

Une pathologie souvent méconnue

L'insuffisance cardiaque du sujet âgé: le point de vue du cardiologue

Cette pathologie est souvent méconnue par la population générale comparée à l'infarctus. Seuls 3% de la population connaissent les symptômes de l'IC contre 31% pour l'infarctus du myocarde et 51% pour l'accident vasculaire cérébral (2). L'incidence de l'IC augmente de façon exponentielle avec l'âge avec une véritable explosion dans la décennie 85-94 ans. Malgré des progrès importants dans la prise en charge des patients, le diagnostic de l'IC est souvent difficile surtout chez les patients atteints de pathologies multiples comme les sujets âgés.

L'insuffisance cardiaque (IC) est une complication fréquente de nombreuses cardiopathies (tab. 1) et peut-être définie par une incapacité de l'un ou l'autre ventricule à produire un débit adapté aux besoins métaboliques de l'organisme sans augmenter ses pressions de remplissage (mécanisme de Starling). Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, de mortalité et de morbidité dans le monde. Elle reste la cause d'hospitalisation la plus fréquente chez les patients âgés de plus de 65 ans. Il y a quelque 150 000 insuffisants cardiaques en Suisse et l'on estime que ce nombre va doubler dans les vingt ans à venir (1) en raison notamment du vieillissement de la population.

Quelles sont les causes d'IC chez le sujet âgé

Certaines modifications cardiovasculaires physiologiques liées à l'âge augmentent la susceptibilité à l'IC: les modifications du remplissage ventriculaire (diminution de compliance, fibrose du myocarde), l'augmentation de la contribution auriculaire, la diminution des réponses à la stimulation adrénergique (3). Chez le sujet âgé, les principales causes d'IC sont la maladie ischémique et la cardiopathie hypertensive.

L'insuffisance cardiaque à fonction systolique altérée (IC-FSA) ou préservée (IC-FSP)

Une fraction d'éjection <40-45% correspond à une altération de la fonction systolique (IC-FSA). Il faut noter que >40% de patients âgés porteurs d'IC présentent une fonction systolique préservée (IC-FSP). Cette condition d'IC-FSP est souvent trompeuse car elle correspond à une anomalie de la relaxation du myocarde souvent sans HVG et avec une fonction du ventricule gauche +/- normale. Les critères diagnostiques de ce syndrome clinique ont toutefois été bien précisés par l'ESC: présence de signes ou de symptômes d'insuffisance cardiaque, présence d'une fonction systolique ventriculaire gauche normale ou faiblement anormale (FE \geq 45-55%), mise en évidence de troubles de la relaxation ou de la distensibilité du ventricule gauche (4). En général, les patients d'IC-FSP sont plus âgés, plutôt féminines, et présentent une prévalence plus grande pour l'hypertension artérielle, la fibrillation auriculaire (FA), le diabète et l'insuffisance rénale. Par contre, les patients en IC-FSA sont plutôt masculins



Dr Nuray Yarol
Lausanne

avec une plus grande prévalence pour la maladie coronarienne, le diabète, la dyslipidémie, et l'histoire d'une consommation de tabac (5).

Diagnostic: Les signes et symptômes

Les symptômes classiques de l'IC sont la fatigue, la dyspnée, l'orthopnée, les œdèmes des membres inférieurs, la tachycardie. Mais chez les sujets âgés, un patient sur trois présente plus de six pathologies associées, quelles soient respiratoire, rénale, une démence, une anémie et souvent une hypertension artérielle. Il est alors délicat de rechercher chez ces patients les signes cliniques classiques de l'IC, ces manifestations peuvent être tout à fait atypiques.

- ▶ La dyspnée d'effort reste difficilement interprétable pour une origine cardiaque car ces patients limitent leurs efforts alors que l'orthopnée reste un bon argument pour une étiologie cardiaque à la dyspnée.
- ▶ Les œdèmes périphériques sont souvent présents et peuvent être le signe d'une insuffisance veineuse chronique.
- ▶ La tachycardie est plus rare du fait de la désensibilisation des bêta-récepteurs chez le sujet âgé ou si le patient présente une anémie associée, peut être injustement imputé à celle-ci.
- ▶ La fatigue est souvent présente et en rapport avec le bas débit mais des troubles du comportement, une perte d'autonomie, des chutes à répétition peuvent être des signes de l'IC chez le sujet âgé.

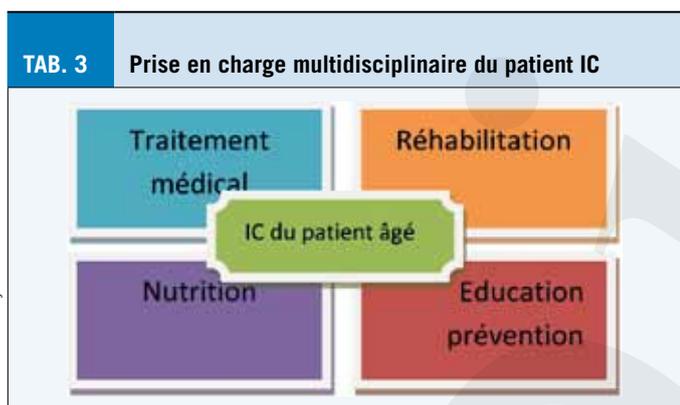
TAB. 1 Étiologies de l'IC	
Ischémie myocardique Aiguë Chronique Cardiopathies valvulaires Toxique ou médicamenteuse Alcool Anthracyclines Cardiopathie hypertensive Cardiopathies restrictives II Amylose Hémochromatose	Métabolique: Thyrotoxicose, Myxœdème Cardiomyopathie idiopathique Dilatée Hypertrophique Restrictive Myocardite Radique Divers: Anémie, Tachycardie persistante, Shunts artérioveineux, Communication interventriculaire

Source: Dr Nuray Yarol

Source : adapté des guidelines de l'ESC

TAB. 2 Médication	
Médicaments	IC-FSA symptomatique (NYHA II-IV)
IEC	indiqué
B-Bloquants	indiqué
Antagoniste des Recp de l'angio II	Indiqué si intolérance IEC
Diurétiques	Indiqué si rétention hydrosodé
Antagoniste des minéralocorticoïdes (AMR)	Indiqué si symptomatique sous B-bloquant/IEC
Ivabradine	Peut être considéré en association avec B-Bloquant à dose optimale si RC sinusale > 70 bpm
Digoxine	Peut-être considéré si FA et RC mal contrôlé sous B-Bloquant

Source: Dr Nuray Yarol



- Les râles crépitants doivent être recherchés après une toux du fait d'une hypoventilation alvéolaire fréquent.
- L'auscultation cardiaque à la recherche de bruits anormaux chez le patient âgé est surtout utile pour rechercher une cause à l'IC (nouveau souffle? Majoration d'un souffle existant?)
- Les signes d'IC droite tel que des jugulaires turgescents, le reflux hépato jugulaire, l'hépatomégalie douloureuse peuvent chez ces patients mimer une pathologie abdominale.

La présentation atypique de l'IC du sujet âgé doit faire rechercher systématiquement les co-morbidités qui peuvent modifier les signes cliniques. La classification NYHA n'est pas toujours utilisable chez la personne âgée pour déterminer la sévérité de l'IC. Les décompensations sont fréquemment favorisées par des « facteurs déclenchants » dont la recherche doit être systématique. Il s'agit le plus souvent de la survenue d'une arythmie par FA, d'une poussée hypertensive, d'un épisode ischémique aigu, d'une infection bronchopulmonaire parfois urinaire ou d'une anémie. L'examen clinique complet est important!

Les examens diagnostiques

L'ECG est rarement normal à cet âge mais s'il l'est cela permet d'exclure une IC.

La radiographie du thorax lorsqu'elle est réalisable peut poser des problèmes d'interprétation du fait de lésions associées (emphyseme, osseuses).

L'échographie cardiaque est l'examen de choix pour préciser l'existence, le type et l'origine de l'IC mais malheureusement, elle reste sous-utilisée dans la pratique courante. Cet examen permet la distinction entre l'IC-FSA et l'IC-FSP et permet ainsi d'optimiser le traitement et d'envisager un pronostic (6).

Les examens biologiques permettent de rechercher une cause de la décompensation: une anémie, une dysthyroïdie, un diabète méconnu, un facteur ischémique (troponine), un facteur infectieux associé. Le dosage de la créatininémie permet d'adapter les différents traitements de l'IC. Quand au marqueur de l'IC, le BNP, l'étude BED a montré qu'il n'était ni suffisamment sensible ni suffisamment spécifique chez le sujet âgé. L'étude TIME-CHF a comparé la stratégie de suivi de l'IC guidée par les symptômes versus guidée par le BNP (7). Celle-ci suggère que chez les patients de plus de 75 ans, il n'y a aucun bénéfice à les suivre avec le BNP inversement aux patients de moins de 75 ans. Un taux de BNP < 100 pg/ml va contre le diagnostic d'IC mais il n'est observé que chez peu de patients âgés.

Dès lors l'évaluation gériatrique complémentaire est incontournable, car il faut déterminer la fragilité du patient avec toutes ses co-morbidités sur un certain nombre de critères à savoir la fonction cognitive (MMSE), l'autonomie et activités de la vie quotidienne (IADL), l'état nutritionnel, les antécédents de chute, du nombre de médicaments, des hospitalisations répétées, l'entourage familial.

Traitement médicamenteux

Dans l'IC-FSA, les grandes études de morbi-mortalité réalisées avec les IEC (CONSENSUS, TRACE...) (8), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARB) (CHARM) et les β -bloquants (CIBIS II, MERIT HF) ont démontré que ces classes de médicaments amélioreraient la survie et le taux d'hospitalisation des patients avec IC-FSA indépendamment de l'âge, mais un âge > 65 (70) ans a souvent été un critère d'exclusion de ces études. Face au bénéfice apporté par ces classes, les recommandations internationales conseillent, en première intention, l'association IEC (ou ARB en cas d'intolérance) et bêtabloquants. Dans IC sévère, les études RALES et EMPHASIS ont montré que la spironolactone et l'éplérenone, antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (AMR), ont également un effet bénéfique chez les patients en IC modérée à sévère.

Parallèlement, l'étude SHIFT, a montré que l'ivabradine, bloquant des canaux If du nœud sinusal, améliore la morbi-mortalité chez des patients avec IC-FSA en rythme sinusal supérieure ≥ 70 bpm (8).

Chez le sujet âgé le traitement de l'IC doit suivre les recommandations de la littérature; il faut éviter la sous-médication mais leur instauration doit être prudente, à petites doses, et leur augmentation doit être progressive. Les inotropes positifs n'améliorent pas la survie des patients en IC mais peuvent améliorer les symptômes lors de bas débit ou de surcharge hydrique en association avec des diurétiques (tab. 2). Lors d'une décompensation, les inotropes peuvent permettre de passer un cap.

Il est primordial d'avoir de la part du patient, une bonne observance du traitement médicamenteux notamment ceux contre-indiqués (AINS, corticostéroïdes), une surveillance du poids et des symptômes et en cas de dyspnée ou de prise de poids un contact rapide avec son médecin pour l'ajustement du traitement. Il faut

également tenir compte de la fragilité (score de fragilité TRST) propre aux sujets âgés, des co-morbidités et de la polymédication. Le but principal est de préserver l'indépendance du patient et une qualité de vie dans le cadre d'une prise en charge coordonnée multidisciplinaire. Les mesures générales non médicamenteuses ne doivent pas être négligées chez les sujets âgés (tab. 3).

Traitement non médicamenteux

La resynchronisation cardiaque est devenue un outil thérapeutique essentiel dans le traitement de l'IC (NYHA (II)-III-IV/IV) en rythme sinusal (ou FA même si le bénéfice attendu est moindre) avec un élargissement marqué du QRS et un BBG, la limite de la FEVG est à 35%. Il n'existe pas de données spécifiques chez le sujet âgé mais il n'y a pas de limite d'âge pour envisager une resynchronisation CRT-P en revanche le choix d'un CRT-D est plus discuté en fonction des co-morbidités.

L'âge, à lui seul, n'est pas une contre-indication à la chirurgie cardiaque. Les patients âgés sélectionnés peuvent tirer des bénéfices majeurs de la chirurgie cardiaque, la revascularisation coronaire chirurgicale de même que le remplacement valvulaire aortique (mortalité < 10% chez les octogénaires). Mais les patients âgés ont souvent des co-morbidités qui peuvent contre-indiquer la chirurgie. Heureusement, des approches non chirurgicales de réparation valvulaire ont vu le jour depuis une dizaine d'années. La sténose aortique serrée peut-être traité par voie percutanée (TAVI) et devient une option de traitement. Le Mitraclip est une méthode validée de prise en charge des patients ayant une insuffisance mitrale importante avec une instabilité hémodynamique sous traitement médical optimal et une contre-indication à la chirurgie.

Message à retenir

- ◆ L'IC du sujet âgé est une pathologie grave dont le pronostic reste sévère
- ◆ Face à cette épidémie croissante, mieux vaut s'habituer à reconnaître et traiter cette pathologie chez les personnes âgées en respectant leurs fragilités et leurs qualités de vie
- ◆ L'IC-FSP est plus fréquente qu'on ne le pense et peut aussi contribuer à égarer le diagnostic
- ◆ La susceptibilité des sujets âgés aux effets secondaires et les fréquentes contre-indications nécessitent des précautions rigoureuses de prescription et de compliance thérapeutique
- ◆ Le pronostic sera amélioré par une approche pluridisciplinaire et un suivi strict des patients
- ◆ Le grand âge ne limite pas les thérapies valvulaires et chirurgicales mais nous devons tenir compte de la fragilité du patient
- ◆ Les soins palliatifs doivent faire partie intégrante de la prise en charge du suivi du patient en IC avancée

Chez les patients en IC avancée, sans co-morbidités et une bonne espérance de vie, l'assistance ventriculaire pourrait bientôt être proposée en « destination therapy » en Suisse. Il est important de préciser que ces types de traitement s'adressent à des patients bien sélectionnés.

Avec le vieillissement de la population, nous devons également accorder une importance aux soins palliatifs et notamment à domicile, chez les patients en IC avancée. Ces soins ne visent pas à guérir, mais à atténuer les signes et symptômes tant physiques que psychologiques qui contribuent à la souffrance globale en fin de vie et nécessite l'accord du patient et de sa famille. L'objectif est de favoriser l'humanisation des soins en fin de vie. Cependant, la mise en pratique de cette approche se heurte souvent à la difficulté d'identification des patients et une prise en charge pluridisciplinaire.

Abréviations:

HVG: Hypertrophie du Ventricule Gauche
IADL: Instrumental Activities of Daily Living
MMSE: Mini Mental Status Examination
TRST: Triage Risk Screening Tool
CRT-P: Cardiac Resynchronization Therapy-Pacemaker
CRT-D: Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillator

Dr Nuray YAROL

Cheffe de clinique en Cardiologie
Secteur insuffisance cardiaque et transplantation
CHUV Lausanne
nuray.yarol@chuv.ch

✚ Conflit d'intérêts:

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Références:

1. Société Suisse de Cardiologie, office fédéral de la statistique
2. Remme WJ. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. Eur Heart J November 2005; 26: 2413-2421
3. Gardin JM et al. Left ventricular diastolic filling in the elderly: The Cardiovascular Health Study. Am J Cardiol 1998;82:345-51
4. Paulus WJ et al. How to diagnose diastolic heart failure: a consensus statement on the diagnosis of heart failure with normal left ventricular ejection fraction by the Heart Failure and Echocardiography Associations of the ESC. Eur Heart J 2007;28:2539-2550
5. Bhatia RS et al. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study. N Engl J Med 2006;355:260-9
6. Rigolli M, Whalley G. Heart failure with preserved ejection fraction. J Geriatr Cardiol 2013;10:369-376
7. Pfisterer M et al. BNP-guided vs symptom-guided heart failure therapy: the Trial of Intensified vs Standard Medical Therapy in Elderly Patients With Congestive Heart Failure (TIME-CHF) randomized trial. JAMA 2009;301:383-92
8. John JV et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J 2012;33:1787-1847