

## Des comorbidités à voir dans l'insuffisance cardiaque

La description des comorbidités vise à prendre en compte l'ensemble des pathologies qui impactent la prise en charge d'une maladie. L'insuffisance cardiaque, situation très fréquente en gériatrie, a une présentation clinique d'autant moins typique et son pronostic est d'autant plus sombre qu'elle survient chez des malades polyopathologiques et complexes. Une évaluation gériatrique est donc indispensable afin de dépister les pathologies associées et le dépistage d'éléments de vulnérabilité.

Nous décrivons les principales pathologies associées à l'insuffisance cardiaque. Les comorbidités complexifient le diagnostic d'insuffisance cardiaque chez le sujet âgé. Leur repérage et leur prise en charge contribuent à améliorer le pronostic en terme de mortalité mais surtout en terme de qualité de vie. Des précautions particulières d'utilisation des médicaments sont nécessaires en raison des comorbidités et des modifications pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques liées au vieillissement. Par conséquent, le suivi de l'insuffisant cardiaque âgé nécessite une prise en charge multidisciplinaire qui implique une étroite collaboration entre cardiologue, gériatre, médecin traitant, pharmacien, biologiste et personnels paramédicaux, et le travail en réseau trouve ici toute sa place, avec un partage d'information médico-clinique et biologique.

Les maladies respiratoires : La présence d'une insuffisance respiratoire modifie les signes de l'insuffisance cardiaque, en particulier le caractère de la dyspnée. La coexistence d'une maladie pulmonaire et d'une insuffisance cardiaque est fréquente et complique l'attribution des symptômes à l'une ou l'autre des pathologies. La présence d'une maladie respiratoire est un facteur limitant la prescription des bêtabloquants dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, et ne pas prescrire de bêtabloquant au seul titre d'une maladie respiratoire augmente le risque de mortalité du patient âgé insuffisant cardiaque. En cas de BPCO, on préfère l'utilisation de bêtabloquants cardiosélectifs. En revanche, la maladie asthmatique reste une contre-indication à l'utilisation des bêtabloquants.

Les troubles psychiatriques : Les décompensations cardiaques se traduisent souvent sous la forme d'un syndrome confusionnel risquant alors d'orienter à tort le patient vers des services « non cardiologiques ». Le syndrome dépressif est présent dans 24 à 42% des insuffisances cardiaques du sujet âgé et se caractérise souvent par une symptomatologie « d'aspect organique » avec une faible expression de la tristesse et de la douleur morale. La fatigue, l'inhibition psychomotrice, la sédentarité et le confinement sont au-devant du tableau clinique, venant masquer les plaintes telles que la dyspnée, ou amenant à interpréter la dyspnée comme l'expression d'une anxiété.

Les troubles cognitifs : La démence peut masquer un diagnostic d'insuffisance cardiaque à cause des troubles cognitifs et des difficultés de communication. Ces troubles cognitifs peuvent également influencer sur la compréhension des conseils et l'observance thérapeutique. Parfois, ils favorisent la sous-prescription de traitement recommandé. L'insuffisance cardiaque, par le bas débit cérébral, peut aussi être un facteur d'aggravation d'une démence préexistante et même représenter une circonstance de découverte d'une démence jusque-là non connue. Une aggravation de la démence peut s'observer au moment d'une décompensation cardiaque, et la présence de troubles cognitifs aggrave le pronostic et augmente la mortalité des insuffisants cardiaques.

La dénutrition : Elle aggrave le pronostic de l'insuffisant cardiaque âgé. Un MNA test  $\leq 17 / 30$  est un facteur de risque de surmortalité chez l'insuffisant cardiaque. La pré-albumine est un facteur indépendant de morbidité et de mortalité chez ces patients

L'anémie : Une revue de la littérature (2004) retrouve des prévalences de l'anémie chez l'insuffisant cardiaque variant de 4 % à 55 % et un facteur de risque de décès augmenté de 3% à 34%.

La carence martiale : Elle est liée à une baisse des réserves en fer en rapport avec des pertes sanguines (traitements anticoagulants ou antiagrégants, lésions digestives, lésions urogénitales..) et/ou défaut d'apport (dénutrition, malabsorption), et aussi carence fonctionnelle en rapport avec un syndrome inflammatoire ou une insuffisance rénale. Il est bien établi que la carence martiale a une forte prévalence chez les patients âgés insuffisants cardiaques. La société européenne de cardiologie recommande d'évaluer le statut martial des patients pour traiter une carence.

L'hypotension orthostatique : Sa prévalence peut atteindre 50% chez l'insuffisant cardiaque âgé et sa présence nécessite une adaptation thérapeutique (bas de contention, hydratation suffisante), réduction ou arrêt des psychotropes, réduction ou arrêt des médicaments vasodilatateurs en particulier arrêt des dérivés nitrés, alphabloquants ou des antihypertenseurs.

L'insuffisance rénale : L'évaluation de la fonction rénale est indispensable à l'évaluation du pronostic des insuffisants cardiaques âgés et à l'adaptation des posologies des médicaments (IEC, ARA2, digoxine, diurétiques et certains bêtabloquants). L'insuffisance rénale, sauf terminale, ne doit pas être un frein à la prescription de l'insuffisance cardiaque (concertation néphrologue, cardiologue et médecin généraliste). Le syndrome cardio-rénal est défini comme un syndrome regroupant une altération de la fonction rénale et de la fonction cardiaque, l'organe défaillant initialement pouvant être l'un ou l'autre.

En conclusion la prise en charge de ces comorbidités est primordiale afin d'envisager une prise en charge thérapeutique adaptée, qui évite, entre autre les interactions médicamenteuses. La peur de voir apparaître des effets secondaires des traitements limite leur prescription chez le sujet âgé, mais cette sous-prescription augmente en réalité le risque de mortalité et la fréquence des hospitalisations.

La présence des comorbidités implique la nécessité d'une surveillance renforcée de l'apparition de signes cliniques évocateurs d'IC, ainsi qu'une surveillance accentuée de l'apparition d'effets secondaires des traitements, mais ne doit pas limiter l'initiation d'un traitement optimal.

L'évaluation gériatrique et une étroite collaboration entre cardiologues, gériatres, médecins généralistes, néphrologues, pharmaciens, infirmiers, ont montré leur plus-value dans la prise en charge à domicile du patient insuffisant cardiaque âgé.

Dr Anne-Marie AMMEUX

Lectures: BERRUT G, de DECKER L, « Evaluation des comorbidités chez la personne âgée ». BOULLY C, HANON O, « Insuffisance cardiaque et pathologie associées », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 13 (supplément), 2015.