

# Problèmes pratiques chez les patients âgés insuffisants cardiaques

Fabian Nietlispach<sup>a</sup>, Matthias Pfisterer<sup>a, 1</sup>



## Introduction

L'insuffisance cardiaque chez les patients âgés se distingue sur certains points importants de celle chez les patients plus jeunes. Les causes en sont une physiopathologie différente, surtout en raison des modifications dues au vieillissement «normal» du cœur («cœur âgé»), une perception différente des symptômes par les patients âgés et leur réponse différente à toutes sortes de médicaments. Il s'agit d'en tenir compte dans le diagnostic aussi bien que dans le traitement. Environ 10% des personnes de plus de 75 ans souffrent d'une insuffisance cardiaque, ce qui souligne bien le fait que l'insuffisance cardiaque est un problème médical et économique majeur de la population âgée [1]. Ce problème est la cause de nombreuses hospitalisations et sa mortalité, en l'absence de traitement adéquat, est comparable à celle des tumeurs malignes. De plus, les recommandations actuelles du management de l'insuffisance cardiaque se basent sur des études effectuées auprès de collectifs plus jeunes. Il vaut donc la peine de porter une attention spéciale aux problèmes pratiques des insuffisants cardiaques âgés.

## Symptomatologie

Le symptôme prédominant de l'insuffisance cardiaque est la *dyspnée*. L'anamnèse des patients âgés est souvent difficile au début, car il n'est pas rare que des symptômes tels que l'intolérance à l'effort et la dyspnée d'effort ne sont pas ressentis, vu que les personnes âgées se surmènent moins physiquement. La *fatigue* et l'*intolérance à l'effort* comme symptômes d'insuffisance cardiaque dans leurs activités courantes sont en outre assez souvent attribués au vieillissement considéré comme physiologique. Les comorbidités multiples masquent souvent les symptômes d'insuffisance cardiaque. La dyspnée est souvent attribuée à tort à une pneumopathie obstructive (BPCO). Une étude récemment publiée [2] a montré que 21% des patients BPCO arrivant aux urgences avec une dyspnée avaient une insuffisance cardiaque comme cause de leurs symptômes. Chez un tiers seulement de ces patients supposés avoir une «exacerbation d'une BPCO» le diagnostic initial d'insuffisance cardiaque avait été correctement posé! En outre, il n'est pas rare que des symp-

tômes dépressifs masquent les signes d'une insuffisance cardiaque chez les personnes âgées (tableau 1).

D'autres symptômes sont: expectorations blanchâtres mousseuses, nycturie, baisse de l'appétit, constipation et prise de poids.

## Diagnostic

Les plaintes des patients âgés et leur importance pouvant être interprétées différemment, il est particulièrement important de bien circonscrire le «complexe de symptômes d'insuffisance cardiaque». En plus des symptômes, l'anamnèse des facteurs de risque de cardiopathie coronaire et d'hypertension est capitale. L'anamnèse de vices valvulaires et de précédentes interventions sur le cœur est elle aussi importante. Au *status clinique*, il est important d'avoir un bon status cardiaque et volumique: stase jugulaire, reflux hépato-jugulaire, souffle systolique mitral, tachycardie sinusale ou arythmie complète et un troisième bruit cardiaque sont compatibles avec une insuffisance cardiaque et permettent de douter du fait que la dyspnée décrite soit imputable à une BPCO. Des râles fins évoquent eux aussi une genèse cardiaque de la dyspnée. Ces signes cliniques d'insuffisance cardiaque sont également très importants justement chez les patients âgés.

Les *examens de laboratoire* sont utiles dans le diagnostic différentiel: le brain natriuretic peptide (ou son terminal N: NT-BNP) a une valeur prédictive négative (VPN) excellente (dans [2], la VPN était de 98%) et une bonne sensibilité (93% dans [2]). La seconde étude de McCullough a donné des résultats semblables [3]. Il est donc possible aujourd'hui de poser le diag-



<sup>a</sup> Kardiologie der Basler Universitätskliniken, Basel

Correspondance:  
Pr Matthias Pfisterer  
Médecin-chef,  
Division de Cardiologie  
Service Universitaire de Médecine  
Petersgraben 4  
CH-4031 Bâle

[pfisterer@email.ch](mailto:pfisterer@email.ch)

<sup>1</sup> Cet article est publié dans le cadre du programme d'information «Insuffisance cardiaque» de la Fondation Suisse de Cardiologie. Il est publié au nom du groupe de pilotage «Insuffisance cardiaque» de la Fondation Suisse de Cardiologie et du groupe de travail «Insuffisance cardiaque» de la Société Suisse de Cardiologie. Les membres suivants ont contribué à cet article: M. Pfisterer, Bâle (auteur principal); P. Buser, Bâle; H.-P. Brunner, Bâle; D. Conen, Aarau (représentant de la SSMI); R. Darioli, Lausanne; O. M. Hess, Berne; R. Lerch, Genève; P. Mohacsi, Berne; R. Mordasini, Berne; G. Noll, Zurich; P. Périat, Riehen (représentant de la SSMG); W. Rutishauser, Genève; Th. Szucs, Bâle; P. Trigo-Trindade, Genève.

**Tableau 1. Différences entre patients jeunes et moins jeunes présentant une insuffisance cardiaque.**

| Symptômes principaux                                    | jeunes | moins jeunes |
|---------------------------------------------------------|--------|--------------|
| Dyspnée                                                 | +++    | ++           |
| baisse de la capacité physique                          | ++     | +++          |
| fatigue                                                 | ++     | +++          |
| dépression                                              | +      | ++           |
| Diagnostic                                              |        |              |
| norme supérieure du BNP                                 | >200   | >400         |
| fibrillation auriculaire                                | +      | ++           |
| insuffisance cardiaque et systolique contre diastolique | 3-4:1  | env. 1:1     |
| Problèmes de traitement                                 |        |              |
| compliance                                              | +      | +++          |
| interactions méd.                                       | ++     | +++          |
| tolérance méd.                                          | bonne  | limitée      |
| effets secondaires                                      | +      | ++           |
| insuffisance rénale                                     | +      | ++           |
| Méd. = médicaments                                      |        |              |

nostic d'insuffisance cardiaque d'après les examens de laboratoire, ce qui peut être très utile précisément chez les personnes âgées. Mais il faut tenir compte des limites supérieures des normes en fonction de l'âge (tableau 1).

L'insuffisance cardiaque est de plus en plus fréquente avec l'âge, et cela est également vrai pour la *fibrillation auriculaire*. Ces deux problèmes sont mutuellement prédisposants, ce qui explique leur coïncidence élevée chez les personnes âgées. De plus, l'incidence de la fibrillation auriculaire augmente en même temps que l'insuffisance cardiaque évolue: env. 4% chez les insuffisants cardiaques NYHA I-II [4] et 50% chez ceux NYHA IV [5]. Bien que toutes les études n'en arrivent pas aux mêmes résultats, nous avons actuellement des raisons de supposer que la fibrillation auriculaire est un prédicteur de mauvais pronostic (risque relatif 1,34 dans [4]). La diminution de la contraction auriculaire pose problème au remplissage du ventricule, tout comme la cardiomyopathie induite par la tachycardie. La progression de ce trouble fonctionnel peut être freinée par le contrôle du rythme. L'étude AFFIRM [6] a montré qu'une cardioversion en vue de rétablir le rythme sinusal ne procurait aucun avantage sur le contrôle du rythme et de l'anticoagulation. Il n'est pas encore possible de dire à l'ensemble si ces résultats peuvent être appliqués aux insuffisants cardiaques, et surtout les patients âgés. En attendant une preuve formelle, les deux options thérapeutiques que sont le contrôle du rythme et la cardioversion sont correctes.

*L'insuffisance cardiaque diastolique*, particulièrement fréquente chez les patients âgés,

pose un problème particulier. Son étiologie n'est pas attribuable seulement à une cardiopathie hypertensive, mais aussi au «cœur de la personne âgée», car le vieillissement en soi peut être en cause dans des défauts de la relaxation. Dans ce trouble fonctionnel diastolique, le remplissage ventriculaire est compromis. La fraction d'éjection est conservée. Les oreillettes sont dilatées, ce qui explique encore la coïncidence avec la fibrillation auriculaire. Chez les patients ayant besoin, en raison de leur dysfonction diastolique, de la contraction auriculaire pour le remplissage des ventricules (patients ayant un trouble dit de relaxation, contrairement à la restriction), la décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque peut se produire plus facilement lors du déclenchement d'une fibrillation auriculaire. Dans ce collectif particulier, la cardioversion est indiquée pour des raisons physiopathologiques, et il faut l'encourager. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque diastolique est très difficile à poser du fait que ses symptômes sont les mêmes mais sans cardiomégalie. *L'échocardiographie* a un rôle extrêmement important à jouer dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque de la personne âgée. Cet examen permet de faire un diagnostic différentiel ciblé même chez des patients très âgés, ce qui a des implications thérapeutiques considérables.

## Traitement

Le but du traitement du patient âgé est d'abord *l'amélioration de la qualité de vie*, beaucoup plus que de prolonger simplement la vie, p.ex. en diminuant le nombre d'hospitalisations. De nos jours, le nombre de réhospitalisations après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque est de plus de 50% dans les 6 mois. Chez le patient âgé, il faut d'abord traiter la *maladie de base* amenant à l'insuffisance cardiaque. Une hypertension comme facteur étiologique de la dysfonction diastolique doit être contrôlée par des médicaments. Une sténose aortique peut souvent encore être opérée même à un âge avancé. D'autres interventions sont également possibles et indiquées malgré l'âge avancé. Dans l'angor réfractaire, l'étude TIME a pu montrer qu'un traitement invasif améliore plus rapidement la symptomatologie et la qualité de vie qu'un traitement médicamenteux intensifié [7]. Des calculs coût-efficacité ont montré que certaines interventions peuvent parfaitement se justifier chez les patients âgés, du point de vue économique. Il n'est pas justifié de considérer que l'âge en soi est une contre-indication, surtout lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité de vie et d'empêcher des hospitalisations.

Les *recommandations de traitement de l'insuffisance cardiaque* ne sont pas différentes

jusqu'à maintenant chez les jeunes et les personnes âgées, surtout du fait qu'il n'y a aucune étude sur l'influence de l'âge [8]. Les facteurs de risque cardiovasculaire doivent être traités dans la mesure du possible. Les patients âgés ne doivent pas boire plus de 1,5 litres par jour. De nombreux patients âgés se donnent la peine de boire beaucoup, ce qui est contre-indiqué pour les insuffisants cardiaques. Pour le contrôle du traitement, d'instruire les patients, il est très important à ce propos de *peser* le patient chaque jour.

Dans les études de mortalité chez des patients jeunes, les médicaments sont en principe donnés à doses maximales. De telles posologies sont souvent impossibles à atteindre chez les patients âgés, en raison de leurs effets secondaires ou d'interactions médicamenteuses. L'étude ATLAS [9] a montré que de hautes doses sont plus efficaces que les doses faibles pour les inhibiteurs de l'ECA. Mais des doses faibles et «moyennes» ont également un effet. Le bénéfice de l'augmentation d'une dose faible par rapport à une dose «moyenne» a été plus grand que celui d'une dose «moyenne» à la dose maximale. Il n'y a actuellement aucune raison de supposer que tel ne soit pas le cas également pour les autres médicaments intéressants du point de vue pronostique (bêtabloquants, antagonistes de l'angiotensine II et spironolactone à partir d'une dyspnée NYHA III). Ceci permet de donner les *principes du traitement des patients âgés*: il s'agit tout d'abord d'utiliser tous les médicaments importants pour le pronostic, c.-à-d. les inhibiteurs de l'ECA, les antagonistes de l'angiotensine II en cas d'intolérance, de même que les bêtabloquants et la spironolactone en cas d'insuffisance cardiaque grave. Il faut ensuite atteindre la dose maximale tolérée, ce qui peut prendre plusieurs semaines. Mais il vaut également la peine d'administrer les médicaments mal tolérés à faible dose. Ne procéder à des adaptations posologiques que petit à petit et à intervalles prolongés. Dans la mesure du possible, les médicaments importants pour le pronostic ne doivent pas être arrêtés, mais tout au plus réduits si nécessaire. Les patients âgés tolèrent en général bien les bêtabloquants, malgré les réticences souvent émises [10]. En outre, il ne faut pas s'abstenir d'augmenter le traitement en présence d'une tension systolique inférieure à 100 mmHg, pour autant que le patient le tolère bien subjectivement. Pour améliorer la symptomatologie chez les patients âgés, il est également possible d'utiliser des diurétiques, et éventuellement des dérivés nitrés, alors que la digoxine (attention au surdosage de digoxine!) n'est que rarement utilisée, sauf en présence d'une fibrillation auriculaire. Les schémas de prise simples sont importants, ils peuvent être réalisés surtout avec des médicaments en prise journalière unique (donc médicaments à longue

de demi-vie), ce qui est particulièrement vrai pour les «médicaments importants pour le pronostic». Les médicaments qui doivent souvent être adaptés en fonction de la symptomatologie (dont surtout les diurétiques) ne doivent pas se donner sous forme d'associations fixes. Les patients en fibrillation auriculaire, mais aussi ceux ayant une sévère dysfonction ventriculaire gauche, doivent en outre être anticoagulés, pour autant qu'ils ne présentent pas de contre-indications.

*Les problèmes de compliance* sont très fréquents chez les patients âgés, et ceci pour plusieurs raisons: avec leur multimorbidité, ces patients ont souvent une longue liste de médicaments à prendre. Plus ces médicaments sont nombreux et plus le schéma posologique est compliqué, moins la compliance est bonne. Il faut franchir cette barrière par une communication franche et ouverte. Il s'agit de discuter avec le patient de l'importance du traitement à vie par ces médicaments. L'utilisation de piluliers peut améliorer la compliance. Un réseau d'infirmières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque en ambulatoire peut également améliorer la compliance et contribuer à renforcer la prise en charge ambulatoire rapprochée par les soignants et les médecins traitants, et diminuer du même fait les hospitalisations coûteuses. Des études sont en cours en Suisse à ce propos.

Les médecins doivent non seulement établir des plans thérapeutiques les plus simples possibles, mais aussi réduire à un minimum les *interactions* entre les médicaments. Les effets indésirables de ces interactions sont un motif fréquent, et généralement évitable, de mauvaise compliance. Il faut bien souligner ici le mécanisme d'action négatif des anti-rhumatismaux non stéroïdiens (ARNS) sur l'insuffisance cardiaque. Ils provoquent une rétention hydrosaline et aggravent de ce fait l'insuffisance cardiaque [11]. Ils diminuent en outre la perfusion rénale et peuvent mener à une décompensation d'une insuffisance rénale sous-jacente. Quelque 20% des décompensations aiguës motivant une hospitalisation sont imputables à la prise d'ARNS [12]. Cela est également vrai pour les inhibiteurs sélectifs de la COX-2.

*Les effets secondaires* doivent être recherchés à chaque consultation, avec une anamnèse de vertiges et de nausée. La mesure de la tension artérielle en position couchée et debout permet d'exclure une hypotension orthostatique. Au status, une gynécomastie peut être un effet indésirable d'un traitement de spironolactone. L'éplérénone pourra devenir une alternative thérapeutique pour ces patients. Les contrôles réguliers des paramètres rénaux et des électrolytes sont essentiels. Une augmentation de la créatinine de plus de 30% après la mise en route d'un traitement par un inhibiteur de l'ECA doit en faire diminuer la dose (tableau 1).

## Quel est le degré d'évidence concernant le traitement de l'insuffisance cardiaque chez les patients âgés?

Le collectif des patients âgés a été peu étudié en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque. Il y a peu de preuves formelles, bien que la morbi-

dité et la mortalité de ces patients soient élevées. Il y a de même très peu d'études importantes sur la dysfonction diastolique, permettant de donner des recommandations thérapeutiques claires pour les patients âgés.

Il serait utile que les futures études chez les personnes âgées ne s'intéressent pas seulement à la prolongation de la vie, mais plutôt à la qualité de vie. Tel est le but d'une étude multicentrique suisse qui vient de commencer: *Trial of Intensified vs Standard Medical therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure (TIME-CHF)*, coordonnées par Bâle. Elle compare un traitement intensifié en fonction du BNP à un traitement conventionnel, axé sur les symptômes, chez des patients de plus de 75 ans. Elle le compare aux résultats de patients de 60 à 74 ans. Elle s'intéresse notamment à la tolérance des schémas thérapeutiques, aux hospitalisations nécessaires, à la qualité de vie et au rapport coût-efficacité, en portant une attention particulière à la dysfonction diastolique.

Cette étude, et des études semblables, visent à améliorer les connaissances sur le traitement des insuffisants cardiaques âgés. En attendant, nous devons nous contenter des recommandations décrites dans cet article.

(Traduction Dr Georges-André Berger)

### Quintessence

- L'insuffisance cardiaque chez les patients âgés est caractérisée par un défaut de remplissage diastolique, qui se manifeste seul ou surajouté à la dysfonction systolique.
- La symptomatologie est souvent peu spécifique: dyspnée, fatigue, intolérance à l'effort.
- En plus des signes cliniques, le dosage du taux de BNP et l'échocardiographie jouent un rôle primordial.
- Les recommandations thérapeutiques sont les mêmes que celles pour les patients plus jeunes, ce qui n'est cependant pas le cas de la tolérance aux médicaments et de leurs interactions. La compliance est généralement moins bonne, ce qui fait que le traitement doit être adapté de cas en cas.
- Le contrôle du poids journalier est le plus important contrôle du traitement.

### Références

- 1 The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 1997;157:2413-46.
- 2 McCullough, PA, Hollander JE, Nowak RM, Storrow AB, Duc P, Omland T et al. Uncovering Heart Failure in Patients with a History of Pulmonary Disease: Rationale for the Early Use of B-type Natriuretic Peptide in the Emergency Department. *Acad Emerg Med* 2003;10:1978-204.
- 3 McCullough PA, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Herrmann HC, Steg PG et al. B-type natriuretic peptide and clinical judgment in emergency diagnosis of heart failure: analysis from Breathing Not Properly (BNP) Multinational Study. *Circulation*, 2002;106:416-22.
- 4 Dries DL, Exner DV, Gersh BJ, Domanski MJ, Waclawiw MA, Stevenson LW. Atrial fibrillation is associated with an increased risk for mortality and heart failure progression in patients with asymptomatic and symptomatic left ventricular systolic dysfunction: a retrospective analysis of the SOLVD trials. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:695-703.
- 5 CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure: results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987;316:1429-35.
- 6 Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB et al. for the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
- 7 Pfisterer M, Buser P, Osswald S, Allemann U, Amann W, Angehrn W et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs. optimized medical treatment strategy. One year results of the randomized TIME trial. *JAMA* 2003;289:1117-23.
- 8 Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2001;22:1527-60.
- 9 Packer M, Poole-Wilson PA, Armstrong PW, Cleland JG, Horowitz JD, Massie BM et al. Comparative Effects of Low and High Doses of the Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor, Lisinopril, on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure. *Circulation* 1999;100(23):2312-18.
- 10 Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekbom T, Wester PO. Morbidity and Mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991;338:1281-5.
- 11 Bleumink GS, Feenstra J, Sturkenboom M, Stricker B. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug and Heart Failure. *Drugs* 2003;63:525-34.
- 12 Page J, Henry D. Consumption of NSAIDs and the development of congestive heart failure in elderly patients with heart failure. *Arch Intern-Med.* 2000;160:777-84.