

29<sup>ÈME</sup>  
CONGRES  
CNCH



# Atelier Insuffisance cardiaque : Et vous, comment prenez vous en charge ce patient insuffisant cardiaque ? Discussion autour de cas cliniques

Mon patient est « trop » âgé

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Broussier Amaury  
Gériatre, MD PhD, Créteil





# DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT POTENTIELS

**Intervenant :** Amaury BROUSSIER, Créteil

Je déclare les liens d'intérêt potentiels suivants :

Société	Type d'affiliation	Période
Novartis	Consulting, Formations	En cours
Vifor	Consulting	2020-2022
Pfizer	Consulting, Formations, Boards	En cours
Astra Zeneca	Consulting, Formations, Boards	En cours
Boehringer	Formations	En cours



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Mme H. 86 ans , hospitalisée dans votre unité de cardiologie  
pour **nouvelle poussée d'IC**

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Antécédents (1)

## MEDICAUX :

- **Cardiopathie ischémique** à FEVG réduite, révélée en 2019 par un STEMI avec pose de 2 stents actifs sur l'artère coronaire droite,
  - Œdème Aiguë Pulmonaire en 2020 avec cycle de troponine positif -> Contrôle coronarographique : pas de re-sténose intrastent
  - CRT – P pour resynchronisation en 2021
  - Passage en FA début 2021 avec échec de cardio-version par CEE
  - Dernier contrôle ETT début 2022 en ville : VG modérément dilaté (DTDVG 63 mm), Dysfonction VG sévère avec FEVG 23%, OG modérément dilaté, VD de dimension normale et de fonction systolique modérément altérée (TAPSE 15mm), valve aortique normale, IM modérée à moyenne, PAPs estimées à 45 mmHg.
- Dyslipidémie traitée
- Hypertension artérielle

# Antécédents (2)

- **Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs**
  - Echo-doppler membres inférieurs 2019 : artérite bilatérale et diffuse des membres inférieurs
  - Echo-doppler TPA 2019 : absence de sténose
- **Diabète de type 2** diagnostiqué en 2015, insulino-requérant depuis 2018, compliqué d'une neuropathie diabétique, rétinopathie diabétique, plusieurs hospitalisations pour coma hypoglycémique
- **Troubles ventilatoires restrictifs**
  - Dernier EFR en 2015 31%
- Arthrose fémoro-tibiale externe bilatérale et scoliose
- Ulcère gastro-duodéal avec hémorragie digestive haute
- Troubles neuro cognitifs majeurs non étiquetés avec MMS à 19/30 début 2020

# Traitement habituel

- **APIXABAN 2.5 MG : 1 comprimé matin, 1 comprimé le soir**
- **BISOPROLOL 2.5 MG: 1 comprimé le matin.**
- **RAMIPRIL 2.5 MG : 1 comprimé le matin**
- **SPIRONOLACTONE 25 MG: 1 comprimé le midi.**
- **INSULINE DETEMIR 100 U /ML stylo 3 ML 5 : 10 ui le matin**
- **INSULINE ASPART 100 U/ML: protocole**
- **SITAGLIPTINE 100 MG : 1 comprimé matin**
- **METFORMINE 500 MG: 1 comprimé matin, 1 comprimé le soir**
- **ATORVASTATINE 10 MG : 1 comprimé matin**
- **LACTULOSE 10 G/ 15 ML: 2 sachets le matin**
- **ZOPICLONE 7.5MG: 1 comprimé au coucher**
- **PARACETAMOL 500 MG: 2 gélules matin, 2 gélules midi et 2 gélules le soir si besoin**
- **COMPLEMENT NUTRITIONNEL 200 ML: 1 flacon par jour**
- **LANSOPRAZOLE 15 MG: 1 gélule le soir**
- **DEXERYL: 1 à 2 applications par jour**

# Examen Paraclinique

- **ECG** : électro entrainé à l'étage ventriculaire, FC 90/min, QRS 110 ms, pas de trouble de repolarisation systématisé.
- **Biologie** : Na<sup>+</sup> 137 mmol/L, K<sup>+</sup> 5.1 mmol/L, Urée 8.8 mmol/L, Créatinine 105 micromol/L (clairance 45 ml/min en Cockcroft), Nt Pro-BNP 18947 ng/L



# Prise en charge

- **Bonne évolution clinique après déplétion pendant 72h par Furosemide 80 mg x3/jr IV**, relais initial par du Furosemide per os 80 mg/jr
- Diminution Spironolactone 12,5 mg/jr devant une hypotension initiale à 80/40 mmHg en fin d'hospitalisation
  - > Remontée de la PAS à 115 mmHg
- Contrôle ETT pendant l'hospitalisation : VG modérément dilaté, Dysfonction VG sévère FEVG 27 % en SBP, OG modérément dilaté, VD de fonction systolique modérément altérée (TAPSE 14mm), valve aortique normale, IM modéré à moyenne, PAPs estimées à 54 mmHg



# Rappel Traitement en cours d'hospitalisation :

- **APIXABAN 2.5MG** : 1 comprimé matin, 1 comprimé le soir
- **BISOPROLOL 2.5MG**: 1 comprimé le matin
- **RAMIPRIL 2.5 MG** : 1 comprimé le matin
- **SPIRONOLACTONE 12,5 mg/jr**
- **FUROSEMIDE 80 mg/jr**
- INSULINE DETEMIR 100 U / ML stylo 3 ML 5 : 10 ui le matin
- INSULINE ASPART 100 U / ML: protocole
- SITAGLIPTINE 100 MG: 1 comprimé matin
- METFORMINE 500 MG: 1 comprimé matin, 1 comprimé le soir
- ATORVASTATINE 10 MG : 1 comprimé matin
- POTASSIUM Chlorure 600 MG: 1 gélule le midi
- LACTULOSE 10 G/ 15 ML: 2 sachets le matin
- ZOPICLONE 7.5MG: 1 comprimé au coucher
- PARACETAMOL 500 MG: 2 gélules matin, 2 gélules midi et 2 gélules le soir si besoin
- COMPLEMENT NUTRITIONNEL 200 ML: 1 flacon par jour
- LANSOPRAZOLE 15 MG: 1 gélule le soir
- DEXERYL: 1 à 2 applications par jour

# Quizz n°1

**Quelle optimisation thérapeutique proposez-vous à la sortie ?**

1- Poursuite du Ramipril, Bisoprolol, Spironolactone, et Furosemide aux mêmes doses

2- Relais du Ramipril par Sacubitril/Valsartan 24/26 mg, et poursuite Bisoprolol, Spironolactone, et Furosemide aux mêmes doses

3- Relais Ramipril par Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, réaugmentation du spironolactone à 25 mg, et poursuite des BB, AA, et diurétiques de l'anse aux mêmes doses

4- Introduction d'un ISGLT-2



# Quizz n°1

Quelle optimisation thérapeutique proposez-vous à la sortie ?

1- Poursuite du Ramipril, Bisoprolol, Spironolactone, et Furosemide aux mêmes doses

2- Relais du Ramipril par Sacubitril/Valsartan 24/26 mg, et poursuite Bisoprolol, Spironolactone, et Furosemide aux mêmes doses

3- Relais Ramipril par Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, réaugmentation du spironolactone à 25 mg, et poursuite des BB, AA, et diurétiques de l'anse aux mêmes doses

4- Introduction d'un ISGLT-2

# IEC/ARAI/ARNi

## 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

Sacubitril/valsartan is recommended as a replacement for an ACE-I in patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. <sup>105</sup>

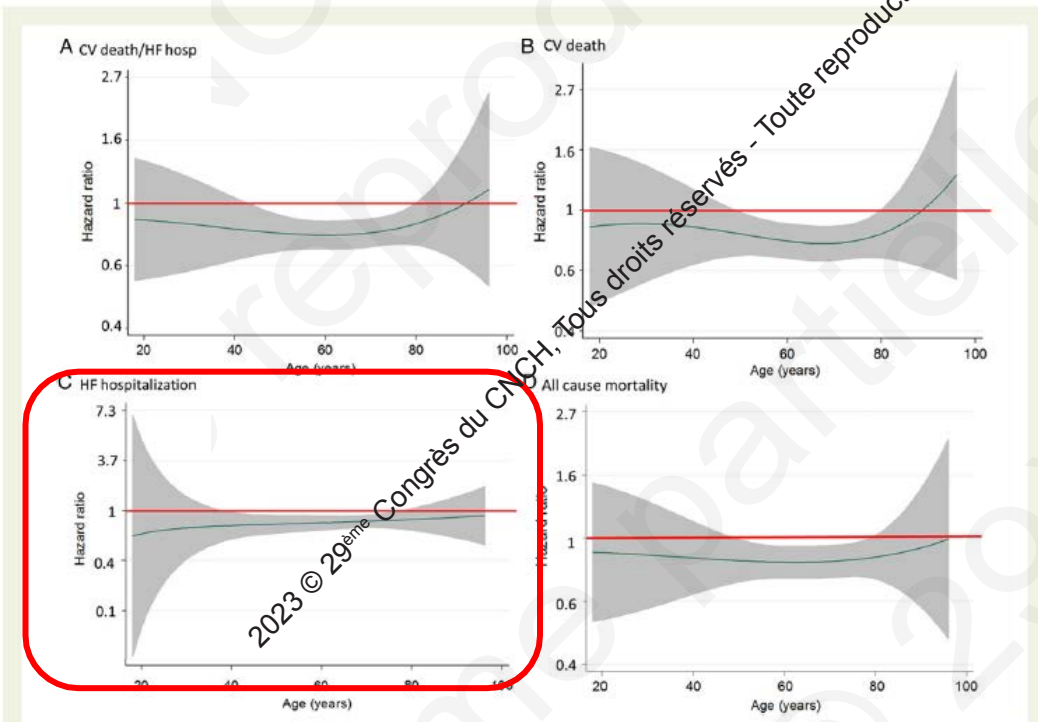
I	B
---	---

Circulation

### AHA/ACC/HFSA CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines

COR	LOE	Recommendations
1	A	1. In patients with HFrEF and NYHA class II to III symptoms, the use of ARNi is recommended to reduce morbidity and mortality. <sup>1-5</sup>



**Figure 2** LCZ696 to enalapril hazard ratio (line) and 95% confidence intervals (shaded area) for clinical outcomes [cardiovascular death or heart failure hospitalization (A), cardiovascular death (B), heart failure hospitalization (C), and all-cause mortality (D)] according to age. A hazard ratio of 1.0 is indicated by the solid horizontal line. A hazard ratio of <1.0 favours LCZ696.

**Table 3** Pre-specified safety assessments

	<55 years (n = 1624)		55–64 years (n = 2655)		65–74 years (n = 2557)		≥75 years (n = 1563)		P-value <sup>+</sup>
	Enalapril	LCZ696	Enalapril	LCZ696	Enalapril	LCZ696	Enalapril	LCZ696	
<b>Hypotension</b>									
Symptomatic hypotension	60 (7.6)	96 (11.5)	111 (8.0)	158 (12.4)	124 (9.8)	195 (15.1)	93 (11.9)	139 (17.7)	0.95
Symptomatic hypotension with SBP < 90 mmHg	12 (1.5)	24 (2.9)	12 (0.9)	33 (2.6)	21 (1.7)	32 (2.5)	11 (1.8)	23 (2.9)	0.77
Leading to discontinuation	3 (0.4)	5 (0.6)	7 (0.5)	5 (0.4)	9 (0.7)	12 (0.9)	10 (1.3)	14 (1.8)	0.94
<b>Renal impairment, N (%)</b>									
Serum creatinine ≥ 2.5 mg/dL	20 (2.6)	10 (1.2)	48 (3.5)	34 (2.7)	74 (5.9)	62 (4.8)	46 (5.9)	33 (4.2)	0.49
Serum creatinine ≥ 3.0 mg/dL	12 (1.5)	5 (0.6)	27 (2.0)	18 (1.4)	28 (2.2)	26 (2.0)	16 (2.1)	14 (1.8)	0.28
Leading to discontinuation	9 (1.1)	9 (1.1)	14 (1.0)	4 (0.3)	20 (1.6)	11 (0.9)	16 (2.1)	5 (0.6)	0.10
<b>Hyperkalaemia, N (%)</b>									
Serum potassium > 5.5 mmol/L	89 (11.4)	97 (11.7)	254 (18.5)	220 (17.4)	232 (18.4)	218 (16.9)	152 (19.5)	139 (17.7)	0.70
Serum potassium > 6.0 mmol/L	23 (2.9)	28 (3.4)	82 (6.0)	50 (4.5)	75 (6.0)	58 (4.5)	56 (7.2)	38 (4.8)	0.17
Leading to discontinuation	0 (0)	3 (0.4)	3 (0.2)	1 (0.1)	8 (0.6)	3 (0.2)	4 (0.4)	4 (0.5)	0.97
<b>Cough, N (%)</b>									
Any cough	137 (17.4)	106 (12.6)	156 (14.3)	130 (10.2)	167 (13.2)	161 (12.5)	99 (12.7)	77 (9.8)	0.58
Leading to discontinuation	4 (0.5)	0 (0)	14 (1.0)	4 (0.3)	7 (0.6)	3 (0.2)	5 (0.6)	1 (0.1)	0.73
<b>Angioedema (adjudicated)</b>									
No treatment/antihistamines only	2 (0.3%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	3 (0.2%)	1 (0.1%)	5 (0.4%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0.20
Catecholamines/corticosteroids without hospitalization	1 (0.1%)	2 (0.2%)	2 (0.1%)	3 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0.58
Hospitalized/no airway compromise	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.52
Airway compromise	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	–
Any adverse event leading to study drug discontinuation, N (%)	16 (2.0%)	14 (1.7%)	35 (2.5%)	14 (1.1%)	43 (3.4%)	29 (2.2%)	35 (4.5%)	22 (2.8%)	0.85

# Suivi en consultation J-7 Post Hospitalisation

- La patiente est finalement sortie d'hospitalisation sous
  - **Apixaban 2.5 mg 2 fois par jour**
  - **Sacubitril/Valsartan 24/26 mg**
  - **Bisoprolol 2.5 mg/jr**
  - **Spirolactone 12,5 mg/jr**
  - **Furosemide 80 mg/jr**
- Perte de 3 kgs, retour au poids sec, pas de plainte fonctionnelle
- Dyspnée NYHA II
- Pas de signe clinique d'IC
- PA 100/55 mmHg, SpO2 96% en AA, Mesure PA à 3 min debout 88/43 mmHg, avec vertiges
- Bilan biologique datant de 48h: urée à 11,8 mmol/l, créatinine à 95 µmol/l, potassium à 4,3 mmol/l, sodium à 137 mmol/l

# QUIZZ n°2

## Comment optimisez-vous le traitement de votre patiente ?

- 1- Absence de modification thérapeutique et reconstrôler la PA lors de la consultation suivante
- 2- Diminution du Furosemide à 40 mg/jr
- 3- Diminution du Bisoprolol à 1,25 mg/jr
- 4- Suspension du Sacubitril Valsartan

# QUIZZ n°2 :

## Comment optimisez-vous le traitement de votre patiente ?

1- Absence de modification thérapeutique et reconstrôler la PA lors de la consultation suivante

**2- Diminution du Furosemide à 40 mg/jr**

3- Diminution du Bisoprolol à 1,25 mg/jr

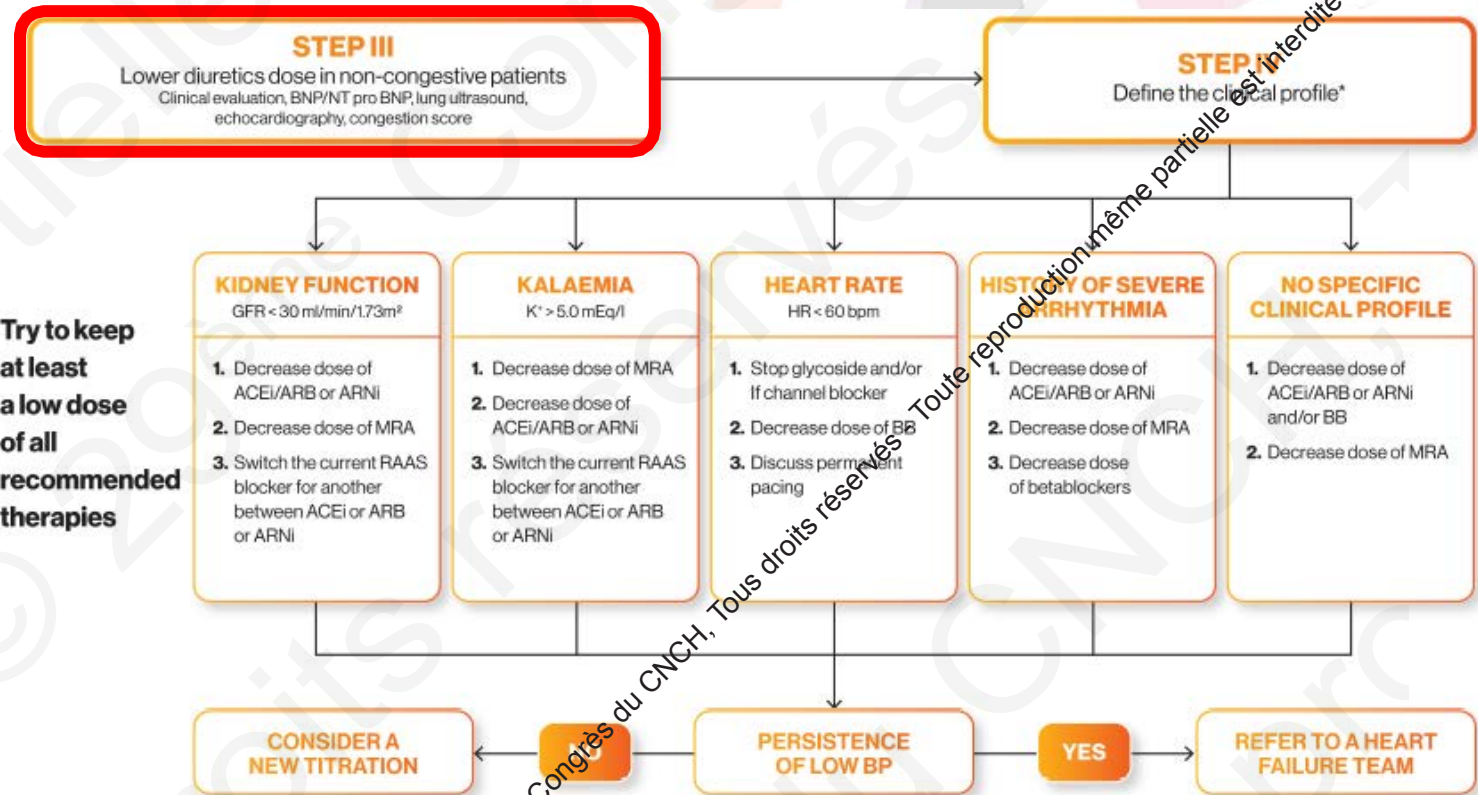
4- Suspension du Sacubitril Valsartan



# Management of low blood pressure in ambulatory heart failure with reduced ejection fraction patients

Jennifer Cautela<sup>1†</sup>, Jean-Michel Tartiere<sup>2†</sup>, Alain Cohen-Solal<sup>3</sup>,  
Anne Bellemain-Appaix<sup>4</sup>, Alexis Theron<sup>5</sup>, Thierry Tibi<sup>6</sup>, James L. Januzzi Jr<sup>7</sup>,  
François Roubille<sup>8</sup>, and Nicolas Girerd<sup>9,10,11\*</sup>

reproduction même partielle est interdite.  
2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



\*In all cases, withdraw ARB/ACEi association



# Suivi en consultation J-15 Post Hospitalisation

- Poids stable, pas de plainte fonctionnelle, Dyspnée NYHA II
- PA 110/55 mmHg, Pas d'hypotension orthostatique retrouvée, FC 70/min, SpO2 96 % AA
- Pas de signe clinique d'IC
- Pas de biologie récente
- Traitement actuel :
  - Apixaban 2.5 mg 2 fois par jour
  - Sacubitril/Valsartan 24/26 mg
  - Bisoprolol 2.5 mg/jr
  - Spironolactone 12,5 mg/jr
  - Furosemide 40 mg/jr

## QUIZZ n°3 :

- **Quelles optimisations thérapeutiques proposez vous pour cette patiente ?**

1- Pas de modification thérapeutique

2- Augmentation Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, sans autre modification thérapeutique

3- Augmentation Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, et augmentation du Spironolactone à 25 mg/jr

4- Introduction d'un ISGLT-2



# QUIZZ n°3

• **Quelles optimisations thérapeutiques proposez vous pour cette patiente ?**

1- Pas de modification thérapeutique

**2- Augmentation Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, sans autre modification thérapeutique**

3- Augmentation Sacubitril/Valsartan 49/51 mg, et augmentation du Spironolactone à 25 mg/jr

**4- Introduction d'un ISGLT-2**

## 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

Dapagliflozin or empagliflozin are recommended for patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization and death. <sup>108,109</sup>

**I** **A**

### Recommendations for the treatment of diabetes in heart failure

Recommendation	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
SGLT2 inhibitors (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin, sotagliflozin) are recommended in patients with T2DM at risk of CV events to reduce hospitalizations for HF, major CV events, end-stage renal dysfunction, and CV death. <sup>293–297</sup>	<b>I</b>	<b>A</b>
SGLT2 inhibitors (dapagliflozin, empagliflozin, and sotagliflozin) are recommended in patients with T2DM and HFrEF to reduce hospitalizations for HF and CV death. <sup>108,109,136</sup>	<b>I</b>	<b>A</b>

© ESC 2021

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



**Efficacy and Safety of Dapagliflozin in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction According to Age**  
Insights From DAPA-HF

**Efficacy and Safety of Dapagliflozin According to Frailty in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction**

A Post Hoc Analysis of the DAPA-HF Trial

Figure 2. Mean change in individual physical and social activity items from baseline to 8 months with dapagliflozin versus placebo according to FI.

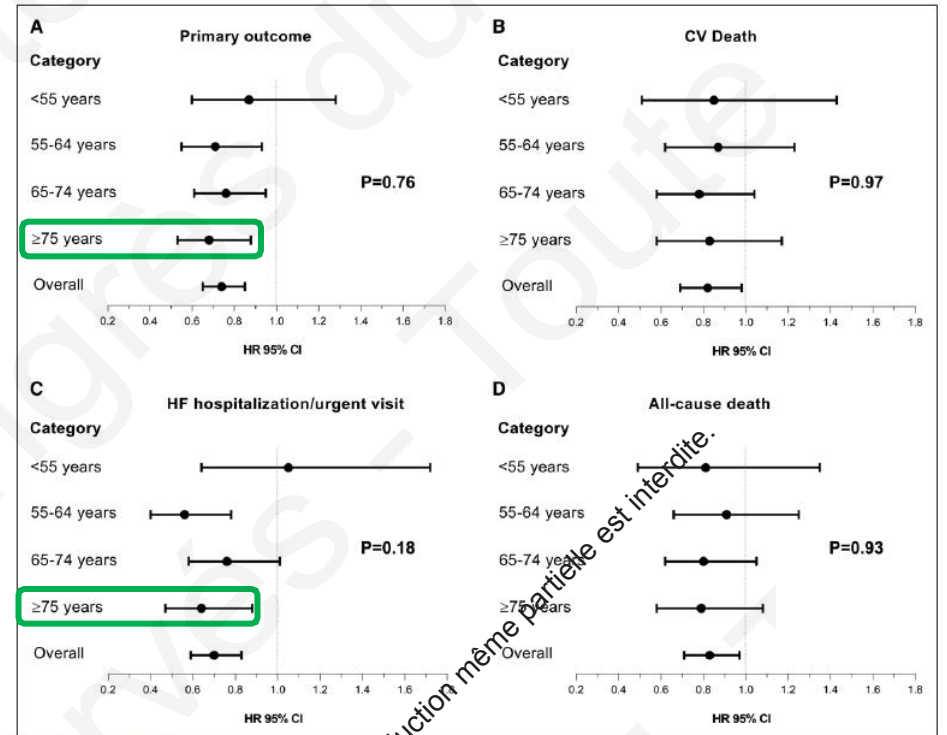
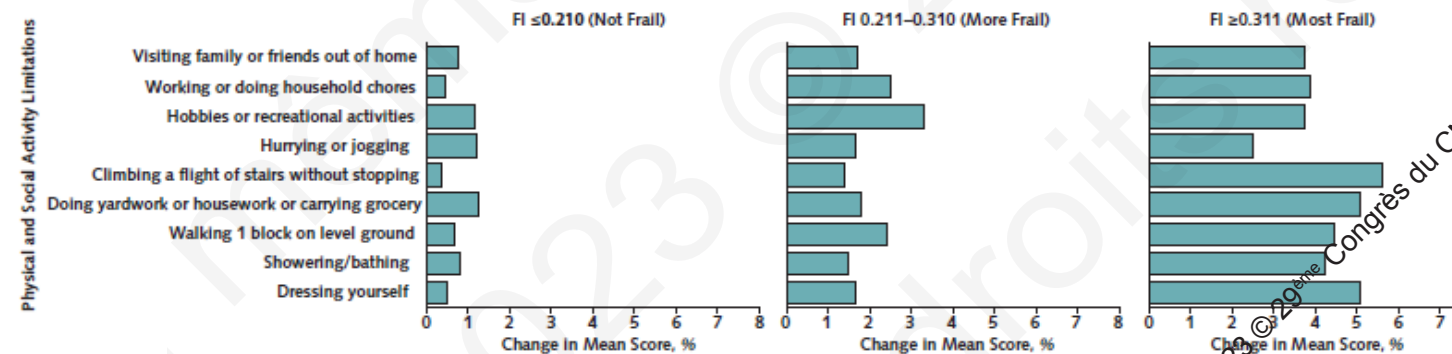
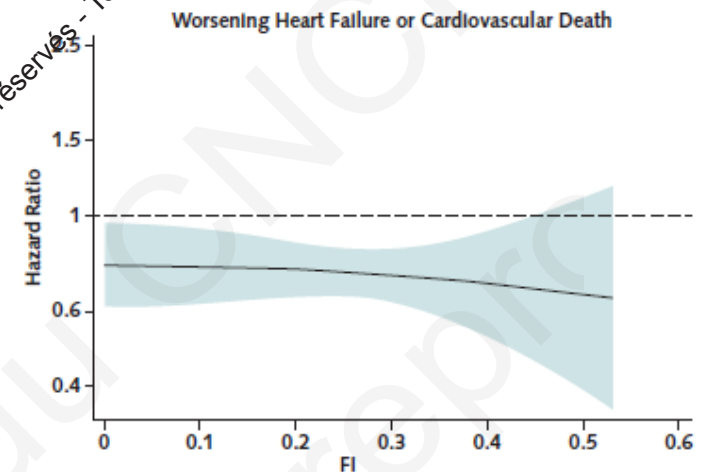
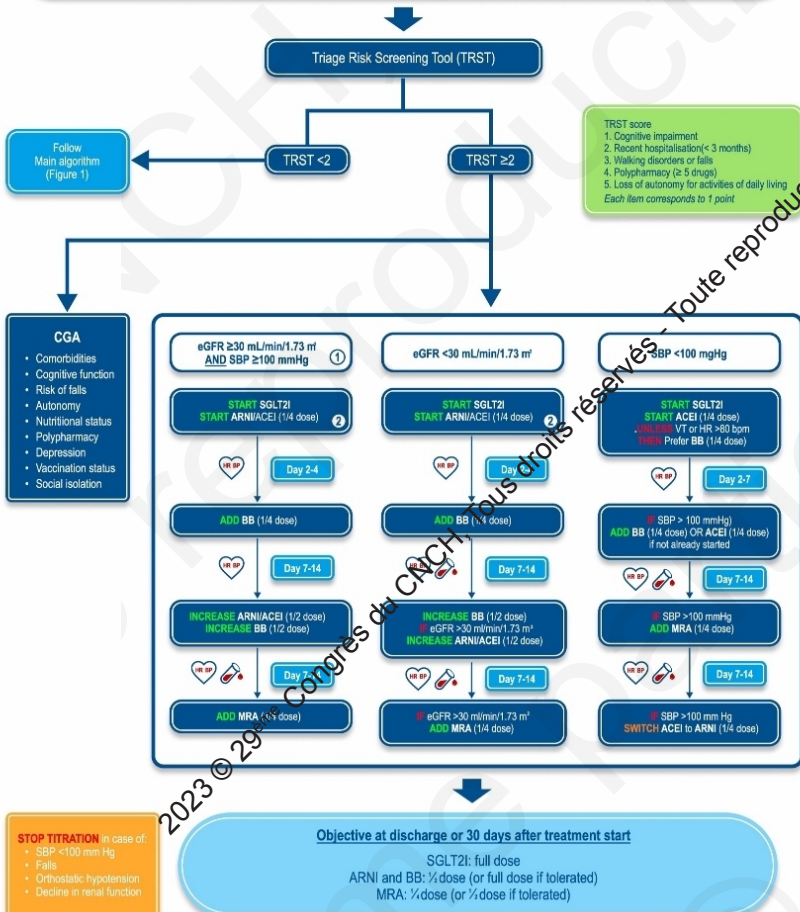


Figure 2. Effect of dapagliflozin according to age category.

Figure 1. Effect of dapagliflozin according to continuous FI.



# ALL PATIENTS AGED >75 YEARS

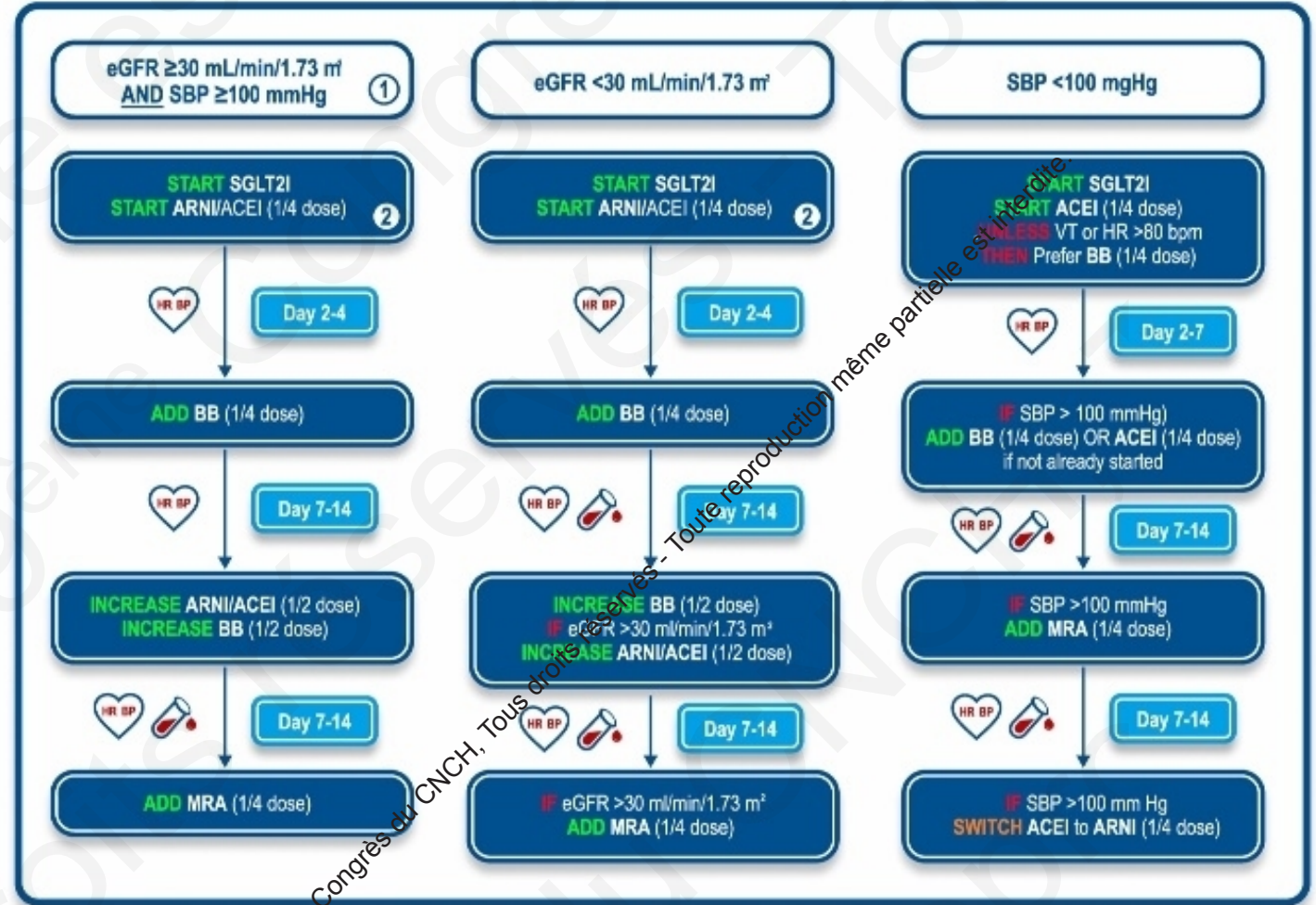


## TITRATION OF THE FOUR MEDICATIONS

- UP-TITRATE EVERY 2 WEEKS until maximum tolerated dose is reached.
- INCREASE 1 - 2 MEDICATIONS AT THE SAME TIME.
- REDUCE DIURETICS whenever possible.
- CHECK RENAL FUNCTION and SERUM POTASSIUM between each titration visit.
- CONSIDER TELEMONITORING for treatment optimisation.

Perform blood monitoring within SEVEN days of EACH drug introduction or escalation step.

Monitor heart rate and blood pressure following EACH medication change.



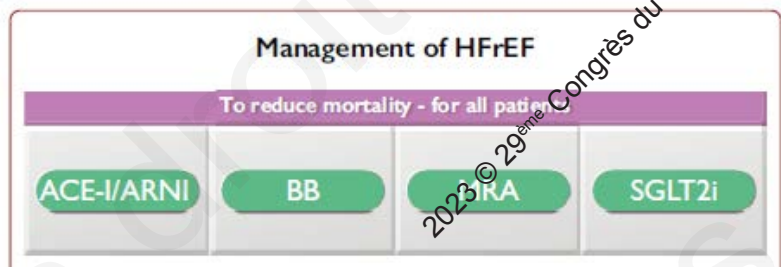
# Adapter l'optimisation thérapeutique au profil de patient dans l'IC-FEr

Patient IC  
85 ans  
Cardiopathie ischémique  
Pas d'autres ATCD  
Pas de médicament avant épisode  
Autonome

**TITRER**

Patient IC  
85 ans  
Cardiopathie valvulaire ischémique, fond de FA  
Multimorbide  
8-10 médicaments  
Perte d'autonomie

**OPTIMISER**





En pratique,

- Faut-il proposer une réadaptation cardiaque à cette patiente ?
- Un programme de réentraînement à l'effort /réadaptation adapté ?

## 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

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Exercise is recommended for all patients who are able in order to improve exercise capacity, QOL, and reduce HF hospitalization. <sup>c</sup> 324–328,335–337	I	A
A supervised, exercise-based, cardiac rehabilitation programme should be considered in patients with more severe disease, frailty, or with comorbidities. <sup>95,324–327,338</sup>	IIa	C

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- **Multicenter, randomized, controlled trial** to evaluate a rehabilitation intervention that included four physical function domains (strength, balance, mobility, and endurance).
- The intervention was initiated during, or early after, hospitalization for heart failure and was continued after discharge for **36 outpatient sessions**.
- **The primary outcome was the score on the Short Physical Performance Battery**
- The secondary outcome was the 6-month rate of rehospitalization for any cause.

# Réadaptation cardiaque chez le patient âgé ?

Geriatric conditions	6 (3)	4 (2)
Dementia or cognitive impairment, according to electronic medical record — no. (%)	6 (3)	4 (2)
Frail, as defined by the presence of at least three Fried criteria** — no. (%)	92 (53)	100 (57)
Prefrail, as defined by the presence of one or two Fried criteria** — no. (%)	77 (44)	68 (39)
Urinary incontinence — no./total no. (%)	19/144 (13)	21/142 (15)
Patients with falls in previous 3 mo — no./total no. (%)	24/143 (17)	20/146 (14)

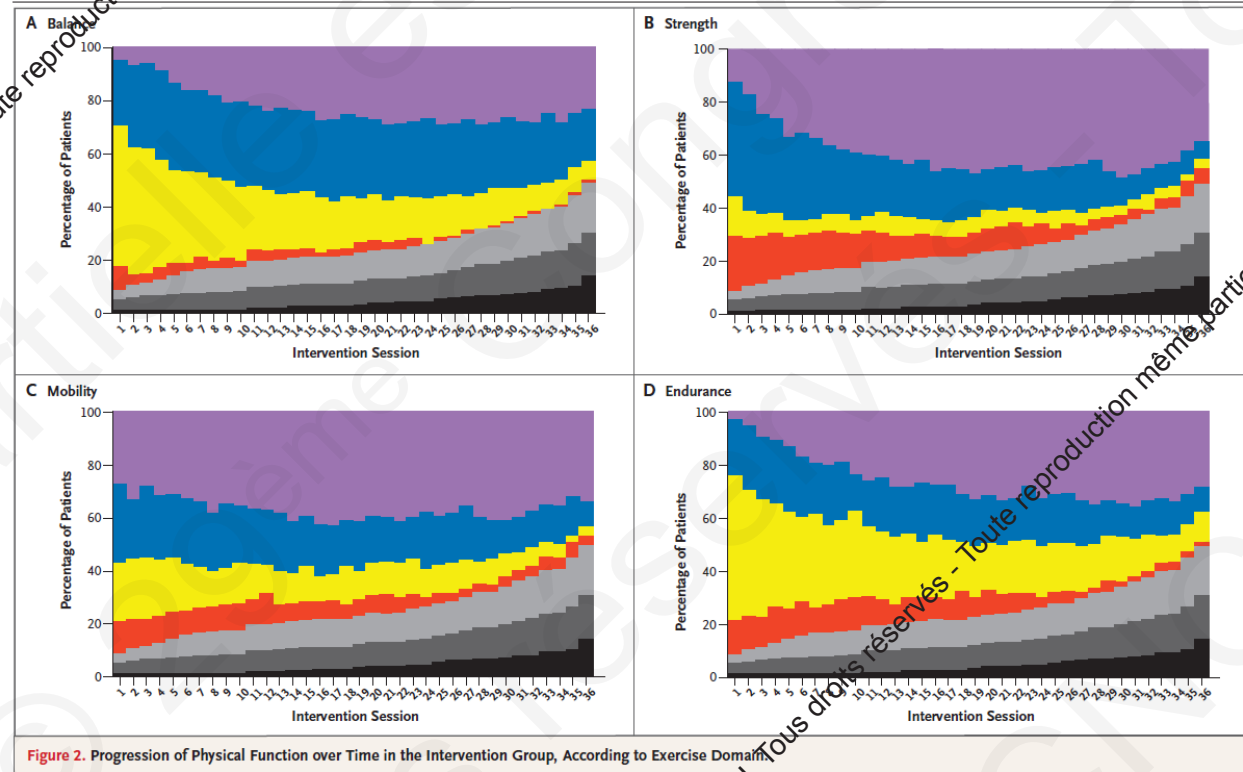


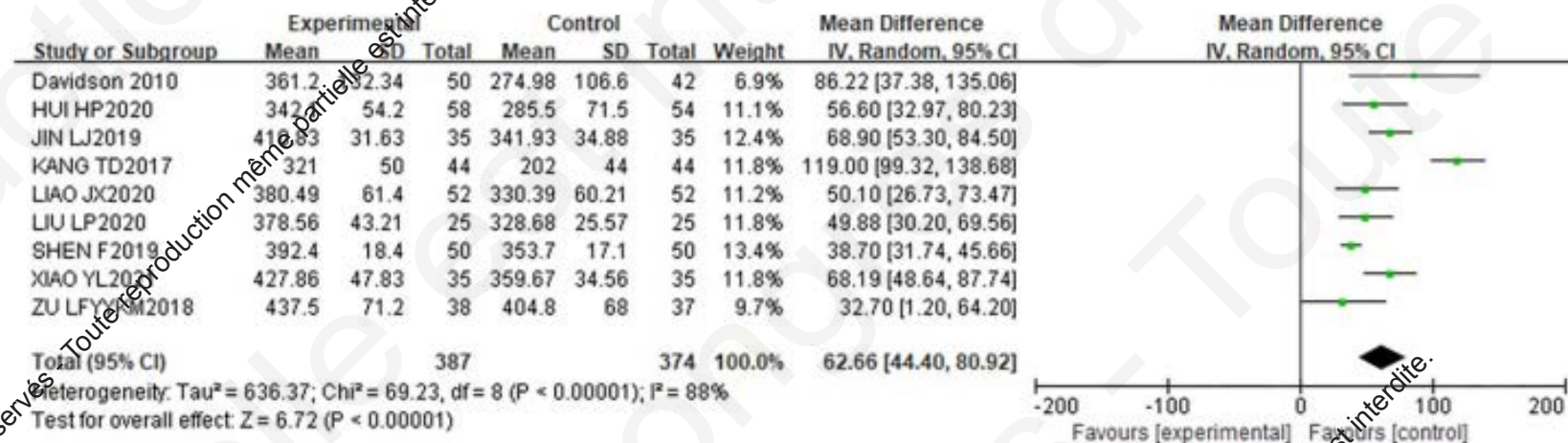
Figure 2. Progression of Physical Function over Time in the Intervention Group, According to Exercise Domain.

- 349 patients
- Mean age 72.7

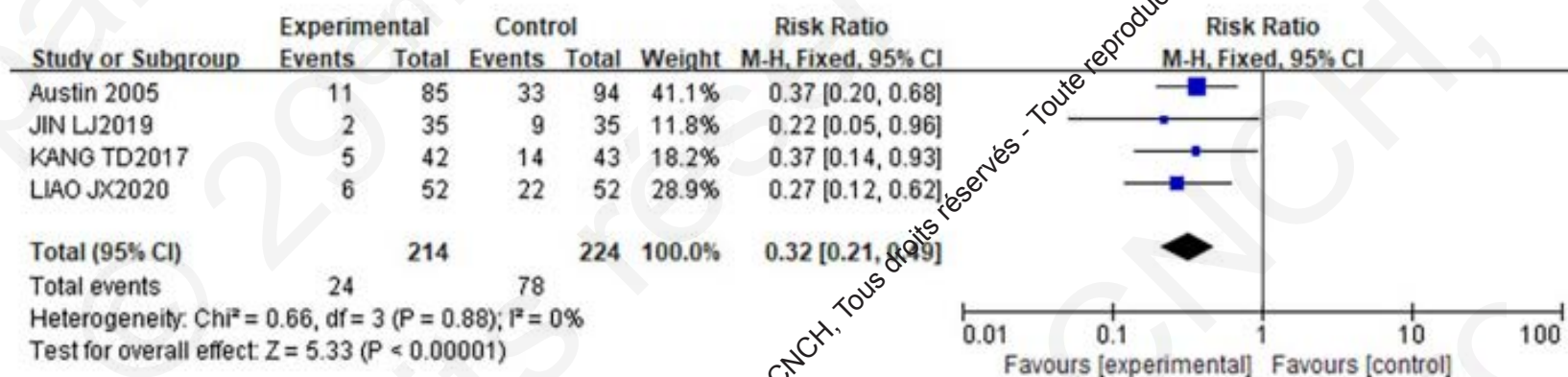
• **Secondary analyses :**  
A **significant interaction** was observed between baseline frailty status and the treatment arm for the primary trial end point of overall **SPPB score**, with a 2.6-fold larger improvement in SPPB with intervention **among frail patients (2.1; 95% CI, 1.3-2.9) vs prefrail patients (0.8; 95% CI, -0.1 to 1.6; P for interaction = .03).**

# Effects of cardiac rehabilitation on elderly patients with Chronic heart failure: A meta-analysis and systematic review

Zhuang Chen<sup>1\*</sup>, Ming Li<sup>1\*</sup>, Chenghua Yin<sup>1</sup>, Youbo Fang<sup>2</sup>, Ye Zhu<sup>1</sup>, Jing Feng<sup>1\*</sup>



**Fig 6. Influence of CR on 6MWT of patients.**



**Fig 7. Influence of CR on Readmission rate of patients.**



# RFE ICA Sujet Agé - Méthodologie



- 3 sociétés savantes
- 33 experts
  - 1 « tryptique » d'expert par question
- Questions PICO - Méthodologie GRADE
- 5 Champs différents
  - Pré-Hospitalier
  - Diagnostic
  - Thérapeutique
  - Filière de soins
  - Ethique
- 31 recommandations

Grade 1+ : « **il faut...** »

Grade 2+ : « **il faut probablement...** »

Grade 2- : « **il ne faut probablement pas...** »

Grade 1- : « **il ne faut pas...** »

En absence de littérature : avis d'experts

« **Les experts suggèrent...** »

29<sup>ÈME</sup>  
CONGRES  
CNCH



**Coordinateur d'expert : Pr Nicolas PESCHANSKI (CHU Rennes)**

**Organisateur SFMU : Dr Anthony CHAUVIN (APHP Lariboisière) – Président CREF**

## Experts



**Dr Florian ZORES (GMS Strasbourg)**

Dr Emmanuelle BERTHELOT (APHP  
Kremlin-Bicêtre)

Dr Clément DELMAS (CHU Toulouse) Pr

Michel GALINIER (CHU Toulouse)

Pr Nicolas GIRERD (CHRU Nancy)

Pr Patrick JOURDAIN (APHP - Kremlin-  
Bicêtre)

Pr Nicolas LAMBLIN (CHRU Lille) –

Dr Frédéric MOUQUET (CHP Le Bois - Lille)

Pr François ROUBILLE (CHU Montpellier)

Pr Rémi SABATIER (CHU Caen)

Dr Muriel SALVAT (CHU Grenoble)

Dr Bénédicte DOUAY (APHP - Beaujon)

Dr Delphine DOUILLET (CHU Angers)

Dr Cédric GIL-JARDINE (CHU  
Bordeaux)

Dr Jérémy GUENEZAN (CHU Poitiers)

Dr Pierrick LE BORGNE (CHU  
Strasbourg)

Pr Philippe Le CONTE (CHU Nantes)

Dr Mathieu OBERLIN (CH Sélestat)

Dr Geoffroy ROUSSEAU (CHU Tours)

Dr Barbara VILLOING (APHP - Cochin)

Dr Xavier DUBUCS (CHU Toulouse)

Dr Maxime JONCHIER (CH La Rochelle)

Dr Jean-Baptiste BOUILLON (CHU  
Clermont-Ferrand)

Pr Said Laribi (CHU Tours)

Pr Tahar Chouihed (CHU Nancy)



**Pr Jacques BODDAERT (APHP -  
Pitié-Salpêtrière)**

Dr Amaury BROUSSIER (APHP - CHU  
Créteil)

Dr Thomas GILBERT (Hospices Civils  
Lyon)

Pr Laure JOLY (CHRU Nancy)

Dr Marion PEPIN (APHP - Ambroise-  
Paré)

Pr Frédéric ROCA (CHU Rouen)



**3 : Q3-9 - Chez le patient âgé hospitalisé pour ICA, la mise au fauteuil et verticalisation dans les 48 h permet-elle de diminuer la morbi-mortalité (perte d'autonomie, durée d'hospitalisation événements indésirables graves ou réhospitalisations) ?**

**Recommandation 3.9** : Il est probablement recommandé **d'initier précocement une mobilisation**, voire un **programme d'exercice adapté**, chez les patients âgés pris en charge aux urgences pour une insuffisance cardiaque aiguë afin de **limiter la perte d'autonomie fonctionnelle**. (Grade G2+)





3 : Q3-5 - Chez le sujet âgé en ICA en structure d'urgence, l'arrêt des bêtabloquants à la prise en charge initiale permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.5** : Il ne faut probablement pas arrêter un traitement par **bêtabloquant** chez les patients âgés admis aux urgences pour décompensation cardiaque à fraction systolique altérée. En cas de nécessité de suspension de ce traitement, il conviendra de reprendre ce traitement avant la sortie hospitalière du patient. (Grade G2+)







3 : Q3-6 - Chez le sujet âgé en ICA en structure d'urgence, l'arrêt des IEC/ARAI à la prise en charge initiale permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.6.1** : Il est probablement recommandé de **ne pas arrêter** un traitement par **IEC ou ARAI** chez les patients âgés admis aux urgences pour **insuffisance cardiaque aiguë**. (Grade G2+)





3 : Q3-6 - Chez le sujet âgé en ICA en structure d'urgence, l'arrêt des IEC/ARAII à la prise en charge initiale permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.6.2** : Les experts suggèrent de **reprendre précocement les IEC/ARAII** (idéalement dans les 48 premières heures, au plus tard avant la sortie d'hospitalisation) à la **dose maximale tolérée** s'ils ont été suspendus en cas d'insuffisance rénale aiguë, d'hypotension artérielle ou d'hyperkaliémie.

(Avis d'experts)





3 : Q3-7 - Chez le sujet âgé ayant répondu au traitement de l'ICA, l'introduction précoce d'IEC/ARAII et/ou bêtabloquant et/ou anti-aldostérone permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.7.1** : Dans l'IC à FEVG altérée, les experts suggèrent l'introduction précoce en post-ICA :

a) d'un IEC (préférentiellement à un ARAII)

b) d'un bêtabloquant

dès l'obtention d'une stabilité hémodynamique.

(Avis d'experts)





### 3 : Q3-7 - Chez le sujet âgé ayant répondu au traitement de l'ICA, l'introduction précoce d'IEC/ARAII et/ou bêtabloquant et/ou anti-aldostérone permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.7.2** : Dans l'IC à FEVG altérée, chez un patient déjà sous IEC/ARAII, les experts suggèrent en post-ICA qu'un ARNi pourrait être initié précocement en remplacement du traitement par IEC ou ARAII, à une dose minimale initiale, sous surveillance de la tolérance clinique (pression artérielle) et biologique (fonction rénale). (Avis d'experts)





3 : Q3-7 - Chez le sujet âgé ayant répondu au traitement de l'ICA, l'introduction précoce d'IEC/ARAII et/ou bêtabloquant et/ou anti-aldostérone permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.7.3** : Dans l'IC à FEVG non altérée (FEVG > 40%), les preuves sont actuellement insuffisantes pour recommander l'initiation du traitement par IEC/ARAII ou par bêtabloquant.

(Absence de recommandation)





### 3 : Q3-7 - Chez le sujet âgé ayant répondu au traitement de l'ICA, l'introduction précoce d'IEC/ARAII et/ou bêtabloquant et/ou anti-aldostérone permet-elle de diminuer la morbi-mortalité ?

**Recommandation 3.7.4 : Quelle que soit la FEVG, les experts suggèrent d'envisager l'introduction précoce : a) d'un antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes (ARM), à une dose minimale initiale, sous surveillance de la tolérance clinique (pression artérielle) et biologique (fonction rénale et kaliémie) b) d'un inhibiteur sélectif du transporteur SGLT2 (SGLT2i ou glifozines).**

(Avis d'experts)





## Take home messages

- Implémenter les **recommandations chez le sujet âgé**
- Lutter contre l'**inertie thérapeutique**
- Des **recommandations spécifiques**
- **Optimisation thérapeutique** à adapter au sujet âgé
- Traitement **médical** et parcours spécifiques de **réadaptation**
- Lutter contre les **ré-hospitalisations** et améliorer la **qualité de vie**

29<sup>ÈME</sup>  
CONGRES  
CNCH



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Merci de votre attention

[amaury.broussier@aphp.fr](mailto:amaury.broussier@aphp.fr)

 @BroussierA



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



29<sup>ÈME</sup>  
CONGRES  
CNCH



Collège  
National des  
Cardiologues des  
Hôpitaux

## Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à [cnch@sfcadio.fr](mailto:cnch@sfcadio.fr)