

LES SOINS PALLIATIFS CHEZ LE
PATIENT SOUFFRANT
D'INSUFFISANCE CARDIAQUE
AVANCÉE

Claudie Beaulieu, IPSSA
Dre Dominique Brière

CLAUDIE BEAULIEU, IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes

- Spécialité en médecine interne
- Graduada en 2020-08 de l'Université Laval

Pratique axée sur l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale et la cirrhose

- Début de pratique, intégration des soins palliatifs chez les insuffisants cardiaques
- Intégration du suivi à domicile chez les personnes en fin de vie
- Intégration du furosémide IV à domicile dans ma pratique

(Passionnée de curling)

Aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel

DRE DOMINIQUE BRIÈRE

Médecin de famille

Pratique en soins palliatifs depuis 2014

- Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB
- Clinique de gestion des symptômes
- Consultation en milieu hospitalier
- Suivi à domicile

(Apprentie céramiste)

Aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel

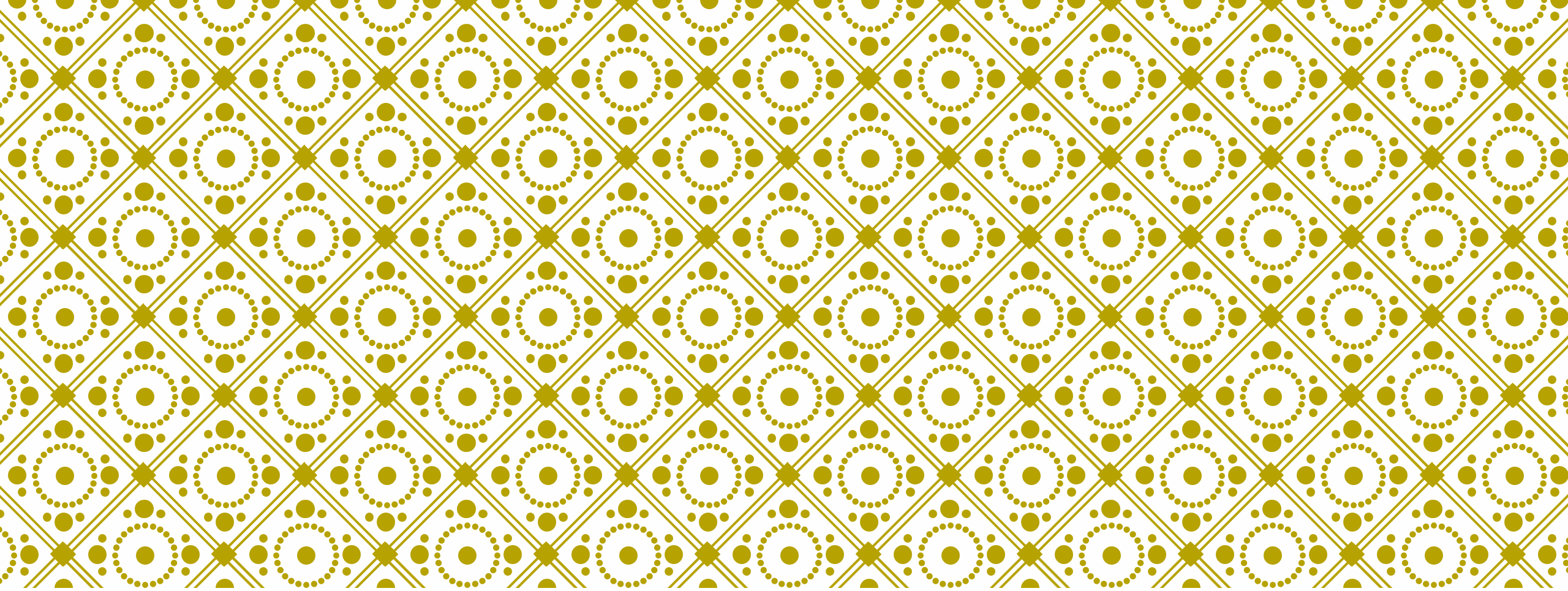
OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, les participants seront en mesure de :

1. Identifier l'évolution naturelle de l'insuffisance cardiaque;
2. Optimiser le traitement du patient avec insuffisance cardiaque;
3. Intégrer de façon précoce les soins palliatifs;
4. Accompagner adéquatement le patient avec insuffisance cardiaque vers sa fin de vie.

PLAN DE PRÉSENTATION

1. Physiopathologie en bref
2. Évolution naturelle de la maladie
3. Principes de traitement
 - Gestion de la maladie
 - Gestion des symptômes
4. Préparation pour la fin de vie
5. Messages clés



PHYSIOPATHOLOGIE EN BREF

RETOUR À LA BASE (pour les non-initiés!)

Cœur = Pompe

Insuffisance cardiaque = Dysfonctionnement du muscle cardiaque

→ Ce qui entraîne

En aval :

baisse de la perfusion et donc de l'apport d'oxygène aux organes

En amont :

surcharge pulmonaire (cœur gauche)

surcharge périphérique (cœur droit)

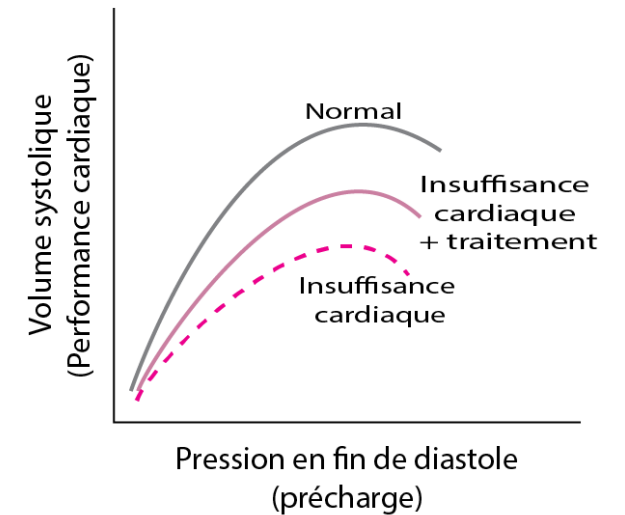
LES CAUSES

- **Ischémique (50-70%)**
- Valvulaire : **sténose, régurgitation**, endocardite
- Hypertension artérielle
- **Hypertension pulmonaire***
- Maladie du péricarde : péricardite constrictive*, tamponnade
- Shunt intracardiaque ou maladie cardiaque congénitale
- Autres causes non-ischémiques
 - Inflammatoire : myocardite virale, collagénose (sclérodermie), vasculite, hyperéosinophilie, myocardite à cellules géantes
 - Toxique : alcool, drogue, médicaments, immunothérapie, produits naturels
 - Métabolique : hypo-hyperthyroïdie, diabète, urémie, phéochromocytome, acromégalie
 - Infiltrative : sarcoïdose, **amyloïdose**, hémochromatose

LES TYPES

1) Insuffisance cardiaque à **FeVG abaissée** ($\leq 40\%$)

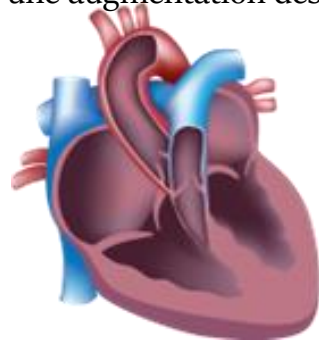
- Dysfonction systolique : Mauvaise contraction, donc mauvaise vidange
- Augmentation du volume et de la pression diastolique
- Hypertrophie excentrique
 - Gros cœur avec un amincissement des parois, un volume du VG augmenté et une fonction systolique diminuée

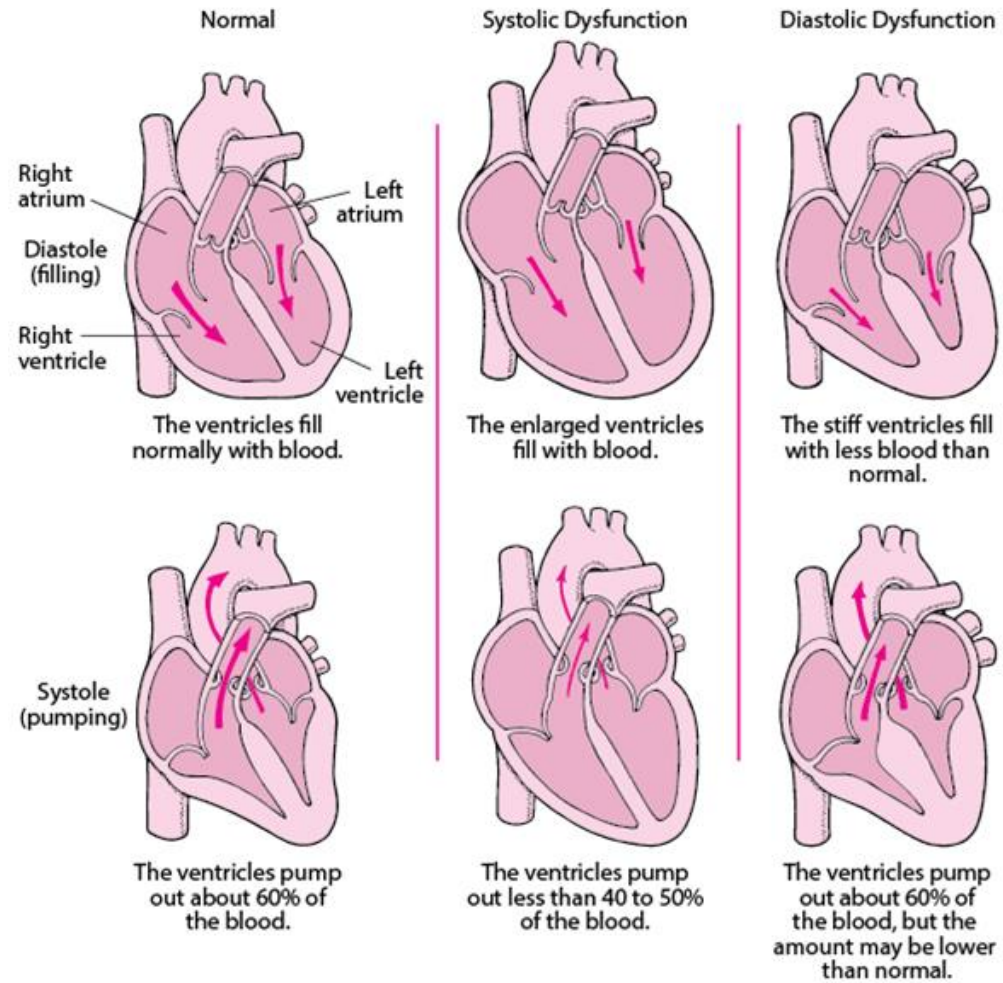


LES TYPES

2) Insuffisance cardiaque à **FeVG préservée** ($\geq 50\%$)

- Dysfonction diastolique : Remplissage altéré
- Augmentation de la pression diastolique du VG au repos ou à l'effort
 - Volume du VG reste N (en %)
- Hypertrophie concentrique
 - VG de taille N avec une augmentation des parois et une fonction systolique préservée





LES SYMPTÔMES

Fatigue

Dyspnée, toux sèche, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne

Œdème des membres inférieurs

Nycturie et diaphorèse nocturne

Hépatalgie, anorexie, nausée

Troubles cognitifs

Oligurie

Palpitations, syncope

Dépression

LA CLASSIFICATION

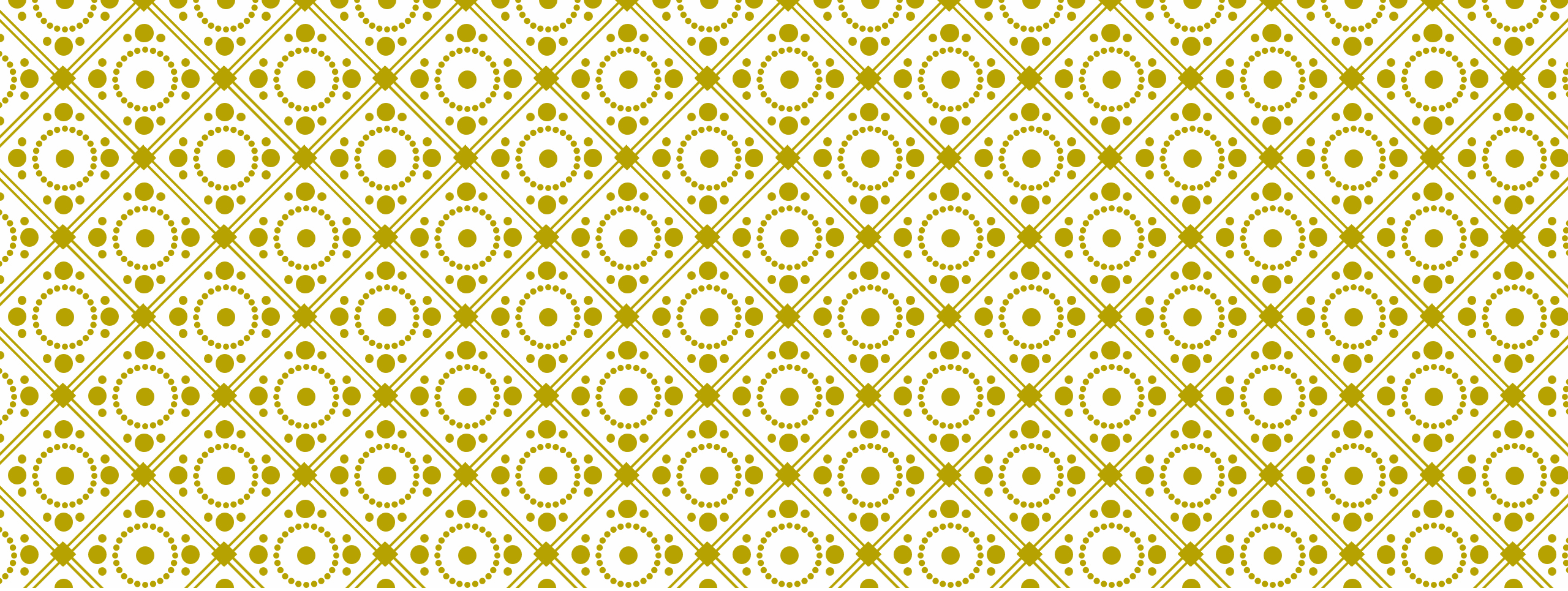
American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA)

Stade A	À risque de développer IC	Diabète, hypertension artérielle, MCAS, antécédents familiaux
Stade B	IC asymptomatique	Atteinte structurelle, pression de remplissage élevée
Stade C	IC symptomatique	Signes et symptômes de l'IC présents actuellement ou à l'histoire
Stade D	IC réfractaire	Symptômes qui interfèrent avec la vie quotidienne, hospitalisations répétées

LA CLASSIFICATION

New York Heart Association (NYHA) - classification fonctionnelle

Stade I	Aucune limitation des activités
Stade II	Symptômes lors d'efforts importants, limitation légère des activités quotidiennes
Stade III	Symptômes à l'effort léger, limitation marquée des activités quotidiennes
Stade IV	Symptômes au repos



ÉVOLUTION DE LA MALADIE



MYTHES

- ❑ 20 % des patients croient que l'insuffisance cardiaque fait partie du vieillissement normal.
- ❑ 75 % croient que les patients avec insuffisance cardiaque peuvent vivre normalement et avec la même espérance de vie que le reste de la population.
- ❑ 2 personnes sur 3 ignorent qu'il n'existe pas de remède à l'insuffisance cardiaque.

QUELQUES STATISTIQUES

- ❑ L'insuffisance cardiaque touche 1% des personnes ≥ 65 ans
- ❑ 2^e cause d'hospitalisation au Canada ≥ 65 ans
- ❑ Comorbidités fréquentes : 4 à 5 en moyenne

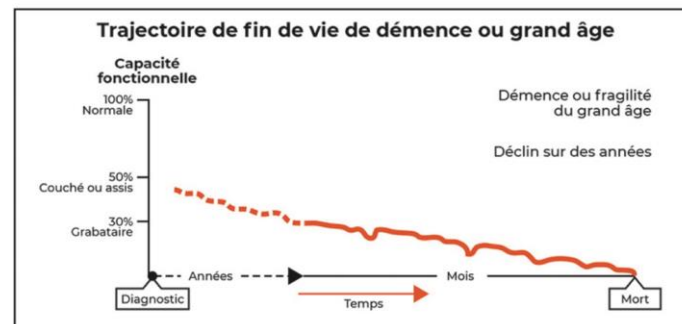
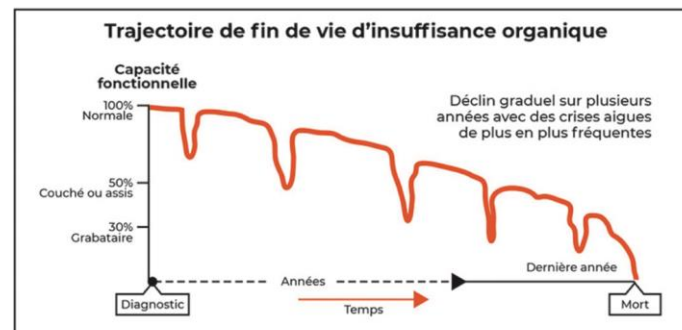
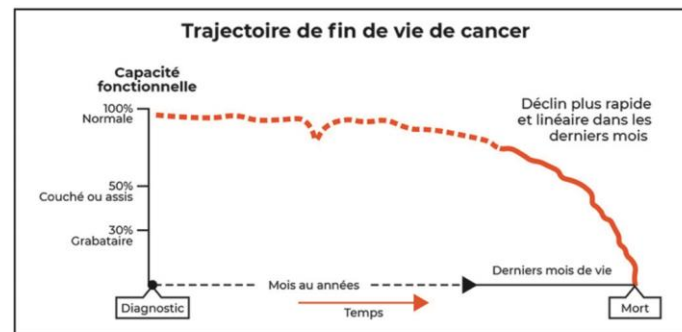
QUELQUES STATISTIQUES

- ❑ Mort subite chez 10% des patients avec FeVG <30%

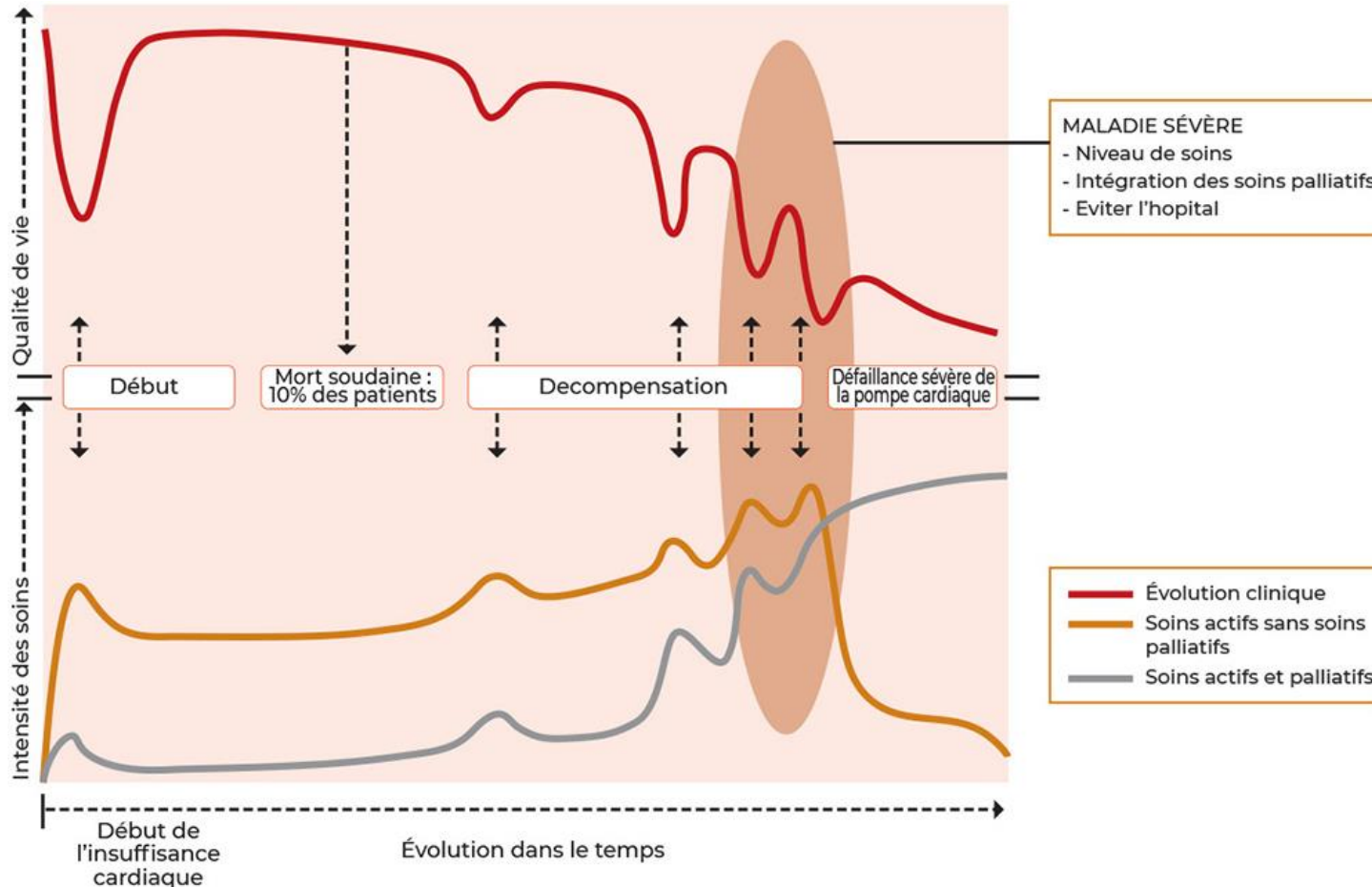
- ❑ Mortalité:
 - à 1 an après diagnostic : 30-40%
 - à 5 ans : 50% (tous stades confondus) ... vs 60% pour l'ensemble des cancers

- ❑ Représente 9% des décès au Canada
 - 1/9 patient meurt avec un diagnostic principal ou secondaire d'insuffisance cardiaque

TRAJECTOIRES de FIN DE VIE



ÉVOLUTION EN DENTS DE SCIE



Pronostic presque impossible à établir, sauf lors des signes de fin de vie imminente

Espérance de vie moyenne post hospitalisation pour I.C.

7mois

DÉCOMPENSATION : LES CAUSES

Infection aiguë

Anémie

Atteinte cardiaque surajoutée : ischémie, arythmie

Embolie pulmonaire

Détérioration de l'insuffisance rénale

Hyperthyroïdie

Changement dans la médication (AINS, cortisone...)

Non observance de la diète

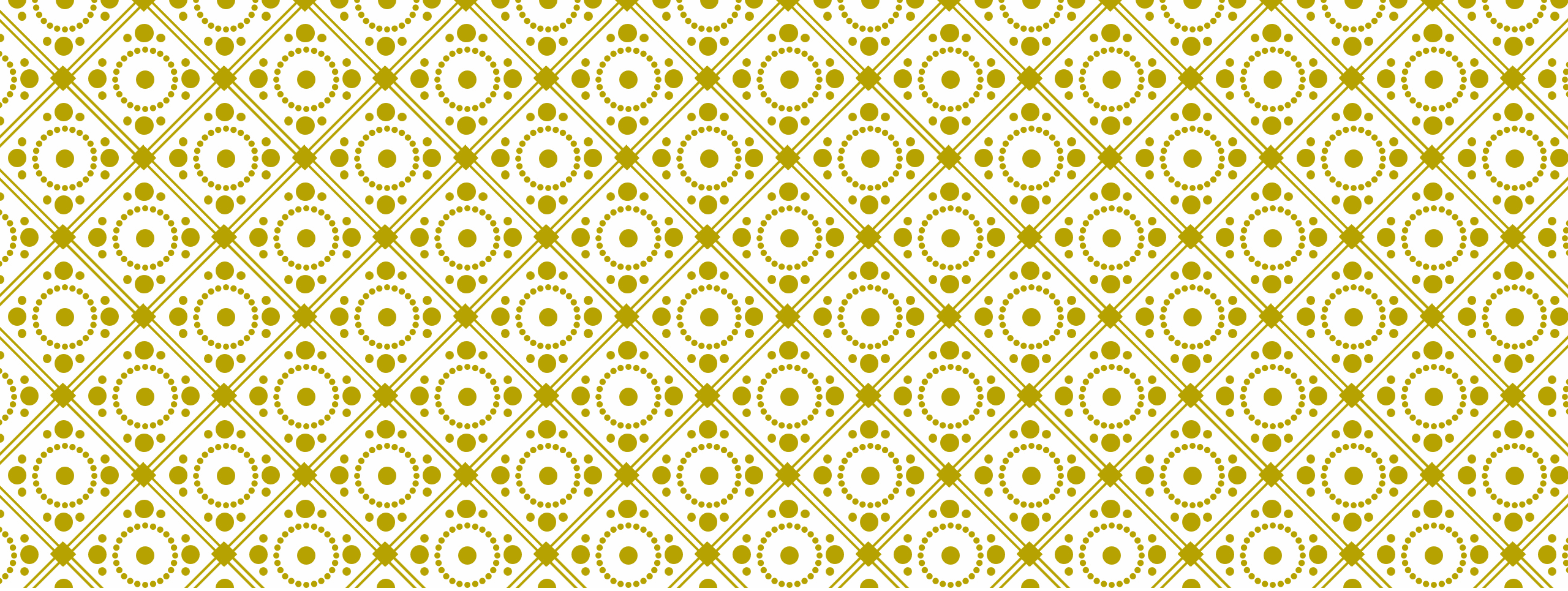
Gain 2-3 kg en
quelques jours

INVESTIGATION

Selon le niveau de soins

Un mot sur le **BNP** (peptide natriurétique de type B) ou son précurseur le **Pro-BNP**

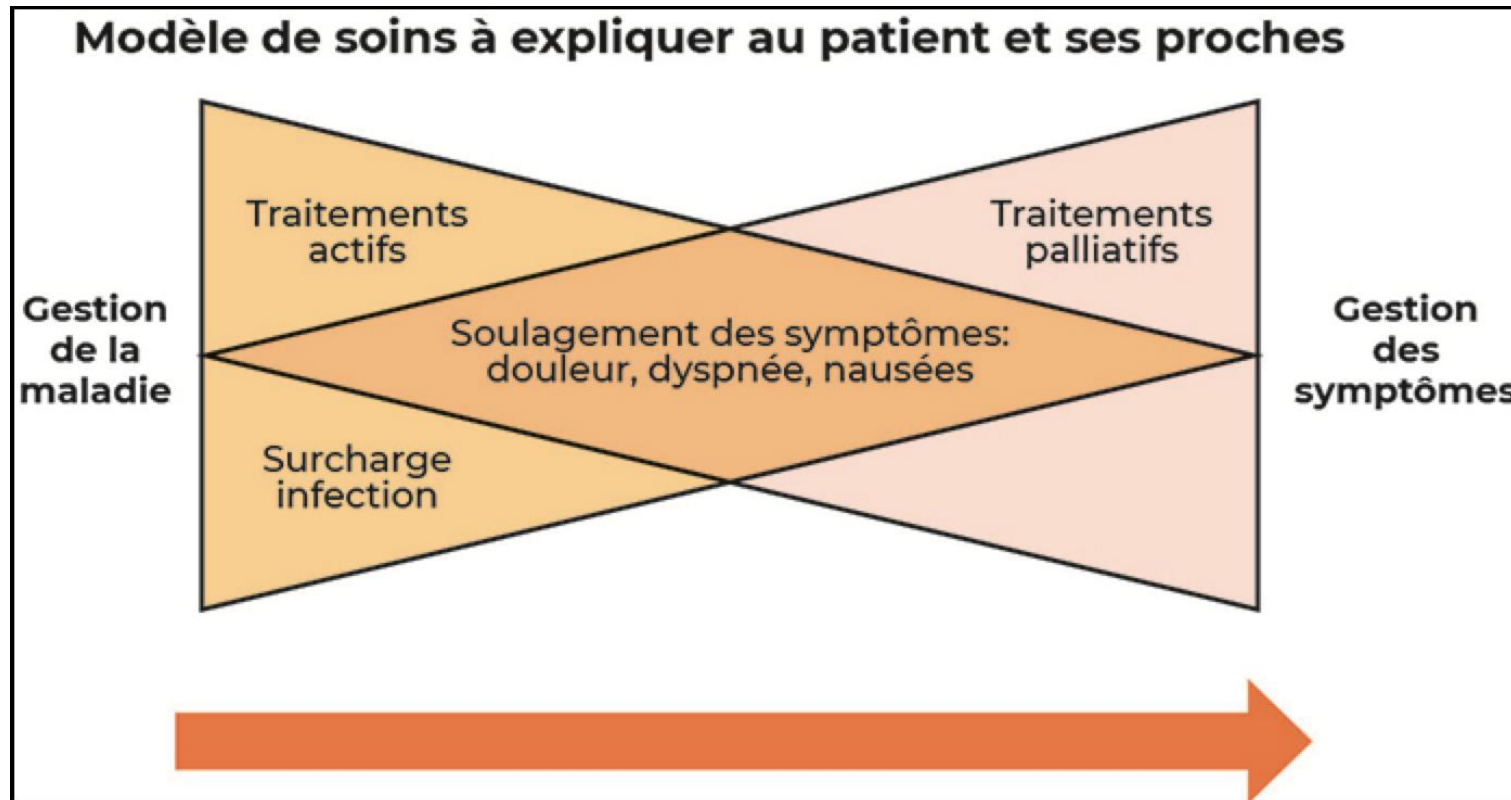
- Mesure non spécifique
- Utilité :
 - exclure une cause d'origine cardiaque, s'il est négatif
 - suivre un insuffisance cardiaque connue :
 - ◆ augmentation de 30 % : l'IC se détériore
 - ◆ réduction de 30 % : décompensation résolue



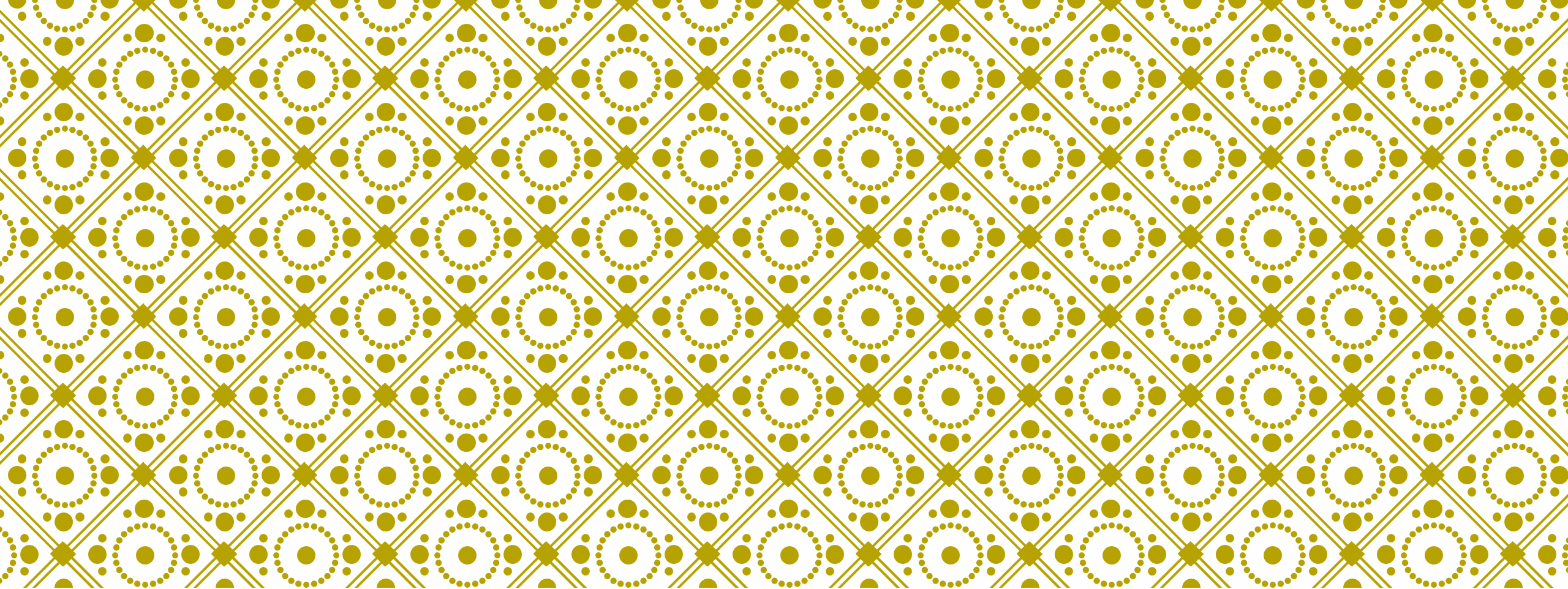
PRINCIPES DE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

CHEVAUCHEMENT DE DEUX OBJECTIFS

Améliore la survie... et la qualité de vie



Améliore la qualité de vie... et la survie



GESTION DE LA MALADIE

Soins “actifs”

TRAITEMENT NON-PHARMACO

Restriction hydrique (1,5 - 2L)

Restriction sodée (2g)

Cessation tabagique

Limiter la consommation d'alcool

Perte de poids

MÉDICATION

Triple thérapie connue de longue date (*réduction de la mortalité démontrée*)

- **Inhibiteurs du système rénine angiotensine aldostérone**, et plus récemment la combinaison sacubitril/valsartan
- **Bêta bloqueurs** pour diminuer la FC et éviter les effets néfastes des catécholamines
- **Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (ARM)** pour son effet diurétique, de gestion de la pression et en bloquant les effets de l'aldostérone

→ On vise les doses cibles maximales tolérées, quitte à diminuer les diurétiques

MÉDICATION

Diurétiques (À introduire lorsque surcharge présente malgré la triple thérapie)

- **Furosémide**
- **Métolazone**

Digoxine (indiqué pour NYHA stade 3 et plus, ou avant si FA)

Nouvelles molécules

- **Inhibiteurs SGLT2** pas seulement pour les diabétiques, mais aussi pour sa diurèse osmotique et sa natriurèse et d'autres effets pas encore démystifiés
- **Ivabradine** pour diminuer la FC chez nos patients en rythme sinusal et moins de fatigue que BB

Autres

- **Hydralazine** vasodilatateur diminuant la précharge et post charge

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Revascularisation

Ablation de la FA

Remplacement ou réparations de valves

- Mitrale et Aortique
- Tricuspide maintenant

Resynchronisation ventriculaire

- Pacemaker bi ventriculaire

Défibrillateur (pas un traitement...)

SI DÉCOMPENSATION À DOMICILE

Position semi-assise et O₂ (si disponible)

Arrêt temporaire des médicaments inotropes négatifs (B-bloqueurs)

Diurétiques en réserve (PO et I/V)

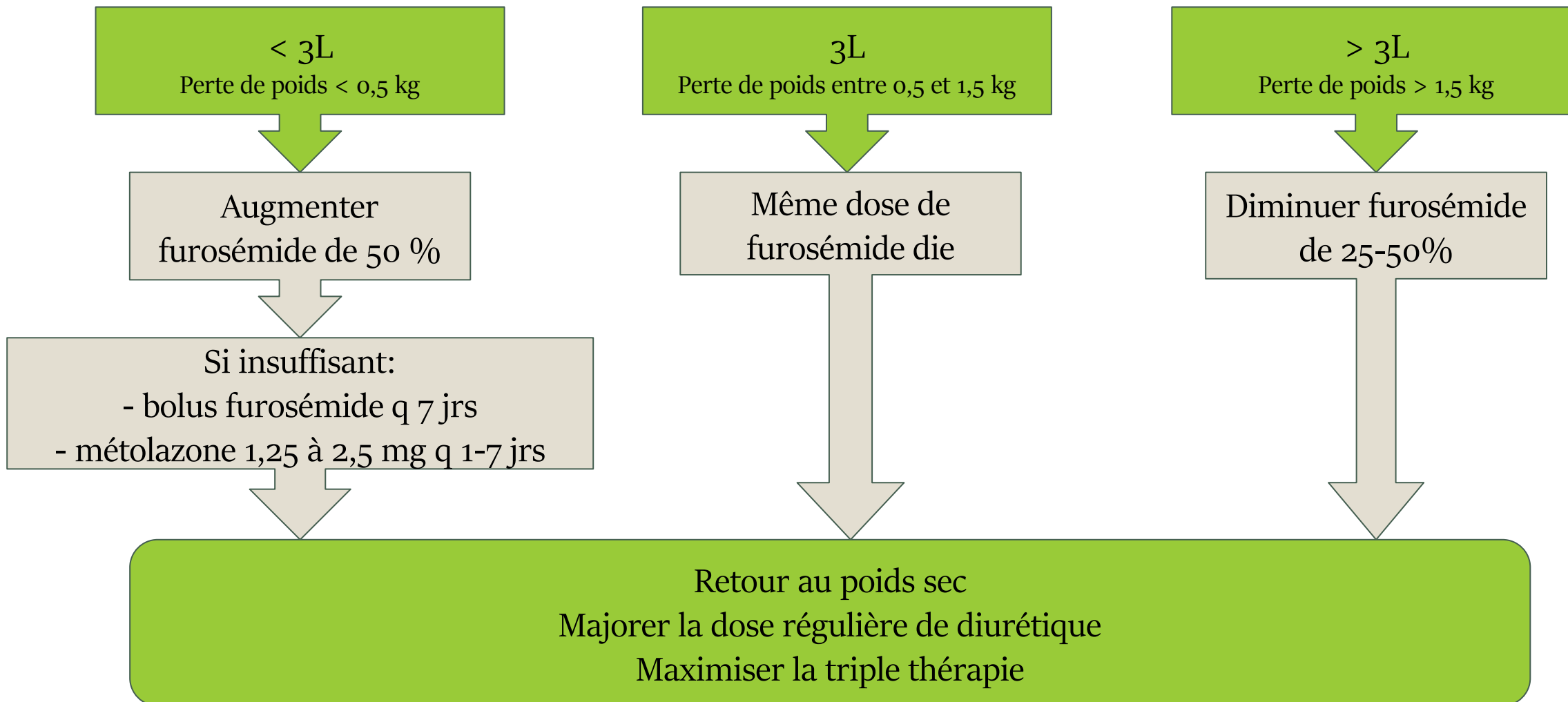
Furosémide 40 à 80 mg stat à répéter PRN dans 24h

Métolazone 2,5 mg

→ On vise une diurèse de 200 ml dans l'heure qui suit l'administration et 100 ml/h pour les 6 heures suivantes OU une perte de poids de 0,5 à 1,5 kg en 24h

Suivi créatinine et potassium

Ajustement en fonction de la diurèse



Suivi du potassium

K < 5,5 mmol/L

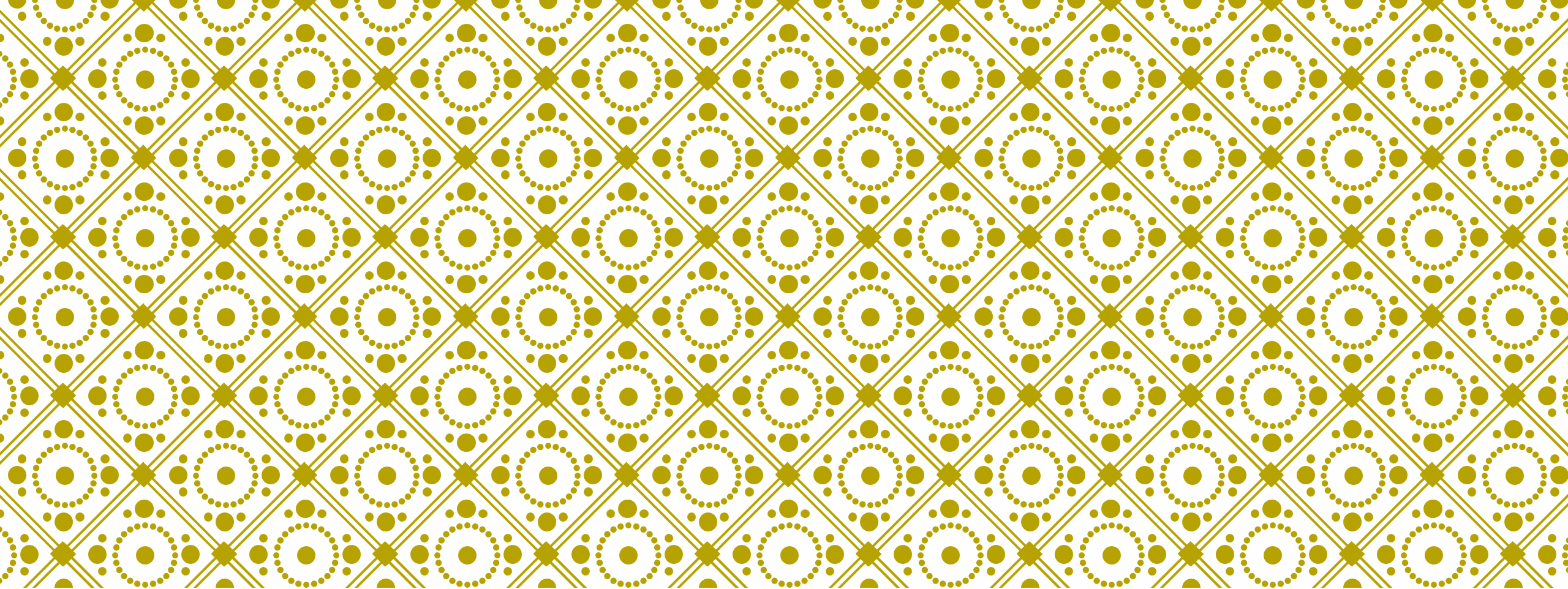
- Diète faible en K
- Hydratation 1,5 L / 24h
- Cesser suppléments
- Considérer baisse de la médication qui augmente la kaliémie (IECA, ARA, ACM)
- Contrôle de la kaliémie dans 3 jours

K entre 5,6 et 5,9 mmol/L

- Réduire de moitié la médication qui augmente la kaliémie (IECA, ARA, ACM)
- Considérer polystyrène 30 g
- Contrôle de la kaliémie dans 3 jrs

K > 6 mmol/L

- Cesser immédiatement la médication qui augmente la kaliémie (IECA, ARA, ACM)
- Polystyrène 30 g, répétable le lendemain
- Contrôle serré
- Reprendre la médication cessée une fois la kaliémie rétablie ou envisager la déprescription



GESTION DE SYMPTÔMES

Soins palliatifs

QUAND DÉBUTER LES SOINS PALLIATIFS?

Dès le diagnostic de sévérité de l'insuffisance cardiaque (NYHA III et IV)

→ Repérer les patients avant le congé d'hospitalisation

La Société canadienne de cardiologie suggère l'implication des SP en fonction des symptômes et des besoins, et non pas seulement du pronostic.

INTÉGRATION PRÉCOCE DES SOINS PALLIATIFS

Avantages:

- Meilleure survie
- Amélioration de la capacité fonctionnelle, psychologique et sociale
- Accroître le soutien à domicile
 - Meilleure connaissance du patient, facilite les discussions sur les objectifs de soins
 - Meilleur accompagnement de proches
- Diminution des hospitalisations
 - Moins d'infections nosocomiales
 - Moins d'immobilisation, de déconditionnement
 - Moins de délirium
 - Économies \$

Dyspnée

Au repos et en position assise - mauvais pronostic

Approche non-pharmaco

- Ventilateur vers le visage du patient
- Serviette froide
- Air humidifié

Approche pharmaco

- Opiacé courte action
 - Hydromorphe > morphine (IRC sévère)
 - Passer au s/c si œdème du tractus digestif
 - Longue-action si dyspnée constante, avec entre-dose (ED)
 - Fentanyl transdermique (diminution de la prise PO - attention en IRC sévère)
- Association avec benzodiazépine pour potentialiser l'effet sur la dyspnée

Nausée

Présente dans >50% des patients avec insuffisance cardiaque dans les 6 derniers mois de vie

Approche non pharmaco

- Offrir aliments préférés du patient
- Manger selon sa faim

Approche pharmaco

- Digoxine souvent en cause
- Optimisation des traitements d'insuffisance cardiaque
- Antiémétique si vomissement (ATTENTION QT), lorazepam peut être efficace

Prurit

Secondaire à l'insuffisance rénale (symptôme urémique) ou l'insuffisance hépatique (atteinte cholestatique) associées à l'insuffisance cardiaque terminale

Intensité non reliée à la sévérité de l'atteinte rénale ou hépatique

Approche non-pharmaco

- Air humide et frais
- Éviter bain chaud et frottement sur la peau
- Éviter les savons, détergents et parfums trop fort - favoriser sans odeur
- Vêtements amples
- Photothérapie

Prurit

Approche pharmaco (pour prurit modéré à sévère)

Si cause hépatique

- Émollient topique
- Chélateurs des acides biliaires (cholestyramime, colestipol)
- Si inefficace : rifampin ou sertraline
- Naltrexone peut aussi être utilisé, mais attention à l'analgésie des patients

Si cause rénale (TRÈS PEU d'évidences scientifiques)

- Émollient topique
- Analgésique topique (pramoxine) - PAS d'AINS topique ou capsaïcine
- Si topique inefficace : Antihistaminique oral (hydroxyzine ou diphenhydramine - loratadine jour)
- Si toujours inefficace : Gabapentin ou pregabalin
- Sinon : ISRS (sertraline)

Douleurs

Souvent présente en raison de l'immobilité forcée et aussi du sommeil en position assise

Approche non pharmaco

- Changement de position fréquente (q 2hrs)

Approche pharmaco

- Plusieurs médicaments contre-indiqués : AINS, corticostéroïdes, prégabaline, ATC...
- Opter pour :
 - Tylenol
 - Opiacés : hydromorphone > morphine
 - Méthadone à petites doses

Dépression et anxiété

Très grande atteinte de la qualité de vie (souvent pire que chez le patient atteint de cancer)

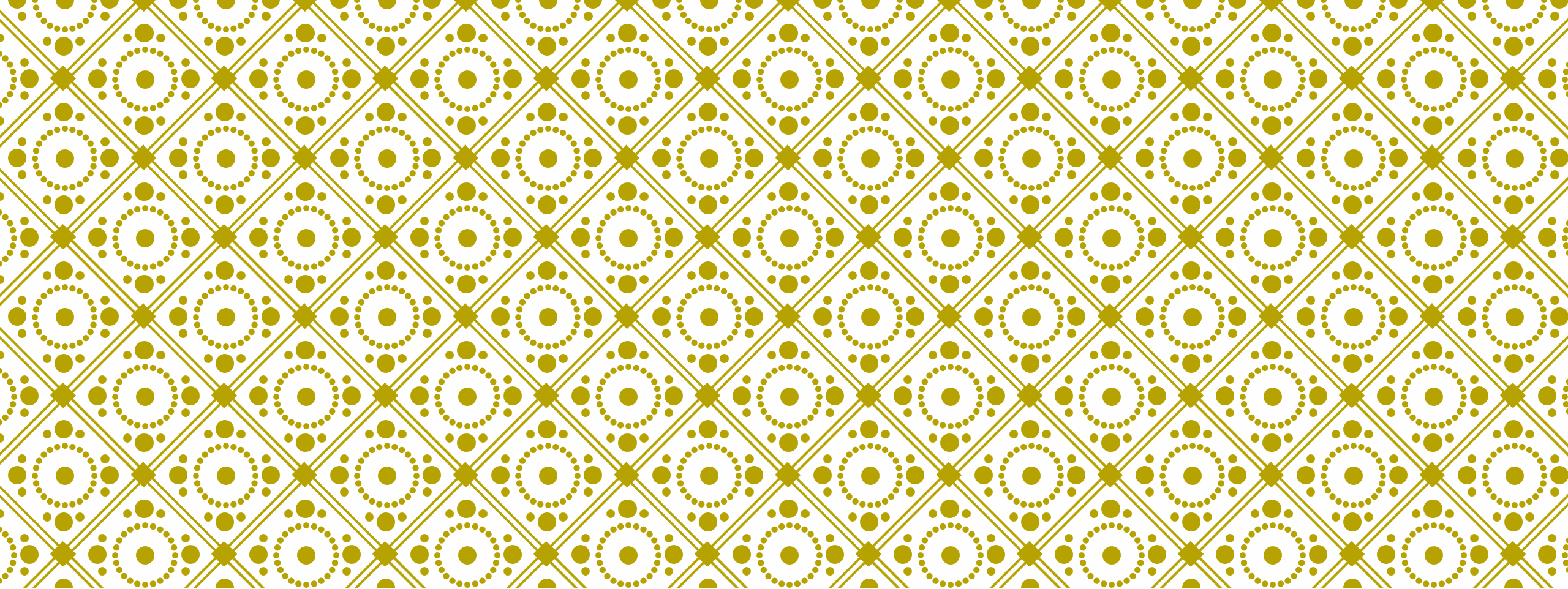
1/5 patient présente des symptômes dépressifs - souvent méconnu = symptômes physiques qui peuvent se présenter comme les symptômes de dépression (fatigue, perte d'énergie, perte d'intérêt, perte de capacité pour certaines activités, difficulté à dormir, perte d'appétit)

Approche non-pharmaco

- Écoute active et support des proches inquiets (souvent plus efficace que la médication en dépression vu le délai du début d'action de la médication)
- Suivi psychosocial, thérapie de support ou cognitivo-comportementale
- Physiothérapie et ergothérapie

Approche pharmaco

- Pour l'anxiété : Benzodiazépine PO, SL ou s/c
- Pour la dépression : ISRS ou INRS, mais semble peu efficace en fin de vie d'insuffisance cardiaque



PRÉPARER LA FIN DE VIE

EN AMONT

Le pronostic est imprévisible, la fin de vie peut survenir de façon précipitée, il faut être prêt!

1. Niveau de soins
2. Prescriptions anticipées - Ordonnance individuelle standardisée (OIS)

NIVEAU DE SOINS

Avoir une discussion franche sur :

- la maladie, l'évolution anticipée;
- les traitements et leurs objectifs;
- nos observations.

Offrir d'en discuter avec les proches

S'assurer que les papiers du patient soient en règles

Consigner les informations par **écrit**

1. Niveau de soins
2. Non-réanimation
3. Non-intubation
4. Hôpital ou non, IV ou non

RECONNAITRE LES SIGNES GÉNÉRAUX DE FIN DE VIE

- Perte de poids / cachexie
- Immobilité
- Chute
- Hospitalisations récentes

FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC de l'IC

- FC ≥ 100 au repos
- Dyspnée au repos
- Anorexie
- >70 ans
- Antécédent de décompensation cardiaque aiguë
- Sévère perte d'autonomie fonctionnelle
- Comorbidités (IRC, diabète, MPOC)
- Créatinine >150 mmol/L
- Na <138 mmol/L

DÉPRESCRIPTION

Quand?

Patient épuisé

Maladie réfractaire

DÉPRESCRIPTION

Cesser

Aucun bénéfice pour le confort

- Hypolipémiants

Évaluer

Bénéfices **VS** Risques

- B-bloqueurs
- IECA / ARA
- Vasodilatateurs
- Anti-coagulant / antiplaquettaires
- Hypoglycémiants
- Spironolactone

Poursuivre

Bénéfices pour le confort

- Furosemide
- Nitroglycerine et autres antiangineux
- Digoxine ou autre anti FA
- IECA / ARA si FeVG < 40 %

DÉPRESCRIPTION

Selon les comorbidités...

Si HTA	<ul style="list-style-type: none">● Garder IECA / ARA et BCC
Si Sténose aortique sévère	<ul style="list-style-type: none">● Cesser vasodilatateurs● Attention aux diurétiques
Si angine ancienne (> 1 an)	<ul style="list-style-type: none">● Arrêt graduel BCC, nitrates et B-bloqueurs
Si angine réfractaire	<ul style="list-style-type: none">● Garder la médication sauf si hypotension symptomatique
Si FA symptomatique	<ul style="list-style-type: none">● Garder ou introduire digoxine, B-bloqueur ou diltiazem à dose minimale● Anticoagulants à considérer si CHADS > 4 ou sténose mitrale modérée associée
Si atcd arythmie ventriculaire	<ul style="list-style-type: none">● Désactiver défibrillateur AVANT sevrage des antiarythmiques

DÉFIBRILLATEUR

Risque de chocs :

Mis en prévention primaire : 5% par année

Mais en fin de vie : 20% (approprié ou non)

Discussion délicate : peut causer une souffrance psychologique

La désactivation se fait en bureau... à moins que l'intervenant accepte de se déplacer?

Si le décès est imminent, placer un aimant qui désactivera la portion défibrillateur...
quelques "bip" d'avertissement pourraient être entendus

DÉCOMPENSATION “ULTIME”

Le patient “froid et humide” : surcharge à bas débit

Tension artérielle basse : mauvaise perfusion

Œdème généralisé

Cul-de-sac thérapeutique

Mort subite

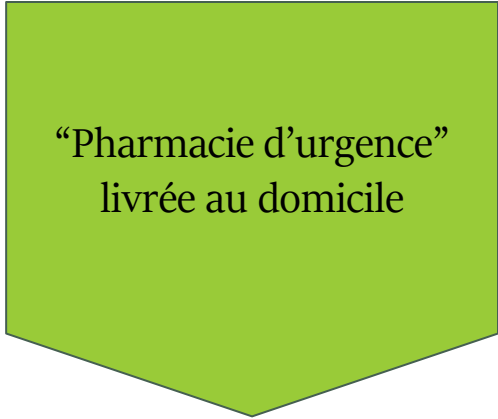
PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES

OIS - Gestion des symptômes de la personne adulte en fin de vie

- Anxiété / insomnie
- Embarras bronchiques / râles respiratoires
- Agitation / délirium
- Nausées / vomissements

OIS - Détresse chez l'adulte

- Anxiolytique
- Anticholinergique (sédatif)
- Analgésique



“Pharmacie d’urgence”
livrée au domicile

CONCLUSION : Messages clés

L'insuffisance cardiaque est une **maladie mortelle** à l'évolution en dents de scie.
Le **pronostic** est **sombre**, comparable aux cancers.

La prise en charge du patient présentant une insuffisance cardiaque avancée combine le **traitement de la maladie** ET la **gestion des symptômes**.

L'**intégration précoce des soins palliatifs** améliorent la qualité de vie du patient et facilite son accompagnement.
Des **discussions franches** sont indispensables.

Il faut être **préparé à l'avance** car le décès précipité est possible.
La **déprescription** doit se faire de manière **judicieuse**.

RÉFÉRENCES

Palli-science.ca

Fin de vie d'insuffisance cardiaque

Présentation Fin de vie d'insuffisance cardiaque à domicile par Dre Geneviève

Dechêne, mai 2019

Présentations L'art de la déprescription en insuffisance cardiaque avancée et Soins palliatifs en cardiologie: une gestion simplifiée des symptômes par Martine Lacroix, pharmacienne et Dre Julie Sirois, mai 2019

Guide de l'APES

Coeuretavc.ca

Uptodate

Merckmanuals.com

MERCI !

DES QUESTIONS

