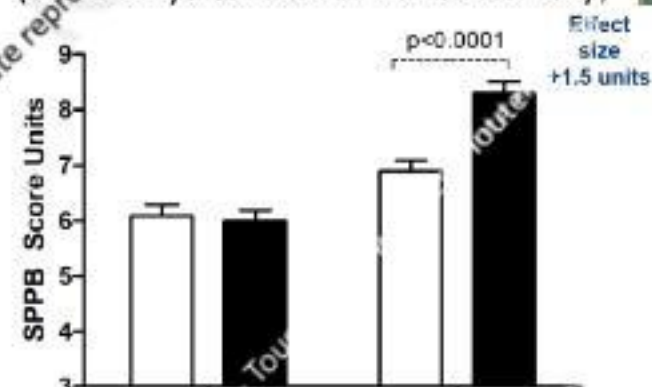
## Centres experts

- Discuter options
- Optimisation médicaments
  - Mitraclip, CRT, ablation FA
  - Assistance, greffe
  - Soins palliatifs

# Réadaptation à l'effort : pourquoi pas pendant l'hospitalisation

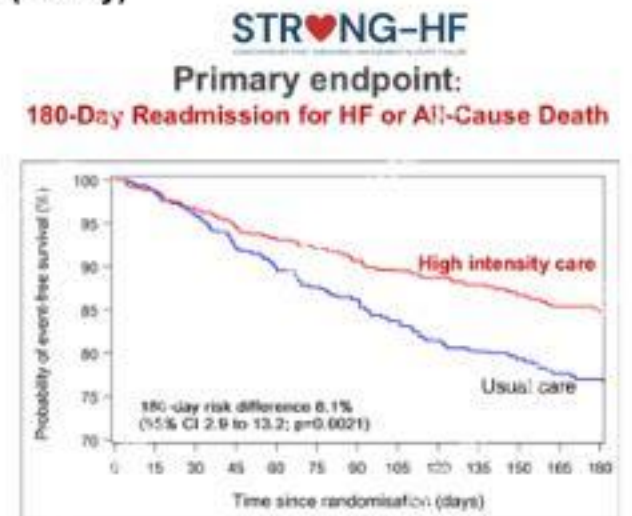


## Primary End-point at 3 months (Short Physical Performance Battery)



## La sortie : étape essentielle

- **Compte-rendu et ordonnances donnés à la sortie**  
avec des explications personnalisées
- **Planification du suivi post-décompensation**
  - Biologie et Cs médecin généraliste (<15j) et cardio (<30j)
  - PRADO ou prescription suivi infirmier à domicile
  - CECICS (ou UTIC...)
    - titration rapide après la sortie
    - télésurveillance
    - Consultations urgentes
  - Réadaptation à l'effort
  - Aspects sociaux, gériatriques etc...



Bénéfice d'une titration rapide  
en postdécompensation

CNCH 2022 Tous droits réservés Toute

**Merci de votre attention**



reproduction même

repr