

CAS COMPLEXE



APHAL Novembre 2023 - Strasbourg

Dr Alexia Hermitte et Dr Pauline Frery

CHR Metz-Thionville



Participation du Dr Noura Zannad

LE CAS CLINIQUE

M B Je
Né le 01/01/1935
175 cm, 75kg

Antécédents médicaux chirurgicaux

- 👁 AOMI, HTA, FA paroxystique
- 👁 Pacemaker (PM) double chambre mai 2022

Motif d'hospitalisation

Insuffisance cardiaque aigue congestive
Œdème massif des MI

Bilan à l'admission

81 kg à l'arrivée	PA 143/76 mmHg
NTproBNP 10 400	Troponine normale
DFG 65 mL/min	LDL 0,55
K+ 4,2 mM	HbA ₁ C 5,2%

ECG et contrôle du PM : FA persistante, stimulation VD 68% du temps

ETT : FeVG 30%, HTAP, OG dilatée 40 mL/m², IA et IM grade II, congestion

Traitements avant hospitalisation

Apixaban 5 mg, cp : 1/0/1
Nifedipine LP 30 mg, cp : 1/0/0
Candesartan 16 mg, cp : 1/0/0
Furosemide 40 mg, cp : 1/0/0

Date d'entrée à l'hôpital

Le 03 octobre

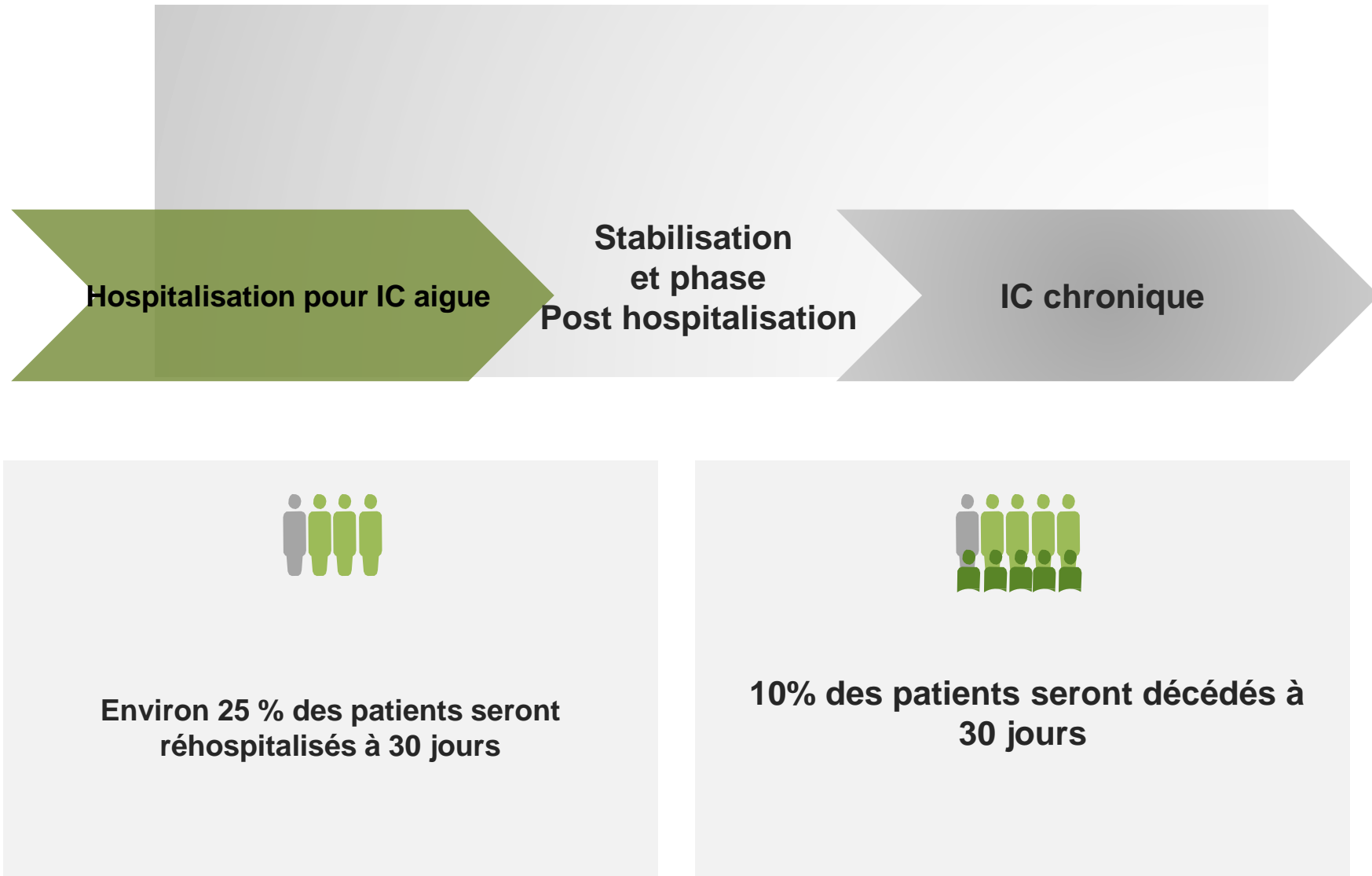
▶ Question 1 : cochez la ou les réponses justes

- A : L'introduction des cardiotropes constitue la première étape de prise en charge du patient
- B : La prise en charge des œdèmes est une priorité et elle se fait avant l'introduction des cardiotropes
- C : Le furosemide est indiqué pour la prise en charge des œdèmes
- D : L'association d'acetalozamide au furosemide est indiquée pour ce patient
- E : Un relais AOD (Anticoagulants Oraux Directs) vers héparine est nécessaire

▶ Question 2 : cochez la ou les réponses justes

- A : Il faut privilégier la prescription du dosage apixaban 2,5 mg plutôt que celui à 5 mg
- B : Le bisoprolol est indiqué pour ce patient
- C : L'introduction d'un inhibiteur des SGLT2 ou gliflozine est recommandé
- D : Le sacubitril valsartan est indiqué uniquement dans l'Insuffisance Cardiaque (IC) à FeVG conservée
- E : Le sacubitril valsartan n'est pas indiqué pour ce patient

CONTEXTE



► Mission 1 : décongestionner le patient

Protocole CARRESS : diurétiques IV

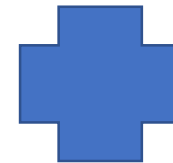
Palier	Dose furosemide à l'entrée	Doses suggérées	
		Furosemide IVSE	Hydrochlorithiazide
1	< 80 mg	125 mg/ 24h	0
2	80-160 mg	250 mg/24h	25 mg
3	160-240 mg	500 mg/24h	50 mg
4	> 240 mg	750 mg/24h	50 mg
5	Dobutamine 2 µ/kg/min si PAS < 110 mmHg et FE<40 %		

Adaptation toutes les 24 h pour diurèse entre 3 et 5 L/24h

- Si diurèse < 3 L → palier supérieur
- Si diurèse 3-5 L → même palier
- Si diurèse > 5 L → palier inférieur

IONOGRAMME SANGUIN + CREATININE TOUS LES JOURS

Original Article
**Acetazolamide in Acute
 Decompensated Heart Failure with
 Volume Overload**



Acetazolamide IV 500 mg/jour pendant 3J

=

Congestion ↓ + fort et + rapide

Contre indications :

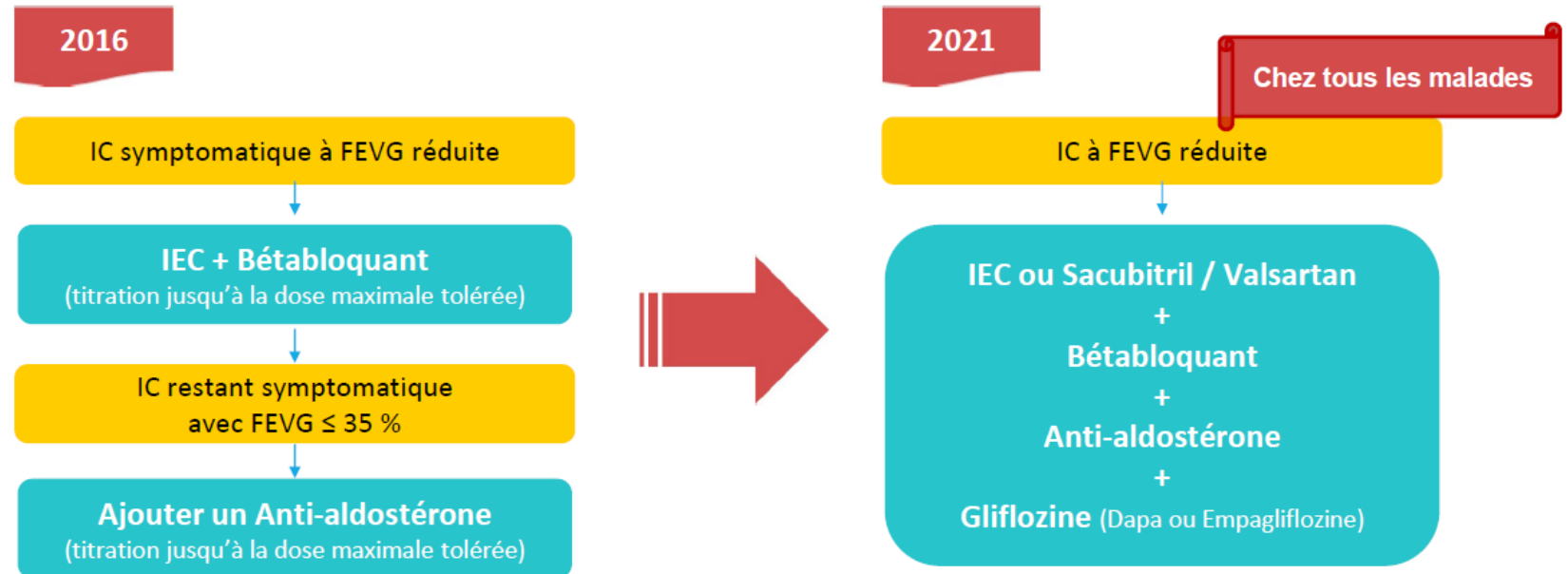
- DFG < 20mL/min;
- utilisation concomitante d'ISGLT2 (action sur tube contourné proximal)

▶ Mission 1 : décongestionner le patient

▶ Mission 2 : Introduire les cardiotropes

Recommandations ESC 2021

European Society of Cardiology
(recommandations 2021)



→ De récentes études suggèrent **une introduction rapide et simultanée de la quadrithérapie** :
(Recommandations américaines et européennes)



Étude PIONEERHF

Valsartan sacubitril versus enalapril

- Réduction significative du NT-ProBNP, des décès et des hospitalisations pour IC après 8 semaines de TTT
- La stratégie d'initiation à l'hôpital de l'association sacubitril/valsartan améliore les résultats cliniques sur 12 semaines par rapport à une stratégie d'initiation à la 8^{ème} semaine



Étude EMPULSE

Empagliflozine versus placebo

- Réduction la mortalité cardiovasculaire et les réhospitalisations pour IC
- Réduction significative des symptômes et amélioration des capacités à l'effort de la qualité de vie des patients, dès 15 jours de traitement

EMPULSE: Critères de stabilisation

All of the following criteria must apply for inclusion

1

PAS > 100 mmHg
et pas de
symptomes
d'hypotension
depuis plus de 6h

2

Pas
d'augmentation
de la dose de
diurétiques dans
les 6 dernières
heures

3

Pas de
vasodilatateurs
dans les 6
dernières heures

4

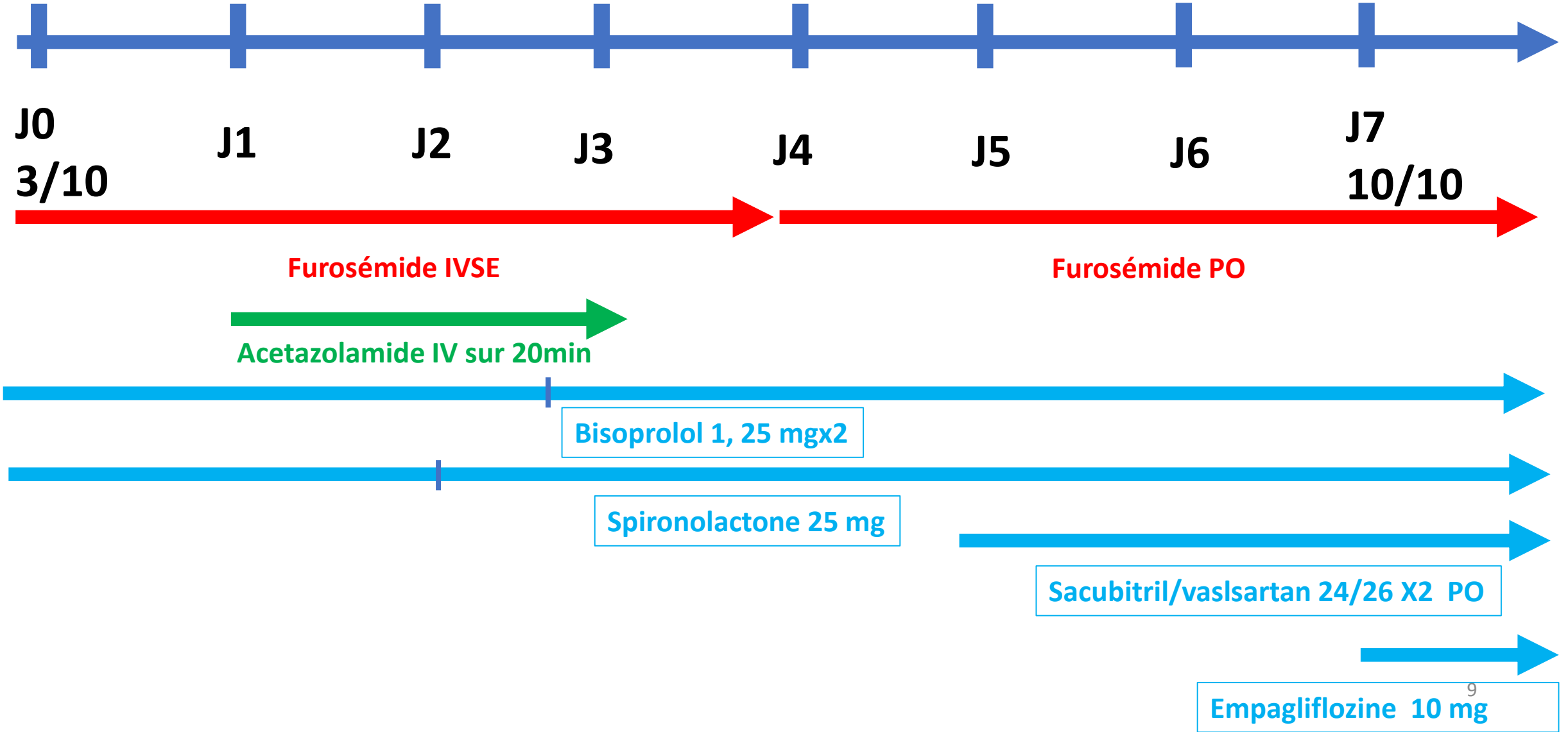
Pas d'inotropes
IV dans les
dernières 24h

Arrêt nifedipine et candesartan

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DURANT SON HOSPITALISATION

81 kg





Décongestion et introduction des cardiotropes



Posologie dans l'indication thérapeutique :

Prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les patients adultes atteints de fibrillation atriale non valvulaire (FANV) et présentant un ou plusieurs facteur(s) de risque tels que : antécédent d'AVC ou d'accident ischémique transitoire (AIT) ; âge ≥ 75 ans ; hypertension artérielle ; diabète ; insuffisance cardiaque symptomatique (classe NYHA \geq II)

Dose recommandée

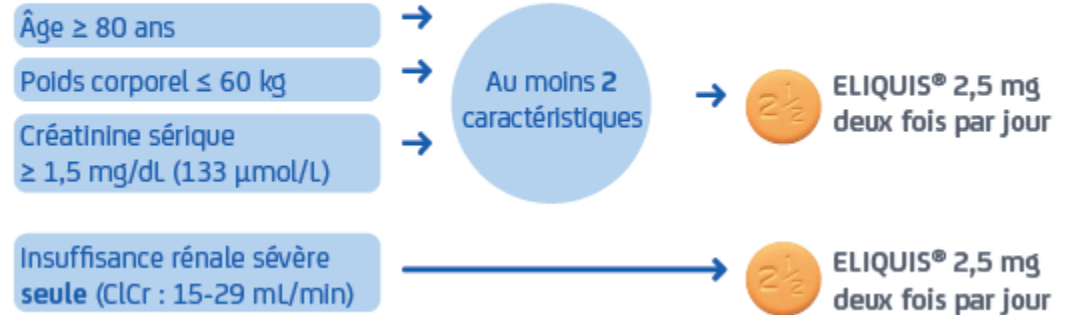
MATIN 	SOIR 
 ELIQUIS® 5 mg	 ELIQUIS® 5 mg

Le traitement doit être poursuivi à long-terme.

Diminution de dose

Chez les patients présentant au moins deux des caractéristiques suivantes pour l'âge, le poids et la valeur de la créatinine sérique.

Critères pour une réduction de la posologie d'ELIQUIS® à 2,5 mg deux fois par jour



La posologie est adaptée à l'indication
Pas de nécessité de relais vers héparine pour ce patient

Médicaments

- Apixaban 5 mg, cp : 1/0/1
- Sacubitril/Valsartan 24/26 mg, cp : 1/0/1
- Spironolactone 25 mg, cp : 0/1/0
- Empagliflozine 10 mg, cp : 1/0/0
- Furosemide 40 mg, cp : 2/1/0
- Bisoprolol 1,25 mg, cp : 1/0/1

- **Suivi biologique** un par semaine pendant 1 mois
- **Télésurveillance**
- **RDV** : médecin traitant dans la semaine, cardiologue dans les 15 jours, IPA dans 1 mois
- **Prise en charge rythmologique** :
 - cardioversion électrique + amiodarone ?
 - Resynchronisation cardiaque ?
- **Pas de coronarographie**
- **Vaccins**

- 71kg, PA 112/80 mmHg, FC 70, asymptomatique
- NYHA 2
- Pas de congestion clinique ni échographique
- NTproBNP 6200, DFG 50 mL/min

→ Majoration valsartan / sacubitril à 49/51 mg, cp : 1/0/1

RDV cardio de ville prévu le 16/11 + télésurveillance

▶ Après 3 à 6 mois

Le patient devrait recevoir :

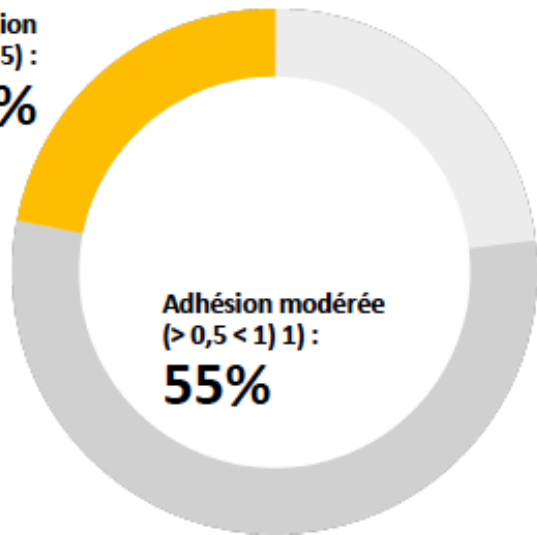
- La quadrithérapie de B-bloquant/Sacubitril-valsartan/antialdosterone/SGLT2i, à la dose cible ou maximale tolérée
- La plus faible dose de diurétiques possible
- Ivabradine si FC > 70 /min et RS



LA PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS POUR PROTÉGER VOS PATIENTS IC ⁴

- Étude : internationale, prospective, observationnelle et longitudinale de 6 669 patients ICFER en ambulatoire, recrutés entre 1 à 15 mois après hospitalisation pour insuffisance cardiaque et suivis à 6 mois (registre QUALIFY)
- Objectif du registre : évaluer l'impact de l'adhésion des médecins aux traitements recommandés de l'ICFER sur les résultats cliniques

Faible adhésion
(score $\leq 0,5$) :
22%



Bonne adhésion
(score = 1):
23%

- **Résultats** : la bonne adhésion aux traitements est associée à de meilleurs résultats cliniques après 6 mois de suivi par rapport à une adhérence modérée ou faible.
- Score allant de 0 = non prescription des traitements recommandés en l'absence de contre indications à 1 = prescription supérieure ou égale à 50% de la dose cible des traitements recommandés

Figure : adhésion globale aux traitements recommandés

▶ Question 1 : cochez la ou les réponses justes

- A : L'introduction des cardiotropes constitue la première étape de prise en charge du patient
- B : La prise en charge des œdèmes est une priorité et elle se fait avant l'introduction des cardiotropes
- C : Le furosemide est indiqué pour la prise en charge des œdèmes
- D : L'association d'acétazolamide au furosemide est indiquée pour ce patient
- E : Un relais AOD (Anticoagulants Oraux Directs) vers héparine est nécessaire

▶ Question 2 : cochez la ou les réponses justes

- A : Il faut privilégier la prescription du dosage apixaban 2,5 mg plutôt que celui à 5 mg
- B : Le bisoprolol est indiqué pour ce patient
- C : L'introduction d'un inhibiteur des SGLT2 ou gliflozine est recommandé
- D : Le sacubitril valsartan est indiqué uniquement dans l'Insuffisance Cardiaque (IC) à FeVG conservée
- E : Le sacubitril valsartan n'est pas indiqué pour ce patient

▶ Question 1 : cochez la ou les réponses justes

- A : L'introduction des cardiotropes constitue la première étape de prise en charge du patient
- **B : La prise en charge des œdèmes est une priorité et elle se fait avant l'introduction des cardiotropes**
- **C : Le furosemide est indiqué pour la prise en charge des œdèmes**
- **D : L'association d'acétazolamide au furosemide est indiquée pour ce patient**
- E : Un relais AOD (Anticoagulants Oraux Directs) vers héparine est nécessaire

▶ Question 2 : cochez la ou les réponses justes

- A : Il faut privilégier la prescription du dosage apixaban 2,5 mg plutôt que celui à 5 mg
- **B : Le bisoprolol est indiqué pour ce patient**
- **C : L'introduction d'un inhibiteur des SGLT2 ou gliflozine est recommandé**
- D : Le sacubitril valsartan est indiqué uniquement dans l'Insuffisance Cardiaque (IC) à FeVG conservée
- E : Le sacubitril valsartan n'est pas indiqué pour ce patient

MERCI POUR VOTRE ATTENTION



**DES QUESTIONS ? (PAS TROP
COMPLIQUÉ)**