



Atelier 4 : Déprescription et patient âgé en retour à domicile

Dr Julien AZZI Praticien Hospitalier
Unité de Soins Continus gériatriques
Service de Médecine Gériatrique Aigue
CHRU Nancy-Brabois

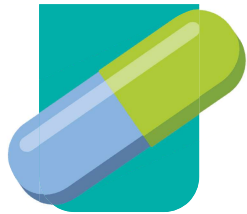
Dr Pierre LE QUINIO Pharmacien Omedit Grand Est



Utile un jour,
utile toujours ?

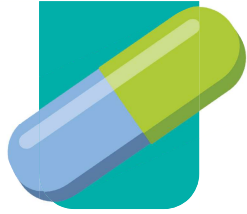


1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**



DÉCLARATION DE LIEN D'INTERETS

Aucun

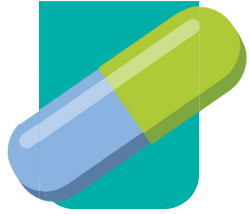


LES PERSONNES ÂGÉES CONSOMMENT BEAUCOUP DE MÉDICAMENTS...

Plus du tiers des prescriptions concerne des patients de plus de 65 ans (15% population) :

- ils consomment 40% des médicaments pris en ville
- 96,5% prennent au moins 1 médicament
- 47% prennent de 5 à 10 médicaments : Polymédication
- 25,2 % en prennent plus de 10 : Hyperpolymédication

(au dessus de 3 médicaments : interactions complexes difficilement prévisibles)



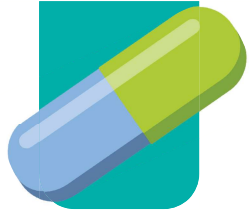
ET EN SONT VICTIMES...

Iatrogénie = coût humain et économique considérable
≈ 12 000 décès / an, 130 000 hospitalisations / an

3 x plus fréquentes après 65 ans, plus sévères

10% des hospitalisations du sujet âgé, 20% après 80 ans

Plusieurs études récentes montrent qu'une partie de cette iatrogénèse est évitable...
pour 30 à 60% !



PARCOURS MULTIMODAUX S'INTÉRESSANT À LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE



B JACK Programme RED ReEngineered hospital Discharge

- janvier 2006 à octobre 2007 700 patients
- diminution de 30,5% du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie ($p < 0,01$)



S LEGRAIN Intervention OMAGE (Optimisation of Medication in AGEd)

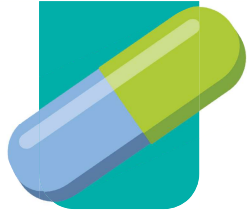
- avril 2007 à octobre 2008 665 patients âge moyen 86 ans
- diminution de 30,5% du recours à l'hospitalisation à 90 jours de la sortie ($p < 0,1$)



A PHATAK Etude IPITCH (Impact of Pharmacist Involvement in the Transitional Care of High Risk Patients)



- novembre 2012 à juin 2013 341 patients âge moyen 55 ans
- diminution de 36% du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie ($p < 0,001$)



... ENTRAINENT DES TRAITEMENTS INADAPTÉS CHEZ LE SUJET AGÉ

L'excès de traitement : **Overuse**

Utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou d'efficacité démontrées (SMR insuffisant)

La prescription inappropriée : **Misuse**

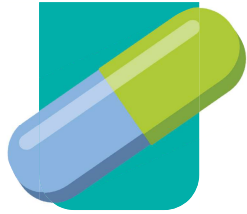
Utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus (ex : posologie/durée inadaptée)



Déprescription ?

L'insuffisance de traitement : **Underuse**

Absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité (dépression, ostéoporose, trouble du rythme, trouble tensionnel, Ins coronarienne, douleurs, BPCO, ...)



OUTILS D'AIDE A LA DEPRESCRIPTION

- **Liste de BEERS (2023)**

«American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults »

- Nouvelle « liste de Laroche » = liste REMEDIES (2021)

REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S) :
French implicit and explicit criteria

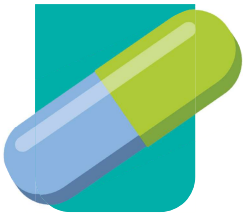
- **Outil STOPP START V3 (2023)**

- Guide PAPA (2015)
- Site SFPC « Groupe de travail » « Gériatrie »
- Les médicaments potentiellement inappropriés adaptation de la liste EU(7)PIM à la pratique médicale française Thérapie (2020)

- **OMEDIT Normandie « liste médicaments écrasables » (2023)**

- **OMEDIT Grand Est : Médicaments potentiellement inappropriés (2025)**

- OMEDIT Lorraine : Guide du Bon Usage des Médicaments en Gériatrie à destination des EHPAD (2015)



LORSQU'ON ARRÊTE UN TRAITEMENT

1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

Démarche **DICTIAS**

Diagnostic ?	—————>	Réponse OK si : Documenté ?
Indication ?	—————>	RCP /RBP ?
Contre indication(s) ?	—————>	Voir le RCP
Tolérance ?	—————>	Y a t'il mieux? (STOPP/START)
Intéraction(s)?	—————>	Voir le RCP
Ajustement posologie ?	—————>	Caractéristiques patient
Sécurité / suivi ?	—————>	Importance ATP

DICTIAS plus ajoute les :

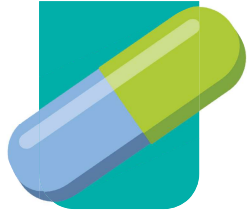
Recherche de traitements si ostéoporose, fractures avec faible trauma ou chutes répétées :

Recherche de traitements si BPCO modérée ou sévère :

Recherche de traitements cardio-vasculaires (FA, IC, diabète, artériosclérose, ...)

Médicaments de
l'ostéoporose, calcium, vit D
Bronchodilatateurs inhalés
de longue durée d'actions

*Source : Optimiser l'utilisation des médicaments Witold Jarzebowski, Joël Belmin
– Gériatrie pour le praticien 4ème édition 2022*



CAS CLINIQUE 1

Femme 92 ans



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Consultation orientée « mémoire » le 11 06 2024 : plainte mnésique isolée (proches ++)

Habitus

2 filles, seule à domicile (maison avec étage et jardin), veuve depuis 2 ans, AM 1 X/semaine, livraison des repas 3 X/semaine, aide par ses filles si besoin, bonne entente familiale, une canne simple pour les déplacements en extérieur

ATCD

syndrome anxio dépressif (post veuvage), HTA, dyslipidémie, hernie hiatale, sciatalgies non permanentes

Traitements :

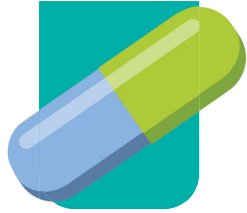
Mirtazapine 30 mg 0-0-1

Amlodipine 10mg 0-0-1

Pantoprazole 20mg 1-0-0

Atorvastatine 20 mg 0-0-1

Paracétamol Si besoin



CAS CLINIQUE 1

Femme 92 ans



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Consultation orientée « mémoire » le 11 06 2024 : plainte mnésique isolée (proches ++)

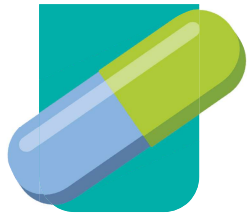
Anamnèse :

Plainte mnésique isolée (proches ++), RAS par ailleurs, bon état général, pas de doléance particulière, incontinence partielle non invalidante (protections) une chute sans conséquence dans son jardin il y a un mois (en plantant des fleurs)

ECG : normal

Examen physique : sans point d'appel, TA 135/75 mmHg, Poids 50 kg, Taille 1 m 65 IMC 18,4

Organisation HdJ « mémoire » fin 2024 (Kiné, bilan autonomie, évaluation sociale)
et rédaction d'une ordonnance pour IRMc en externe



CAS CLINIQUE 1

Femme 92 ans

Le **12/07/2024** appel en catastrophe de sa fille car sa mère « ne va pas bien du tout » :

AEG, asthénie, nausées, chutes itératives depuis 2 jours et le retour à domicile ...

MT en vacances refuse le 15 ...

Hospitalisation pendant 5 jours pour un « problème cardiaque » (en service de cardiologie ?)

Traitements :

Mirtazapine 30 mg 0-0-1

Amlodipine 10mg 0-0-1

Pantoprazole 20mg 1-0-0

Atorvastatine 20 mg 0-0-1

Paracétamol Si besoin



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Nouveaux Traitements en sortie de cardiologie :

Mirtazapine 30 mg 0-0-1

Amlodipine 10mg 0-0-1

Pantoprazole 20mg 1-0-0

Atorvastatine 80 mg 0-0-1

Kardégic 75mg 0-1-0

Furosemide 40mg 2-2-0

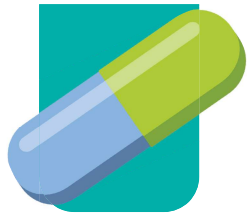
Bisoprolol 10mg 1-0-0

Entresto 49/51mg 1-0-1

Dapagliflozine 10mg 1-0-0

Eplérénone 25mg 1-0-0

Oxazépam 10mg 0-0-1



CAS CLINIQUE 1

Femme 92 ans

Le 12/07/2024 je vois la patiente en consultation
à 14 h

Anamnèse peu instructif, pas de CR d' hospit...

TA 85 / 55 mmHg coucher, 71 / 56 mmHg debout

FC 46 bpm (sinusale à l'ECG)

Aucun signe de surcharge

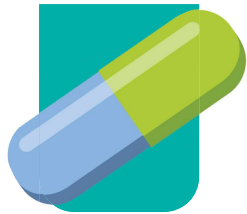


Refus catégorique d'une
hospitalisation
Refuse la biologie ...
DA rédigée ...



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Mirtazapine 30 mg	0-0-1
Amlodipine 10mg	0-0-1
Pantoprazole 20mg	1-0-0
Atorvastatine 80 mg	0-0-1
Kardégic 75 mg	0-1-0
Furosemide 40 mg	2-2-0
Bisoprolol 10 mg	1-0-0
Entresto 49/51 mg	1-0-1
Dapagliflozine 10 mg	1-0-0
Eplérénone 25 mg	1-0-0
Oxazépam 10 mg	0-0-1



CAS CLINIQUE 1



INSUFFISANCE CARDIAQUE

À VOUS DE JOUER !



OU

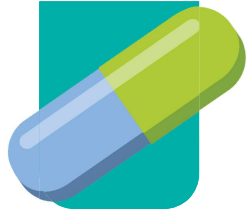
RDV sur le site

www.wooclap.com

Code évènement:

JRIDEC





QUE FAITES VOUS ?

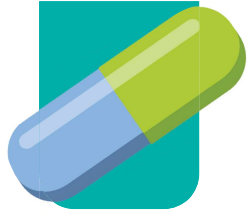
ARRÊT DE TOUS LES TRAITEMENTS ?

ARRÊT DES TRAITEMENTS CARDIO VASCULAIRES UNIQUEMENT ?

ARRÊT DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES UNIQUEMENT ?

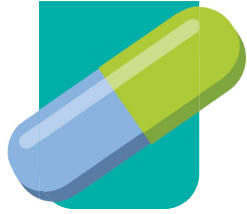
BAISSE CIBLÉE DES POSOLOGIES DE CERTAINS TRAITEMENTS ?

**AU DIABLE L'AVIS DE LA PATIENTE, VOUS ATTACHEZ ET SÉDATEZ MME G POUR
L'ENVOYER DE FORCE AUX URGENCES ?**



INSUFFISANCE CARDIAQUE DU SUJET ÂGÉ AVEC FE RÉDUITE (FE)

QUE NOUS RACONTE LA LITTÉRATURE ?

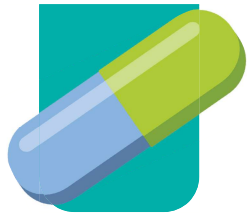


IC : UNE ERRANCE DIAGNOSTIQUE LOURDES DE CONSÉQUENCES (LIVRE BLANC IC 2021)

- Une des 1ères causes d'Hospitalisation
- **1 500 000 malades**
- **200 000 hospitalisations/an**
- **1 patient/2 re-hospitalisé dans l'année**
- **1 patient/3 décède dans l'année**
- **Fragilité = 50% des patients IC**
- Retentissement majeur sur la QdV (50% des personnes se déclarent en très mauvaise santé)
- 2,5 milliards d'€/an (=2% des dépenses de santé)



1 décès toutes les 7 min
70 000 décès / an
7X plus que les IDM
2x plus que les cancers

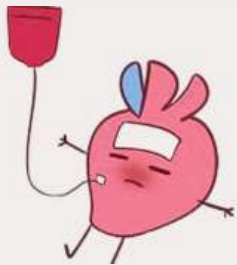


IC ET SES DIFFÉRENTS PHÉNOTYPES : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

IC À FE RÉDUITE FEVG $\leq$ 40 %

- Plus la FE est réduite, plus la survie est faible
(ESC Mc Murray 2012)
- Dans environ 2/3 des cas, une **coronaropathie** est la cause de l'ICFE réduite
(ESC Mc Murray 2012)



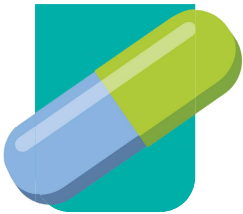
IC À FE MODÉRÉMENT RÉDUITE : FEVG ENTRE 41 ET 49 %

- Caractéristiques en moyenne plus proches de celles de l'ICFE réduite, avec une coronaropathie dans 50 à 60% des cas



IC À FE PRÉSERVÉE FEVG $\geq$ 50%

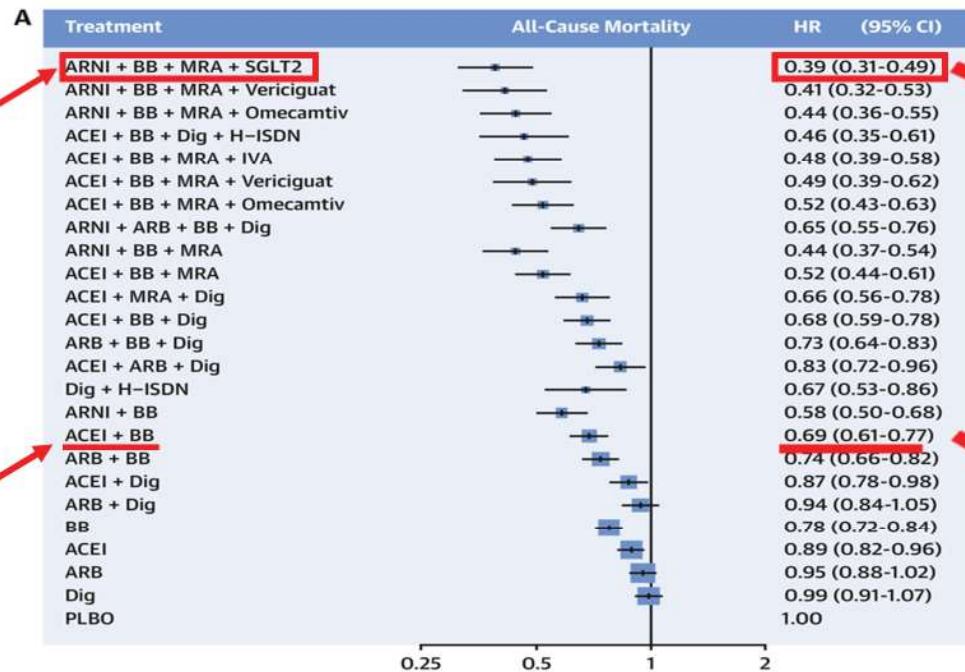
- Concerne > 50% des IC
prévalence augmente de 1% / an (Adarniczak 2021)
- **% + élevé chez les personnes âgées : environ 60-70% après 80 ans** (Hanon 2021)
- Diagnostic complexe et donc très souvent retardé
- Hospitalisation en augmentation : **> 50% des hospitalisation pour IC** (ESC Pieska 2020)



INSUFFISANCE CARDIAQUE (DU SUJET ÂGÉ) AVEC FE RÉDUITE

A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Pharmacological Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction J Am Coll Cardiol HF, 2022 Feb, 10 (2) 73–84

CENTRAL ILLUSTRATION: Relative Risk Reduction of Different Pharmacological Treatment Combinations for Heart Failure

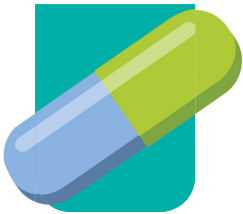


Entre 1987 et 2020 :
75 études / 95 000 patients

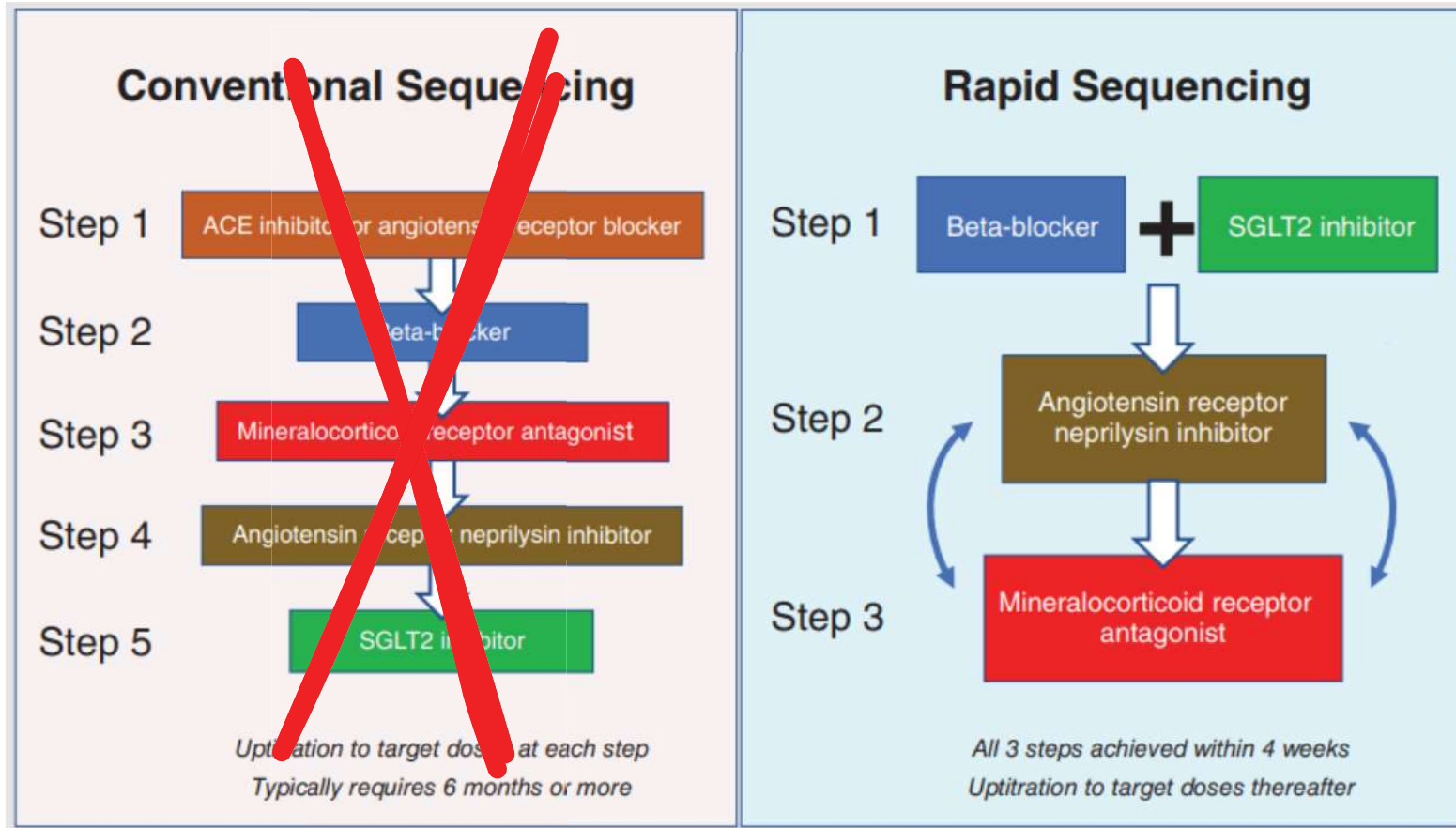
- 61% mortalité (toutes causes)

*“The estimated additional number of life-years gained for a 70-year-old patient on ARNi, BB, MRA, and SGLT2i was **5.0 years** (2.5-7.5 years) compared with no treatment in secondary analyses”*

- 31% mortalité



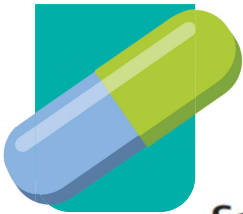
INSUFFISANCE CARDIAQUE (DU SUJET ÂGÉ) AVEC FE RÉDUITE



LES 3 ÉTAPES :
EN 4 SEMAINES !

...
MAIS BASÉES
SUR DES
DONNÉES
EMPIRIQUES

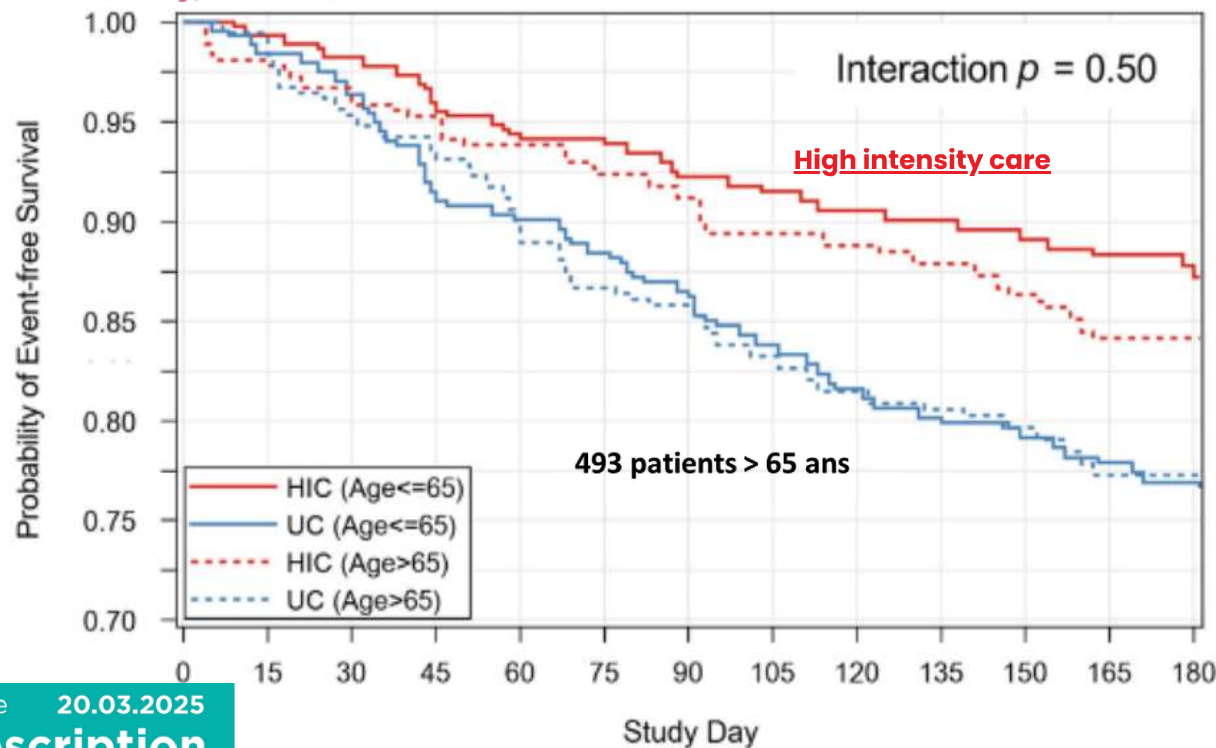
...



INSUFFISANCE CARDIAQUE (DU SUJET ÂGÉ) AVEC FE RÉDUITE

Safety, tolerability, and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial

Alexandre Mebazaa, Beth Davison, Ovidiu Chioncel, Alain Cohen-Solal, Rafael Diaz, Gerasimos Filippatos, Marco Metra, Piotr Ponikowski, Karen Sliwa, Adriaan A Voors, Christopher Edwards, Maria Novosadova, Koji Takagi, Albertino Damasceno, Hadiza Saidu, Etienne Gayat, Peter S Pang, Jelena Celutkienė, Gad Cotter



2018 à 2022

1078 patients

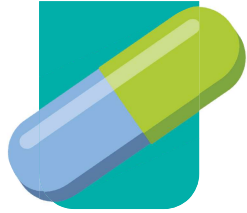
87 hôpitaux

14 pays

Critère principal : mortalité toutes causes et réhospitalisation pour IC à J180

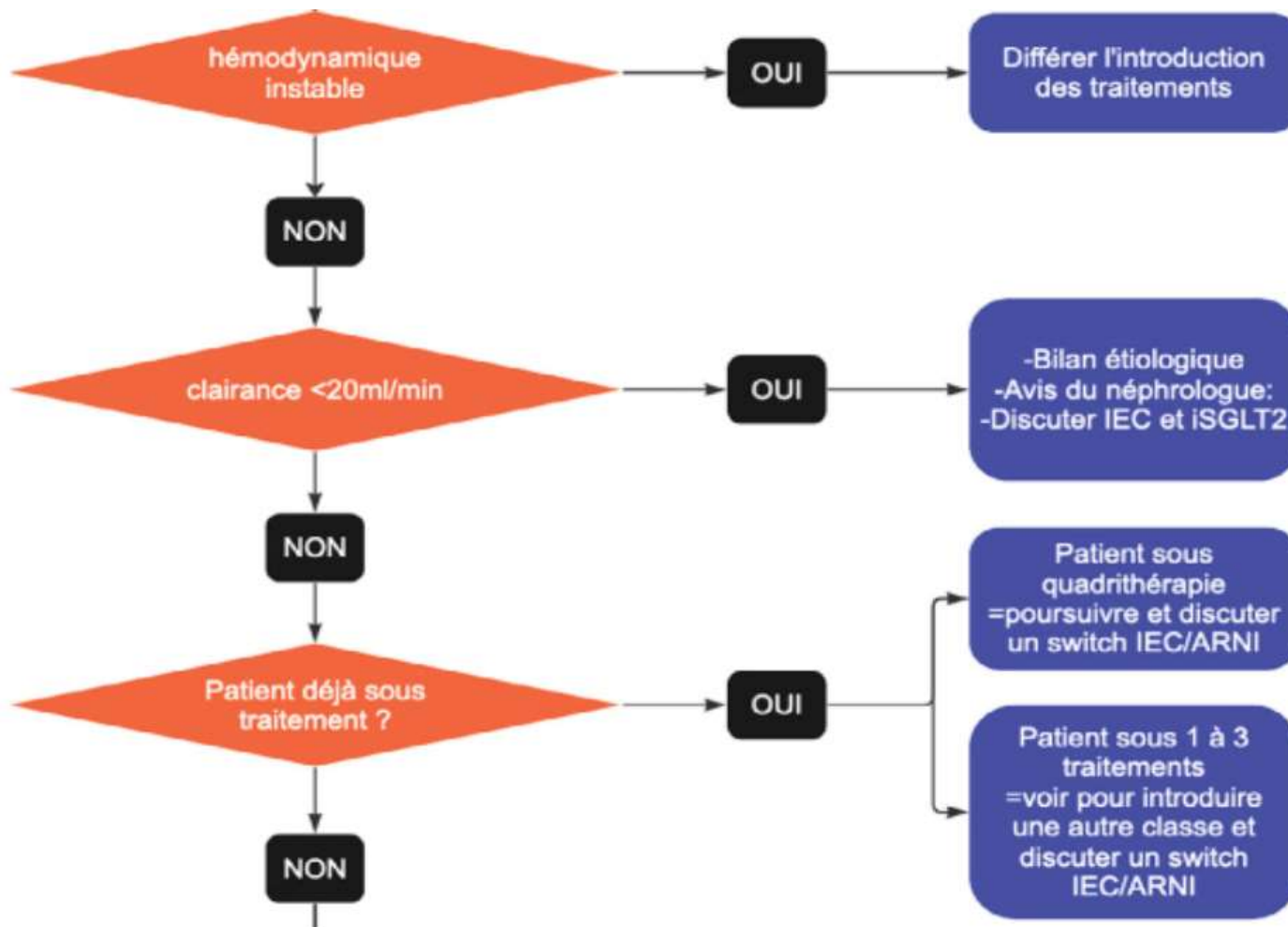
Favorable aussi concernant la qualité de vie **et quelque soit l'âge mais < 20% de + 75 ans et aucun patient > 85 ans et aucune analyse de fragilité ...**

Biais majeur : SGLT2 < 10% !!!???

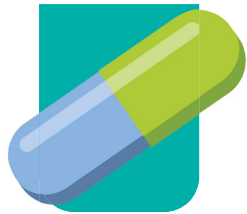


Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%

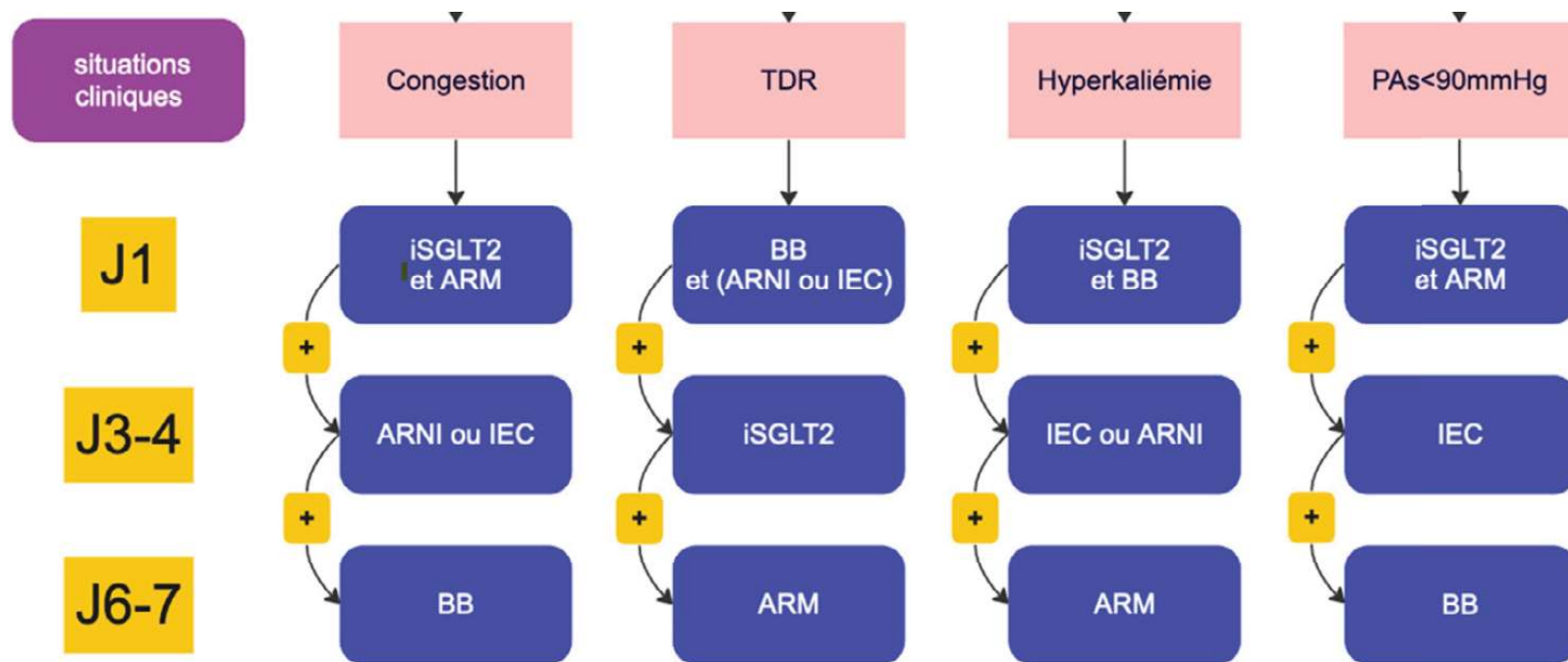
1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

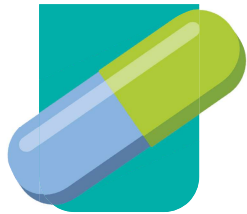


C. Charbonnel, A. Jagu, C. Vannier et al. -
Annales de cardiologie et d'angéiologie - 2023

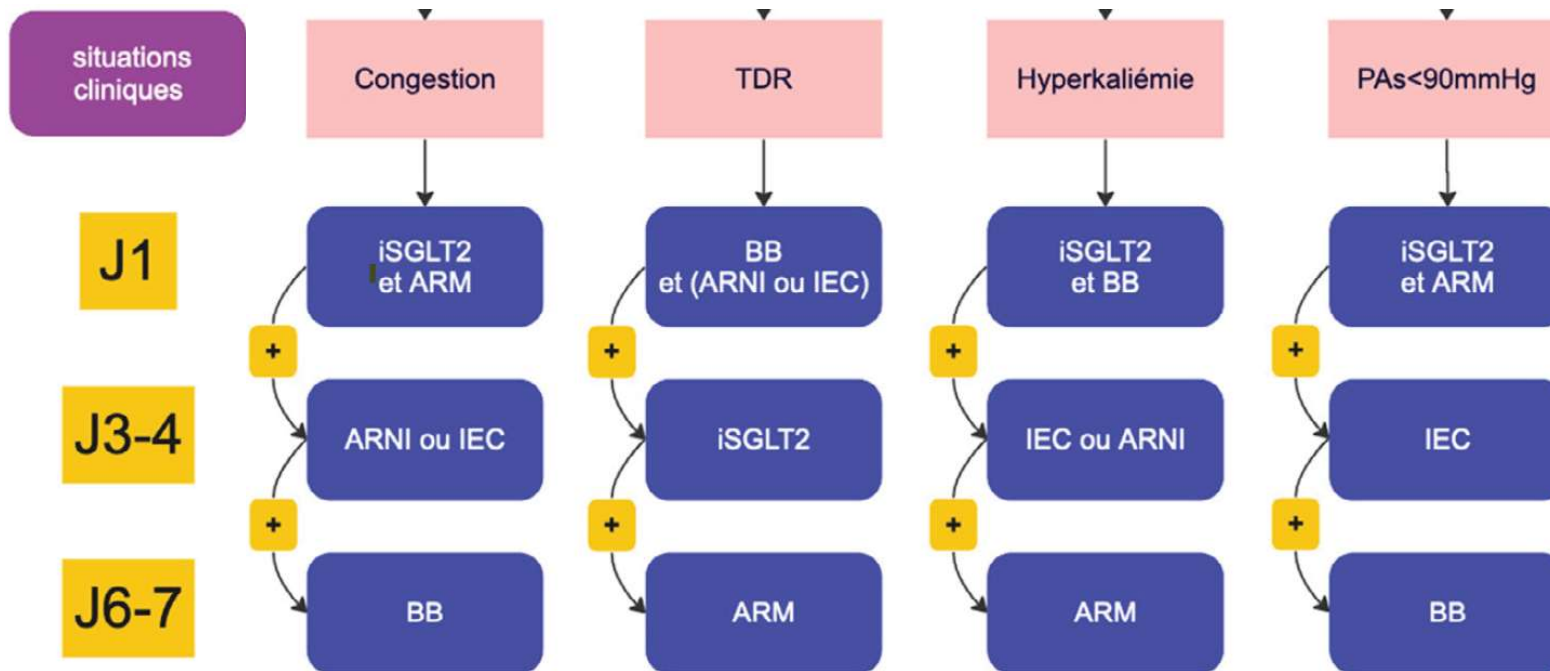


Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%





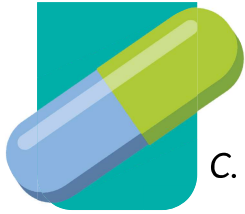
Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%



BEH Santé publique France
4 Mars 2025

« Epidémiologie des maladies CV » :

- < 50% des patients traités selon les recommandations à un an de l'hospitalisation aiguë
- 80% des traitements non introduits à l'hôpital ne le seront pas par la suite
- Les femmes reçoivent moins fréquemment les traitements recommandés que les hommes (41% vs 54,5%)



Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%

C. Charbonnel, A. Jagu, C. Vannier et al. - Annales de cardiologie et d'angéiologie - 2023

1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

BB :

Molécules possibles : Bisoprolol, Nébivolol, Carvédilol, Succinate de Métoprolol

Posologie du premier palier :

Bisoprolol 1,25mg un cp matin

Nébivolol 5mg un quart de cp matin

Carvédilol 6,25 mg un demi cp matin et soir

Métoprolol succinate LP 23,75 mg un demi cp matin

Posologie cible :

Bisoprolol 10mg un cp matin

Nébivolol 5mg deux cp matin

Carvédilol 25mg un cp matin et soir (50mg matin et soir si poids > 85 kg)

Métoprolol succinate LP 200 mg un cp matin

Principales CI : ATCD d'allergie, BAV2 ou 3, ischémie critique de jambe

Précautions : Asthme, dysfonction VD, NYHA IV, congestion persistante

IEC :

Molécules possibles : Ramipril, Enalapril, Lisinopril, Trandolapril

Posologie du premier palier :

Ramipril 2,5mg un cp matin

Enalapril 5mg un demi cp matin et soir

Lisinopril 5mg un cp matin

Trandolapril 0,5mg un cp matin

Posologie cible :

Ramipril 10mg un cp matin

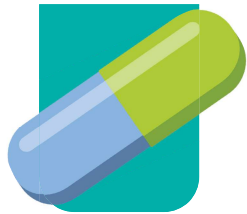
Enalapril 20mg un demi cp matin et soir (dose max 40mg)

Lisinopril 20mg un cp matin (dose max 35mg)

Trandolapril 4mg un cp matin

Principales CI : ATCD d'angioœdème ou d'allergie, sténose bilatérale des artères rénales, femme enceinte

Précautions : clairance < 30ml/min, K⁺ > 5 mmol/l, PAS < 90 mmHg



Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%

C. Charbonnel, A. Jagu, C. Vannier et al. -
Annales de cardiologie et d'angéiologie - 2023

1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

1^{er} réflexe à adopter en tant que
prescripteur pour les gliflozines



ARM :

Molécules possibles : Eplérénone,
Spironolactone

Posologie 1^{er} palier :

Eplérénone : 25 mg un comprimé par jour
Spironolactone : 25 mg un demi-comprimé
par jour

Posologie cible :

Eplérénone : 25 mg deux comprimés par jour
Spironolactone : 50 mg un comprimé par jour

Principales contre-indications : Clairance <
20 ml/min, potassium sérique > 5,5 mmol/l

Précautions : Clairance < 30 ml/min,
potassium sérique > 5 mmol/l

iSGLT2 :

Molécules possibles : Empagliflozine,
Dapagliflozine

Posologie 1^{er} palier :

Empagliflozine : 10 mg un comprimé par jour
Dapagliflozine : 10 mg un comprimé par jour

Posologie cible :

Empagliflozine : 10 mg un comprimé par jour
Dapagliflozine : 10 mg un comprimé par jour

Principales contre-indications :

Prescription concomitante d'acétazolamide,
clairance < 20 ml/min, infection urogénitale
en cours, grossesse

Précautions : Diabète de type 1 et pression
artérielle systolique < 100 mmHg

ARNI :

Molécule possible : Sacubitril-Valsartan

Posologie 1^{er} palier :

Sacubitril-Valsartan : 24/26 mg un
comprimé matin et soir

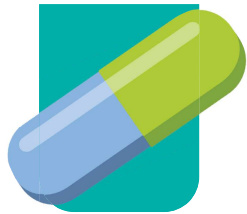
Posologie cible :

Sacubitril-Valsartan : 97/103 mg un
comprimé matin et soir

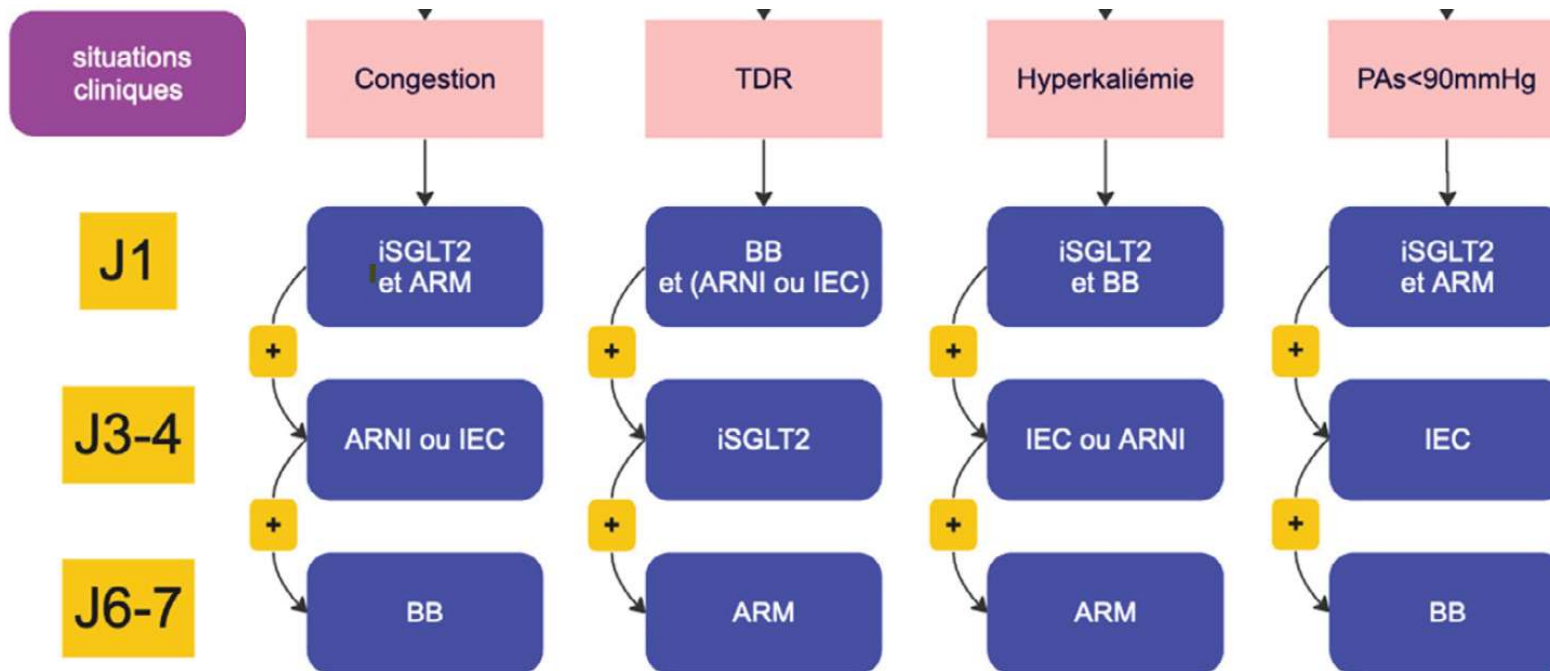
Principales contre-indications :

Antécédents d'angioœdème ou d'allergie,
sténose bilatérale des artères rénales,
femme enceinte, clairance < 30 ml/min

Précautions : Washout IEC > 36 heures,
potassium sérique > 5 mmol/l, pression
artérielle systolique < 90 mmHg



Introduction hospitalière des traitements de l'IC à FEVG < 50%

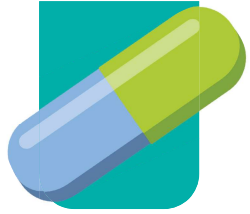


Quid de la personne âgée fragile et vulnérable ? :

« discuter remplacement ARNi/IEC »

« espacer rythme d'introduction des classes et des posologies »

« s'aider de la réalisation de scores de fragilité et d'un avis gériatrique »

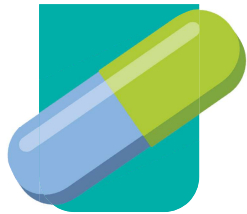


Chez les patients de plus de 75 ans avec TRST ≥ 2

Triage Risk Screening Tool (TRST)

Chaque item correspond à 1 point

1. Déficit cognitif
2. hospitalisation récente (< 3 mois)
3. Trouble de la marche ou chutes
4. Polymédication (≥ 5 traitements)
5. Perte d'autonomie pour les activités quotidiennes

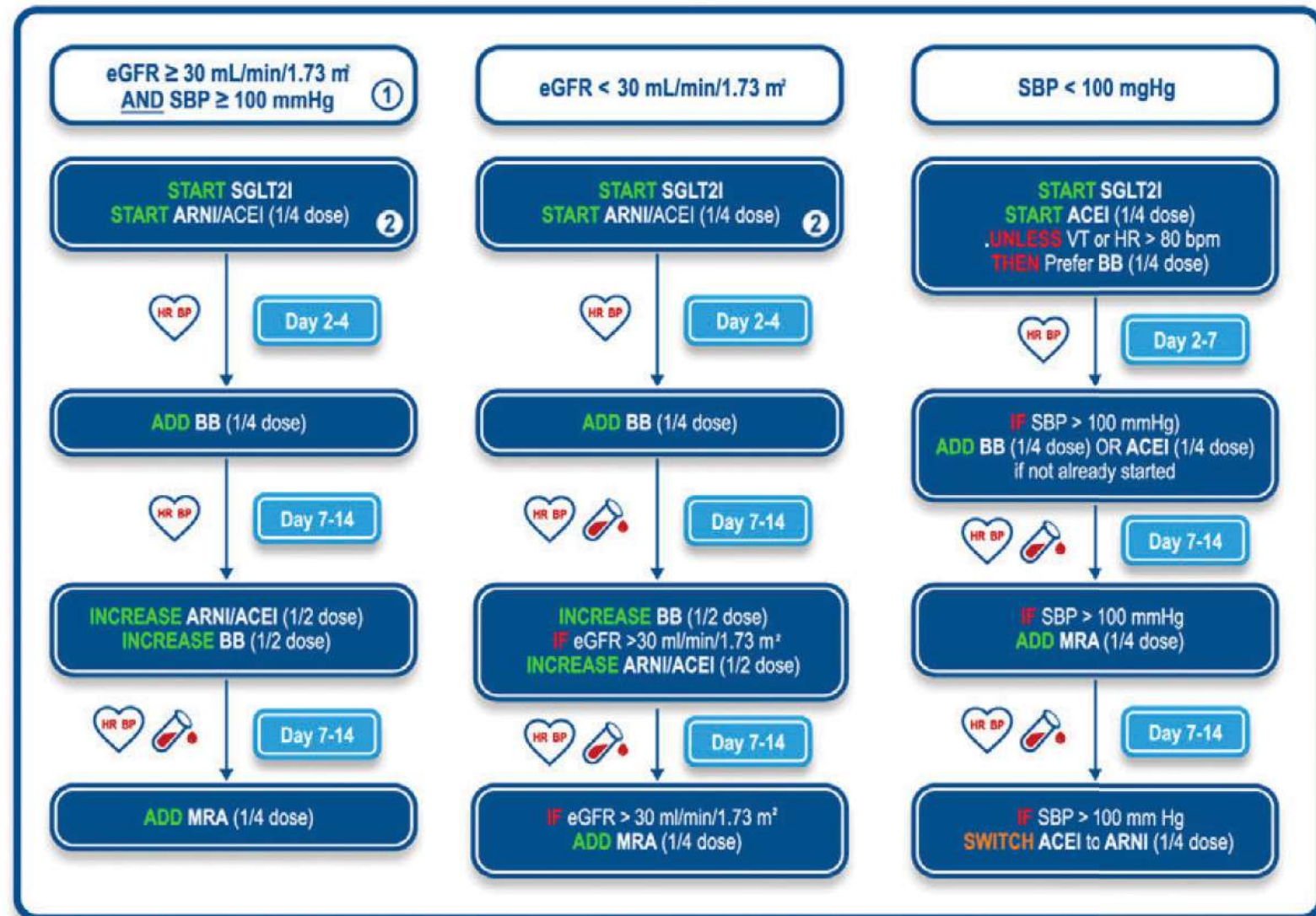


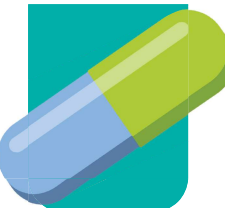
Évaluation Gériatrique Complète

Comorbidités
Fonction cognitive
Risque de chute
Autonomie
Statut nutritionnel
Polymédication
Dépression
Statut vaccinal
Isolement social

- Les doses de départ doivent être de 1/4 de la dose complète (sauf pour SGLT2).
- Augmenter les doses par 1/4 de dose.
- La dose finale sera plus souvent inférieure aux cibles habituelles (sauf pour SGLT2).
- Néanmoins, la titration aux doses maximales tolérées chez les personnes âgées doit être tentée chaque fois que possible.

Si patient > 75 ans et TRST ≥ 2





Chez les patients de plus de 75 ans avec TRST ≥ 2

ARRÊTER LA TITRATION dans les cas suivants :

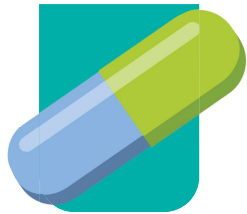
- PAS < 100 mm Hg
- Chutes
- Hypotension orthostatique
- Déclin de la fonction rénale

Objectif à la sortie ou 30 jours après le début du traitement :

SGLT2i : dose complète
ARNi et BB : $\frac{1}{2}$ dose (ou dose complète si tolérée)
MRA : $\frac{1}{4}$ dose (ou $\frac{1}{2}$ dose si tolérée)

TITRATION DES QUATRE MÉDICAMENTS

- **AUGMENTER LA DOSE TOUTES LES 2 SEMAINES** jusqu'à ce que la dose maximale tolérée soit atteinte.
- **AUGMENTER 1-2 MÉDICAMENTS EN MÊME TEMPS.**
- **RÉDUIRE LES DIURÉTIQUES** chaque fois que possible.
- **VÉRIFIER LA FONCTION RÉNALE** et la **KALIEMIE** entre chaque titration



CAS CLINIQUE 1



INSUFFISANCE CARDIAQUE

À VOUS DE JOUER !



OU

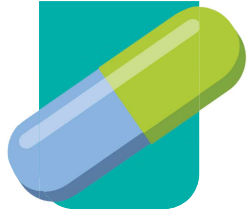
RDV sur le site

www.wooclap.com

Code évènement:

JRIDEC





DANS LE CADRE DE L'OPTIMISATION DES TRAITEMENTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE À FEVG ALTÉRÉE (CHEZ LE SUJET ÂGÉ) ET PARMI CES BÉTABLOQUANTS LEQUEL(S) DOIT(VENT) VOUS FAIRE INITIER UNE DÉMARCHE DE DÉPRESCRIPTION ?

Bisoprolol

•

Aténolol

•

Carvédilol

•

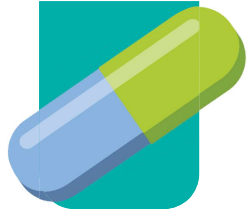
Métoprolol

•

Propranolol

•

Nébivolol



CAS CLINIQUE 2

Femme 78 ans

Patiente vu en consultation (gériatrique), seule, à la demande de son médecin traitant pour asthénie et une plainte mnésique isolée

Habitus

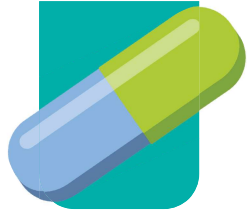
Vit seule à domicile, autonome, conduit encore, assez isolée socialement, une fille à proximité aidante au besoin, assez rétive à consulter, consultation de cardiologie 10 ans auparavant

ATCD

HTA, RGO, extrasystolie atriale bénigne, arthrose, dépression (depuis son veuvage 5 ans auparavant), canal carpien bilatéral (2020)

Traitements

Amlodipine 5mg ; Bisoprolol 2,5 mg ; Périndopril 4 mg ; Fluoxétine 20 mg ; Pantoprazole 20mg ; Paracétamol en prises quotidiennes ; Vitamine D 100 000Ui 1A/mois



CAS CLINIQUE 2

Femme 78 ans

Anamnèse

Aucune doléance particulière, hormis effectivement une asthénie marquée avec nécessité d'une sieste quotidienne, plainte mnésique qu'elle met sur le compte de l'ennui, hypoacousie constatée

Examen physique

Dyspnée stade III/IV, OMI péri-malléolaires, crépitants jusque 1/3 champ, symétriques, petite turgescence jugulaire, RAS par ailleurs

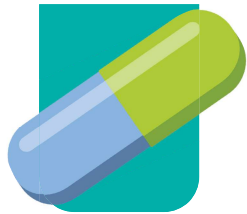
Constantes

TA 142/88 mmHg (-> 111/82 mmHg debout 3')

ECG

Microvoltage des QRS en frontal, normal par ailleurs, Fc 52 bpm

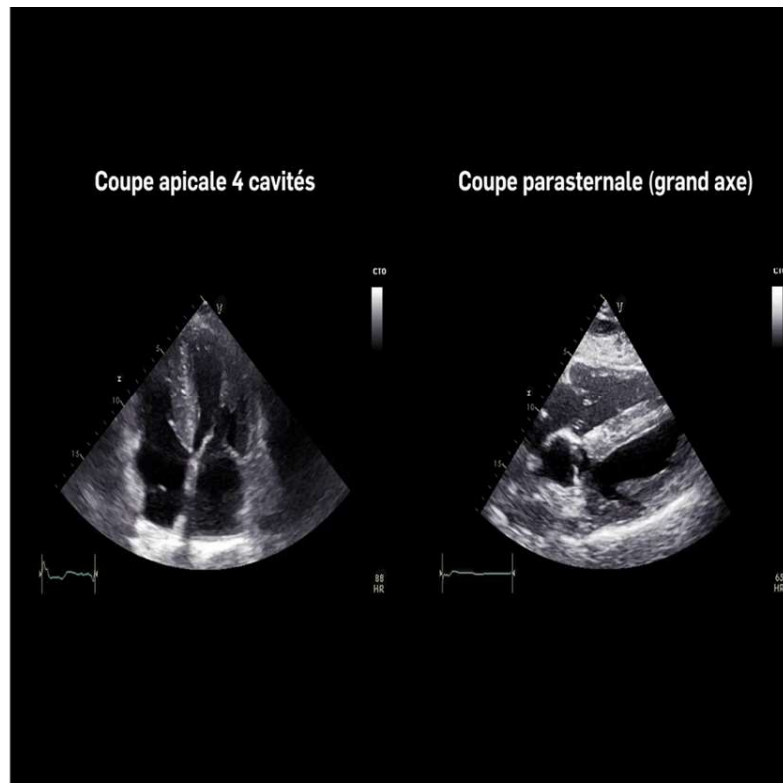
Echocardiographie



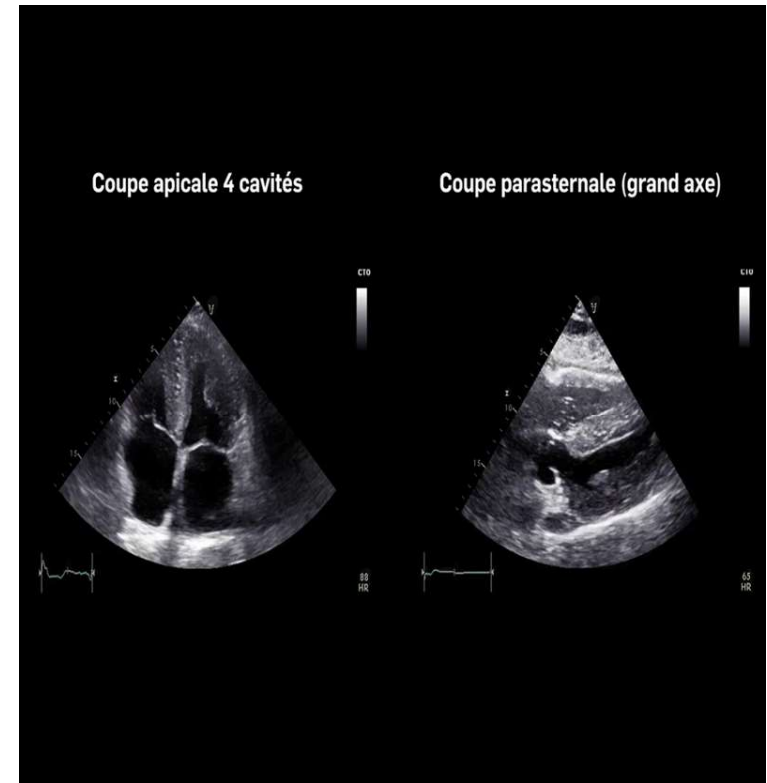
CAS CLINIQUE 2

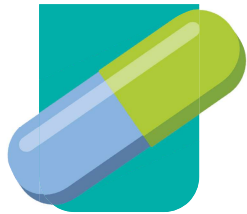
Femme 78 ans

Diastole



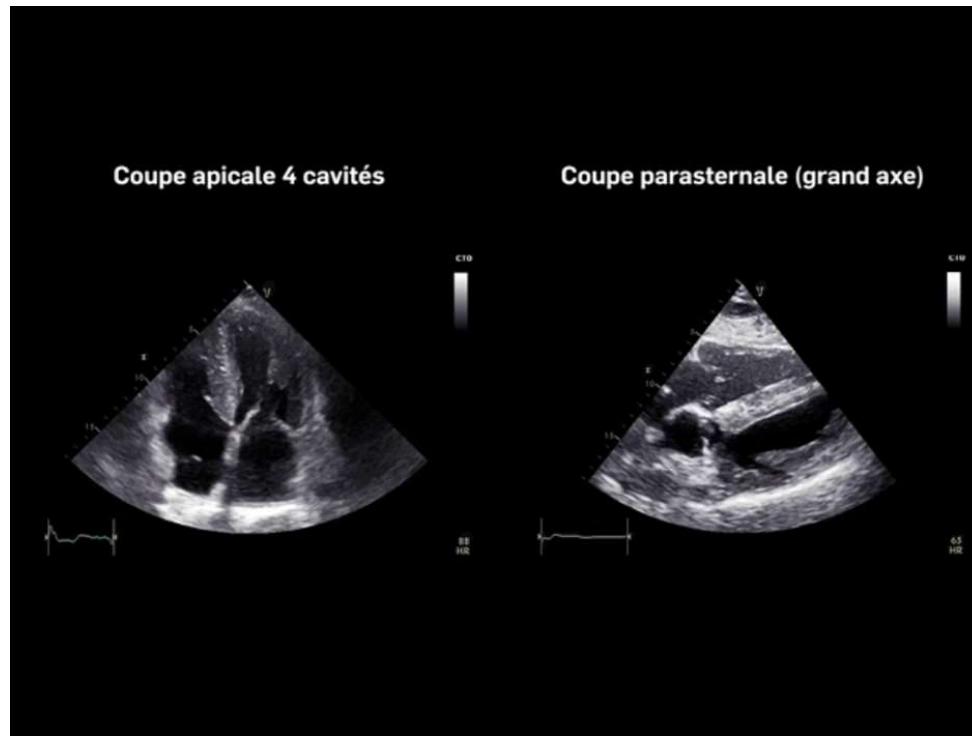
Systole



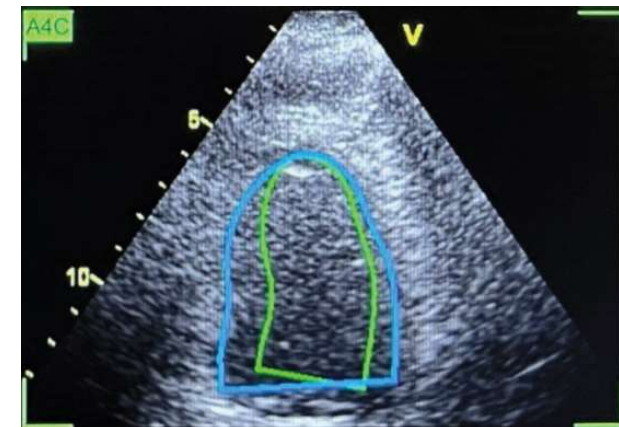
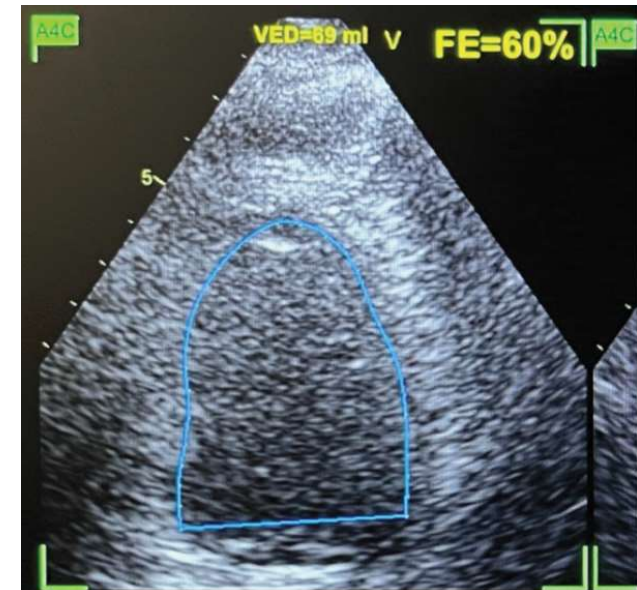


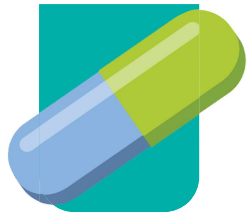
CAS CLINIQUE 2

Femme 78 ans



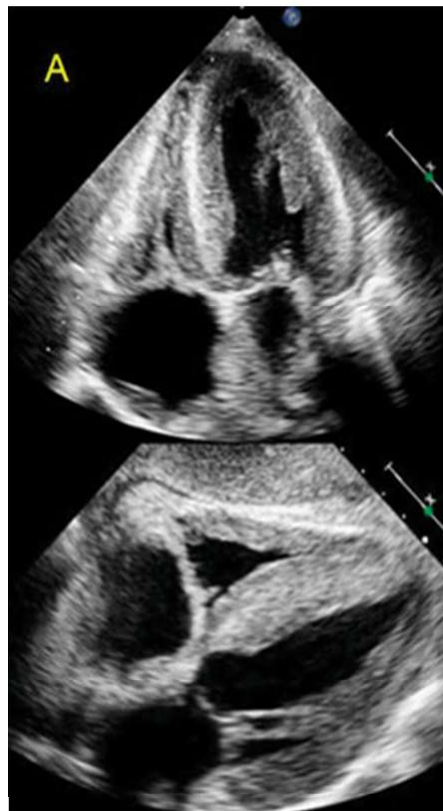
FE = 60% (autoEF)





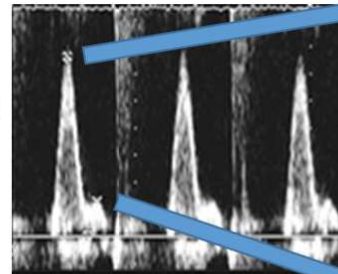
CAS CLINIQUE 2

Femme 78 ans



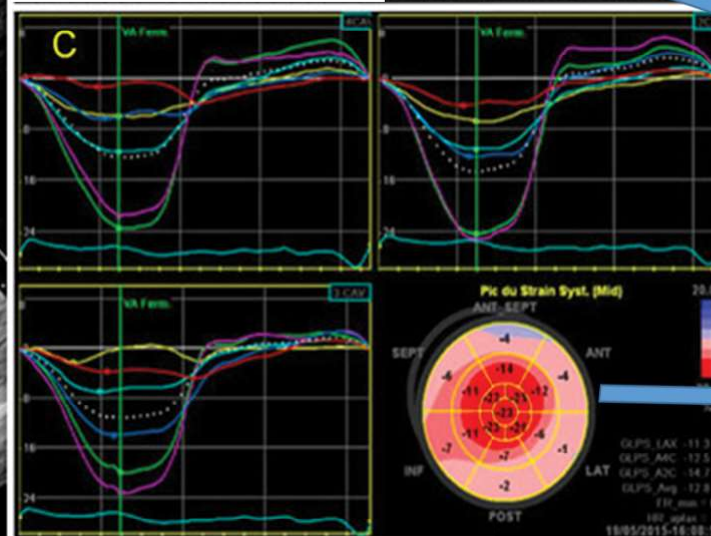
Profil Mitral (type 3) :

$E/A > 2$



Onde E

Onde A

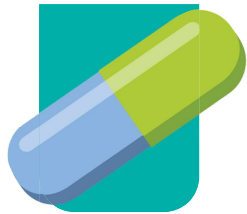


Strain global

=

- 12%

aspect « œil de bœuf »
« *apical sparing* »



CAS CLINIQUE 2

À VOUS DE JOUER !



OU

RDV sur le site
www.wooclap.com
Code évènement:
JRIDEC





CAS CLINIQUE 2

Au vu de tous ces éléments et du diagnostic qui vous semble très probable, quels sont les traitements habituels de la patiente qui vous semblent indispensable d'arrêter rapidement ?

Fluoxétine

•

Périndopril

•

Bisoprolol

•

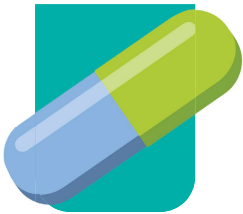
Amlodipine

•

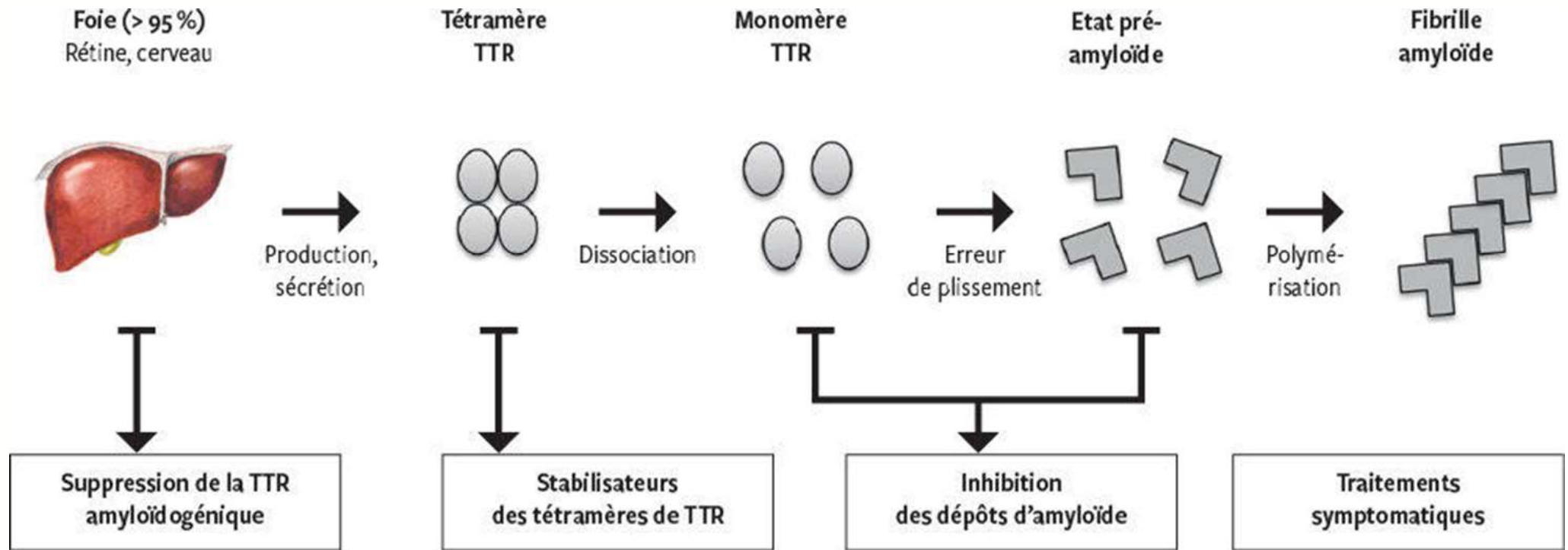
Pantoprazole

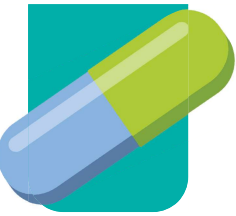
•

Paracétamol



AMYLOSE CARDIAQUE À TRANSTHYRÉTINE (TTR)

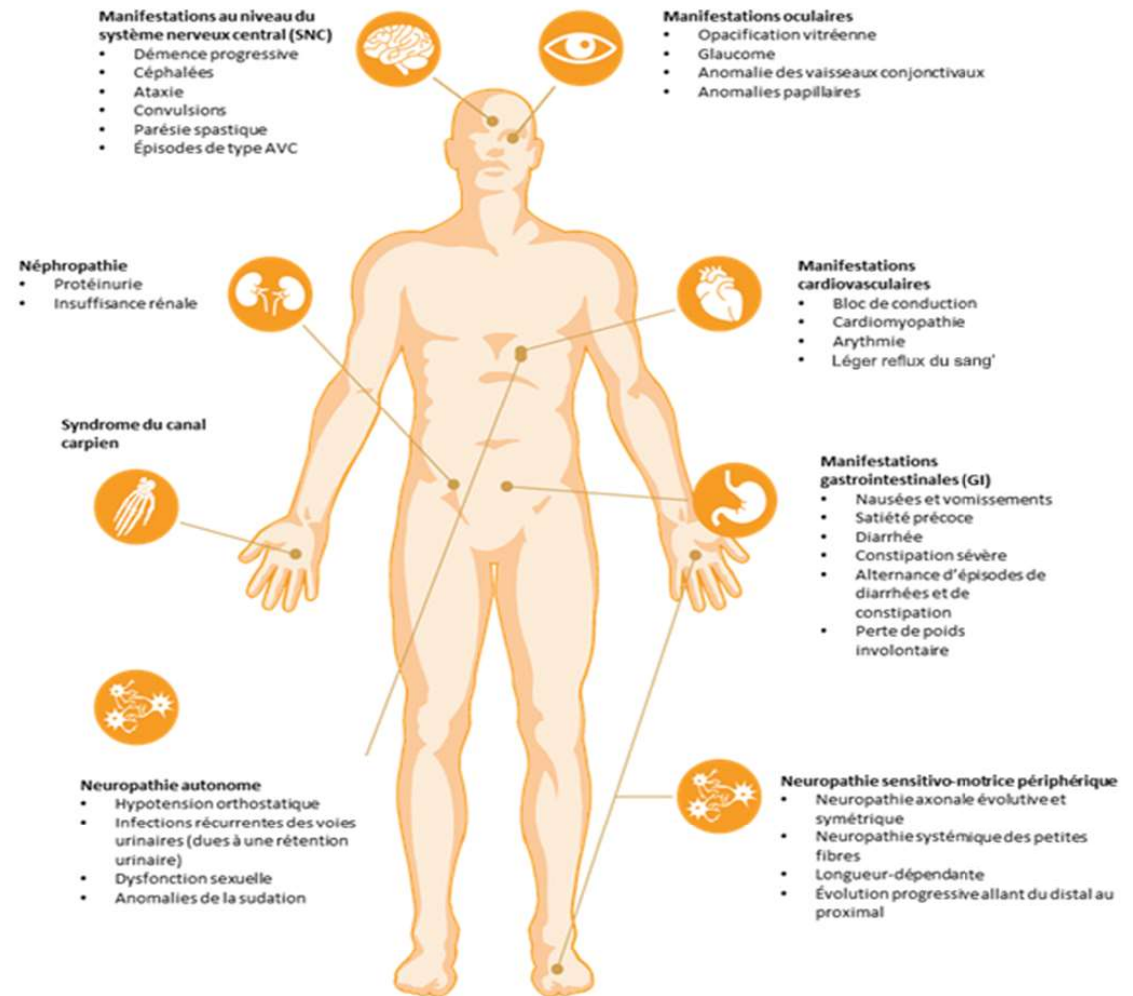


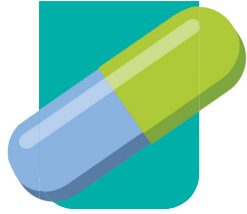


AMYLOSE CARDIAQUE À TTR

Atteintes de la patiente :

- Canal carpien bilatéral
- Hypoacousie
- Hypotension orthostatique
- Atteinte cardiaque
- (Troubles neuro-cognitifs ?)





AMYLOSE CARDIAQUE À TTR : LA PRISE EN CHARGE

1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**



Contre-indiqués

Bêta-bloquant et Digoxine

Non recommandés

IEC et ARA2



Risque d'hypotension liée à la
dysautonomie neuro-végétative

Inhibiteurs calciques



peuvent être mal tolérés car risque
de formation de complexes avec les
fibrilles amyloïdes (toxicité qui peut
aggraver l'IC)



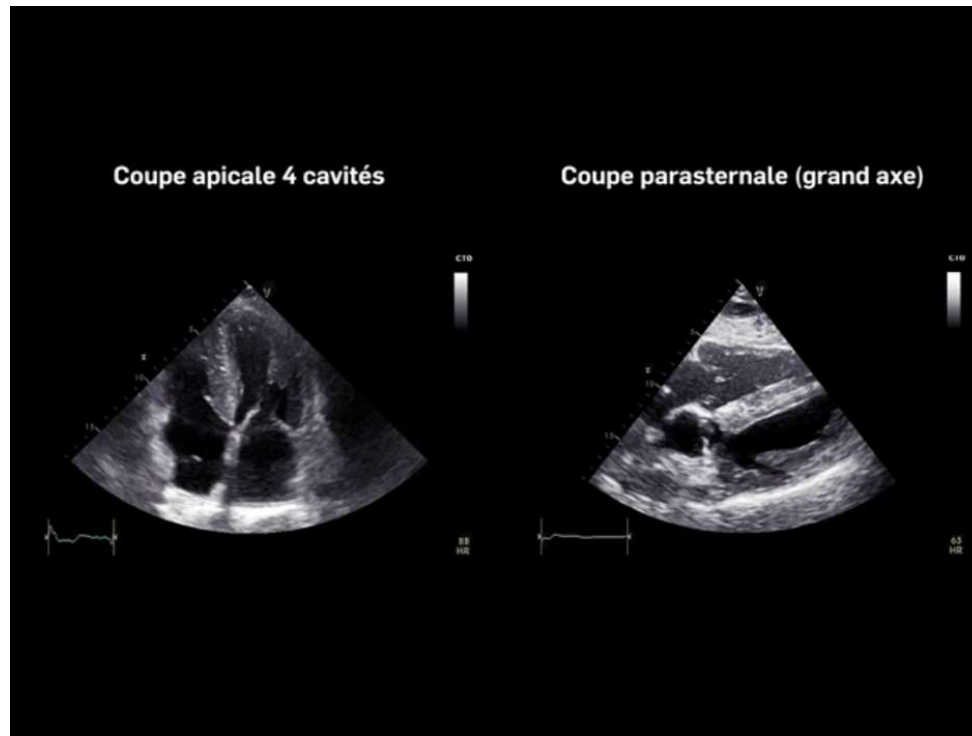
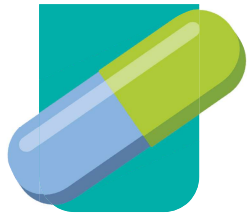
Prise en charge



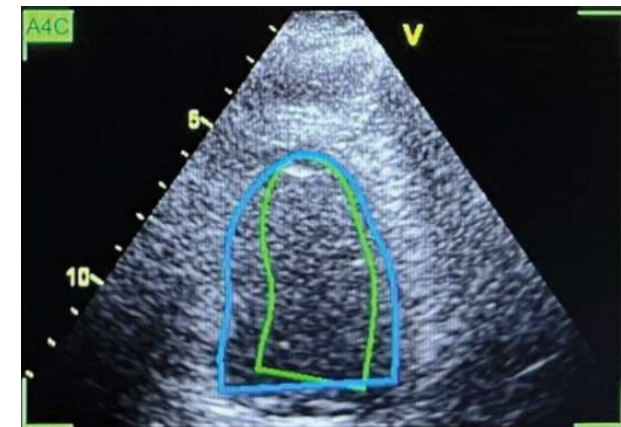
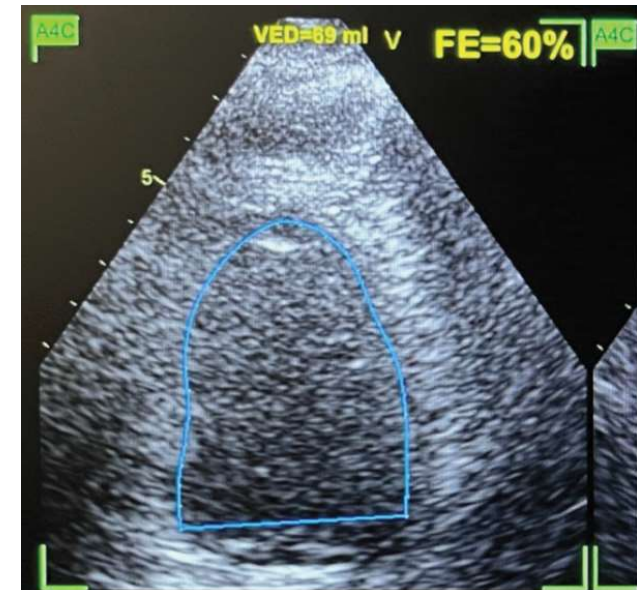
**Diurétiques de l'anse, SGLT2,
+/- Antagonistes des récepteurs
de l'aldostérone**

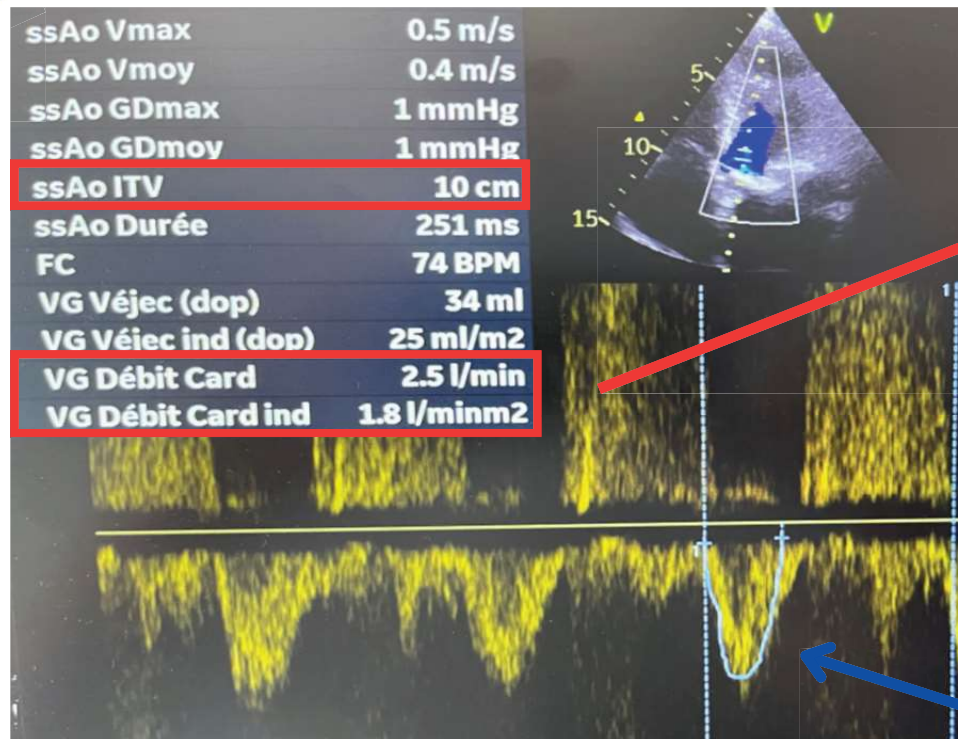
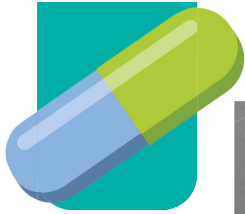


Diminution des signes congestifs



FE = 60% (autoEF)





FE normale, mais

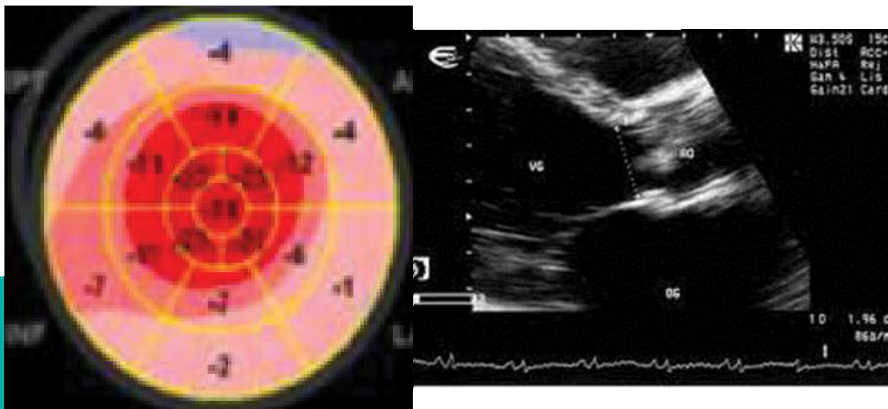
Le débit cardiaque (Dc) est abaissé

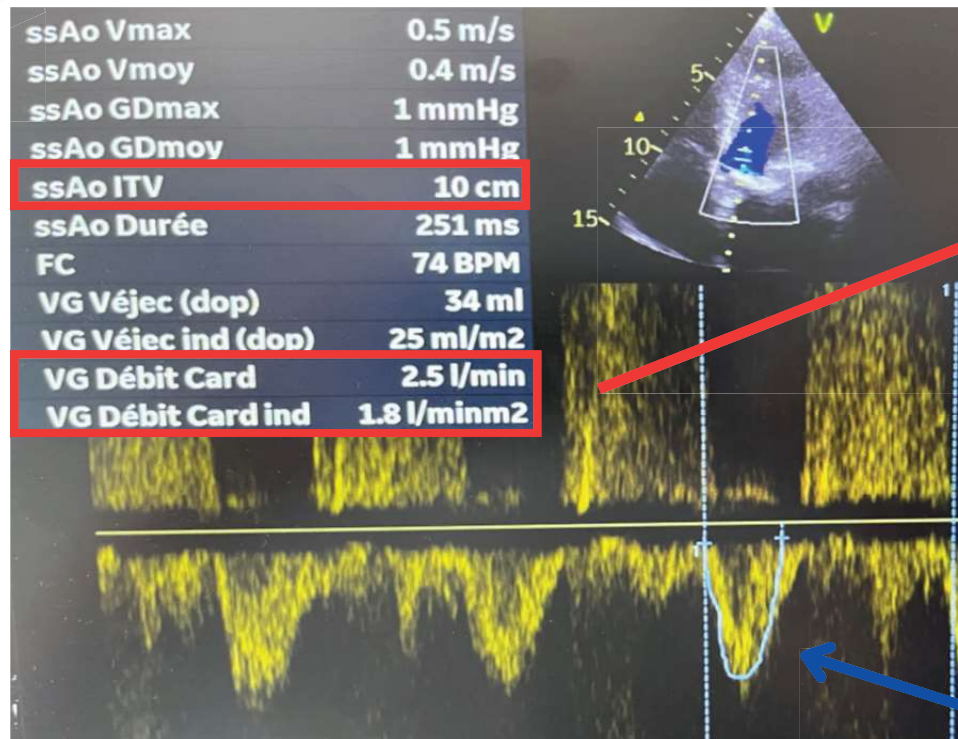
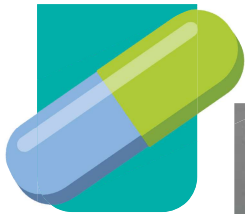
Or le Dc est le vrai déterminant de la fonction systolique cardiaque et donc de l'hémodynamique circulatoire

$$Dc \text{ (L/min)} = \text{VES} \times Fc$$

$$Dc = (VTD - VTS) \times Fc$$

$$\text{VES (cm}^3\text{)} = \text{Intégrale Temps-Vitesse (ITV)} \times \text{Surface de l'anneau sous-aortique}$$





FE normale, mais

Le débit cardiaque (Dc) est abaissé

Or le Dc est le vrai déterminant de la fonction systolique cardiaque et donc de l'hémodynamique circulatoire

$$Dc \text{ (L/min)} = \text{VES} \times Fc$$

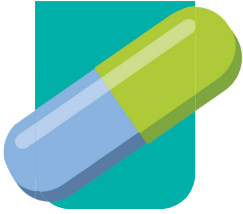
$$Dc = (VTD - VTS) \times Fc$$



Bétabloquant
Digoxine

$$\text{VES (cm}^3\text{)} = \text{Intégrale Temps-Vitesse (ITV)} \times \text{Surface de l'anneau sous-aortique}$$





IC ET SES DIFFÉRENTS PHÉNOTYPES : TRAITEMENTS ACTUELS



1^{er} Colloque 20.03.2025
Déprescription
Palais de la musique
et des congrès
Strasbourg **Grand Est**

IC À FE REDUITE FEVG $\leq$ 40 %

- Âge moins avancé
- Sexe masculin
- Cardiomyopathie
- ATCD d'IDM

TTT bien codifié avec « **les 4 fantastiques** » :
SGLT2 / BB / ARNi (ou IEC) / ARM

IC À FE PRÉSERVÉE : FEVG $\geq$ 50%

- Âge avancé
- Sexe Féminin
- HTA
- Obésité
- Diabète
- Maladie rénale chronique
- Anémie, carence martiale
- Troubles du sommeil
- BPCO

Uniquement les **SGLT2** ... ?

L'incidence de **l'Amylose cardiaque** après
75 ans : **10 à 20%** !!!
(25 à 70% sur certaines séries d'autopsies)