



# **L'INSUFFISANCE CARDIAQUE TERMINALE**

**P Pfitzenmeyer.**

**Centre de Champmaillot, CHRU Dijon**

Capacité 2005

# Cas clinique

- **Patient de 95 ans hospitalisé en 1998 pour AEG, dyspnée et hypovigilance (Glasgow 4)**
- **ATCD: cardiopathie ischémique (IDM en 97), stimulateur cardiaque sur BAV paroxyst. en 97**
- **Autonomie précaire: périmètre de chambre, incont. urinaire, aide dans tous les actes de la vie courante**

# Cas clinique

## ➤ Clinique:

- alternance d'état d'agitation et d'hypersomnie
- une crise convulsive au lever au fauteuil
- Marbrures et froideur des genoux,
- Epanchement pleural ++ à Gche

## ➤ Déshydratation clinique. Pas d'IRF

## ➤ ECG : 70/mn; déclencht nl du pace en sentinelle



# Cas clinique

➤ **Echo cardiaque:**

- Hypokinésie globale; FE 15%

➤ **Ttt :**

- Réhydratation prudente; IEC (Coversyl 2 mg/j)

➤ **Evolution:**

- Retour à domicile à J25



# Cas clinique

## ➤ Evolution à 2 ans et demi:

- Réhospitalisations : 4 en 98; 7 en 99; 5 en 2000
- Multiples malaises, 3 crises convulsives, 2 pneumopathies, 1 Fracture col fémoral opérée

## Traitements répétés :

- Réhydratation prudente
- Nécessité d 'arrêt IEC en oct 2000 (Tas : 80mmHg)

# Généralités (1)

**Tableau sémiologique d'apparition récente consécutif à :**

- **l'émergence d'une population de grands vieillards fragiles polypathologiques**
- **la prolongation des pathologies cardiovasculaires jusqu'à des stades ultimes en raison des progrès de prise en charge des 15 dernières années (IEC ++)**

## Généralités (2)

- ➔ **Apparition d'une nouvelle classification de l'IC (Hunt, 2001) stade D : IC terminale réfractaire aux Ttt standards**
- ➔ **insuffisance chronique de perfusion d'aval**
- ➔ **AEG, retentissement cérébral et dépendance majeure pouvant perdurer plusieurs mois**
- ➔ **peu de tableaux aigus congestifs**



# Sémiologie générale

## Etude de Addington-Hall

- **Dyspnée 60 %**
- **Douleur 80 %**
- **Syndrome dépressif 60 %**
- **Autres symptômes fréquents: anorexie, insomnie, constipation, nausées, incontinence urinaire, syndrome confusionnel**
- **Symptômes aussi sévères que fin de vie pour cancer**





# Manifestations classiques (1)

## Hémodynamique générale

- **Hypotension ortho : malaises et chutes**
- **Inadaptation totale à l'effort et grabatisation**
- **Marbrures cutanées et froideur**



## Manifestations classiques (2)

### La cachexie cardiaque

➤ hypermétabolisme :

- syndrome inflammatoire (IL5) et modif hormonales avec surproduction de NO et apoptose des cellules musculaires

- hypoxie,

- augmentation de plus de 25% des DE au niveau des muscles respiratoires,

➤ anorexie + malabsorption



## Manifestations classiques (2)

### Retentissement cérébral

- ➔ **Syndrome dépressif:** prédictif de l'aggravation de l'IC
- ➔ **Dysfonctionnement sous cortical**
  - Troubles dysexécutifs
  - Troubles posturaux
- ➔ **Altération corticale**
  - Syndrome démentiel : « démences circulatoires »
  - Syndrome confusionnel
  - Comitialité



## Manifestations classiques (3)

- **Insuffisance rénale fonctionnelle**
- **Manifestations digestives**
  - colite ischémique :**
    - **Douleurs abdominales**
    - **Diarrhée, iléus paralytique**
    - **Malabsorption, dénutrition majeure**
- **Douleur totale souvent négligée**



## Difficultés concernant la prise en charge thérapeutique des IC stade D (1)

- Existence de symptômes majeurs dans les derniers jours de vie : dyspnée (65%); **douleurs intenses** (42%)
- Niveaux de **détresse** physique et psychique > cancer et altération +++ de la qualité de vie



## **Difficultés concernant la prise en charge thérapeutique des IC stade D (2)**

- **Absence de données scientifiques et d'essais réalisés dans cette population**
- **Etat de fragilité hémodynamique : hypoTA**
- **Altérations pharmacologiques et toxicité des médicaments**
- **Polypathologie associée**

# Objectif : soins palliatifs (1)

- **Passage en « Phase palliative » encore plus difficile à évaluer que chez cancéreux : évolution « capricieuse »**
- **Critères permettant de reconnaître des patients à mauvais pronostic à court terme (Ellershaw)**
  - ① **ATCD d'hospitalisation pour IC**
  - ② **Aggravation de l'IC sans cause identifiable**
  - ③ **Aggravation sous traitement optimal de l'IC**
  - ④ **Fonction rénale dégradée**
  - ⑤ **Ne répondent pas au Ttt diurétique et vasodilatateur dans un délai de 2 à 3 jours**

## Objectif : soins palliatifs (2)

- Eviter les manœuvres de réanimation intempestive
- Suppression des thérapeutiques à visée préventive
  - Ex : nitrés, anticoagulants....
- Adaptation de l'environnement en fonction des aptitudes restantes du sujet
  - Evaluation des aptitudes à l'effort
  - Prise en charge de la dépendance





# Soins palliatifs : traitement symptomatique

**Symptômes les plus fréquents dans les derniers mois de vie**

- **Dyspnée**
- **Douleur**
- **Asthénie et limitation physique**
- **Anxiété**
- **Nausées et anorexie**

**Intérêt de la morphine à doses filées**

- **Pour l'effet anxiolytique, anti-dyspnéique et sympathicolytique (Johnson, 2002; Evans, 2002)**

# Quelques habitudes thérapeutiques très personnelles !!

- **Lutte contre l'hypovolémie souvent associée à un 3ème secteur**
  - Un remplissage prudent (Intérêt de l'hypodermoclyse)
  - parfois associé à du furosémide utilisé ponctuellement à très grosse dose (perfusion continue)
- **Privilégier les IEC à dose maximale tolérée et stopper tous les autres vasodilatateurs**
- **Intérêt de la resynchronisation cardiaque surtout si BBG**
- **Intérêt d'un traitement anti-dépresseur ?**
- **Supplémentation en magnésium et Vit C**

# Ethique

## Etude SUPPORT

- Déterminer les souhaits en terme de réanimation chez 936 patients hospitalisés pour IC évoluée
- Insuffisance d'information médecin-malade
- Question d'une éventuelle réanimation dans 25% des cas seulement
- Méconnaissance des médecins vis à vis des souhaits de leur malade (en désaccord dans 25% des cas)
- 23% des patients exprimaient leur souhait de ne pas être réanimés
- Le désir des patients évoluait dans le temps: 40% de ceux qui ne voulaient pas être réanimés avaient changé d'avis 2 mois plus tard

# Conclusion

- **Méconnaissance totale des besoins thérapeutiques de ces patients. Comment envisager la méthodologie de telles études ???**
- **Prise en charge palliative, mais survie de quelques mois possible et fréquente**
- **Consommation majeure en soins : hospitalisations répétées; soins de longue durée**