

Jeudi 13 Février

11:00 – 11:45

Auditorium 1

Pathologies cardiaques aux Antilles : quels enjeux ?

Modérateur(s) : J. INAMO (Fort-de-France), O. HANON (Paris)

HTA du sujet âgé

N. OZIER-LAFONTAINE (Fort-de-France)

Insuffisance cardiaque

A. MONTFORT (Fort-de-France)

Amylose cardiaque du sujet âgé

J. INAMO (Fort-de-France)

HTA de la personne âgée?

JCVMA, Ste Luce le 13/02/25

Dr OZIER-LAFONTAINE Nathalie, cardiologue, CHUM



Personne âgée?

Définition

Définition du vieillissement:

L'âge d'entrée dans la vieillesse fait l'objet de discussions.

- >> L'Organisation mondiale de la santé le situe à **60 ans**,
- >> les programmes de prévention du vieillissement et les études cliniques utilisent le seuil de **65 ans**,
- >> tandis que le secteur de la gériatrie accueille les personnes à partir de **75 ans**.

Mais la vieillesse n'est pas qu'une question d'âge. Les conditions socio-économiques, la vie professionnelle et personnelle, ainsi que les pathologies chroniques entrent en ligne de compte. Ainsi, la population âgée est hétérogène et confrontée à de nombreuses problématiques, telles que la fragilité, la polypathologie, la polymédication et la dépendance.

Physiologie du vieillissement

Le Collège national des enseignants de gériatrie définit le vieillissement comme « *l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme mûr* ».

Il s'agit d'un phénomène lent, progressif et irrémédiable auquel nous sommes tous soumis au cours de notre vie, qui résulte de facteurs génétiques et environnementaux.

Son retentissement peut s'observer à différentes échelles : au niveau moléculaire, cellulaire et tissulaire.

Le vieillissement entraîne une altération des capacités fonctionnelles de l'organisme, qui est à l'origine d'une diminution des facultés d'adaptation au stress ou aux situations nouvelles.

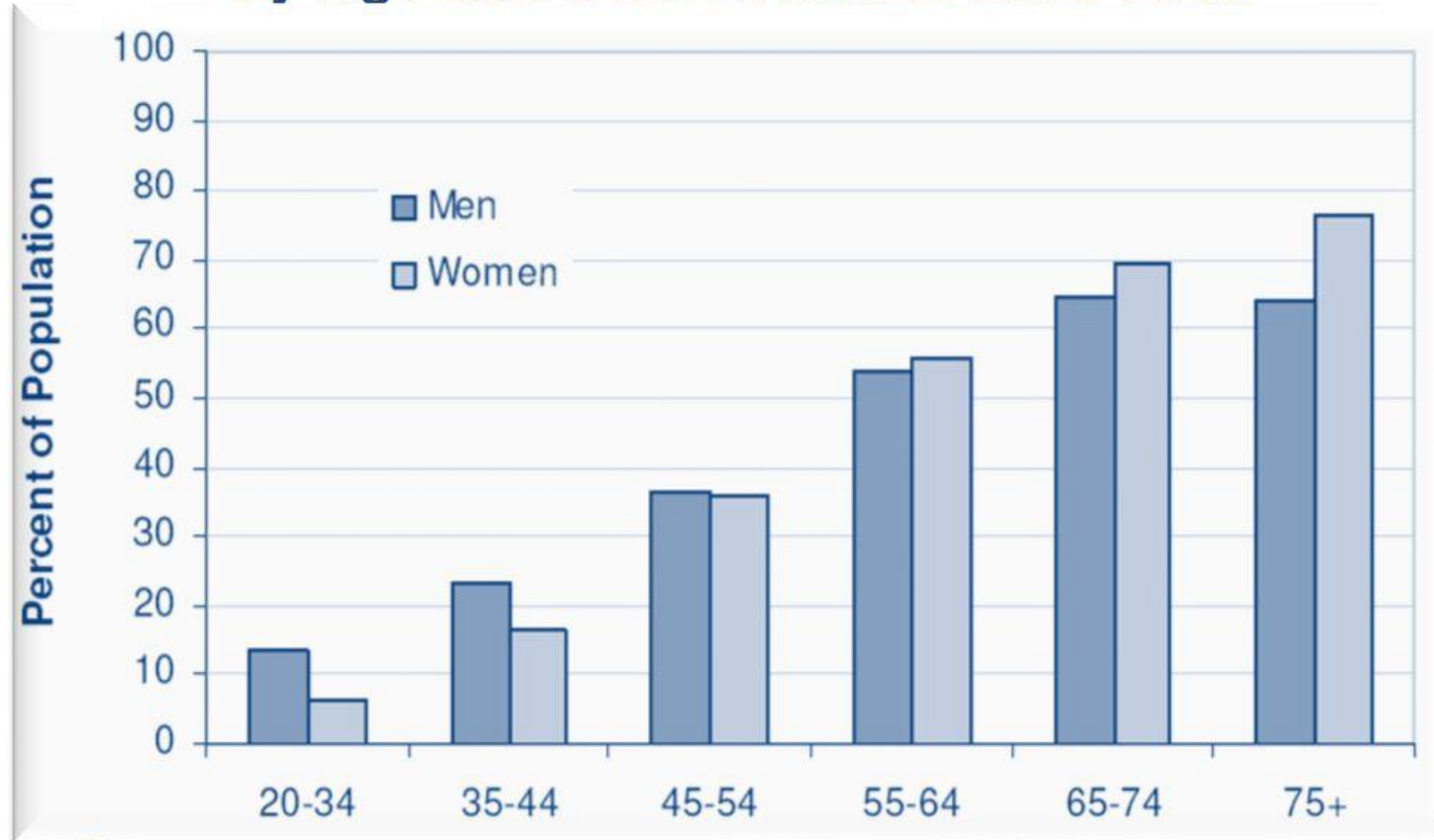
Hypertension du sujet âgé???

INTERET à TRAITER?

HTA augmente linéairement avec l'âge avec une prévalence de 60% à 60 ans et 75% à 75 ans...

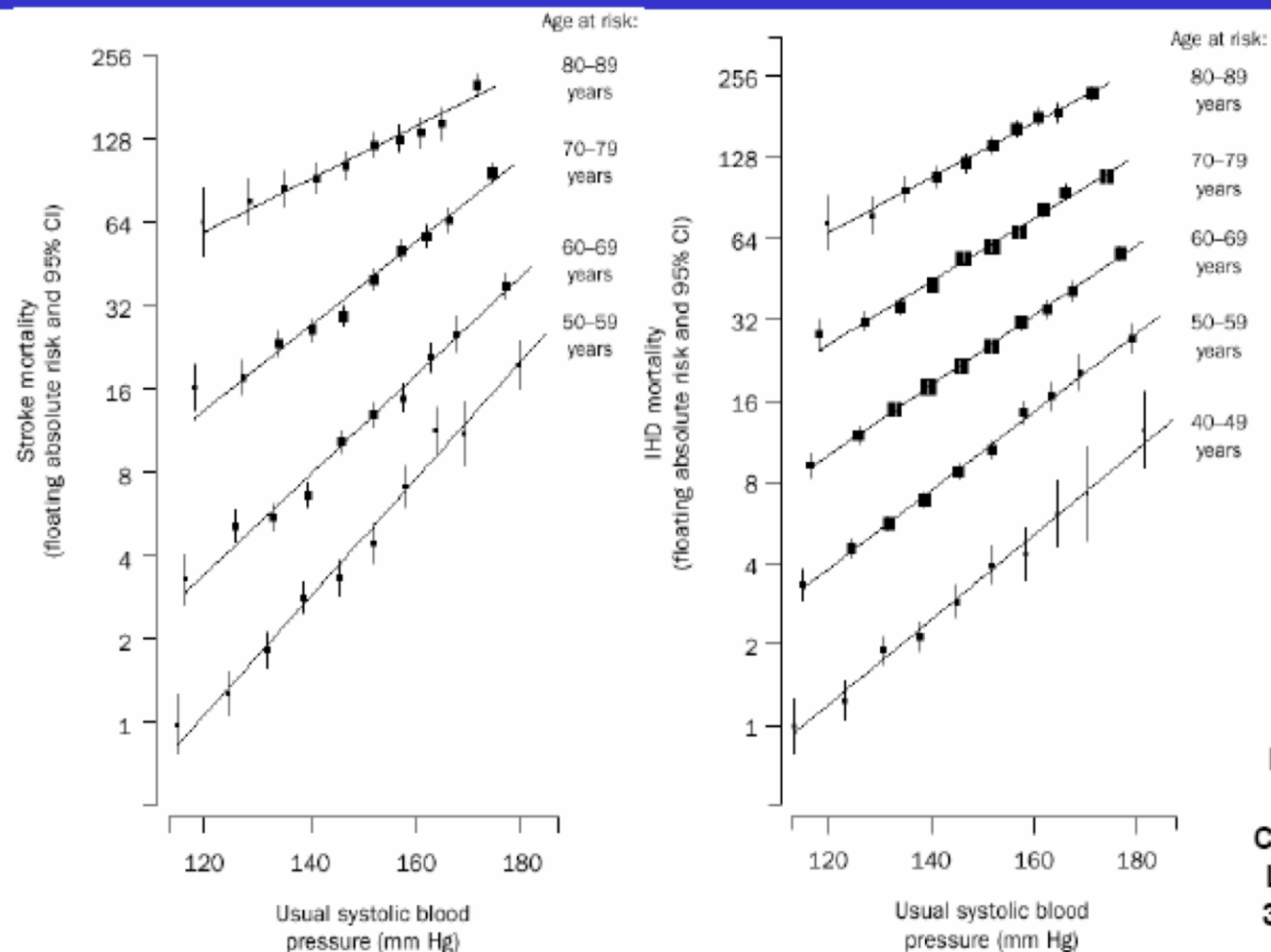
Le risque CV augmente aussi de façon continue...

Prevalence of High Blood Pressure in Adults by Age and Sex: *NHANES 2005-2006*



*Helping Cardiovascular Professionals
Learn. Advance. Heal.*

PAS-risque dans les cohortes observationnelles



Prospective
Studies
Collaboration
Lancet 2002;
360: 1903-13

INTERET DE TRAITER UN PATIENT DE PLUS DE 80 ANS?

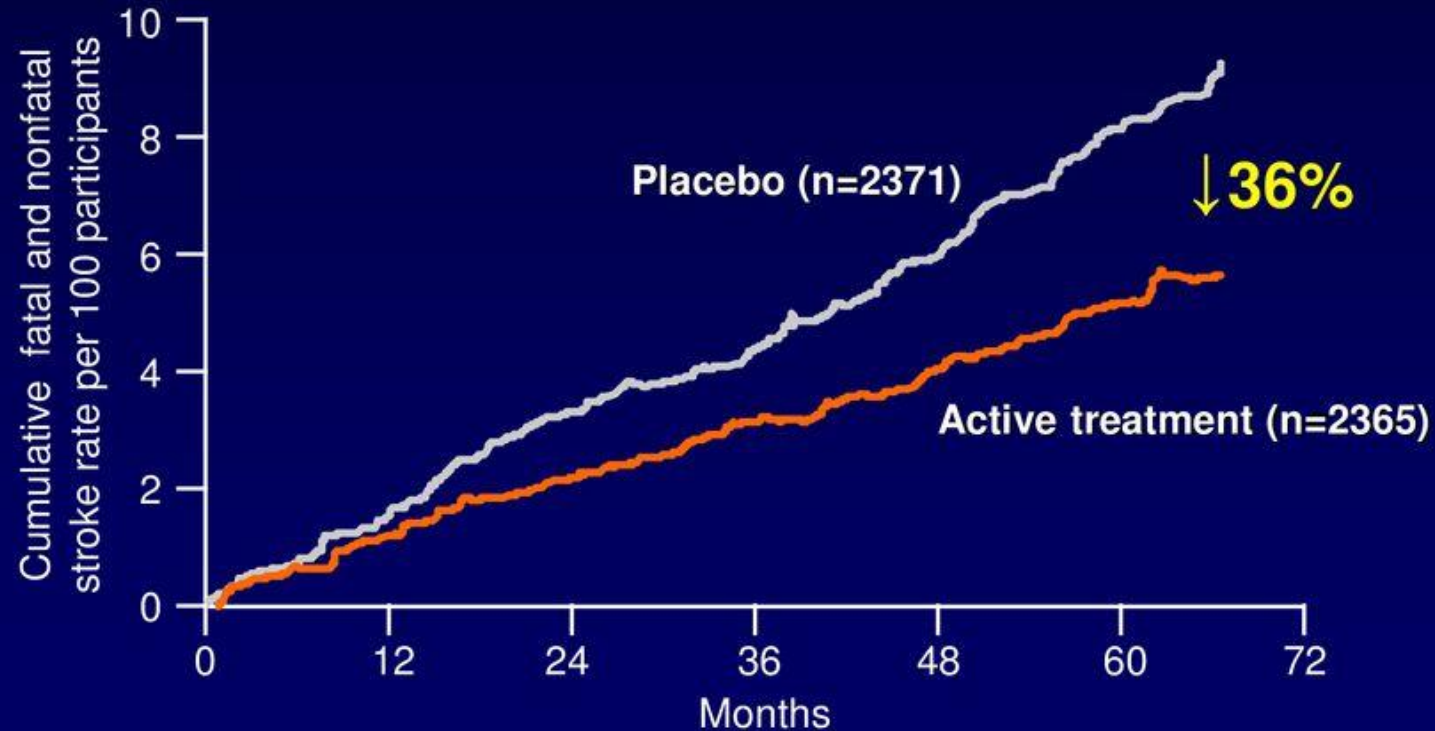
Étude SHEP

Systolic hypertension in the elderly program: 1985

- 4700 personnes > 60 ans, PAS > 160 mmHg
- Intérêt dans la prévention de l'AVC
- Ttt; chlortalidone 12,5/ atenolol 25 mg vs placebo
- Baisse du risque relatif de faire un AVC de 36% à 5 ans
- MACE réduits

Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)

Multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, patients ≥ 60 years, systolic BPs ≥ 160 mm Hg & diastolic BPs < 90 mm Hg, using 12.5-25 mg chlorthalidone + other drugs if needed
(Starting SBP: 170 mm Hg; achieved SBP: Placebo 155 mm Hg, active treatment 143 mm Hg)



INTERET DE TRAITER UN PATIENT DE PLUS DE 80 ANS?

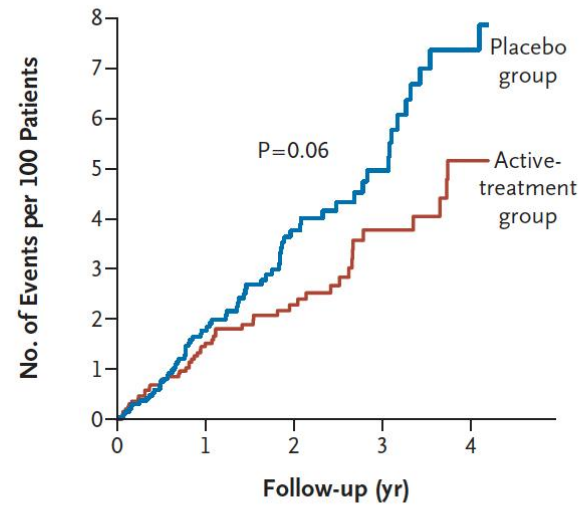
Etude HYVET 2007

- Objectif: évaluer les bénéfices d'un traitement de l'HTA (160/90 mmHg) si > 80 ans
- Hors IC, IRC, dépendance, démence, patient institutionnalisé, HTA secondaire...

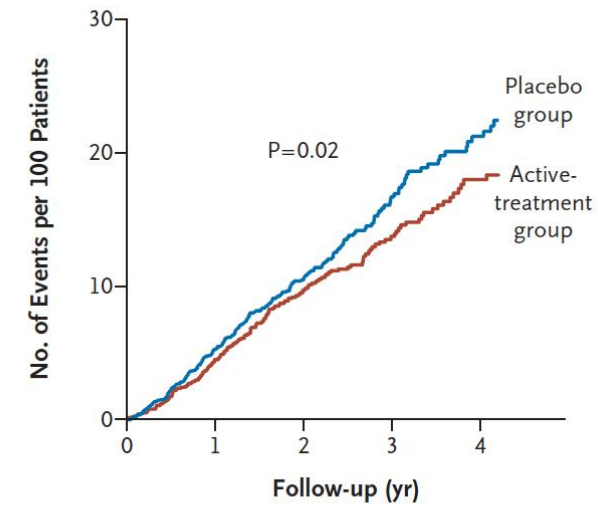
HYVET : TRAITEMENT de l'HTA PAR DIURETIQUE +/- IEC

Critères	Taux pour 1 000 patients par an (nombre d'événements)		Risque relatif	Intervalle de confiance à 95 %	Valeur de p
	Groupe actif	Groupe placebo			
	n (%)				
AVC					
Fatal ou non fatal	12,4 (51)	17,7 (69)	0,70	0,49-1,01	0,06
Décès par AVC	6,5 (27)	10,7 (42)	0,61	0,38-0,99	0,046
Décès					
Toutes causes	47,2 (196)	59,6 (235)	0,79	0,65-0,95	0,02
De cause non CV ou inconnue	23,4 (97)	28,9 (114)	0,81	0,62-1,06	0,12
De cause CV	23,9 (99)	30,7 (121)	0,77	0,60-1,01	0,06
De cause cardiaque	6,0 (25)	8,4 (33)	0,71	0,42-1,19	0,19
Par insuffisance cardiaque	1,5 (6)	3,0 (12)	0,48	0,18-1,28	0,14
Fatal ou non fatal					
Tous infarctus du myocarde	2,2 (9)	3,1 (12)	0,72	0,30-1,70	0,45
Toutes insuffisances cardiaques	5,3 (22)	14,8 (57)	0,36	0,22-0,58	< 0,001
Tous événements CV	33,7 (138)	50,6 (193)	0,66	0,53-0,82	< 0,001
Les décès de cause cardiaque ont été définis comme résultant d'un infarctus du myocarde, d'une insuffisance cardiaque ou d'une mort subite. Les événements CV ont été définis comme les décès de cause CV, ou les AVC, les infarctus du myocarde et les insuffisances cardiaques.					

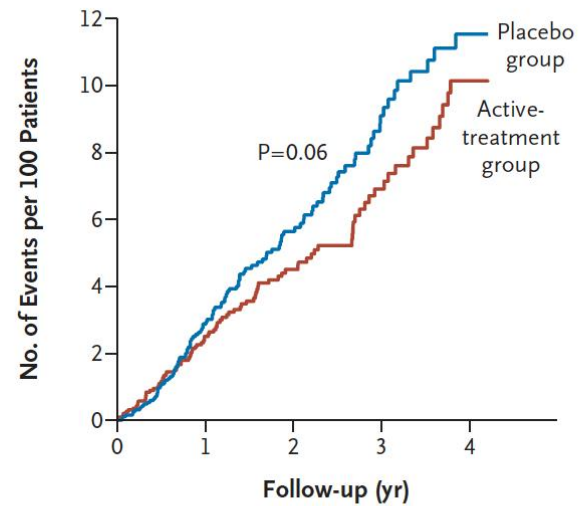
Tableau I : Résultats principaux de l'étude HYVET, en termes d'événements fatals et non fatals et en intention de traiter.

A Fatal or Nonfatal Stroke**No. at Risk**

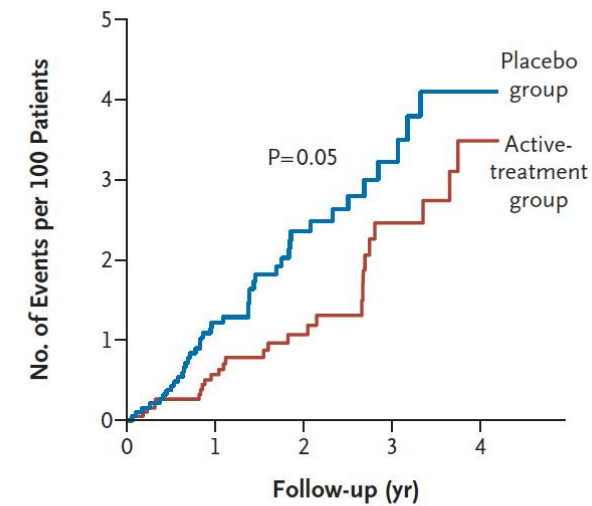
Placebo group	1912	1484	807	374	194
Active-treatment group	1933	1557	873	417	229

B Death from Any Cause**No. at Risk**

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

C Death from Cardiovascular Causes**No. at Risk**

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

D Death from Stroke**No. at Risk**

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

E Heart Failure

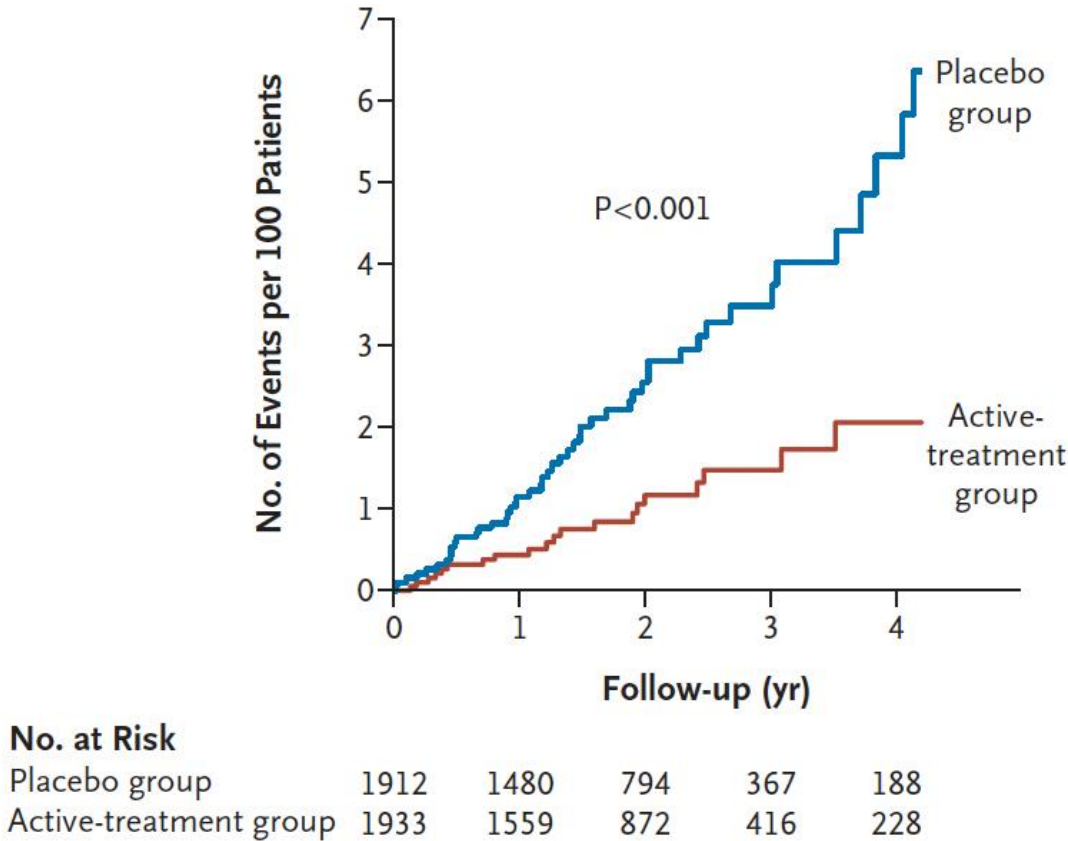


Figure 3. Kaplan–Meier Estimates of the Rate of End Points, According to Study Group.

For the active-treatment group as compared with the placebo group, the unadjusted hazard ratios (95% CIs) were as follows: for fatal or nonfatal stroke, 0.70 (0.49 to 1.01) (Panel A); for death from any cause, 0.79 (0.65 to 0.95) (Panel B); for death from cardiovascular causes, 0.77 (0.60 to 1.01) (Panel C); for death from stroke, 0.61 (0.38 to 0.99) (Panel D); and for heart failure, 0.36 (0.22 to 0.58) (Panel E).

Étude SPRINT (2017)

Objectif tensionnel à fixer chez un hypertendu non diabétique mais avec un risque cardiovasculaire élevé

- Age ≥ 50 years
- SBP 130–180 mmHg (treated or untreated)
- Additional CV risk factors (*Diabetes excluded*)

Intensive treatment
Target SBP < 120 mmHg
(N=4678)

Standard treatment
Target SBP < 140 mmHg
(N=4683)

INTENSIVE BLOOD PRESSURE MANAGEMENT MAY SAVE LIVES

WHAT'S THE BEST WAY TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE IN PATIENTS 50 AND OLDER?

The SPRINT trial enrolled more than 9,300 participants at UAB and other locations to find out. Investigators divided them into two groups:

STANDARD TREATMENT



THERAPY:



Avg. 2 different blood pressure medications

INTENSIVE TREATMENT



THERAPY:

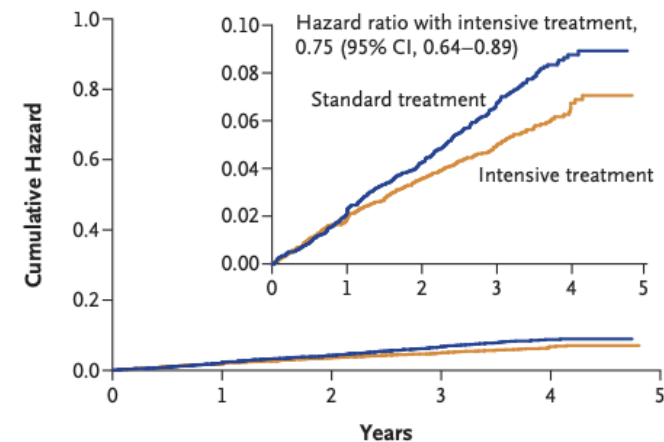


Avg. 3 different blood pressure medications

RESULTS: ABOUT **30%** lower rates of heart attack, heart failure, and other cardiovascular events, ABOUT **25%** lower risk of death among participants receiving intensive treatment

UAB THE UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM

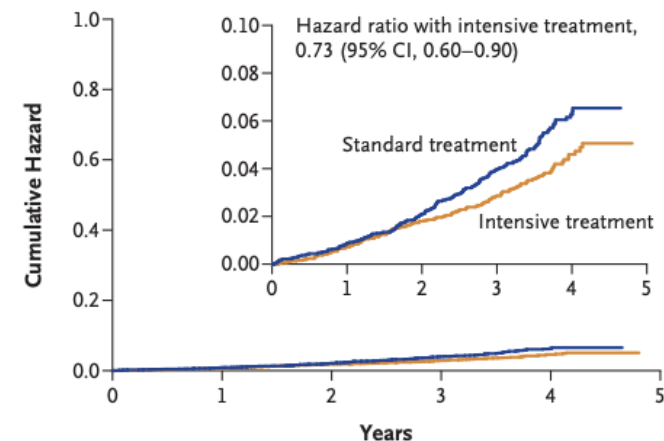
A Primary Outcome



No. at Risk

Standard treatment	4683	4437	4228	2829	721
Intensive treatment	4678	4436	4256	2900	779

B Death from Any Cause



No. at Risk

Standard treatment	4683	4528	4383	2998	789
Intensive treatment	4678	4516	4390	3016	807

Figure 3. Primary Outcome and Death from Any Cause.

Shown are the cumulative hazards for the primary outcome (a composite of myocardial infarction, acute coronary syndrome, stroke, heart failure, or death from cardiovascular causes) (Panel A) and for death from any cause (Panel B). The inset in each panel shows the same data on an enlarged y axis. CI denotes confidence interval.

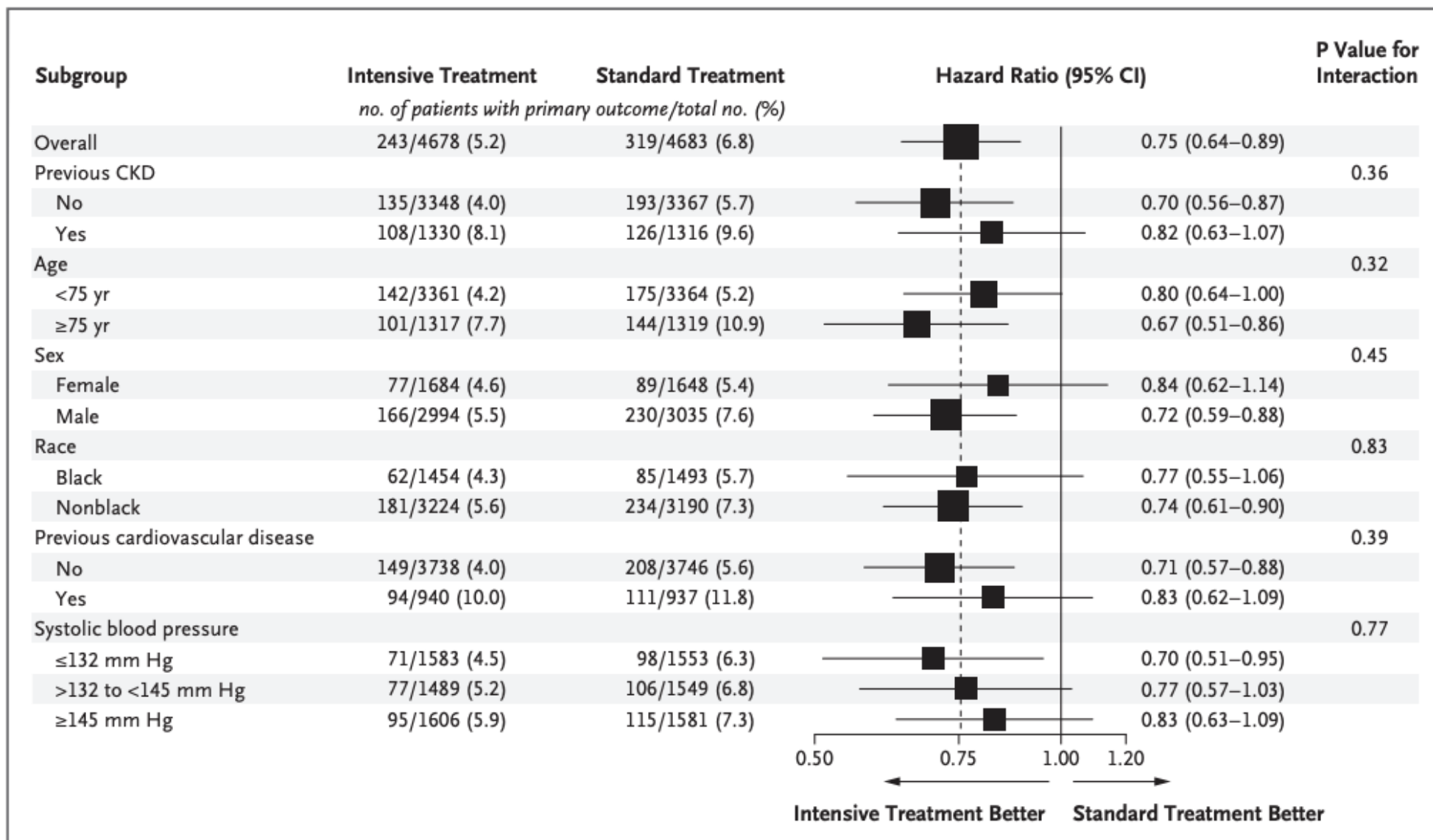


Figure 4. Forest Plot of Primary Outcome According to Subgroups.

The dashed vertical line represents the hazard ratio for the overall study population. The box sizes are proportional to the precision of the estimates (with larger boxes indicating a greater degree of precision). The subgroup of no previous chronic kidney disease (CKD) includes some participants with unknown CKD status at baseline. Black race includes Hispanic black and black as part of a multiracial identification.

Étude SPRINT

- Exclusion des patients âgés fragiles
- Exclusion des patients vivant en institution

Measure Blood Pressure - Diagnose

In Office

Office BP measurement (OBPM)



*SBP ≥ 140
and/or
DBP ≥ 90

Conditions

1. Use validated automated electronic upper-arm cuff device^a (www.stridebp.org).
2. Select appropriate cuff to fit arm size according to instructions by device manufacturer^b.
3. Quiet room with comfortable temperature.
4. No smoking, caffeine, food, or exercise 30 min before measurement.
5. Start measurement after patient remained seated and relaxed for 3-5 min^c.
6. No talking during and between measurements.

Posture

7. Sitting with back supported on chair.
8. Legs uncrossed, feet flat on floor.
9. Bare arm resting on table with mid-arm at heart level.

Measurement

10. Take 3 readings with 1 min intervals between them. Use the average of the last 2 readings for BP and also for pulse rate^d.

Relevance

- Was used in outcome trials and provides the basis for diagnosis and BP targets.

Out-of-office

Home BP monitoring (HBPM)



*SBP ≥ 135
and/or
DBP ≥ 85

Conditions and Posture

- 1.-9. From OBPM apply also to HBPM.

Measurement

10. Propose a standardized protocol to the patient:
 - Educate the patient on how to use a validated device and report the data.
 - Take 2 readings with 1 min intervals between them.
 - Measure in the morning and the evening (before drug intake if treated).
 - Measure for 3-7 days before office visits.
 - Use the average of all readings excluding the first day for both BP and pulse rate.
11. For long-term follow-up of treated hypertension, make duplicate measurements once or twice per week or month.

Relevance

- Recommended for long-term follow-up of treated hypertension, because it improves BP control, especially when combined with education and counseling.
- Confirmation of hypertension diagnosis and of true resistant hypertension, particularly if ABPM is not available.

Ambulatory BP monitoring (ABPM)



*24-h mean BP:
SBP ≥ 130
and/or
DBP ≥ 80

*Daytime (awake):

SBP ≥ 135 mmHg
and/or
DBP ≥ 85

*Nighttime (asleep):

SBP ≥ 120 mmHg
and/or
DBP ≥ 70

Conditions

- 1.-2. From OBPM applies also to ABPM.
3. Use fully automated devices programmed to record BP automatically at preselected intervals for 24 h.

Measurement

4. The recommended optimal time interval between measurements should be 20 minutes during day (awake) and night (sleep).
5. Measure during a routine workday for 24 h.
6. Instruct patients to keep a diary of their activities, symptoms, meals, drug intake times, sleep times or any unusual problems.

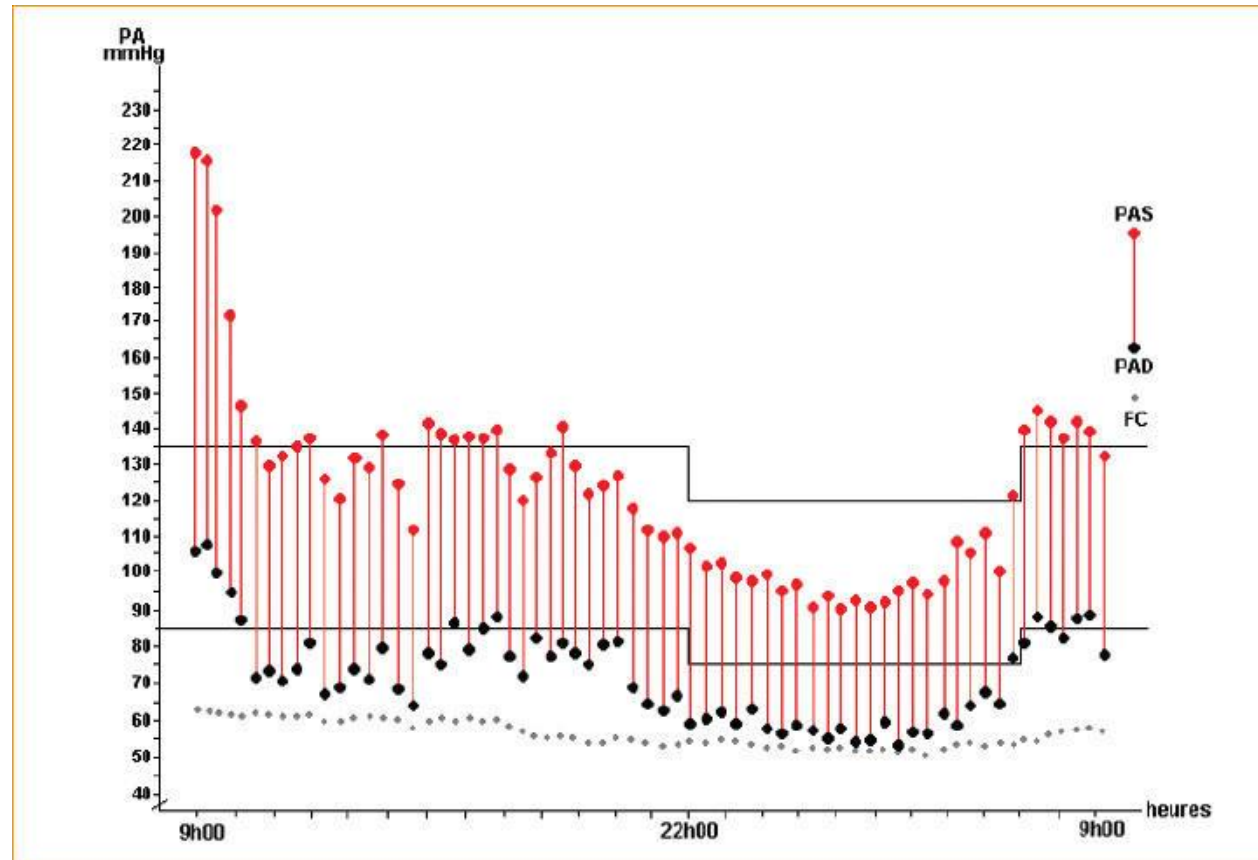
Relevance

- Obtaining 24-h BP profile and especially BP during night (sleep) not captured by OBPM or HBPM
- Confirmation of hypertension diagnosis and of true resistant hypertension.

^aDefinition of hypertension ^aA device that takes triplicate readings automatically is preferred. ^bThe selection of an appropriate cuff size is crucial. A smaller than required cuff overestimates BP and a larger underestimates BP. ^cUse of electronic devices allowing automated storage and data transfer is encouraged. ^dAt initial visit measure on both arms. An interarm SBP difference >10 mmHg must be confirmed with repeated measurements. If confirmed, the arm with the higher BP should be used for all subsequent measurements. If any two sequential BP readings in one arm differ by >10 mmHg, additional measurements are recommended. See also Table 1.

Intérêt des mesures à domicile

Effet blouse blanche fréquent chez la personnes âgée: 30 % environ > 75 ans



Evaluation

Assess Patient

Assessment of patients should be adapted according to the severity of hypertension and clinical circumstances.

Basic

History

- Personal
 - Hypertension related, including sex-specific aspects, e.g. HDP
 - Co-morbidities
- Cardiovascular risk factors
- Symptoms of HMOD, CVD, stroke or CKD
- Possible secondary hypertension
- Other drug treatments or use including OTCs (See also Table 2 and Table 3)



Physical Examination

- Body habitus and BMI
- Signs of HMOD
- Signs of secondary hypertension
- Resting pulse rate (see BP measurement)
- Level of frailty/functionality in older persons (e.g. >80 years) (See also Table 4 and Table 5)



Lab Test

- Blood (serum/plasma)**
- Creatinine, eGFR
 - Potassium and sodium
 - (Fasting) glucose and HbA1c
 - Total-, LDL, HDL-Cholesterol



Urine

- Urine analysis multicomponent dipstick test
- Urinary albumin-creatinine ratio (See also Table 6)



Other Investigations

- 12 lead ECG



Extended

HMOD

Select if deemed necessary and available

- Echocardiography
- MRI
- Coronary calcium score



- Ultrasound
- Doppler ultrasound



- Carotid ultrasound



- Pulse wave velocity
- Ankle-brachial index



- CT
- MRI
- Cognitive function tests



- Fundoscopy
- Retina microvasculature



(See also Table 3)

When to refer a patient

To a specialist

- Suspected secondary hypertension (depending on age, Figure 4)
- To exclude secondary hypertension in younger patients (<40 years) with grade 2 or 3 hypertension
- Sudden onset or aggravation of hypertension
- Patients with treatment resistant hypertension
- Need of more detailed assessment of HMOD, which might influence decision making (treatment and follow-up).
- Hypertension in pregnancy
- Requirement of more in-depth specialist evaluation from the referring physician



To a hospital

- Hypertensive emergencies, i.e. in severe hypertension (grade 3) associated with acute symptomatic HMOD
- Severe hypertension with conditions that need intensified BP management:
 - Acute stroke
 - Complicated aortic aneurysm
 - Acute heart failure
 - Acute coronary syndrome
 - Acute kidney failure
- Hypertension caused by pheochromocytoma or exogenous sympathomimetic substances (e.g. substance abuse)
- Severe forms of HDP including preeclampsia/eclampsia



Fragilité

La fragilité est un « *syndrome clinique* qui se définit par la diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress » .

>> Il existe plusieurs profils de personnes âgées :

- les **robustes** ont un vieillissement dit réussi puisque malgré les effets physiologiques associés, leur autonomie est préservée ;
- les **préfragiles** présentent un ou plusieurs facteurs de fragilité, physiques, psychiques et/ou sociaux, et sont à risque de développer des complications tout en conservant la possibilité de retrouver leur état de santé antérieur ;
- les **fragiles** ont plusieurs facteurs de fragilité et sont à risque de développer des complications après un stress psychologique ou une pathologie aiguë, sans retour à l'état antérieur : chute, hospitalisation, perte d'autonomie, institutionnalisation ou décès.

modèle d'évaluation de fragilité

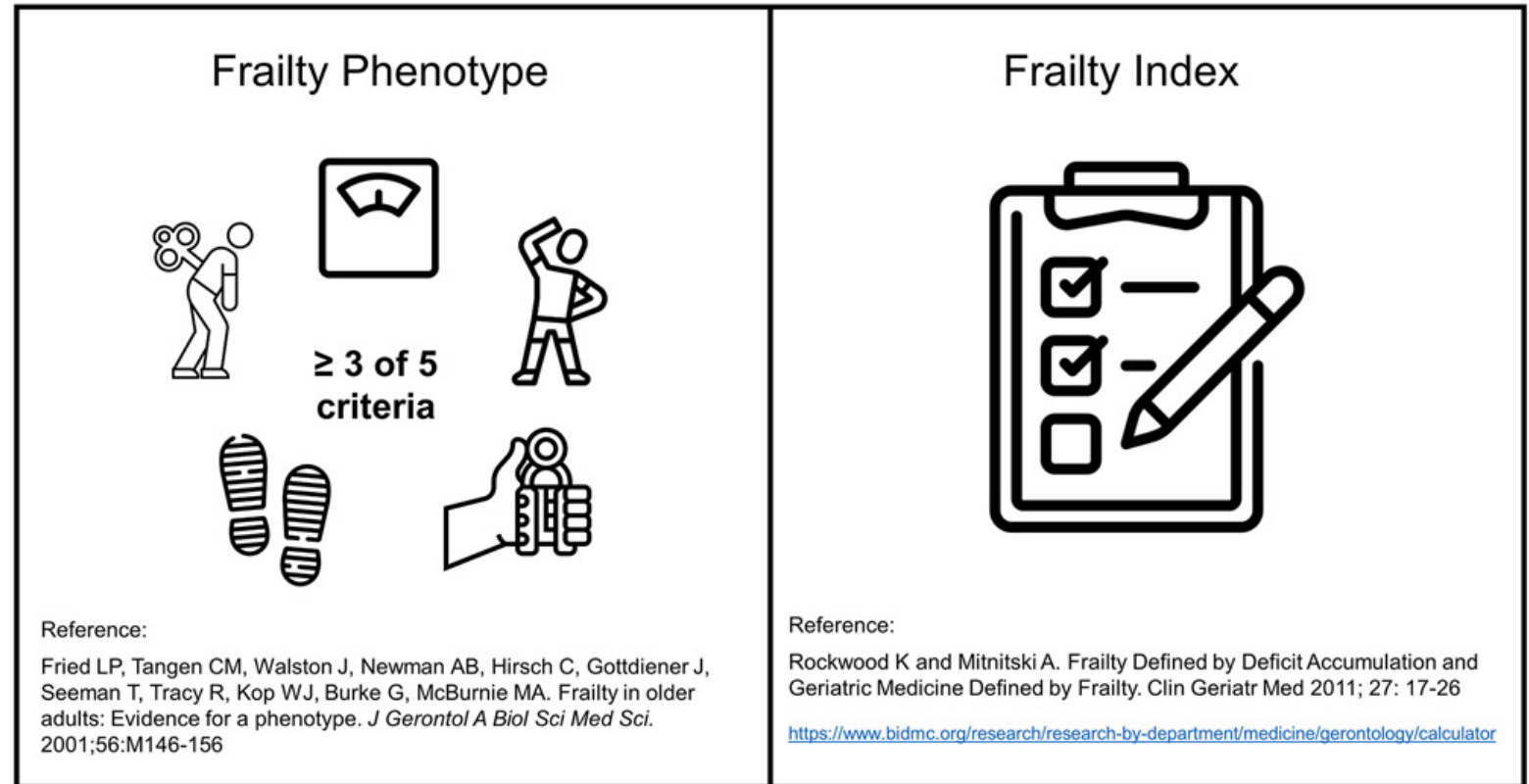
Table 5

Assessment of functional capacities/autonomy status in hypertensive patients older than 80 years.

Characteristics	Group 1 Fit	Group 2 Slowed but autonomous for most activities	Group 3 Severely dependent
Diagnosis	-ADL (Katz) ≥ 5 <u>and</u> -absence of clinically significant dementia (MMSE > 20) <u>and</u> -routine walking activities	-Profile between Groups 1 and 3	-ADL (Katz): ≤ 2 <u>or</u> -severe dementia (MMSE ≤ 10) <u>or</u> chronic bedridden <u>or</u> -end of life

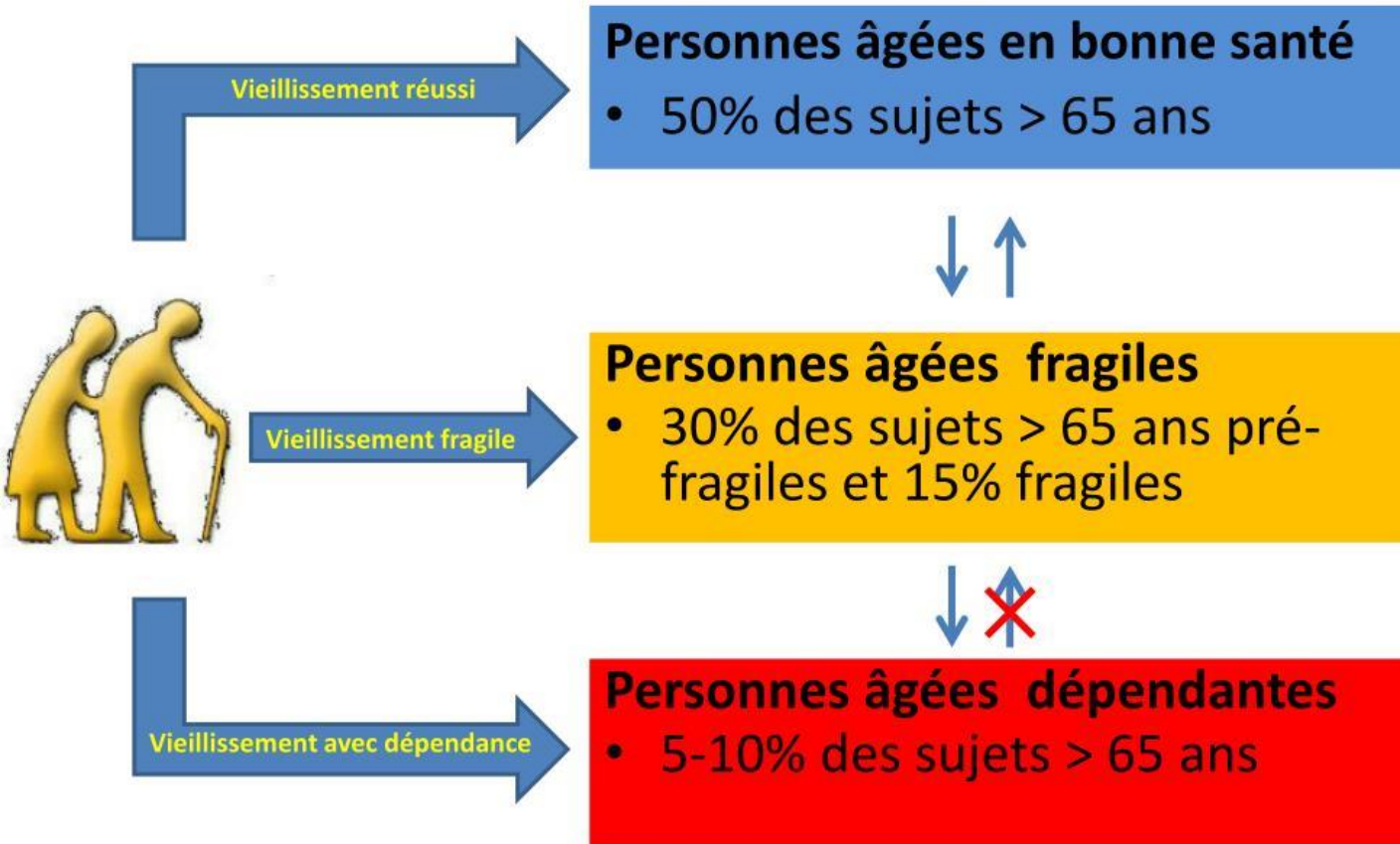
Modèle de fragilité élaboré par Linda Fried

- Perte de poids récente
- Épuisement/ fatigabilité
- Sédentarité
- Vitesse de marche lente
- Baisse force musculaire



Fragile ou

Personnes âgées: 3 catégories*





1 Very fit

People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well

People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing well

People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable

While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly frail

These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

Clinical Frailty Scale 1–5

Follow BP-lowering treatment guidelines as per younger cohorts, ensuring treatment is tolerated

Evidence for benefits in reducing CVD events with more intensive treatment of BP

Low-dose combination therapy to achieve BP control is reasonable

ABPM if possible and regular review important, particularly if change in frailty

Clinical Frailty Scale 6–9

Evidence for benefit in CV event reduction not as strong for people with moderate-to-severe frailty with functional impairment (poorly represented in clinical trials)

Exercise caution and clinical judgement in beginning and intensifying BP-lowering treatment, employing a shared decision-making approach

Single drug therapy may be reasonable in this cohort when initiating or maintaining BP-lowering treatment

Monitor for symptomatic OH, asymptomatic OH with falls, poor treatment tolerance, or medication side effects. Use clinical judgement and APBM/HB-PM to guide deprescribing or medication adjustment where appropriate



6 Moderately frail

People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance cueing (prompting), standing by with dressing.



7 Severely frail

Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).



8 Very severely frail

Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally ill

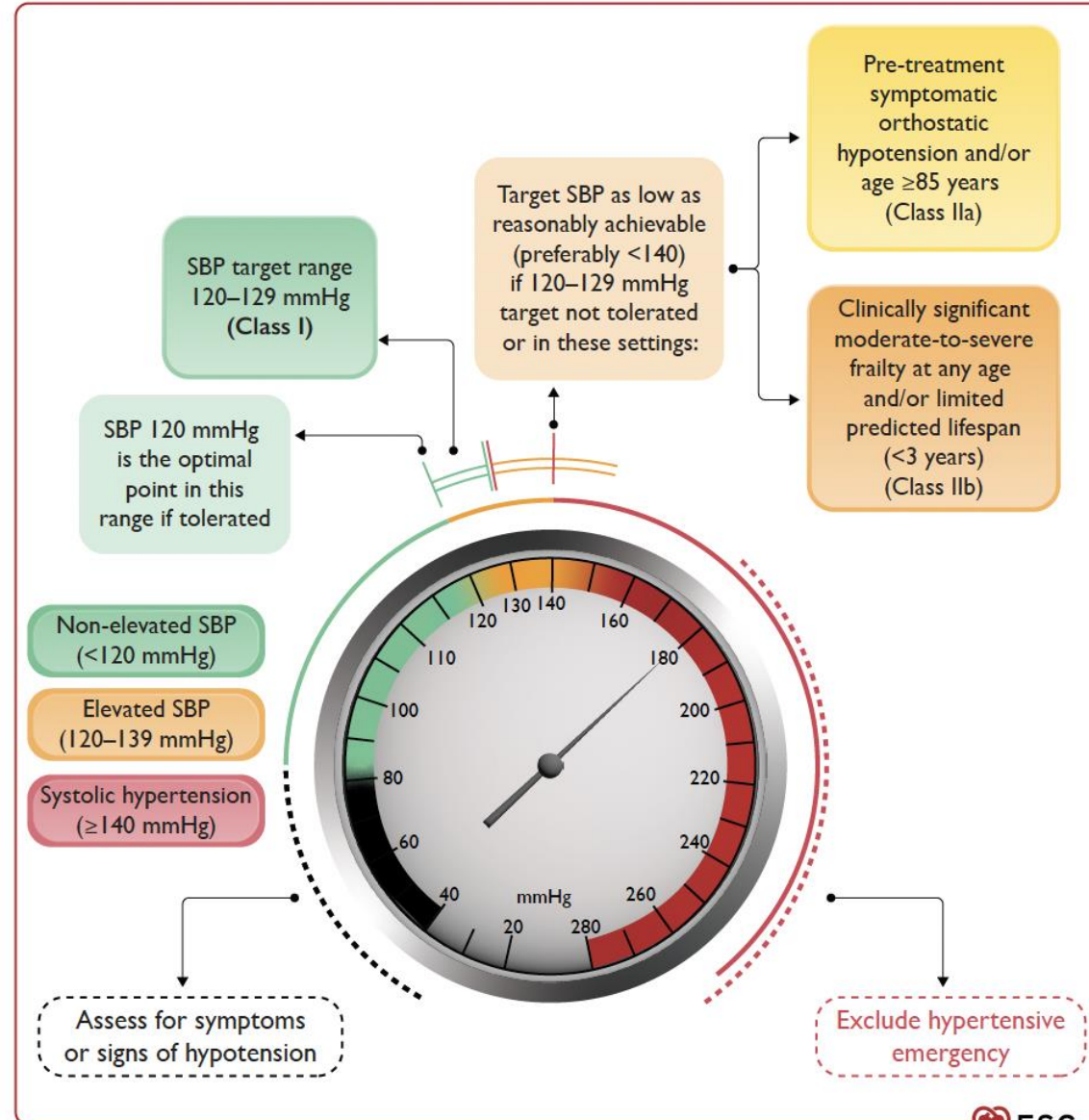
Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Seuil de traitement

Stratégie de prise en charge selon ESH 2024

	Fit* 	Slowed but autonomous for most activities* 	Severely Dependent 
Treatment initiation	1. If office SBP ≥ 160 mmHg. 2. Consider also in most cases if office SBP is between 140 and 159 mmHg.	1. If office SBP ≥ 160 mmHg. 2. Consider also in most cases if office SBP is between 140 and 159 mmHg.	1. According to comorbidities and polypharmacy. 2. Consider treatment if office SBP ≥ 160 mmHg.
Target BP	3. Office SBP in the range of 140 to 150 mmHg. 4. A range of 130-139 mmHg may be considered if well tolerated 5. Be cautious if DBP is already below 70 mmHg.	3-5 from Fit apply also.	3. Office SBP in the range of 140 to 150 mmHg.
Strategy	6. Consider starting with monotherapy. ^aSee Table 5: How to Assess	6. Consider starting with monotherapy. 7. Uptitrate cautiously. 8. Reduce treatment if SBP is very low (< 120 mmHg) or in patients with orthostatic hypotension. 9. Consider a detailed assessment of functional status with the tools below or equivalent:: • Mobility (Short Physical Performance Battery) • Muscular force (Handgrip) • Depression (Mini Geriatric Depression Scale) • Nutrition (Mini Nutritional Assessment Short Form)	4. Start treatment cautiously. 5. Reduce treatment if SBP is very low (< 120 mmHg) or in patients with orthostatic hypotension. 6. Correct other factors and medications lowering BP.

Cible thérapeutique: principe *ALARA*

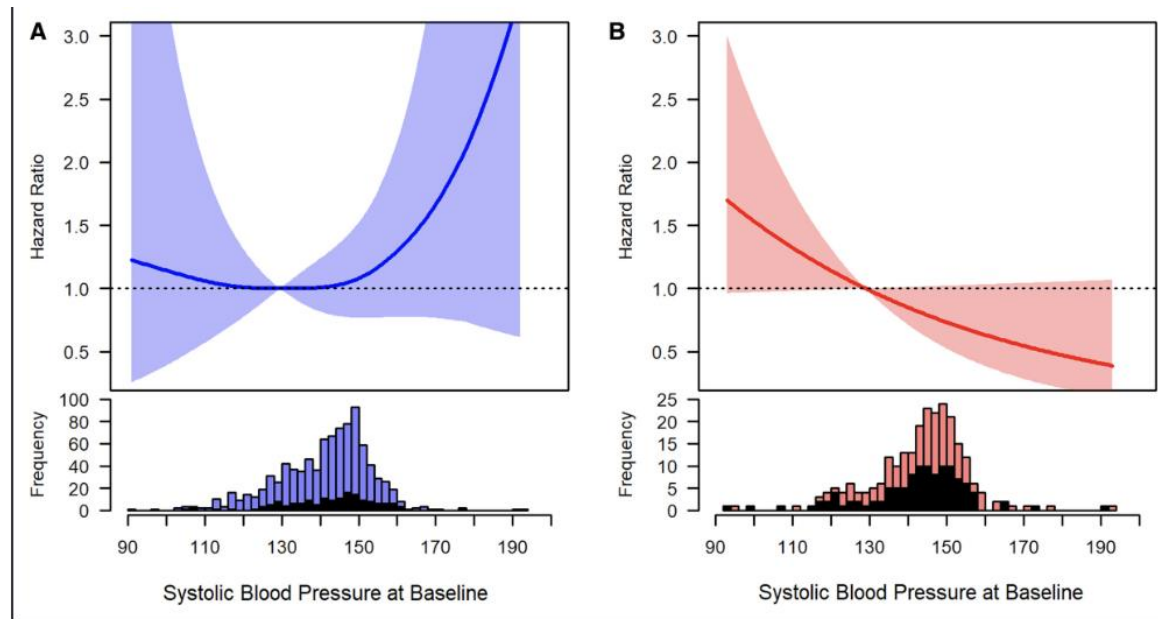


Seuil de traitement

À définir selon le niveau de fragilité après 80 ans

Systolic Blood Pressure and Mortality in Community-Dwelling Older Adults: Frailty as an Effect Modifier

- KREMER K et al, hypertension. 2022



A SBP<110 mm Hg was associated with an increased mortality risk for frail and non-frail subjects.

among frail subjects, we detected a statistically significant reduced mortality risk among those with an SBP>130 mm Hg after adjusting f

Figure. Splines for the association between systolic blood pressure and 8-y all-cause mortality stratified by frailty. Results for (A) non-frail and (B) frail participants adjusted for age, sex, education, smoking, diastolic blood pressure, sleep disturbance, and antihypertensive medication.

Cibles thérapeutiques

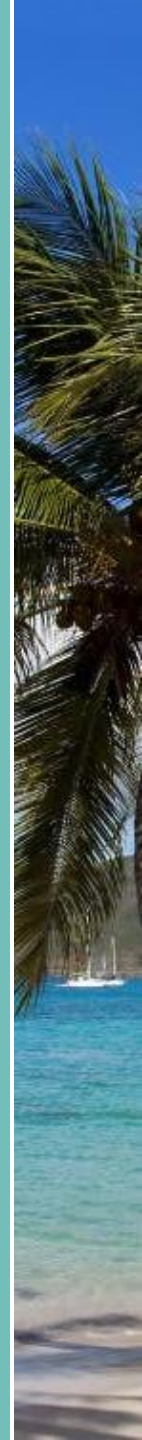
> 80 ans

- Fit ou robustes: <140/90mmHg , selon haut niveau RCV, si bonne tolérance <130/ 80
- Mid frail ou intermédiaire: PAS 130-140 et PAD > 70 mmHg
- Frail ou dépendant: PAS 140- 150
- >> PEC personnalisée
- Vérifier la PA debout : hypoTA orthostatique pour ajuster le traitement

Messages clés

- La personne âgée est un adulte comme un autre...avec ses particularités
- Évaluer le niveau de fragilité par des grilles de scores simples
- Initier un traitement dès PAS > 160 mmHg (une fois éliminée la HTA blouse blanche)
- Vérifier la PA debout systématiquement: assis après 5 minutes puis debout 1 et 3 minutes
- Evaluer la tolérance et la réponse au traitement
- PAD >70 mmHg

Merci pour votre attention



Jeudi 13 Février

11:00 – 11:45

Auditorium 1

Pathologies cardiaques aux Antilles : quels enjeux ?

Modérateur(s) : J. INAMO (Fort-de-France), O. HANON (Paris)

HTA du sujet âgé

N. OZIER-LAFONTAINE (Fort-de-France)

Insuffisance cardiaque

A. MONTFORT (Fort-de-France)

Amylose cardiaque du sujet âgé

J. INAMO (Fort-de-France)

Prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé

Dr MONFORT BRAFINE A

JCVMA

13.02.2025

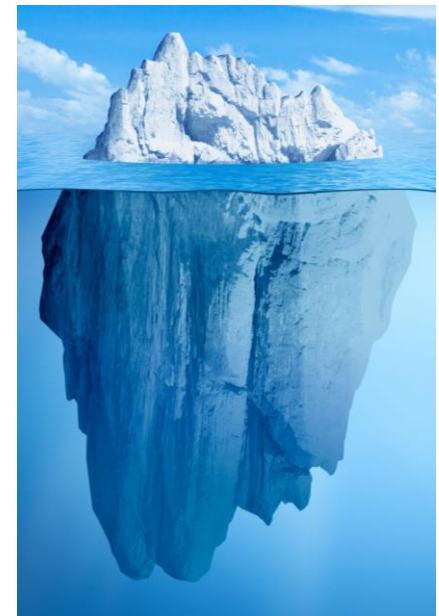
Un problème de santé publique!

- Incapacité du cœur à fournir un débit sanguin suffisant pour subvenir aux besoins de l'organismes
- Evolution ultime de nombreuses pathologies cardiaques
- **Fréquent**
 - 1,4% de la population Martiniquaise soit environ 4894 individus en 2022
 - 53% H, **Age moyen 74ans**
- **Grave**
 - 50% de mortalité à 5ans, 1 décès toutes les 7min en France
- **Coûteux**
 - 1ère cause d'hospitalisation en France chez les plus de 65ans
 - 52% ont au moins une hospit par an

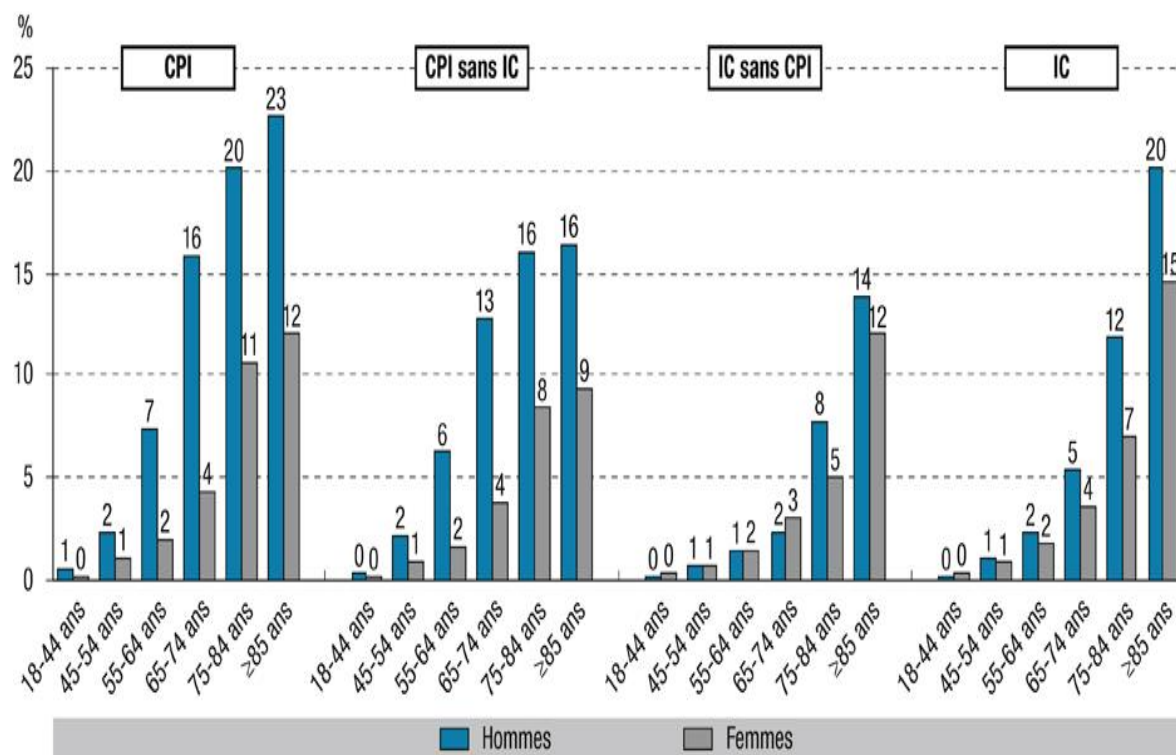


62988 martiniquais (17% de la population) seraient à risque développer une IC

59% F, 61ans en moy



Une maladie du vieux

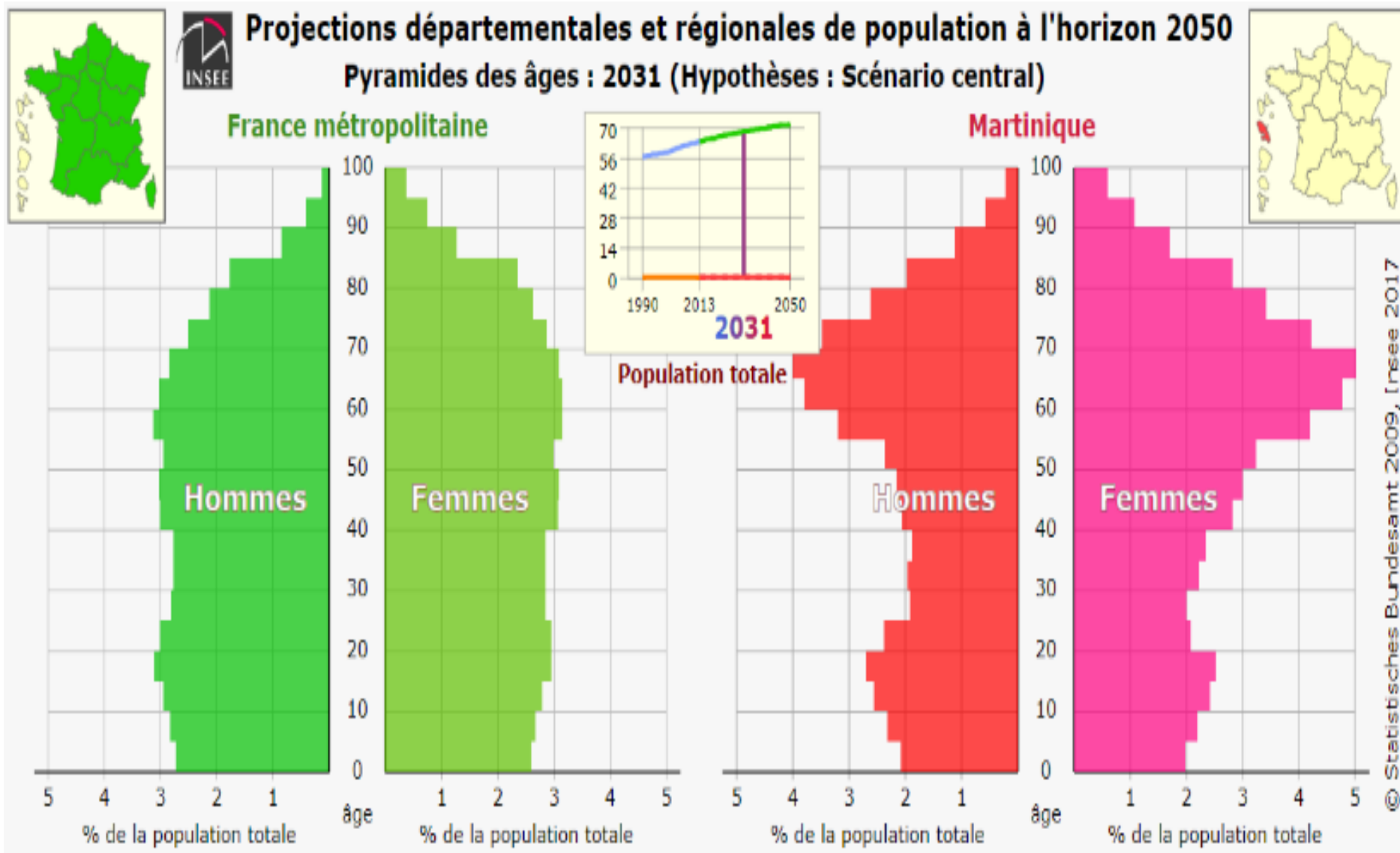


Sources : enquêtes Handicap-Santé Ménages (2008, N=29 931 dont 25 036 adultes) et Handicap-Santé Institution (HSI, 2009, N=9 104 dont 8 860 adultes) - Insee-Drees.

Champ : France entière, âge ≥18 ans.



Selon l'assurance maladie, du fait du vieillissement de la population, la fréquence de l'insuffisance cardiaque va augmenter dans les années à venir de 25 % tous les quatre ans

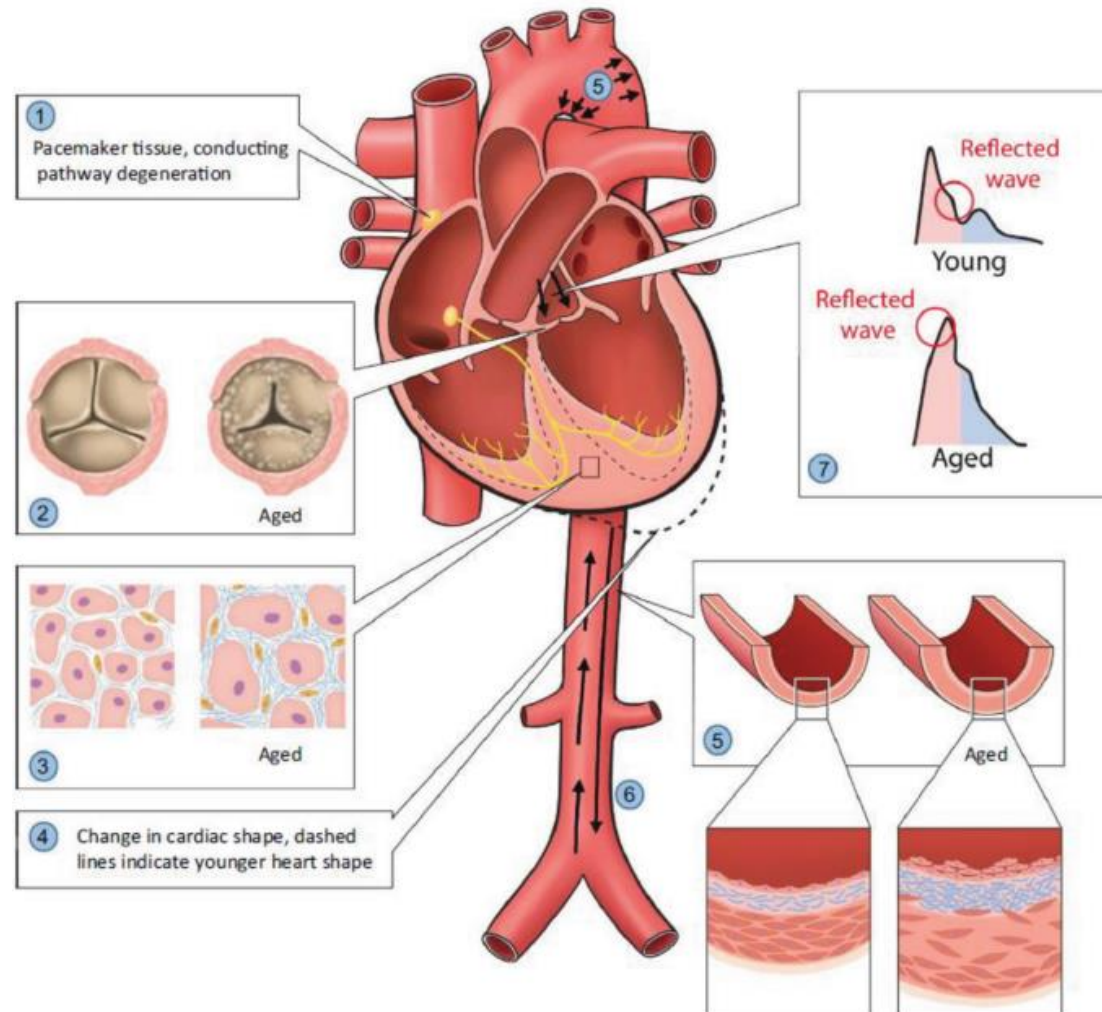


Pyramides des âges à l'horizon 2031, INSEE

Vieillissement et cœur

Physiopathologie et particularités aux Antilles

Vieillissement physiologique



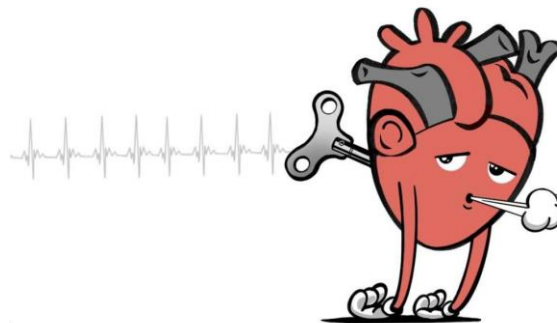
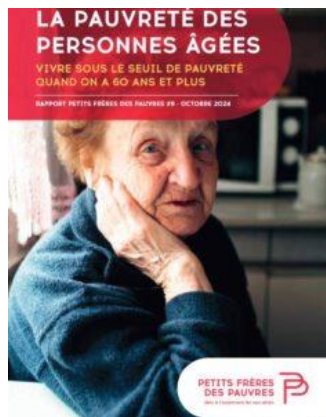
- ✓ Augmentation de l'impédance vasculaire systémique (gros vaisseaux +++)
- ✓ Relaxation « diastolique » & compliance VG : altérées
- ✓ Réactivité à la stimulation B-adrénérique : réduite
- ✓ Altération de la production énergétique mitochondriale en réponse au stress
- ✓ Déclin de la fonction du nœud sinusal
- ✓ Altération de la fonction endothéliale, notamment de la vasodilatation NO-dépendante

Skaar, E., Fanebust, H., Schwarz, G. (2022). Age-Related Physiology Changes: Cardiovascular Function in the Very Old Critically Ill Patient. In: Flaatten, H., Guidet, B., Vallet, H. (eds) The Very Old Critically Ill Patients. Lessons from the ICU. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-94133-8_4

Vieillissement pathologique



Augmentation de la pénétrance de certaine mutation avec l'âge (CMH, amylose héréditaire)



Vulnérabilité CV aux Antilles

- Pathologies ubiquitaires avec des caractéristiques caribéennes particulières comme obésité et HTA +++ (tabac, alcool = 0)
- Pathologies spécifiques de la population ayant des ancêtres d'origine africaine
- Pathologies tropicales et agressions spécifiques de l'environnement

Epidémie obésité dans les DFA

		GUADELOUPE	MARTINIQUE	FRANCE
HOMMES	Surpoids	37%	39%	35%
	obésité	11%	12%	12%
FEMMES	Surpoids	27%	30%	24%
	Obésité	22%	21%	12%

- Amylose cardiaque mutation ATTR V122I
 - Polymorphismes ou variant spécifiques : hypertrophie ventriculaire
-
- Atteinte cardiaque et arboviroses
 - Pollution atmosphérique, brume de sable, sargasses
 - Autres pathologies émergentes

Données 2018-2022 sur l'insuffisance cardiaque au CHU Martinique (thèse C. Bourguignon)

	Martinique	EFICA(29)	EPICAL(38)	ESC-HF(37,65)
La population d'insuffisant cardiaque est plus âgée,	77 ¹	73 ²	65 ²	73 ¹
• prédominance masculine	54	59	75	62
Cardiopathie (%):				
• CPI	20	61		43
• CMD	17	15		30
• Valvulaire	11	21		8
• Amylose	7	nc		nc
Cardiopathie avec FEVG <40% (%) :				
• CPI	35		46	
• CMD	43		42	
• Valvulaire	6		1	
Comorbidités (%):				
• HTA	77	60	44	62
• Diabète	48	27	25	35
• Dyslipidémie	35	30	27	nc
• Obésité	43	22	nc	nc

plus âgée,

• prédominance masculine

franche

• cardiopathie ischémique/ CMD 1:1
: (contre 2 : 1 en France)

Autant de patients hypertendus,
autour de 65-80%, et **beaucoup plus**
de diabétique, et deux fois plus
d'obèse

	Martinique	EFICA(39)	EPICAL(38)	ESC-HF(37,65)
Age (années)	77 ¹	73 ²	65 ²	73 ¹
Hommes (%)	54	59	75	62
Cardiopathie (%):				
• CPI	20	61		43
• CMD	17	15		30
• Valvulaire	11	21		8
• Amylose	7	nc		nc
Cardiopathie avec FEVG <40% (%) :				
• CPI	35		46	
• CMD	43		42	
• Valvulaire	6		1	
Comorbidités (%):				
• HTA	77	60	44	62
• Diabète	48	27	25	35
• Dyslipidémie	35	30	27	nc
• Obésité	43	22	nc	nc

Particularités du parcours de soin



Insuff Cardiaque Aiguë/OAP

Données du SAMU 972 (2018-2019)

Femmes	622	Total 1138
Hommes	516	
Age	Moy± ET 78 ± 13	Med-Quart: 80 [70 - 87]

Pompiers/Amb	643	Total 1009 88%
Transp SMUR	296	
Autres Moyens	60	
Aller Consulter	85	7%
LSP/Refus	41	4%
Décès	8	1%

Domicile	957	84%
Cabinet Médical	69	6%
Etabl de Soins	60	5%
Maison de Retraite	22	2%
Voie Publique	30	
Lieu Public	28	
Lieu de Travail	8	
Caserne Pompiers	6	
Comm Police	5	
Mers/Montagne	5	
Autres	15	

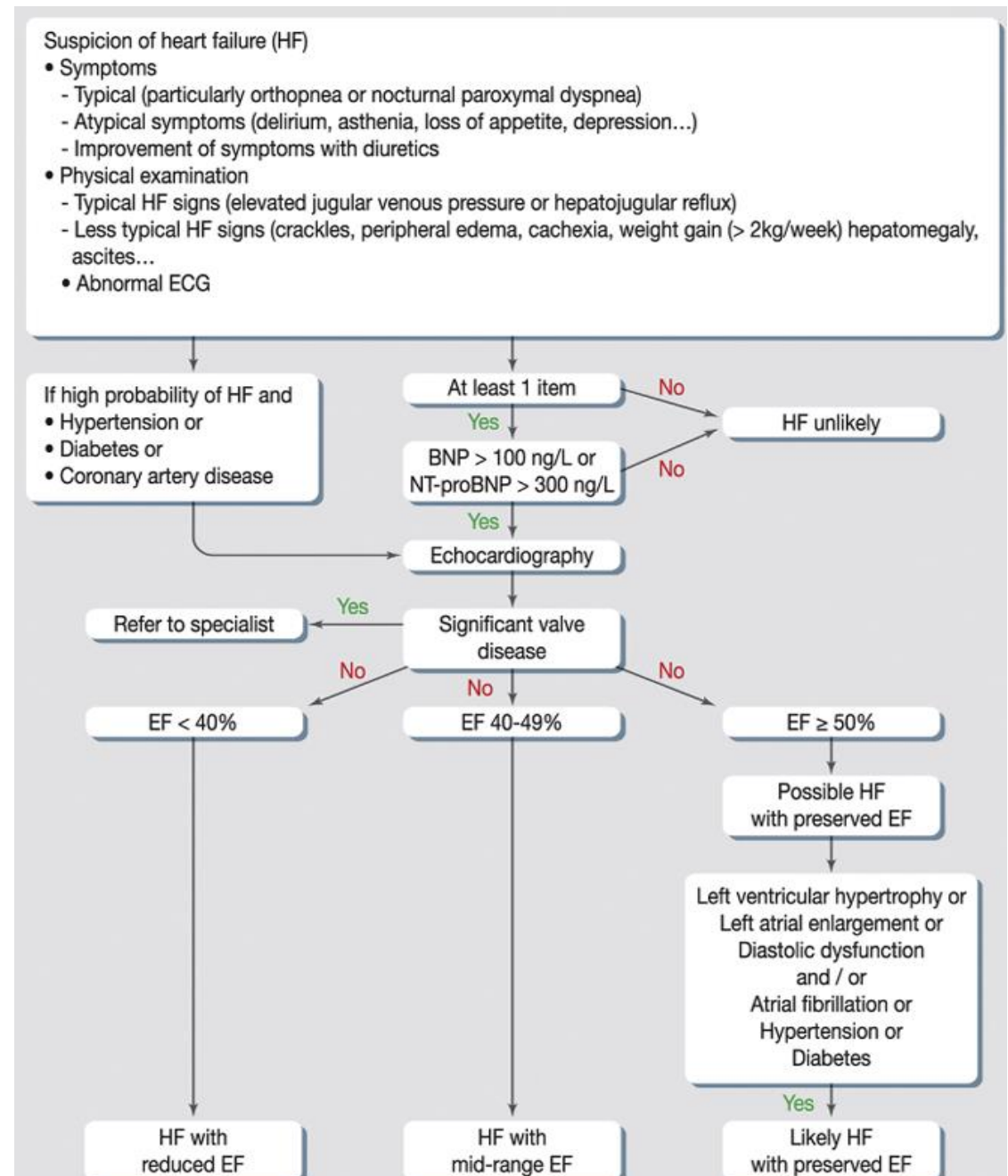
Constats

- Manque de sensibilisation du public
- Recours trop fréquent aux urgences sans contact médical préalable
- Peu d'hospitalisation en cardio et surtout peu d'admissions directes
- Peu d'accès à une prise en charge spécialisée pour les patients hors cardio
- Manque d'optimisation thérapeutique
- Sortie pas suffisamment encadrée
- Pas de réseau adapté...

Diagnostic difficile...

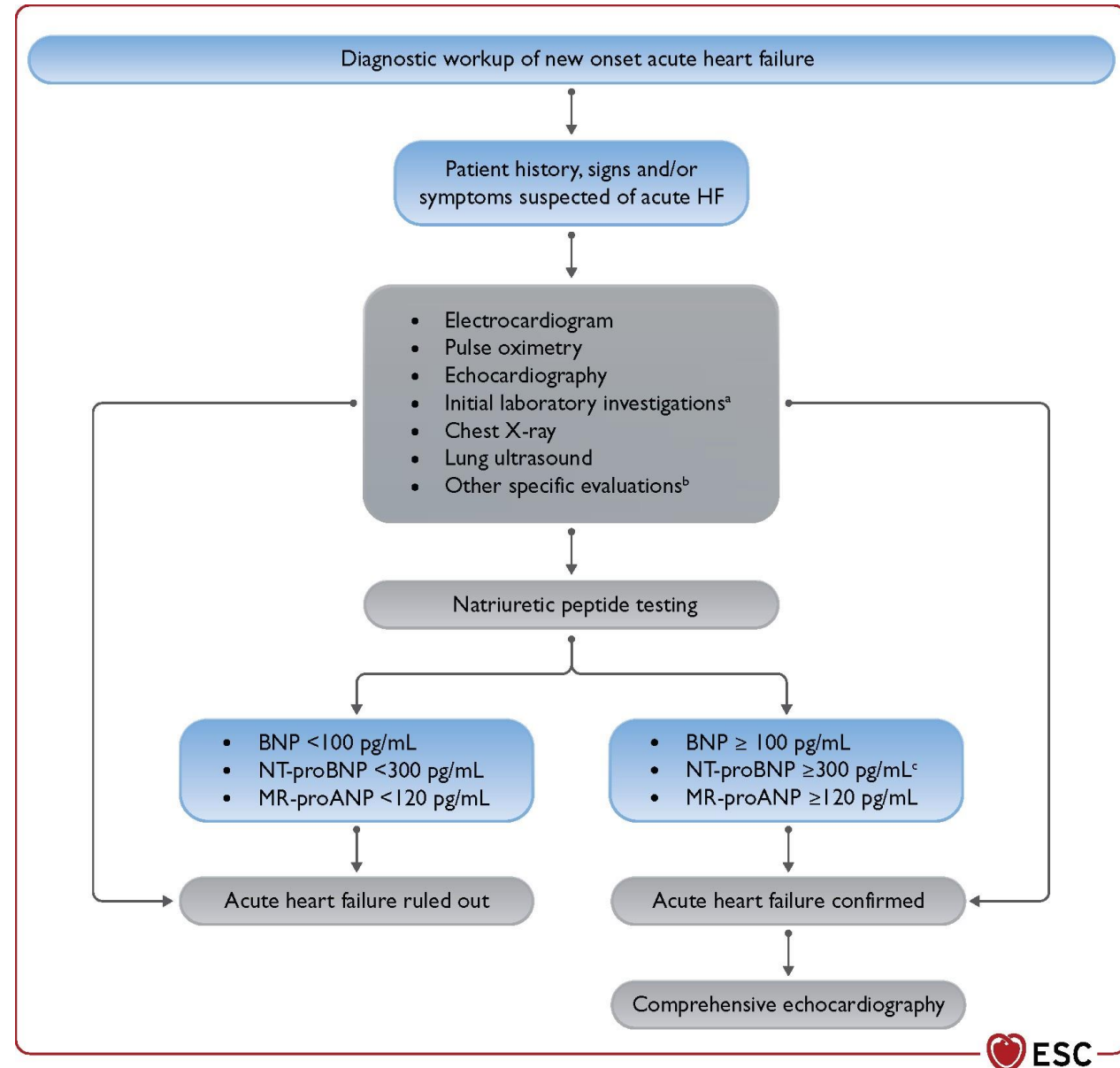
- Des symptômes atypiques
 - Réduction de l'activité physique pouvant masquer la dyspnée
 - Confusion
 - Perte d'autonomie
 - Fatigue
 - Svt au premier plan
- VPN du BNP +++
 - Faible VPP (IR, dysfonction diastolique)

Hanon, O et al Consensus of experts from the French Society of Geriatrics and Gerontology on the management of heart failure in very old subjects. Arch. Cardiovasc. Dis. 2021



Diagnostic

- **ETT** = examen clé du diagnostic. A faire immédiatement si défaillance HD ou dans les 48h si primoDC.
- ECG indispensable
- Bilan bio: NFS, plaquettes, iono, urée, créat BNP ou NTproBNP, tropo, TSH, BH, ferritine, CST, d-dimères (si suspi d'EP), GDS(si détresse repi), lactates si hypoperfusion
- Radio thoracique
- Echo pulmonaire de + en + utilisée



Prise en charge

- **1. Evaluation et traitement des défaillances d'organes**
 - Respi
 - O2
 - VNI
 - IOT
 - HD
 - Amines: Dobutamine en 1ere intention +/- NAD
 - Place du levosimendan toujours débattu, intérêt an aigu chez les patients sous bêta bloquant (Etude SURVIVE Mebazaa et al 2009)
 - ECMO si choc réfractaire
- **2. Evaluation et traitement des signes congestifs**
 - Utilisations des diurétiques de l'anse en 1^{ère} intention IV ou orale selon sévérité
 - +/- Vasodilatateurs si TAS>110mmHg ou OAP hypertensif (nitrates en bolus puis IVSE avec surveillance étroite de la TA)
- **3. Traitement de la cause et du facteur déclenchant**
- **4. Instauration et optimisation du traitement de fond**

Particularités chez le sujet âgé

- Evaluation de la fragilité TRST
- Si >2 faire appel à l'équipe mobile de gériatrie

Triage risk screening tool (TRST)

L'objectif de l'étude est d'évaluer le TRST dans le repérage des personnes âgées de plus de 75 ans nécessitant le passage d'une équipe mobile de gériatrie (SAU, UHCD, unités médico-chirurgicales). Il devra être réalisé pour tous les patients de plus de 75 ans par l'équipe médicale demandeuse dans les 48h suivant l'admission du patient.

Ce test mesure cinq dimensions :

	OUI = 1 point	NON = 0 point
Présence de troubles cognitifs <i>Diagnostic connu de démence, syndrome confusionnel, ou troubles cognitifs avec perte de mémoire des faits récents +/- troubles de l'orientation temporo spatiale relevés par les soignants de l'unité</i>		
Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes		
Polymédication (<i>utilisation de cinq médicaments ou plus</i>)		
Antécédents d'hospitalisation (3 mois) ou d'admission aux urgences (1 mois)		
Evaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière <i>Perte d'autonomie présente si diminution d'au moins 2 points dans l'échelle ADL ci-dessous entre l'évaluation et les 15 j précédant l'admission</i>		
TOTAL/5 points		

Questions complémentaires pour le service demandeur :

- ☐ En dehors de cette étude, auriez-vous fait appel à l'équipe mobile de gériatrie ?
- ☐ OUI
- ☐ NON

Questions complémentaires pour l'équipe mobile de gériatrie :

- ☐ Trouvez-vous l'intervention gériatrique utile pour ce patient ?
- ☐ OUI
- ☐ NON

Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 5 (à très haut risque), un score ≥ 2 identifie le besoin d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie.

Un traitement stratifié par la FEVG!

Table 3 Definition of heart failure with reduced ejection fraction, mildly reduced ejection fraction and preserved ejection fraction

Type of HF		HFrEF	HFmrEF	HFpEF
CRITERIA	1	Symptoms ± Signs ^a	Symptoms ± Signs ^a	Symptoms ± Signs ^a
	2	LVEF ≤40%	LVEF 41–49% ^b	LVEF ≥50%
	3	—	—	Objective evidence of cardiac structural and/or functional abnormalities consistent with the presence of LV diastolic dysfunction/raised LV filling pressures, including raised natriuretic peptides ^c

© ESC 2021

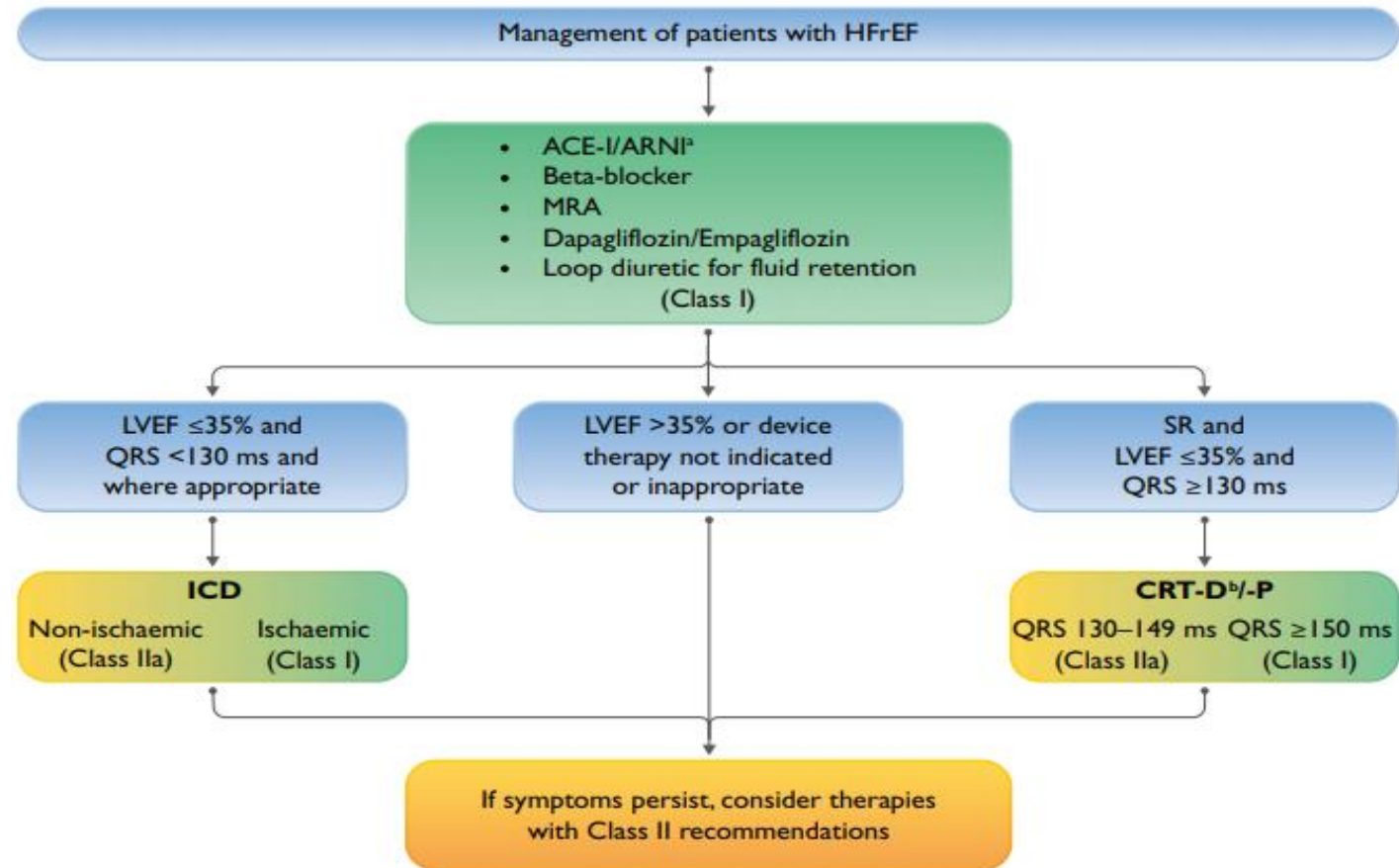
HF = heart failure; HFmrEF = heart failure with mildly reduced ejection fraction; HFpEF = heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; LV = left ventricle; LVEF = left ventricular ejection fraction.

^aSigns may not be present in the early stages of HF (especially in HFpEF) and in optimally treated patients.

^bFor the diagnosis of HFmrEF, the presence of other evidence of structural heart disease (e.g. increased left atrial size, LV hypertrophy or echocardiographic measures of impaired LV filling) makes the diagnosis more likely.

^cFor the diagnosis of HFpEF, the greater the number of abnormalities present, the higher the likelihood of HFpEF.

Optimisation thérapeutique: nouvel algorithme 2021



Faisable chez le sujet âgé?

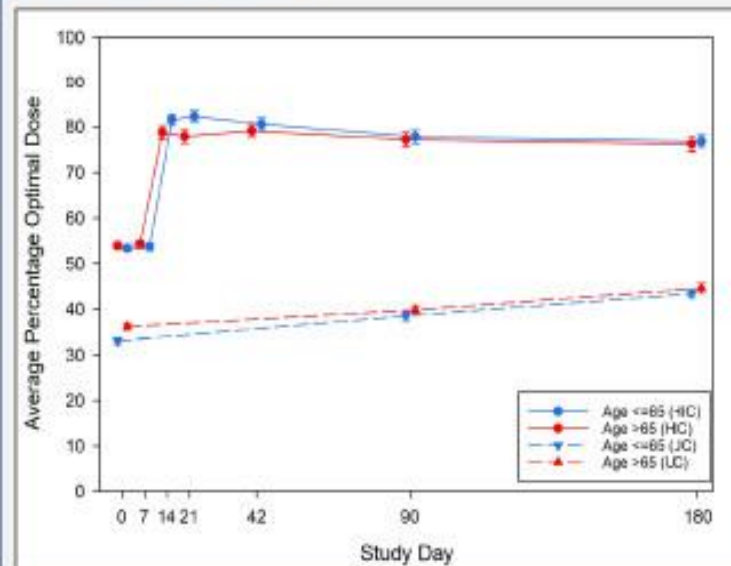
Aim

To assess the role of age on efficacy and safety of high-intensity care strategy (HIC; rapid up-titration of guideline-directed medical therapy (GDMT) and close follow-up) after acute heart failure (AHF) admission.

Population

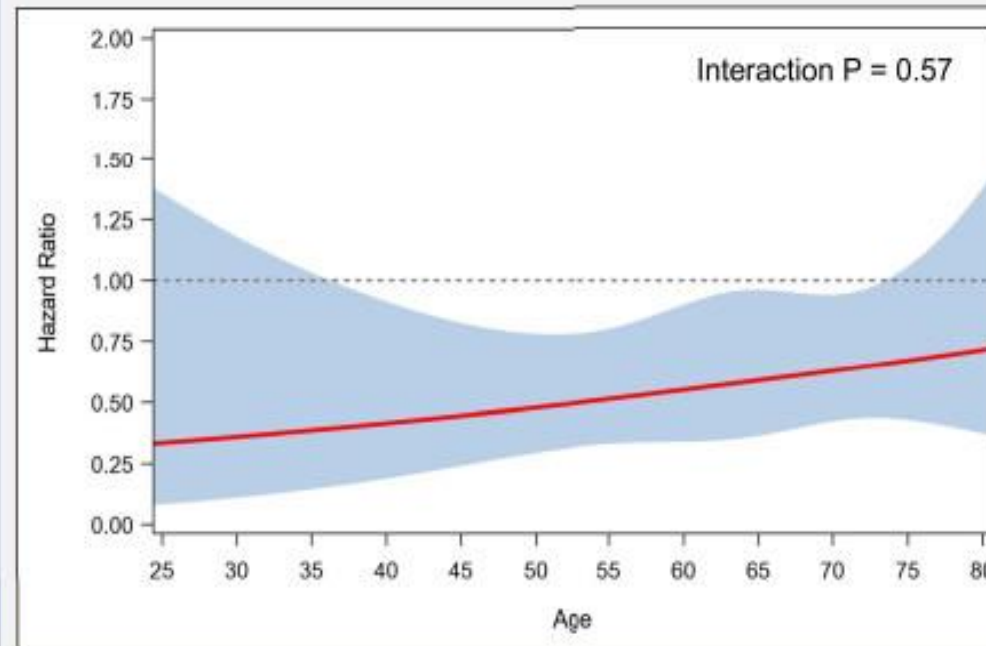
1078 patients from 14 countries.
"older" (> 65 years), mean age 74±5 years.
"younger" (≤ 65 years), mean age aged 53±11.

Uptitration of GDMT



Results

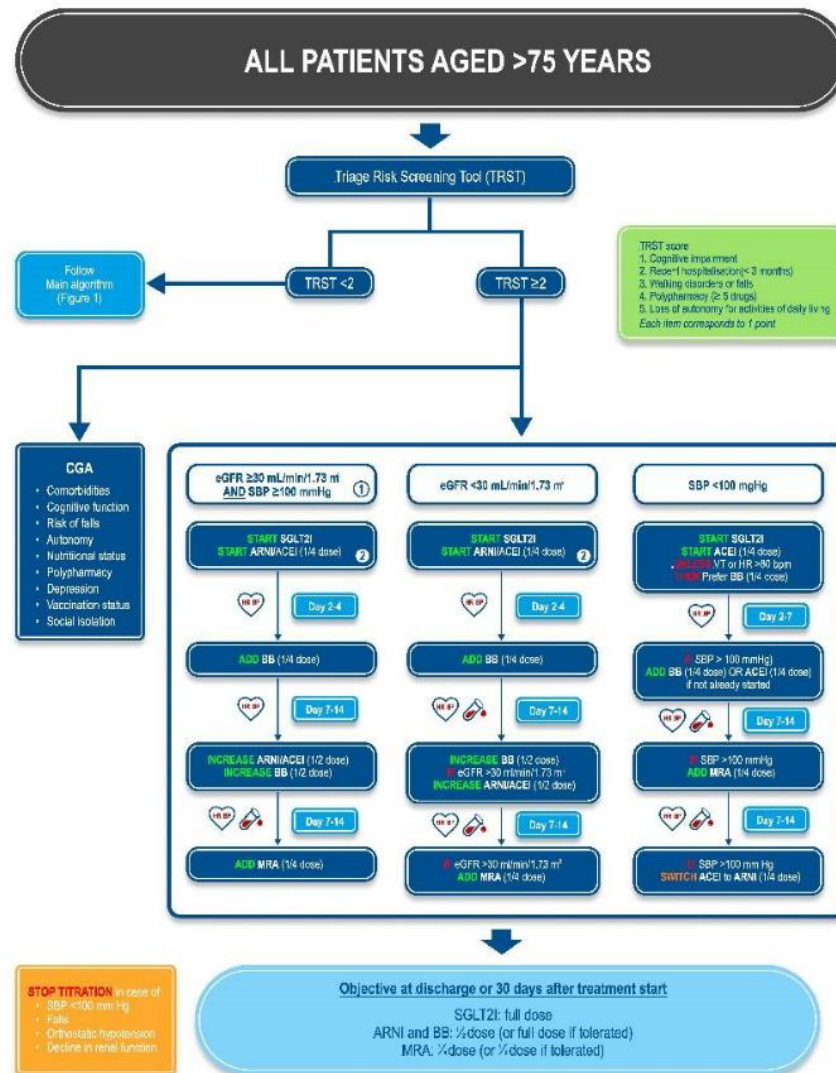
Treatment effect of high-intensity care vs. usual care on all-cause death or HF readmission according to age (excluding COVID-19 deaths)



Conclusion

High-intensity care strategy after AHF was safe and resulted in a significant reduction of all-cause death or HF readmission at 180 days across the study age spectrum.

Et chez les plus de 75ans?



1. Calculer le TRST
2. Si <2 titration usuelle
3. Si > 2 tenir compte du DFG et de la PAS
 - COMMENCER A DES DOSES PLUS FAIBLES
 - SURV RAPPROCHEE
 - REEVALUER+++

Girerd N, Leclercq C, Hanon O, Bayés-Genís A, Januzzi JL, Damy T, Lequeux B, Meune C, Sabouret P, Roubille F. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2023 Oct;76(10):813-820. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2023.03.005. Epub 2023 Mar 11. PMID: 36914024.

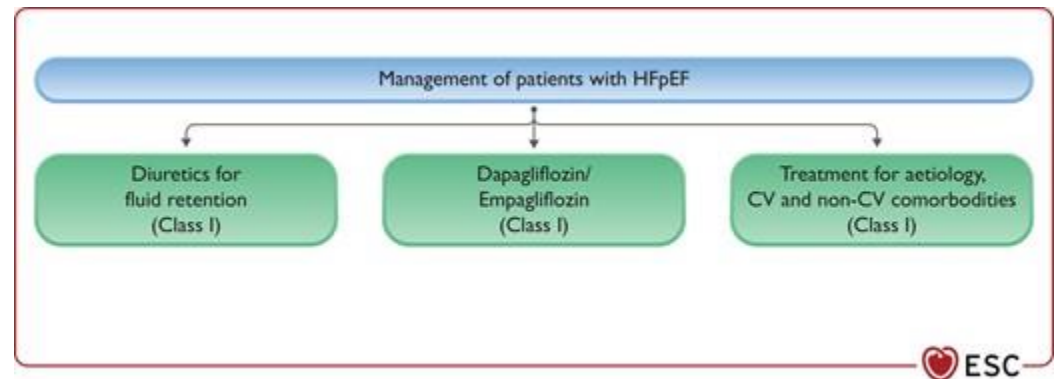
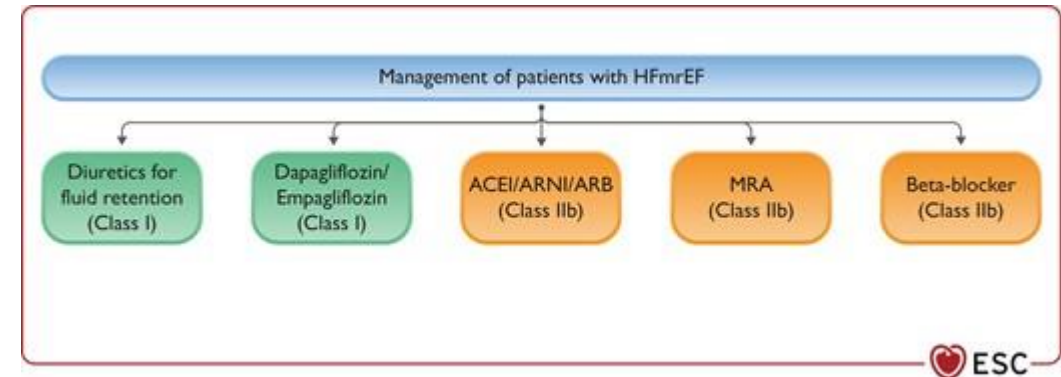
IC à FEVG préservée

- Que disent les recommandations?

Recommendations for the treatment of patients with heart failure with preserved ejection fraction

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Screening for, and treatment of, aetiologies, and cardiovascular and non-cardiovascular comorbidities is recommended in patients with HFpEF (see relevant sections of this document).	I	C
Diuretics are recommended in congested patients with HFpEF in order to alleviate symptoms and signs. ¹³⁷	I	C

© ESC 2021



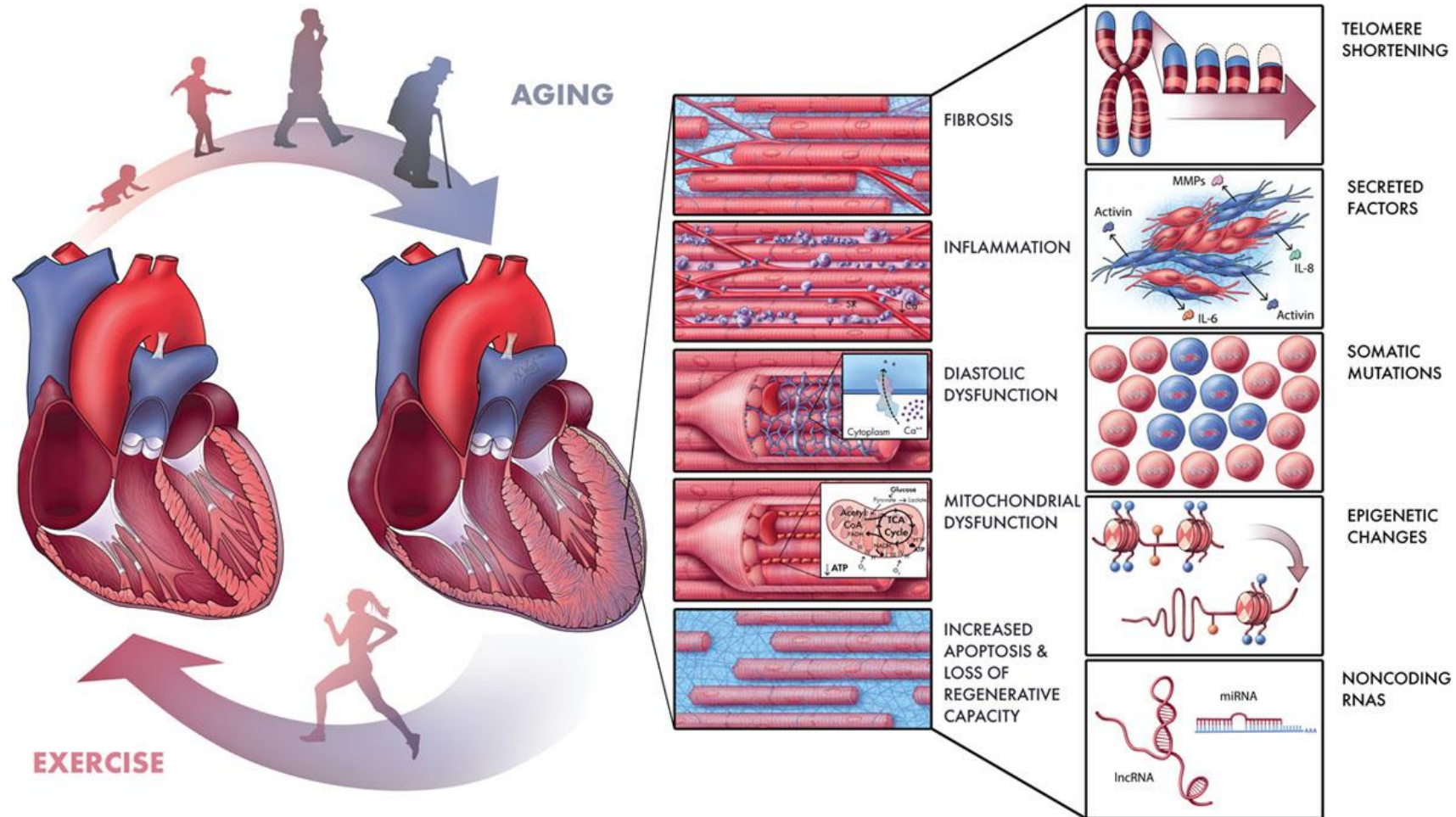
Traitement des co-morbidités

- Supplémentation martiale par ferro carboxymaltose injectable si (IIA, A)
 - FEVG <45% (IIA,A), <50% (IIA, B)
 - Ferritine < 100
 - Ferritine entre 100 et 300 et CST<20%
- SAOS à rechercher si tableau évocateur (Epworth)

Traitements non pharmacologiques

- Régime alimentaire méditerranéen, peu sodé (<6g de sel/j)
- Information du patient et Education thérapeutique
 - Formation à l'autosurveillance du poids, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque
 - Adaptation du mode de vie (habitudes alimentaires et activité physique)
 - Connaissance des traitements prescrits et des médicaments interdits
 - Connaissance des signes d'alerte et savoir réagir de manière adaptée
- **Vaccinations:** grippe 1/an, pneumocoque tous les 5ans, Covid 19 1/an
- Importance de la réadaptation cardiaque

Vieillessement et cœur



Li H, Hastings MH, Rhee J, Trager LE, Roh JD, Rosenzweig A. Targeting Age-Related Pathways in Heart Failure. *Circ Res.* 2020 Feb 14;126(4):533-551. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.119.315889. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32078451; PMCID: PMC7041880.

ACTIVITÉS PHYSIQUES

Nos recommandations pour les plus de 65 ans



Il n'y a pas d'âge pour faire du sport ! Rester actif est essentiel pour se maintenir en bonne santé. L'exercice régulier est reconnu pour prévenir de nombreuses pathologies. Associations et clubs sportifs proposent des ateliers et cours spécifiques pour les seniors. **Peu importe les années, il n'est jamais trop tard pour (re)chausser ses baskets... à condition d'y aller progressivement !**



ACTIVITÉ PHYSIQUE CARDIO-RESPIRATOIRE

Sont recommandées :
- 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour (faible essoufflement)
- ou 15 minutes d'activité physique d'intensité élevée par jour (essoufflement élevé).

Marche, marche ou ski nordique, natation, travaux ménagers (passer l'aspirateur, etc.), montée d'escaliers, jardinage...



ASSOUPPLISSEMENT ET MOBILITÉ ARTICULAIRE

Pratiquer des exercices de souplesse 2 jours minimum par semaine pendant au moins 10 minutes.

Yoga, tai chi, étirements, travaux ménagers...



RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Solliciter les bras, les jambes et le tronc au moins 2 jours par semaine, de préférence non consécutifs.

Marche, gymnastique aquatique ou d'entretien, vélo, jardinage...



ÉQUILIBRE

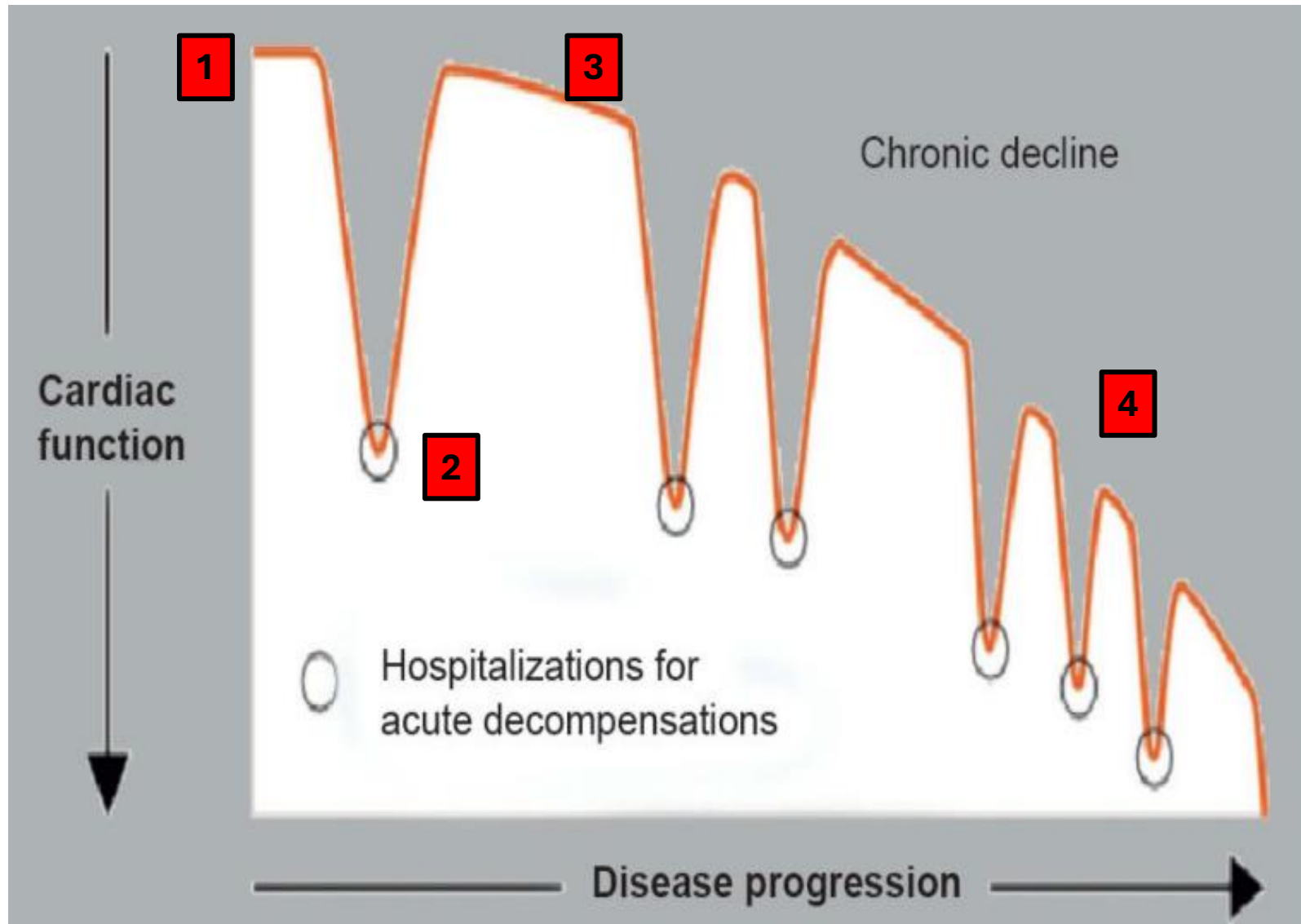
Des activités sollicitant l'équilibre peuvent être intégrées à la vie courante et aux loisirs, au moins 2 fois par semaine.

Vélo, danse, yoga, équilibre sur une jambe ou sur la pointe des pieds...



Réduire sa sédentarité, c'est diminuer son temps passé en position assise ou allongée. Pensez à interrompre ces périodes toutes les 90 à 120 minutes par une activité de 5 minutes.

Et après?



Suivi

- Le suivi dépend de la sévérité et du pronostic
 - Stade NYHA
 - Critères de mauvais pronostic
 - grand âge, cardiopathie ischémique, épisode d'arrêt cardiaque ressuscité ; hypotension, stade fonctionnel III-IV de la NYHA ; QRS élargis, arythmies ventriculaires complexes ; hyponatrémie ($\text{Na} < 135 \text{ mmol/l}$) ; insuffisance rénale stade 4 ($\text{DFG} < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) ; FEVG très abaissée ($< 30 \%$).
 - Comorbidités

Comment nous adresser les patients?

- Consultation IC 2/semaine
- HDJ 1/semaine au CHLD
 - Marie-claude.caristan@chu-martinique.fr
- Mail: Avis.cardio@chu-martinique.fr
- Avis cardio 0596307442
- Téléeexpertise (ROFIM)
 - <https://www.rofim.doctor/signin>



Merci de votre attention

Jeudi 13 Février

11:00 – 11:45

Auditorium 1

Pathologies cardiaques aux Antilles : quels enjeux ?

Modérateur(s) : J. INAMO (Fort-de-France), O. HANON (Paris)

HTA du sujet âgé

N. OZIER-LAFONTAINE (Fort-de-France)

Insuffisance cardiaque

A. MONTFORT (Fort-de-France)

Amylose cardiaque du sujet âgé

J. INAMO (Fort-de-France)

JCVMA

1ère édition des Journées Caribéennes
Vieillessement et Maintien de l'Autonomie

Cardiopathies Amyloïdes et Sujet Agé

Pr Jocelyn INAMO – Dr Julia GUION-FIRMIN

Dr Margaret YETE – Dr Karima LOUNACI

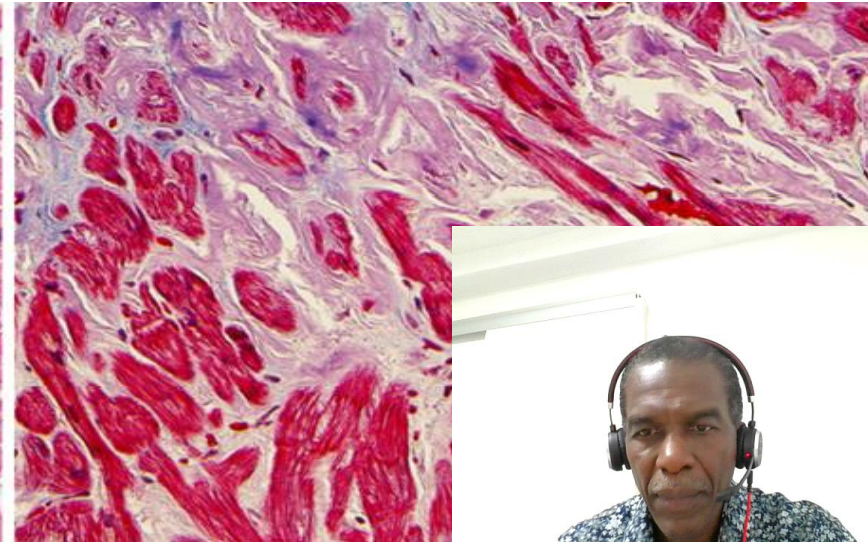
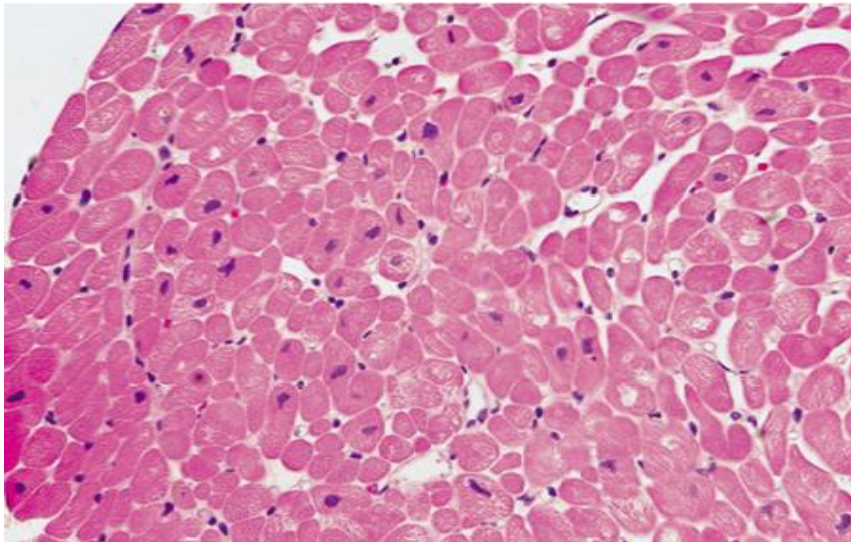
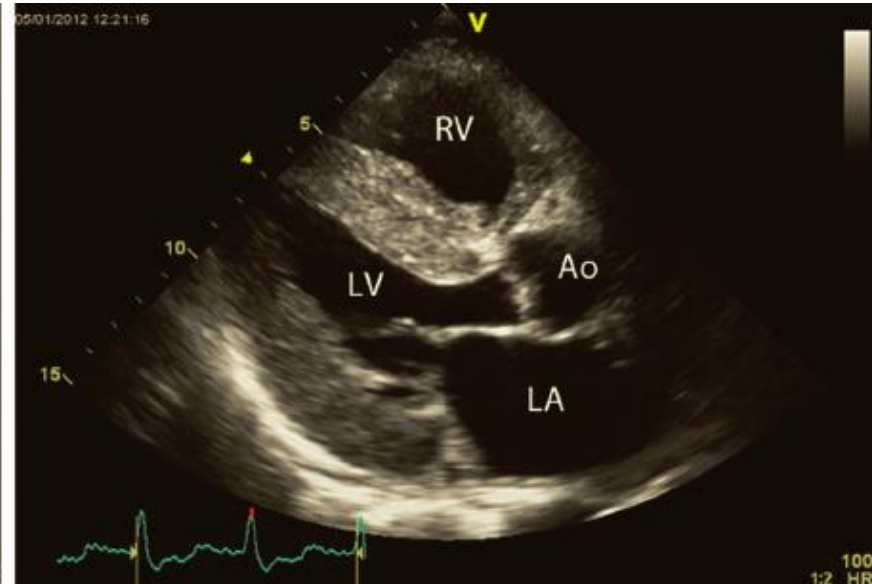
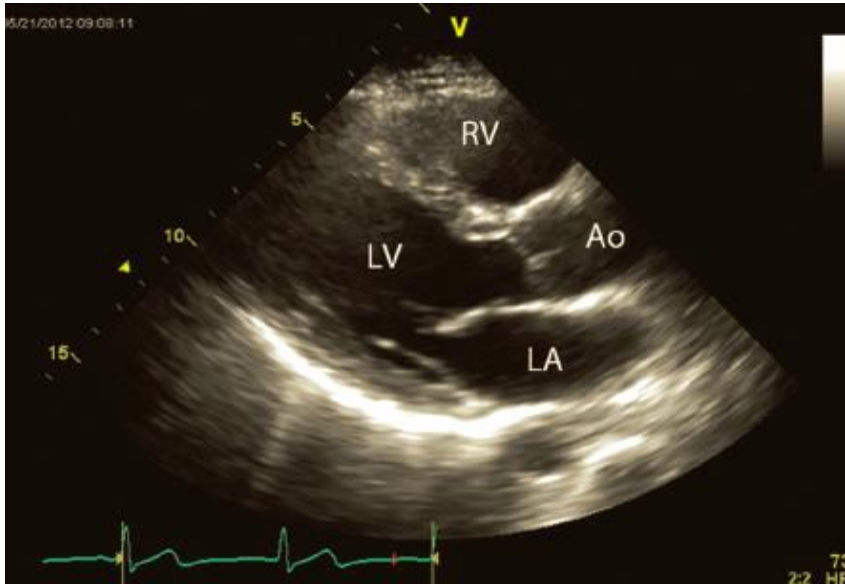
Dr Nathalie OZIER-LAFONTAINE – Dr Astrid MO

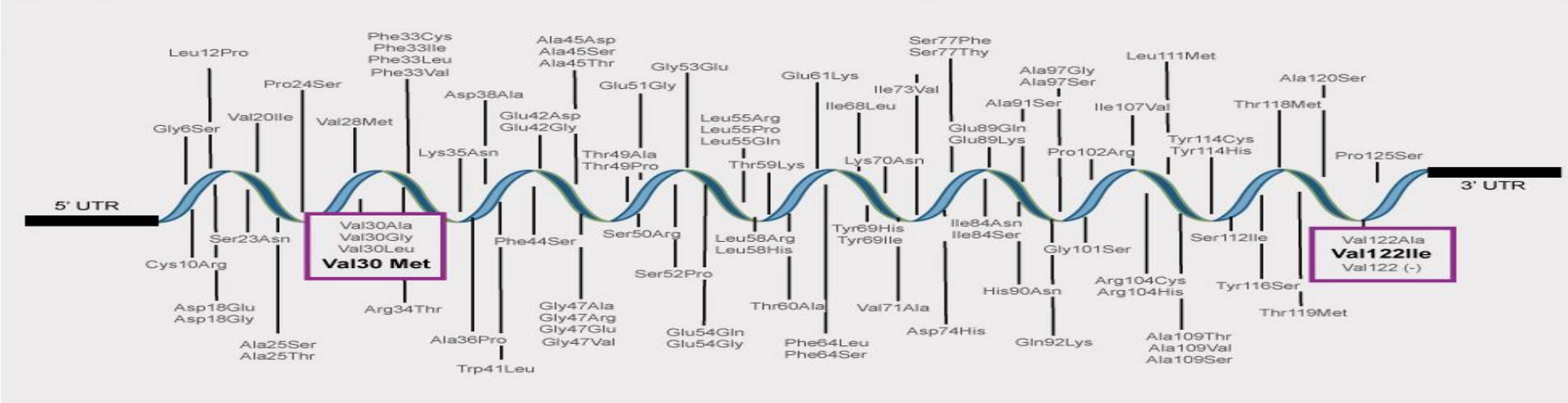
Département de Cardiologie du CHU Martin

Université des Antilles



Cardiopathie Amyloide

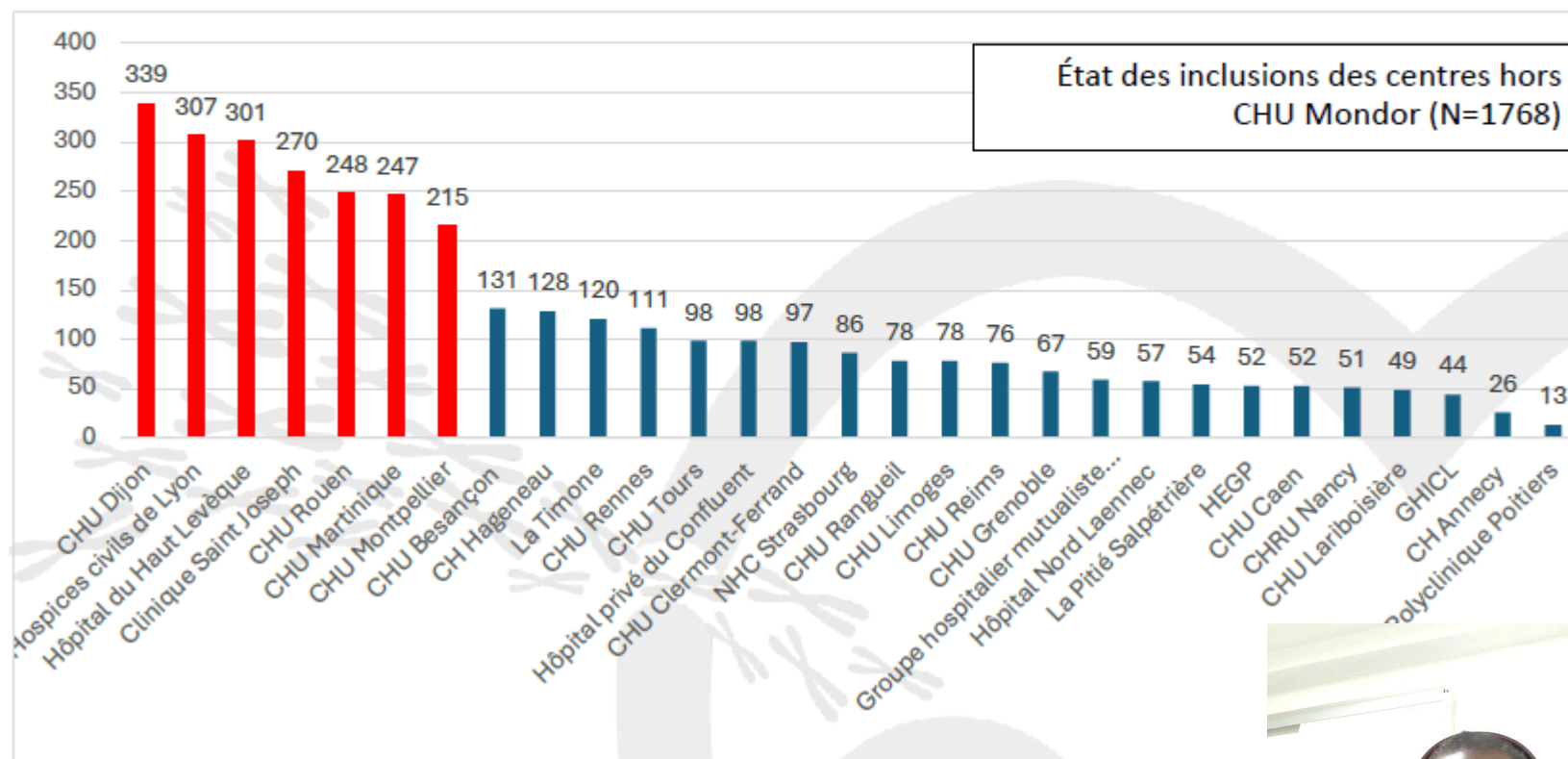




		Martinique	Guadeloupe	Guyane
Val 122 Ile	Cardio +++ 60 ans Neuro +	+++	+++	++
30 Met	Précoce:Neuro Tardif: Cardio	+		+
Ile 107 Val	Mixte 40 à 50ans	++	+	+
Phe 64 Leu	Tardif -Neuro		+	
Leu 68 Ile	Tardif -Cardio	+		
Wild type	Tardif-Cardio	++	++	
Homoz. Comp.				



ÉTAT D'AVANCEMENT DES INCLUSIONS PAR CENTRE (08/03/2024)



Amylose et Sujet Agé

- Definition du sujet age (HAS)
 - Sujets âgés de plus de 75 ans
 - Sujets âgés de 65 ans avec polypathologie

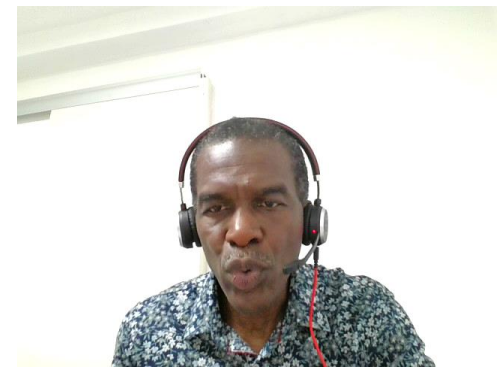


Amylose et Sujet Agé

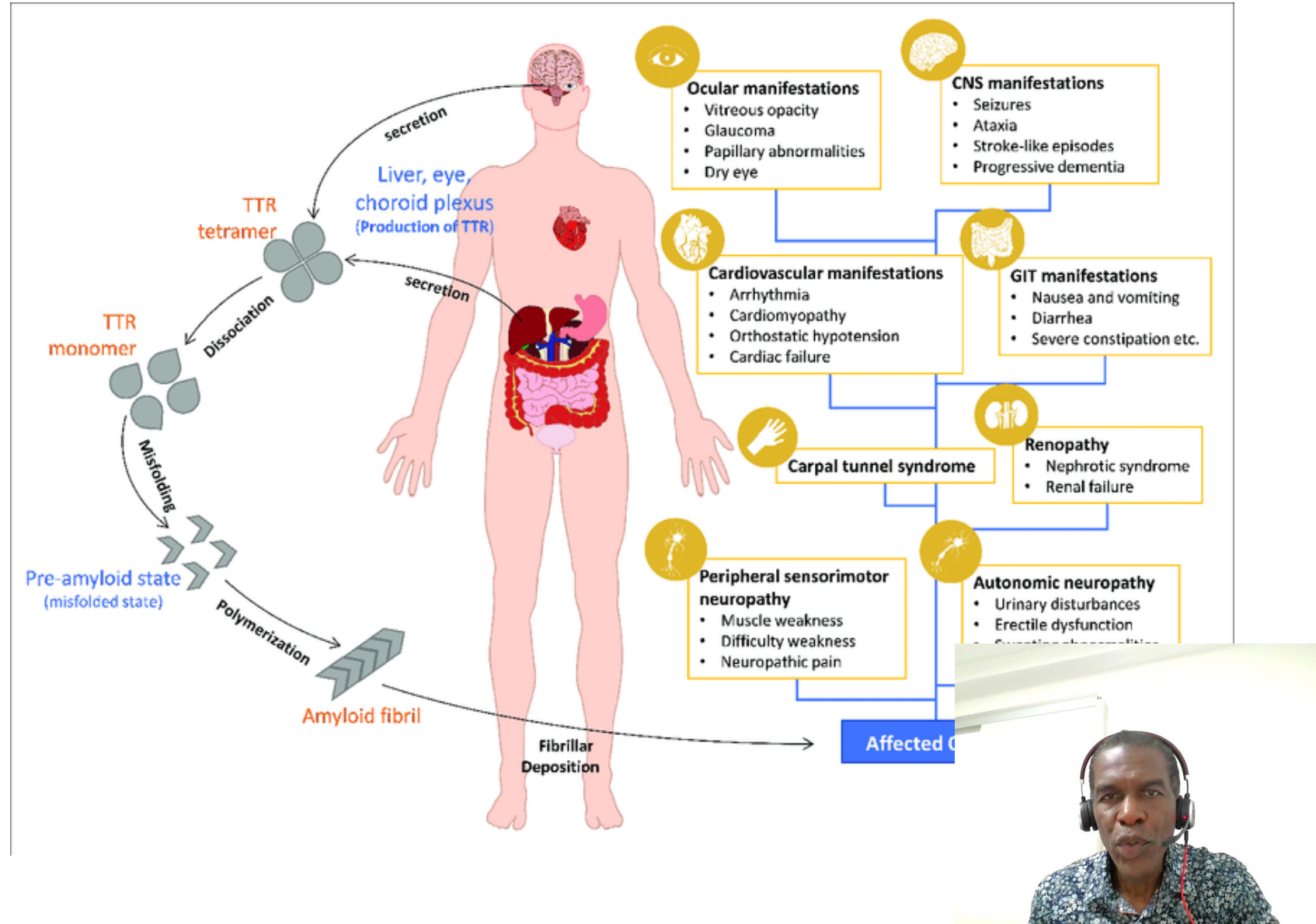
		Age (années)
Helios B	Fontana NEJM 2023	79 (méd.)
Apollo-B	Adams NEJM 2023	76 (méd.)
ATTRACT	Maurer NEJM 2018	75 (méd.)
THAOS	Damy Eur H Journal 2019	60 début 67 inclusion
HEAR	Base Nationale	82 ans
HEAR Martinique	Base FdF	77 an



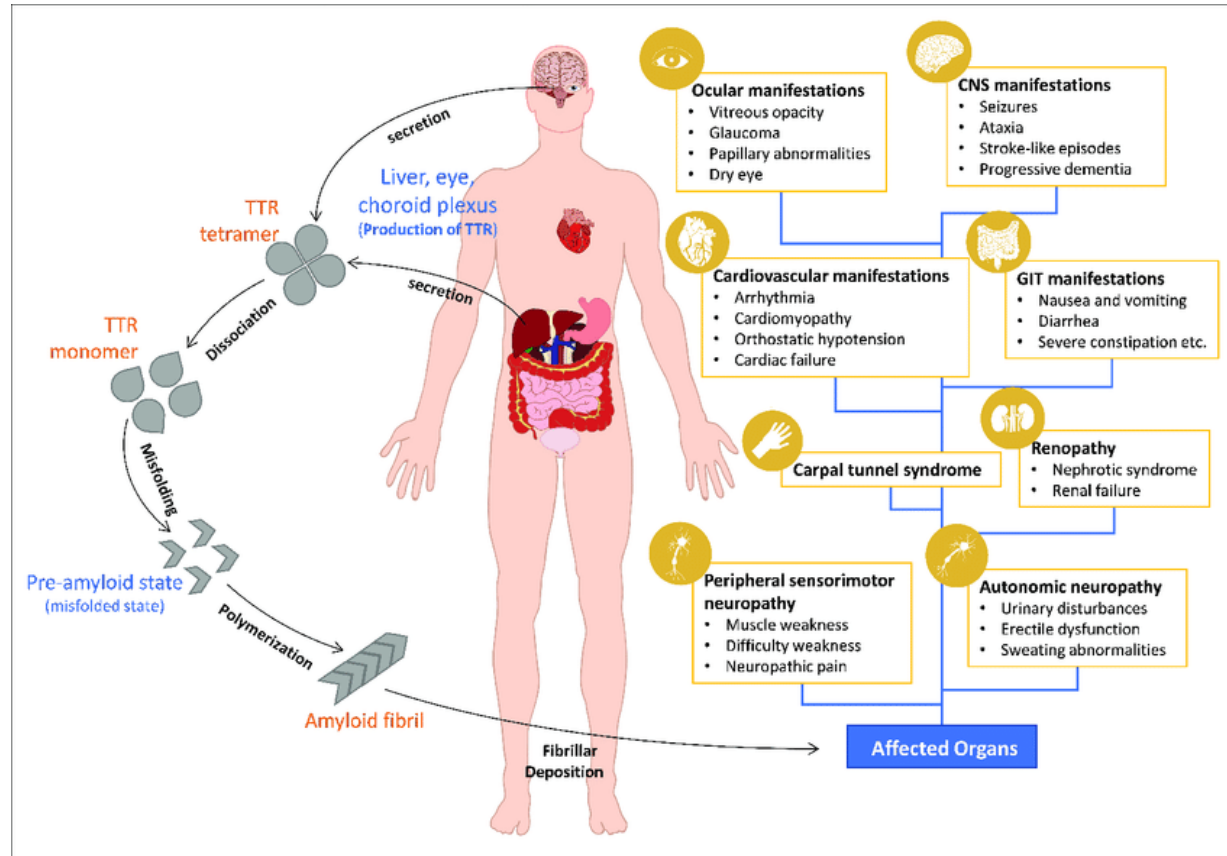
Amylose et Comorbidités



Amylose et Comorbidités



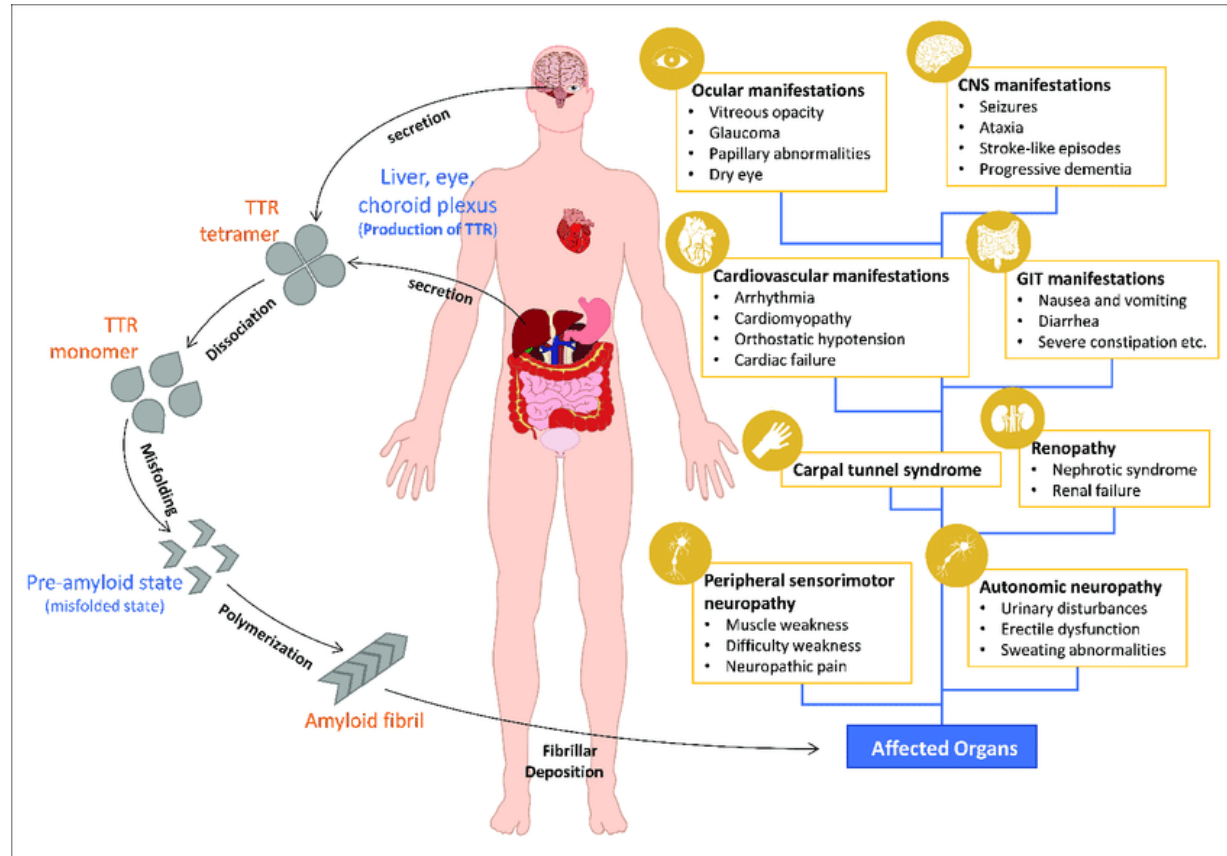
Amylose et Comorbidités



- CARDIOPATHIE
- DENUTRITION
- PERTE DE POIDS
- SARCOPENIE
- ATTEINTE OSTEO-ARTICULAIRE



Amylose et Comorbidités



- CARDIOPATHIE
- DENUTRITION
- PERTE DE POIDS
- SARCOPENIE
- ATTEINTE OSTEO-ARTICULAIRE

DIABETE / INSUFFISANCE RENALE / DECLI



Amylose et Comorbidités

- ACCELERATEURS DE MORBIDITE
 - REDUCTION DU PERIMETRE ACTIF
 - TROUBLES DU RYTHME ATRIAL



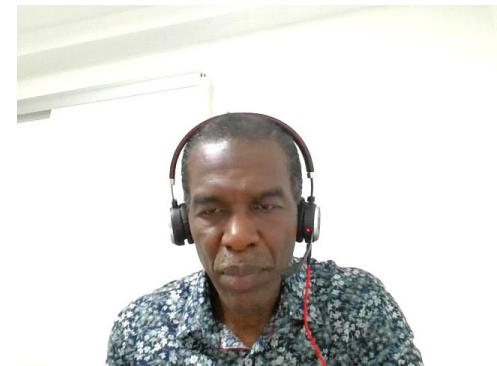
REDUCTION DU PERIMETRE ACTIF

- NEUROPATHIE PERIPHERIQUE SENSITIVE (impression de marcher sur du coton)
- INSTABILITE LIEE AUX VERTIGES ET A LA NEUROPATHIE PERIPHERIQUE
- LIMITATION A L'EFFORT PAR L'ATTEINTE CARDIAQUE
- CANAL LOMBAIRE ETROIT
- ATTEINTE ARTICULAIRE HANCHE GENOUX



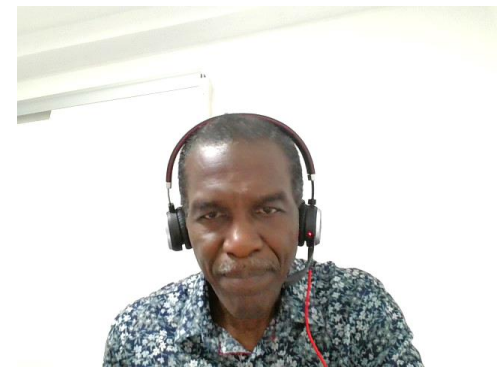
REDUCTION DU PERIMETRE ACTIF, LES CONSEQUENCES:

- RISQUE ELEVE DE CHUTES
- RISQUE HEMORRAGIQUE MAJORE EN CAS DE CHUTES LIE AUX MEDICATIONS ANTI-COAGULANTES
- DECONDITIONNEMENT PHYSIQUE ET AGGRAVATION FATIGUE ET DYSPNEE D'EFFORT
- ISOLEMENT SOCIAL
- ANXIETE ET DEPRESSION



TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE

- Fréquence de la Fibrillation atriale dans les ATTR-CA : 39%
Série FdF – Courty B - 2018
- Fréquence des Amyloses Cardiaques dans la Fibrillation Atriale
(65 ans + >1RF : 8%)
Remior Perez – Can J Cardiol 2025



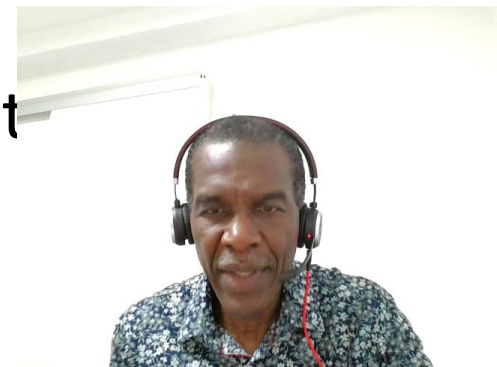
TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE

- Risque Thrombotique élevé
 - Persistance de thrombus malgré le traitement anti-coagulant
El Ham JACC 2019
 - 30% des ATTR CA avaient fait un AVC ischémique et dans 1/3 des cas cet AVC était survenu avant le diagnostic de l'ATTR CA
Banydeen Front Neur 2022



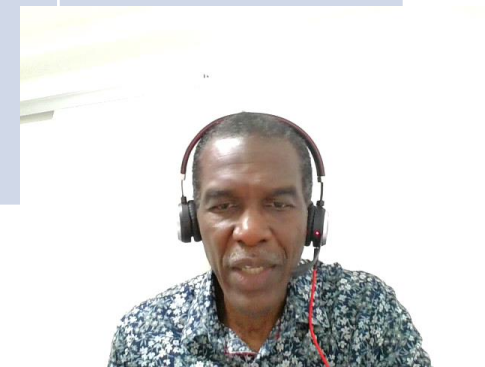
TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE

- Traitement par amiodarone plutôt que betabloqueurs
- Anticoagulation des ATTR CA
 - Systématique en cas de FA
 - Recommandée en l'absence de FA connue, surtout si présence de signe de rigidité atriale
 - A mitiger en fonction du risque de chute
présence d'atcd hémorragiques



Fréquence de la Fragilité dans les ATTR CA

Broussier JCM 2021	36	ATTRwt	Short Emergency Geriatric Assesement	39%
			Physical Frailty Phenotype (autonomie, equilibre, faiblesse musculaire, depression, etat nutritionnel)	50%



Fréquence de la Fragilité dans les ATTR CA

Fumigalli Aging Clin Exp Res 2024	138	ATTRwt 113 ATTRv 25 dont 3 V122I	Modified Frailty Index	15%
Fine Circ H Fail 2021	145	ATTRwt : 136 ATTRv: 9	CFS (dérivé du C cutoff 5)	



Impact de la Fragilité sur la Survie

Table. Baseline Characteristics of ATTR-CM Patients for the Total Study Population and Stratified by CFS Tertile

Parameter	Study population (N=145)	CFS 1-3 (n=46)	CFS 4-6 (n=76)	CFS 7-9 (n=23)	<i>P</i> value
Demographic and clinical					
Age, y	78 (73–84)	75 (69–83)	78 (71–85)	86 (81–89)	<0.001
Sex (male)	132 (91)	41 (89)	69 (91)	22 (96)	0.67
Body mass index, kg/m ²	22.9 (19.8–26.1)	24.3 (21.6–27.7)	22.5 (20.6–26.2)	21.1 (18.3–24.0)	0.009



Impact de la Fragilité sur la Survie

Table. Baseline Characteristics of ATTR-CM Patients for the Total Study Population and Stratified by CFS Tertile

Parameter	Study population (N=145)	CFS 1-3 (n=46)	CFS 4-6 (n=76)	CFS 7-9 (n=23)	<i>P</i> value
Demographic and clinical					
Age, y	78 (73–84)	75 (69–83)	78 (71–85)	86 (81–89)	<0.001
Sex (male)	132 (91)	41 (89)	69 (91)	22 (96)	0.67
Body mass index, kg/m ²	22.9 (19.8–26.1)	24.3 (21.6–27.7)	22.5 (20.6–26.2)	21.1 (18.3–24.0)	0.009

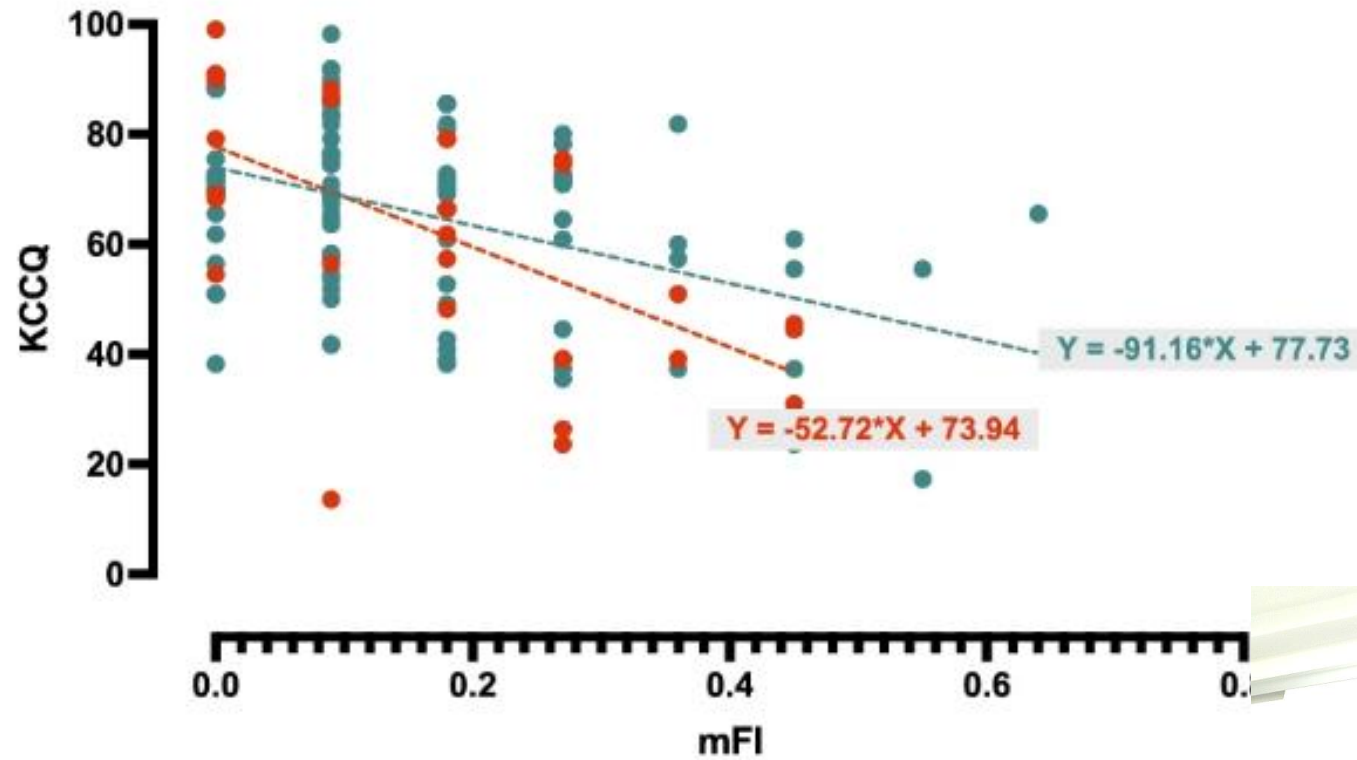
Risque de décès multiplié par 2 à chaque franchisse



Impact qualité de vie

D

Distribution of KCCQ Score by mFI



Traitement de L'amylose Cardiaque – Particularités chez le sujet âgé

Traitement conventionnel d'une
cardiopathie très particulière

Traitement ciblé



Traitement de L'amylose Cardiaque – Particularités chez le sujet âgé

- Traitement conventionnel d'une cardiopathie très particulière
 - Anticoagulants
 - Betabloqueurs
 - Diurétiques + Régime Hyposodé
 - Vasodilatateurs
 - Inhibiteurs des SGLT2
 - Antagonistes de récepteurs de l'Aldostérone



Traitement de L'amylose Cardiaque – Particularités chez le sujet âgé

- Traitement conventionnel d'une cardiopathie très particulière
 - Anticoagulants
 - ~~Betabloqueurs~~
 - Diurétiques + Régime Hyposodé
 - ~~Vasodilatateurs~~
 - Inhibiteurs des SGLT2
 - Antagonistes de récepteurs de l'Aldostérone

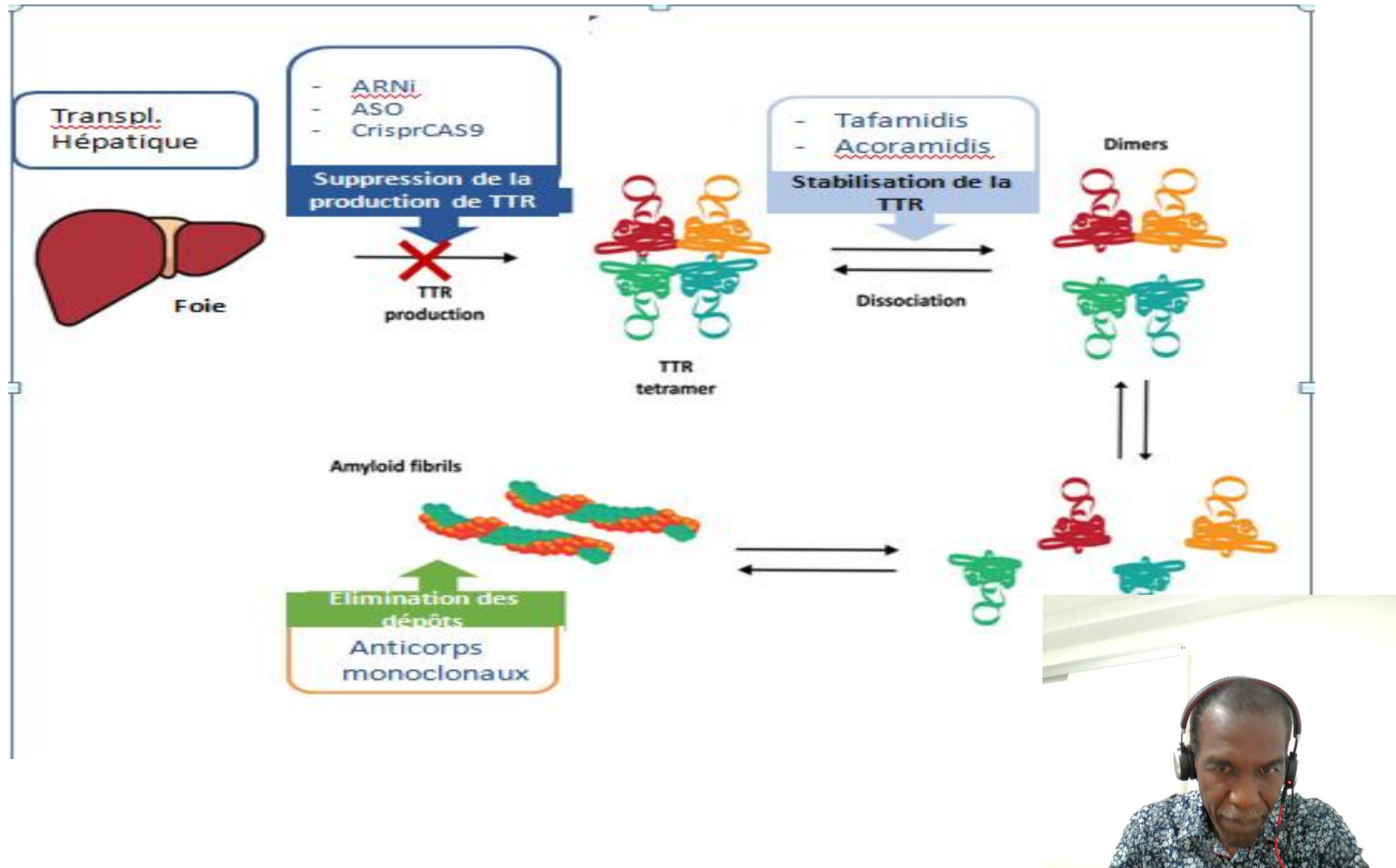


Traitement de L'amylose Cardiaque – Particularités chez le sujet âgé

- Traitement conventionnel d'une cardiopathie très particulière
 - Anticoagulants
 - ~~– Bêtabloqueurs~~
 - Diurétiques + Régime Hyposodé
 - ~~– Vasodilatateurs~~
 - Inhibiteurs des SGLT2
 - Antagonistes de récepteurs de l'Aldostérone



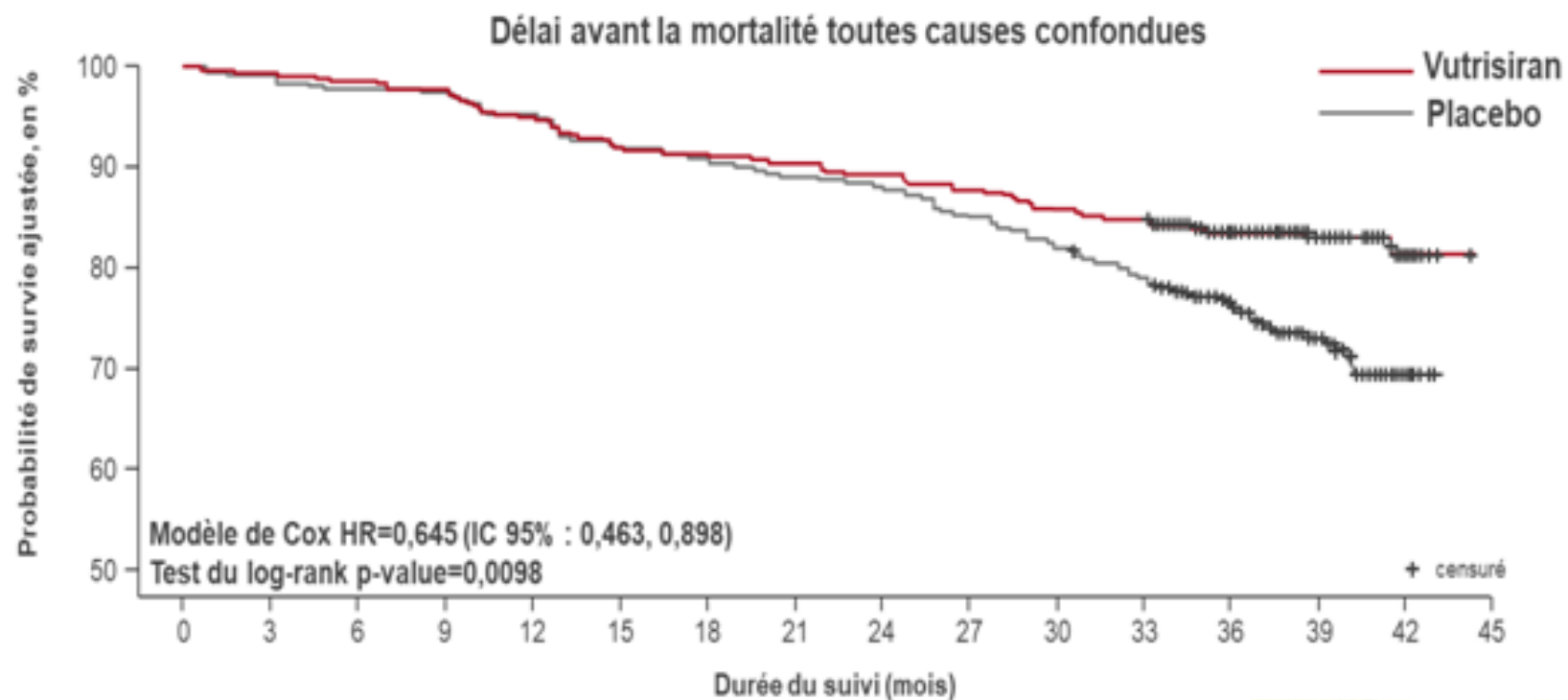
Traitements Ciblés



Traitement Ciblé – Sujet Agé

- Cout !!!
- Efficacité ???

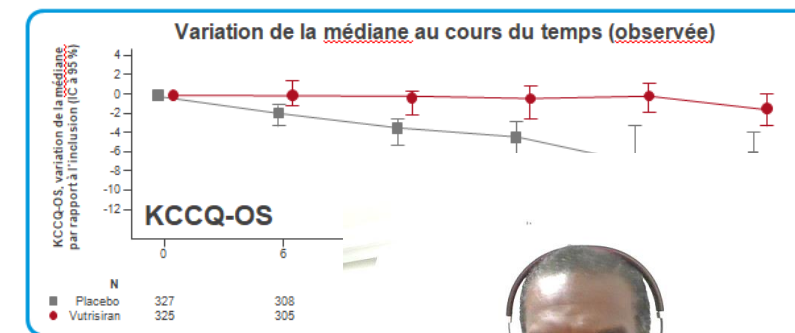
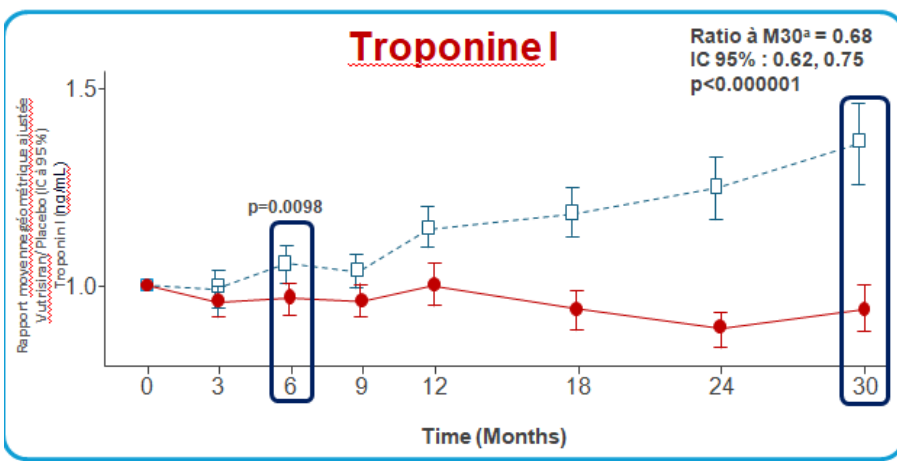
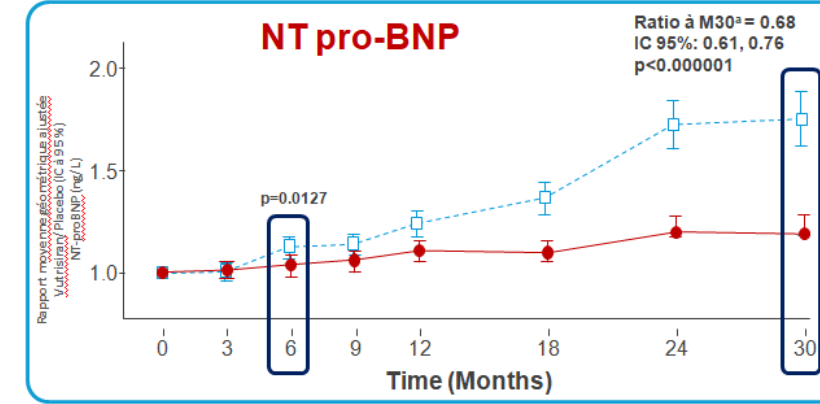
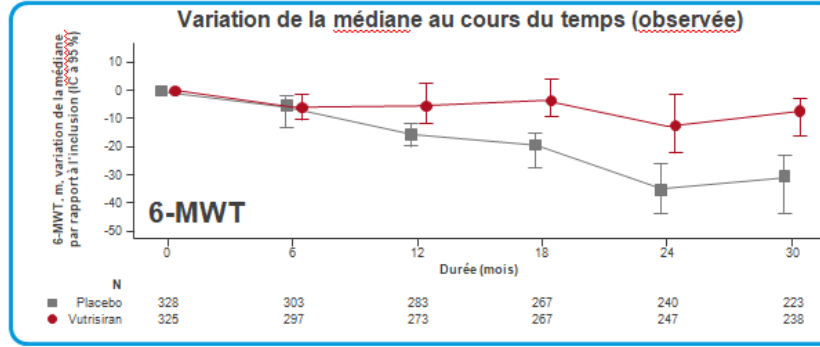
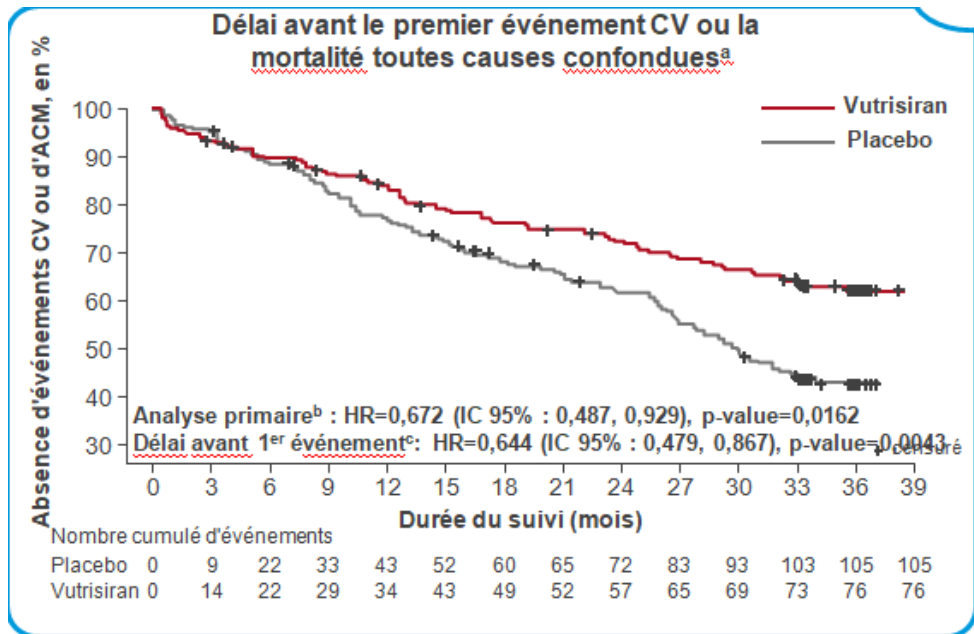




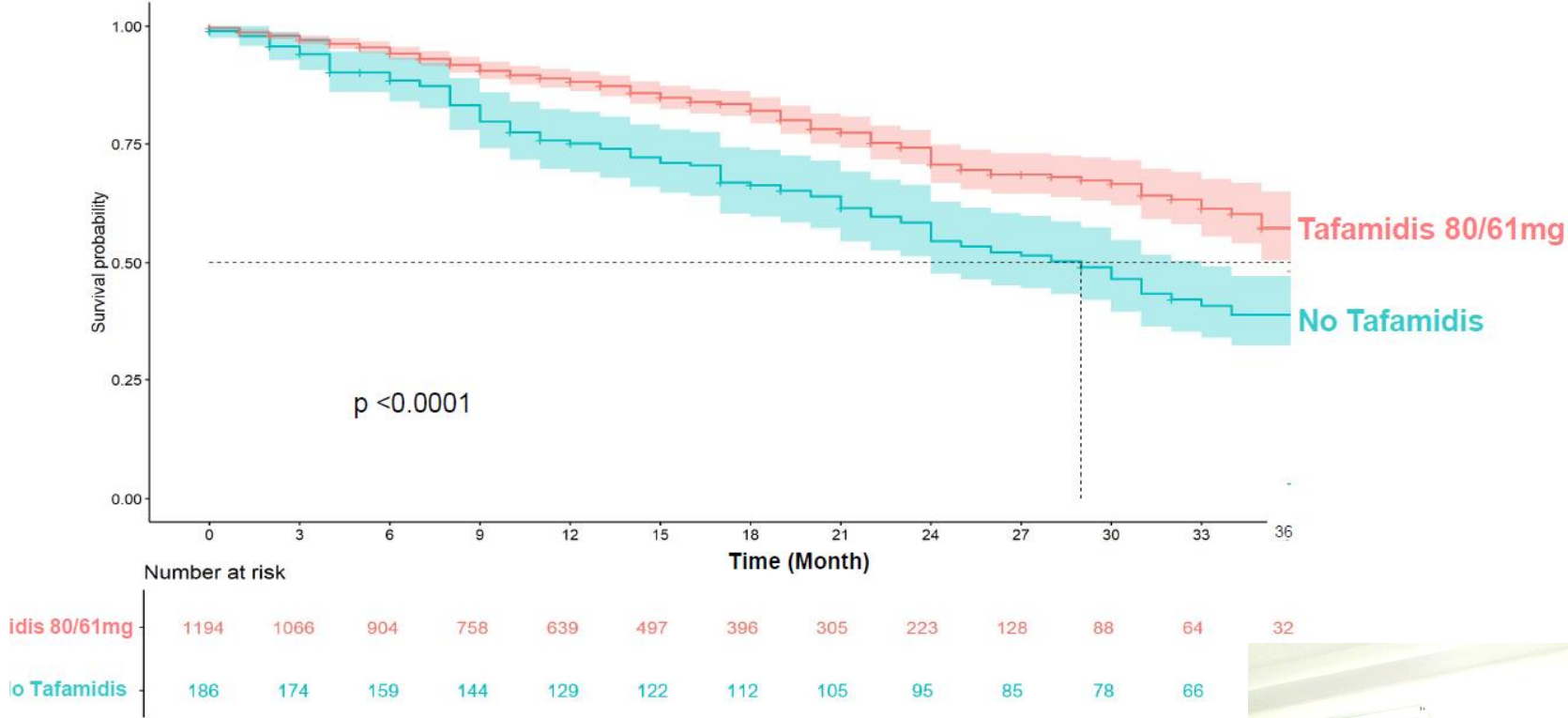
Nombre cumulé d'événements

Placebo	0	3	7	8	14	25	29	34	38	47	57	66	74
Vutrisiran	0	2	5	8	18	28	30	34	37	42	49	52	56





Survival in patients over 80 years old treated with tafamidis 80/61mg versus no treatment: Kaplan-Meier curve

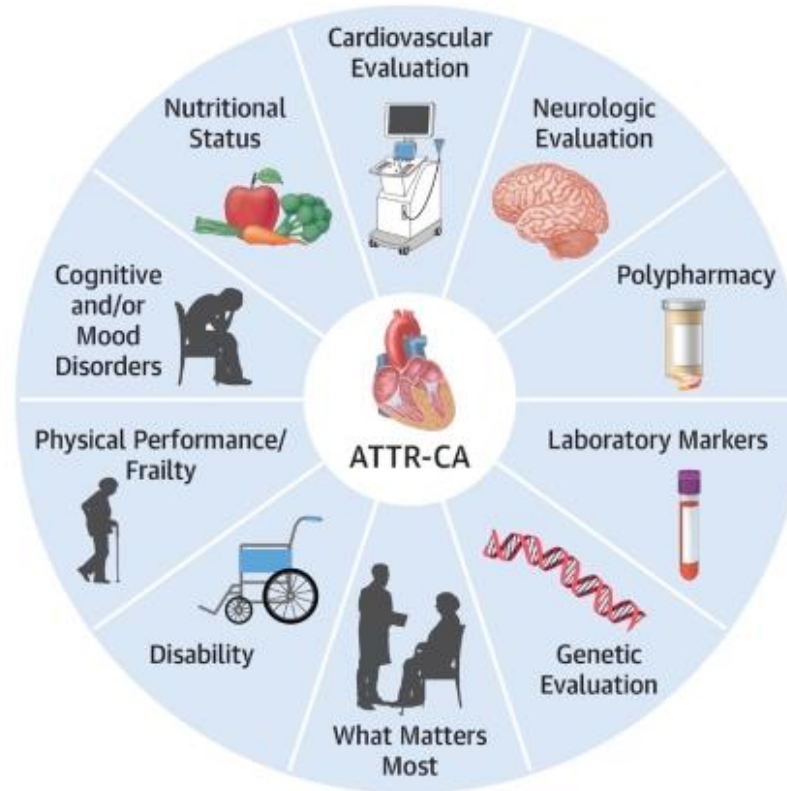


TAKE HOME MESSAGES



TAKE HOME MESSAGES

Il faut intégrer l'évaluation gériatrique dans la prise en charge de l'ATTR CA



Clap de fin



Hopital de Jour Dédié Amyloses

- Accueil des participants et des aidants
- ECG
- Pesée
- Mesure de la Tension Artérielle
- Recherche d'hypotension Orthostatique
- Échocardiographie détaillée
- Test de Marche
- Remise et Analyse des Auto-questionnaires
- Éducation thérapeutique
- Évaluation cardiologique et synthèse

Hopital de Jour Dédié Amyloses

- Accueil des participants et des aidants
- ECG
- Pesée – recherche d'une perte de poids durant les 6 derniers mois
- Mesure de la Tension Artérielle
- Recherche d'hypotension Orthostatique
- Échocardiographie détaillée
- Test de Marche – Gait Test
- Remise et Analyse des Auto-questionnaires
- Éducation thérapeutique
- Évaluation cardiologique et synthèse – évaluation cardiogériatrique et synthèse

Évaluation cardiogériatrique

- Optimisation thérapeutique avec prescription et ou déprescription
- Dépistage et prise en charge des comorbidités
- Dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels
- Dépistage et prise en charge de l'anxiété, de la dépression, des troubles cognitifs, du risque social

QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE DE L'INSUFFISANT CARDIAQUE DE KANSAS CITY

Ce questionnaire concerne votre **insuffisance cardiaque** et son impact sur votre vie.
Veuillez lire et répondre aux questions suivantes. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.
Choisissez simplement la réponse qui correspond le mieux à votre cas.

1. L'**insuffisance cardiaque** affecte différentes personnes de différentes manières. Certaines personnes souffrent plutôt d'essoufflement, tandis que d'autres ressentent plutôt de la fatigue. Veuillez indiquer dans quelle mesure votre capacité d'entreprendre chacune des activités suivantes a été limitée par l'**insuffisance cardiaque** (par ex. essoufflement ou fatigue) au cours des deux dernières semaines.
Cochez (✓ ou X), une seule case par ligne.

QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE DU MINNESOTA

Cette échelle doit être remplie par le patient.

À l'aide de ce questionnaire, nous cherchons à savoir dans quelle mesure vos problèmes cardiaques vous ont empêché de vivre comme vous l'auriez voulu au cours du mois dernier.

- Les phrases ci-dessous décrivent différents types d'atteintes dont peuvent souffrir certaines personnes. Si vous êtes sûr(e) que ce que décrit la phrase ne s'applique pas à vous ou n'est pas lié à votre insuffisance cardiaque, entourez le 0 (non) et passez à la phrase suivante.
- Lorsque, au contraire, vous considérez que la phrase s'applique à votre cas, entourez le chiffre qui vous paraît le mieux correspondre à votre état (de 1 : un peu, à 5 : énormément).

Attention, rappelez-vous de ne considérer que les quatre semaines qui viennent de passer.



Amylose-AFFECT Symptômes et Qualité de vie des patients atteints d'amylose

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer l'impact des symptômes de l'amylose sur la qualité de vie du patient.

Date :/...../.....

PRENOM :

NOM :

SEXE :

Poids : Kg

Taille : cm

Tableau de correspondance entre les 33 questions et les 5 dimensions associées

Dimensions associées	Item : 0 à 3	Score
1- Score Insuffisance Cardiaque	1 + 2 + 3 + 4 + 15	/15
2- Score Dysautonomie Vasculaire	5 + 6 + 7 + 21	/12
3- Score Neuropathie	8 + 9 + 10+ 11 + 12 + 13 + 14 +16 + 17 +18	/30
4- Score Dysautonomie Gastrointestinale et urinaire	19 + 20 + 27 +28 +29 + 30 +31	/21
5- Score Atteintes cutanées et muqueuses	22 + 23 + 24 + 25 + 26 + 32 + 33	/21
Amylo-AFFECT : SCORE GLOBAL de Qualité de Vie		/99

Jeudi 13 Février

11:00 – 11:45

Auditorium 1

Pathologies cardiaques aux Antilles : quels enjeux ?

Modérateur(s) : J. INAMO (Fort-de-France), O. HANON (Paris)

HTA du sujet âgé

N. OZIER-LAFONTAINE (Fort-de-France)

Insuffisance cardiaque

A. MONTFORT (Fort-de-France)

Amylose cardiaque du sujet âgé

J. INAMO (Fort-de-France)