



**G erond'if**  
LE GERONTOPOLE D'ILE-DE-FRANCE

# Fragilité et Insuffisance Cardiaque : l'état de nos pratiques en 2019

**Pr Olivier Hanon**  
**Hôpital Broca, Paris**

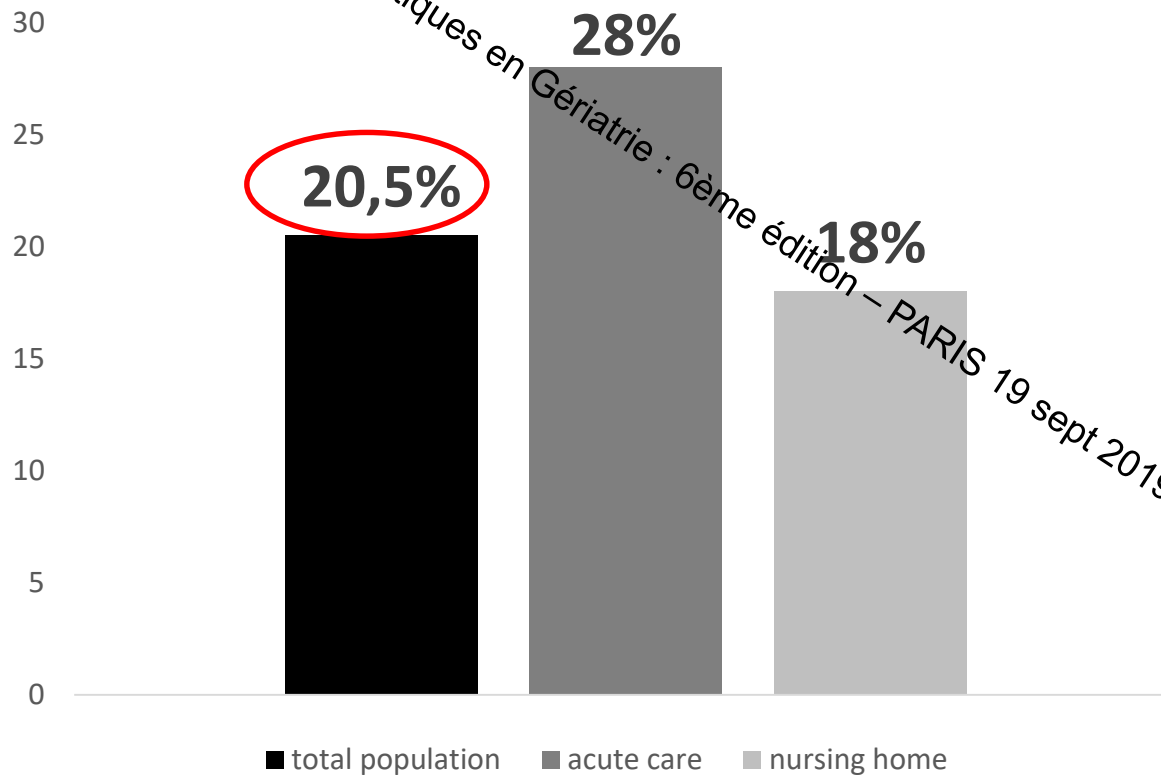


## Déclaration de relations professionnelles et liens d'intérêt

- Novartis, Boehringer Ingelheim, Bayer, BMS, Pfizer, Astra-Zeneca, Servier, Vifor.

# National survey on the management of heart failure in individuals over 80 years of age in French geriatric care units

N = 197 patients in French geriatric settings (mean age = 88 years)



Diuretics to relieve symptoms and signs of congestion

If LVEF  $\leq 35\%$  despite OMT or a history of symptomatic VT/VF, implant ICD

Patient with symptomatic<sup>a</sup> HFrEF<sup>b</sup>

■ Class I  
■ Class IIa

Therapy with ACE-I<sup>c</sup> and beta-blocker  
(Up-titrate to maximum tolerated evidence-based doses)

Still symptomatic and LVEF  $\leq 35\%$

Add MR antagonist<sup>d,e</sup>  
(up-titrate to maximum tolerated evidence-based dose)

Still symptomatic and LVEF  $\leq 35\%$

Able to tolerate ACEI (or ARB)<sup>f,g</sup>

Sinus rhythm, QRS duration  $\geq 130$  msec

Sinus rhythm,<sup>h</sup> HR  $\geq 70$  bpm

ARNI to replace ACE-I

Evaluate need for CRT<sup>i</sup>

Ivabradine

These above treatments may be combined if indicated

Resistant symptoms

Yes  
Consider digoxin or H-ISDN or LVAD, or heart transplantation

No  
No further action required  
Consider reducing diuretic dose



Après 80 ans

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie : 6ème édition - PARIS 19 sept 2019

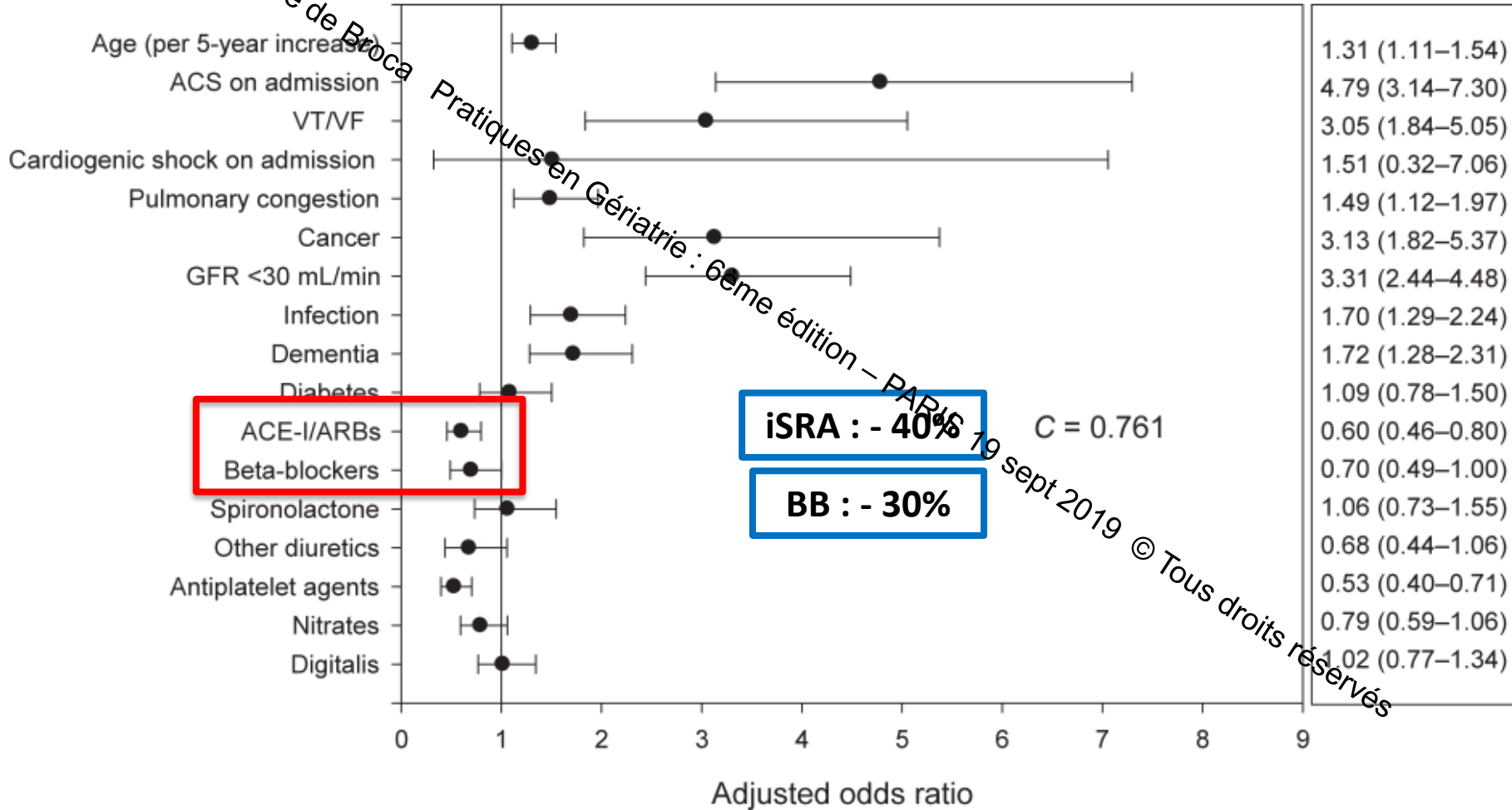
© Tous droits réservés

# Management of octogenarians hospitalized for heart failure in Euro Heart Failure Survey I

2780 octogenarians  
median age 85 years

Michel Komajda<sup>1\*</sup>, Olivier Hanon<sup>2</sup>, Matthias Hochadel<sup>3</sup>, Ferenc Follath<sup>4</sup>, Karl Swedberg<sup>5</sup>, Anselm Gitt<sup>6</sup>, and John G.F. Cleland<sup>7</sup>

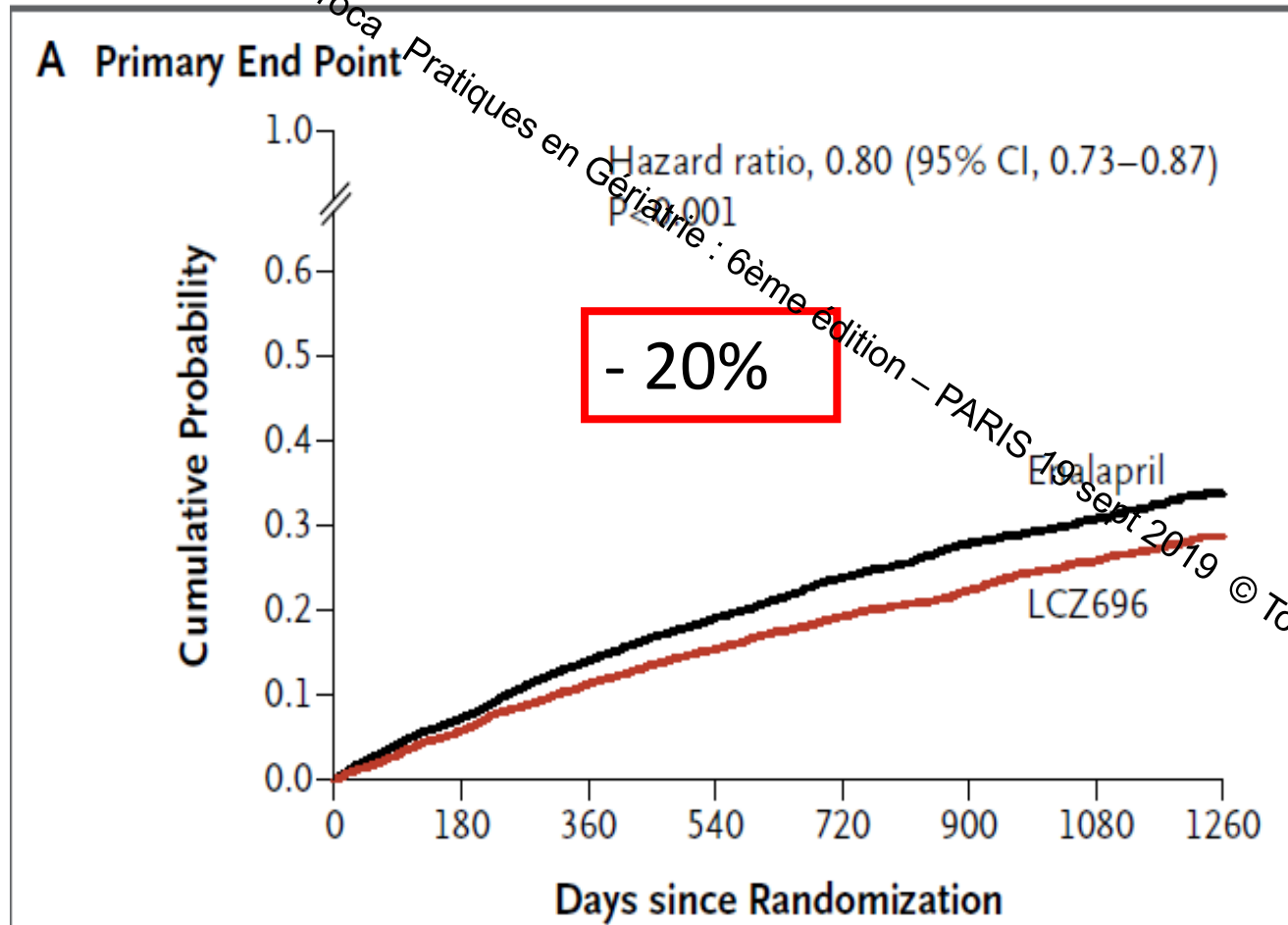
## Mortality



# Remplacer l'IEC par Sacubitril/valsartan

N= 8442 patients IC (1563 > 75 ans)

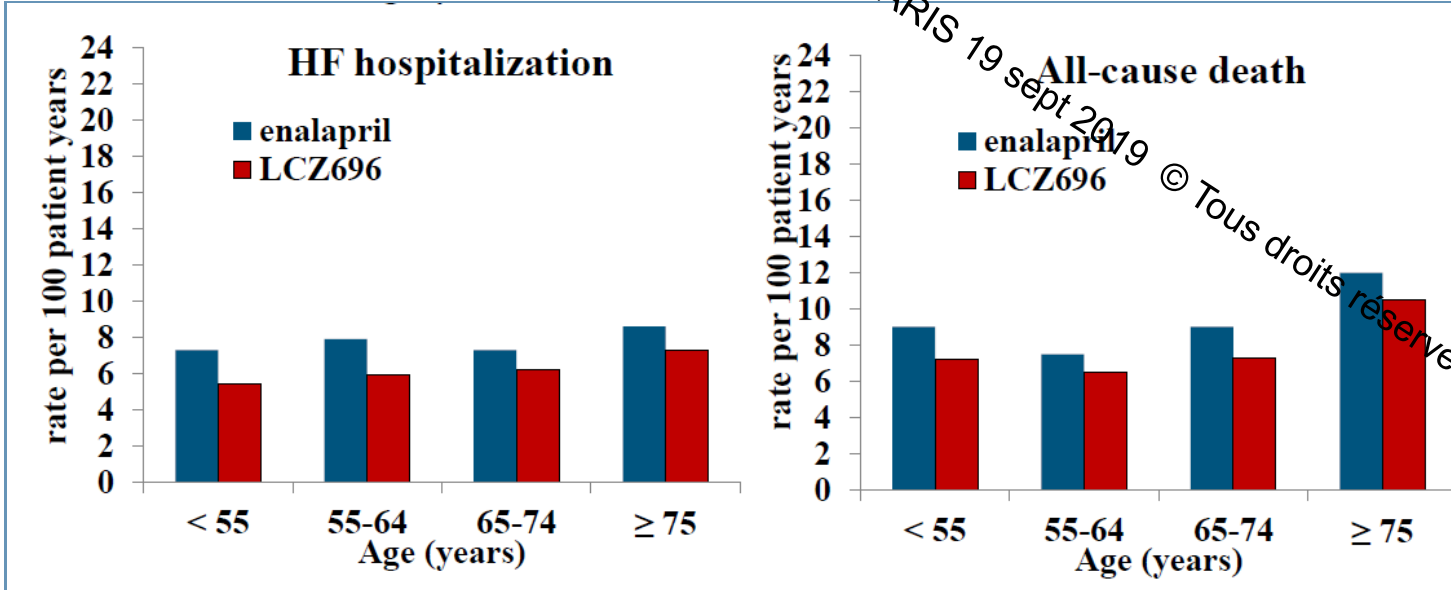
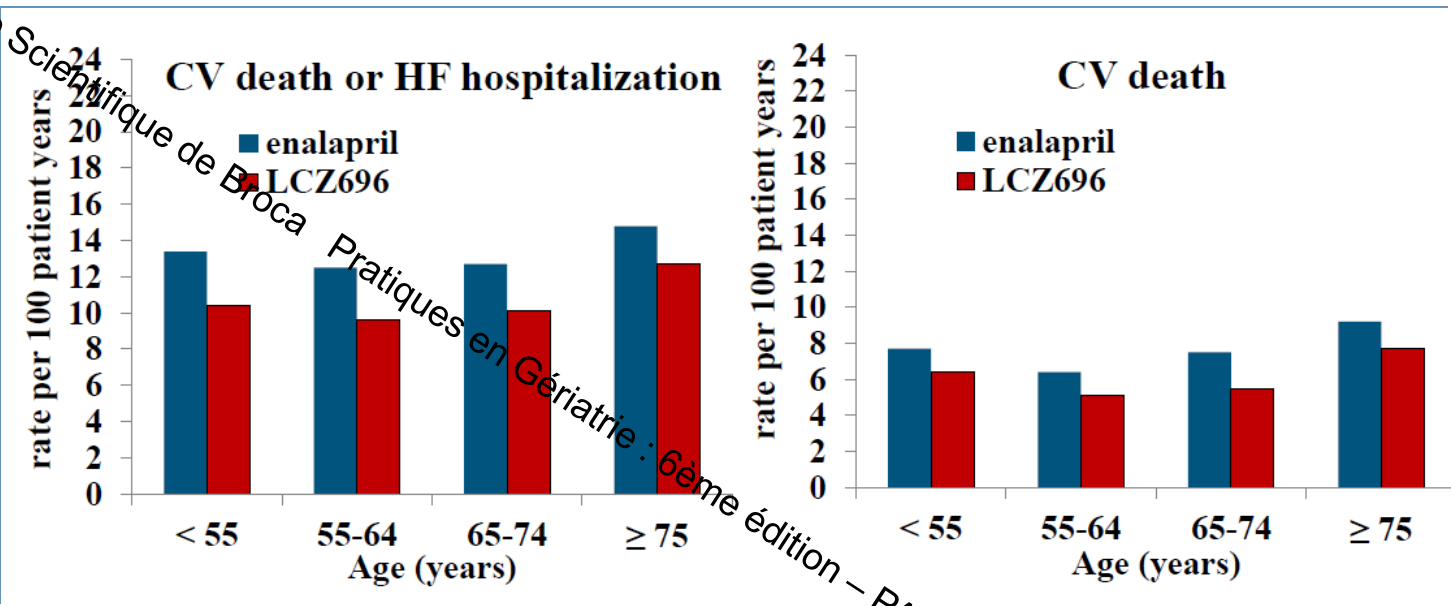
Death from cardiovascular causes or hospitalization for heart failure



# Efficacy and safety of LCZ696 (sacubitril-valsartan) according to age: insights from PARADIGM-HF

European Heart Journal 31 July 2015

≥75 years : n = 1 563

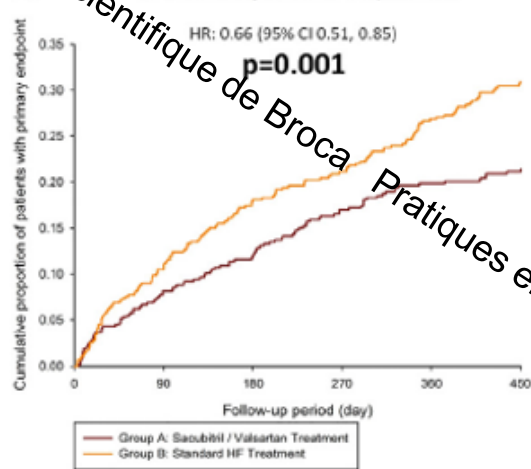


Journée Scientifique de Broca Pratiques en Gériatrie : 6ème édition - PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

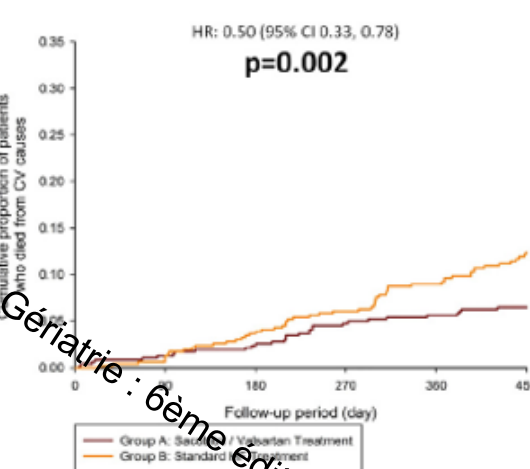
# Sacubitril/valsartan

## Real world data Taiwan

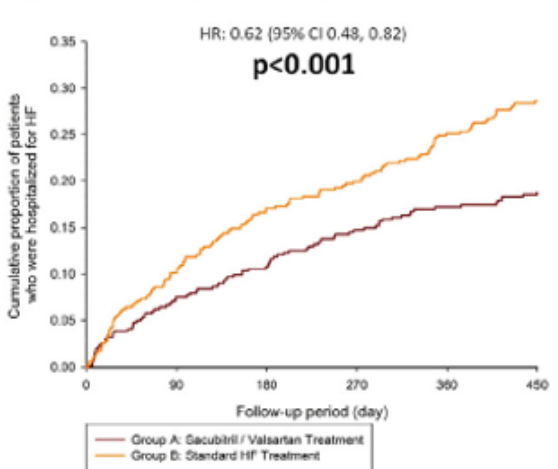
**A** CV death or unplanned HF hospitalization



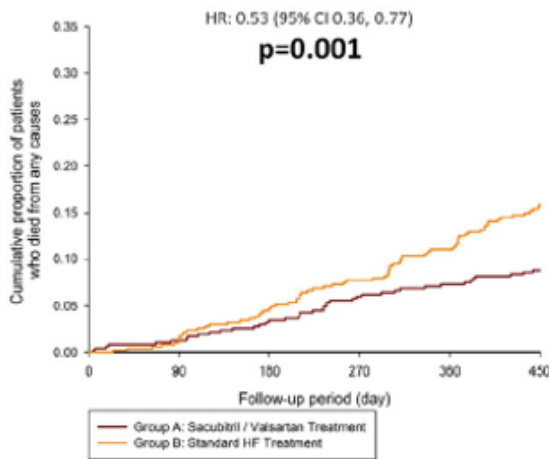
**B** CV death alone



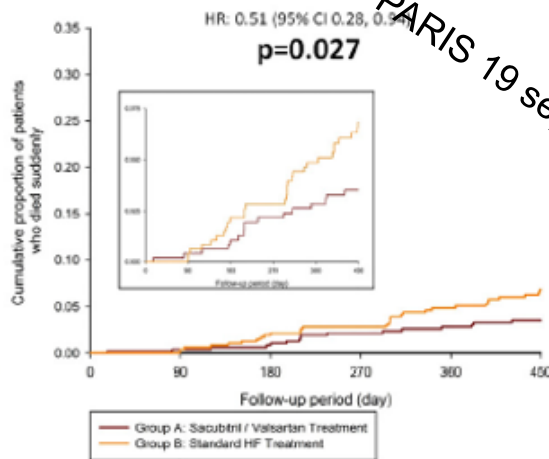
**C** Unplanned HF hospitalization alone



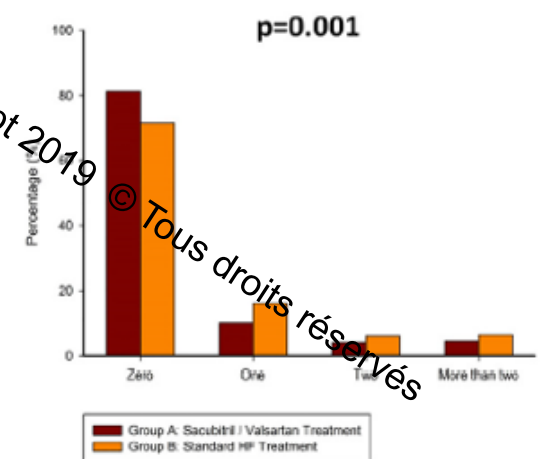
**D** All-cause death



**E** Sudden cardiac death



**F** Frequency of unplanned HF hospitalization



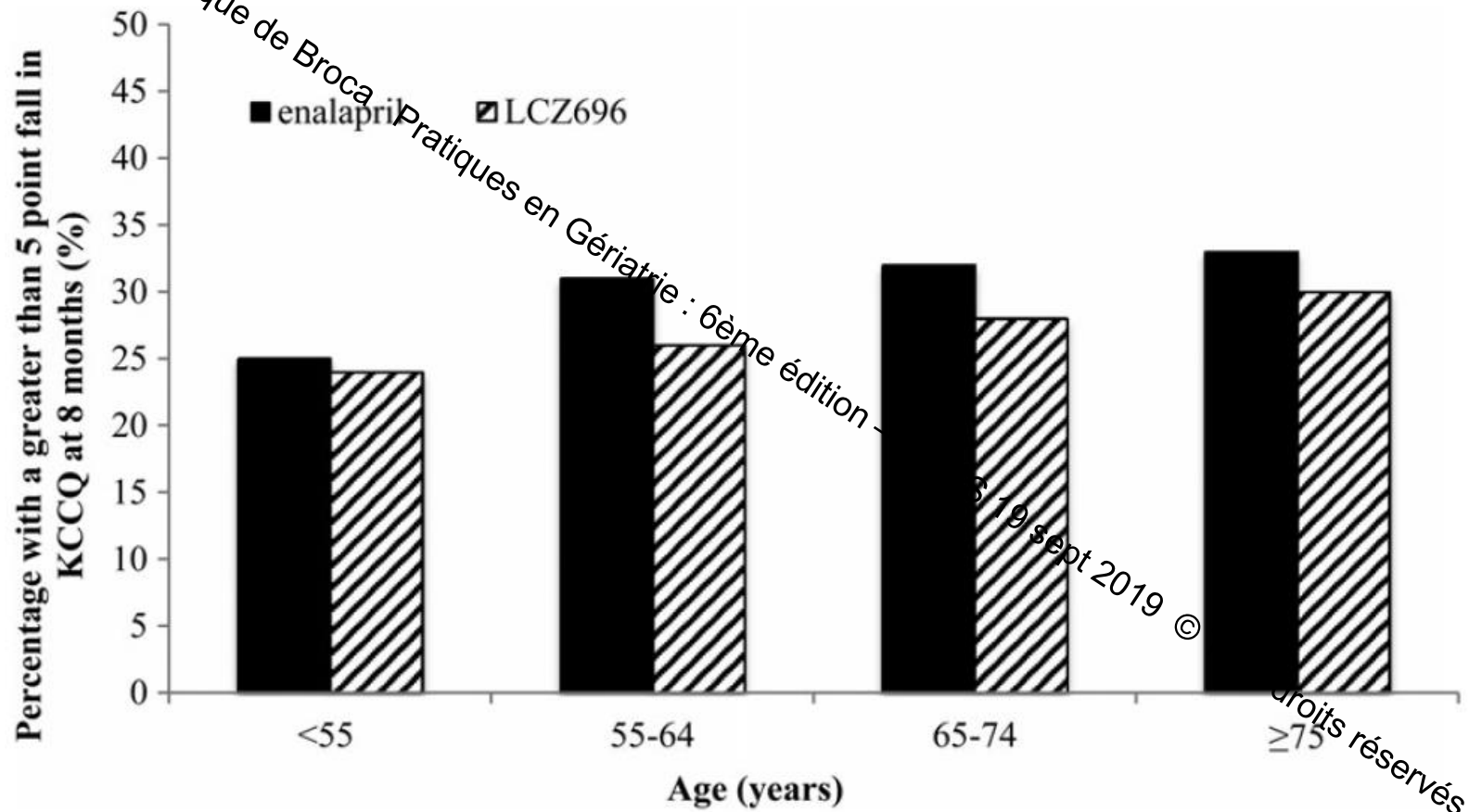


# Insuffisant cardiaque fragile

## Et la qualité de vie ?

Journée Scientifique de Broca Pratiques en Gériatrie : 6ème édition – PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

# Qualité de vie



# Health-Related Quality of Life Outcomes in PARADIGM-HF

Journé Scientifique de Broca

Pratiques en Gériatrie : 6ème édition - PARIS 19 sept 2019

KCCQ Domain	8-Month KCCQ Change Scores			P Value
	Sacubitril/Valsartan	Enalapril	LSM Difference (95% CI)	
Physical limitation	0.83 (0.30)	-0.00 (0.30)	0.83 (0.00-1.66)	0.05
Symptom stability	-2.90 (0.35)	-4.31 (0.35)	1.40 (0.42-2.39)	0.005
Symptom frequency	0.75 (0.29)	-0.70 (0.29)	1.44 (0.63-2.26)	0.001
Symptom burden	0.36 (0.28)	-0.53 (0.28)	0.93 (0.14-1.71)	0.02
Total symptom score	0.53 (0.27)	-0.61 (0.27)	1.14 (0.39-1.89)	0.003
Quality of life	2.25 (0.31)	0.71 (0.31)	1.54 (0.68-2.41)	<0.001
Self efficacy	2.37 (0.28)	1.58 (0.28)	0.78 (0.00-1.56)	0.05
Social limitation	1.35 (0.36)	-0.56 (0.36)	1.91 (0.91-2.90)	<0.001
KCCQ-CS score	0.64 (0.25)	-0.29 (0.25)	0.92 (0.24-1.61)	0.008
KCCQ-OS score	1.13 (0.25)	-0.14 (0.25)	1.27 (0.58-1.96)	0.001

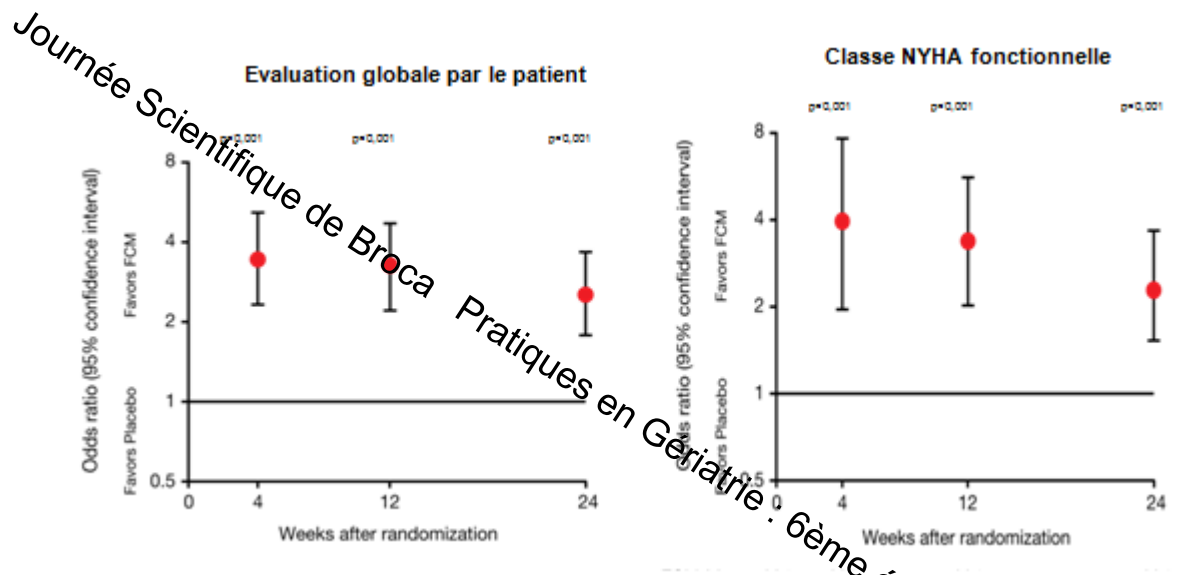
CS indicates clinical summary; KCCQ, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; LSM, least squares mean; and OS, overall summary.

# Carence martiale

Journée Scientifique de Broca - Pratiques en Gériatrie - 6ème édition - PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

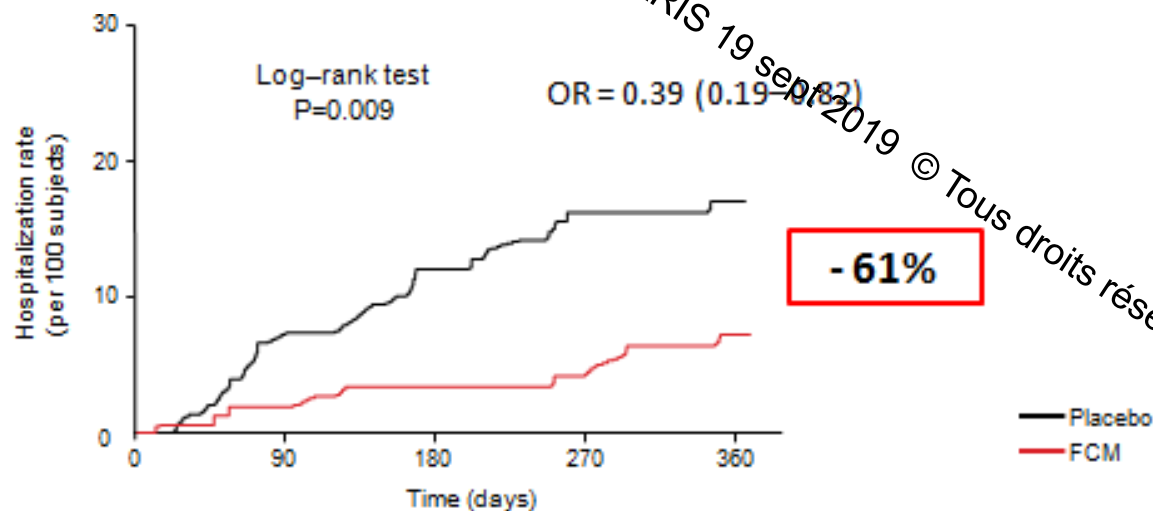
Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>Iron deficiency</b>		
<p>Intravenous FCM should be considered in symptomatic patients with HFrEF and iron deficiency (serum ferritin &lt;100 µg/L, or ferritin between 100–299 µg/L and transferrin saturation &lt;20%) in order to alleviate HF symptoms, and improve exercise capacity and quality of life.</p>	<b>IIa</b>	<b>A</b>

# Amélioration des symptômes, et classe NYHA avec Fer IV



Anker SD, N Engl J Med 2009;361:2436-48.

# Réduction des hospitalisations avec Fer IV



© Tous droits réservés

Journée Scientifique de Broca Pratiques en Gériatrie : 6ème édition PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

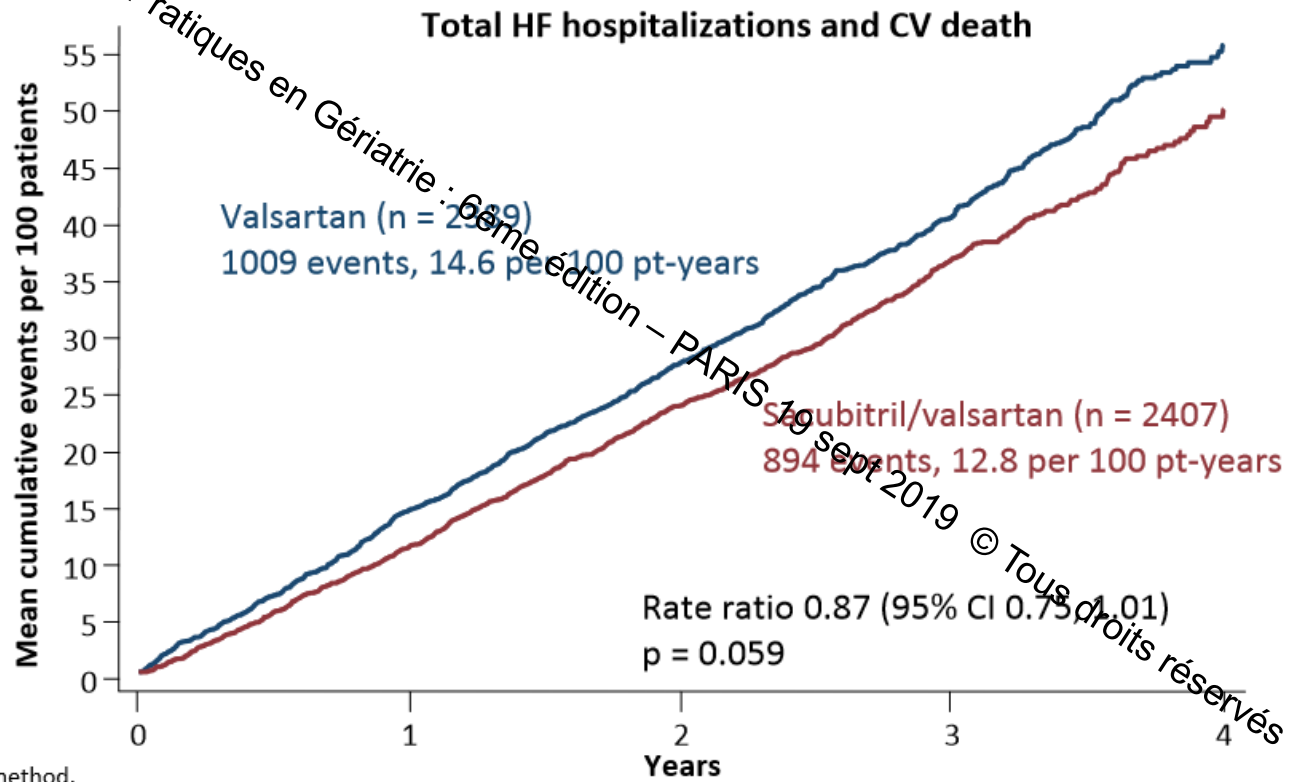
# FE préservée ?

# Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction

N=4796, mean age = 72,8 years

## PARAGON-HF primary results

Recurrent event analysis of total HF hospitalizations and CV death\*



# Conclusions

In patients with HFpEF, when comparing sacubitril/valsartan to valsartan, we observed a modest non-significant **~13% reduction in the primary outcome overall** which was driven mainly by a reduction in first and recurrent HF hospitalizations

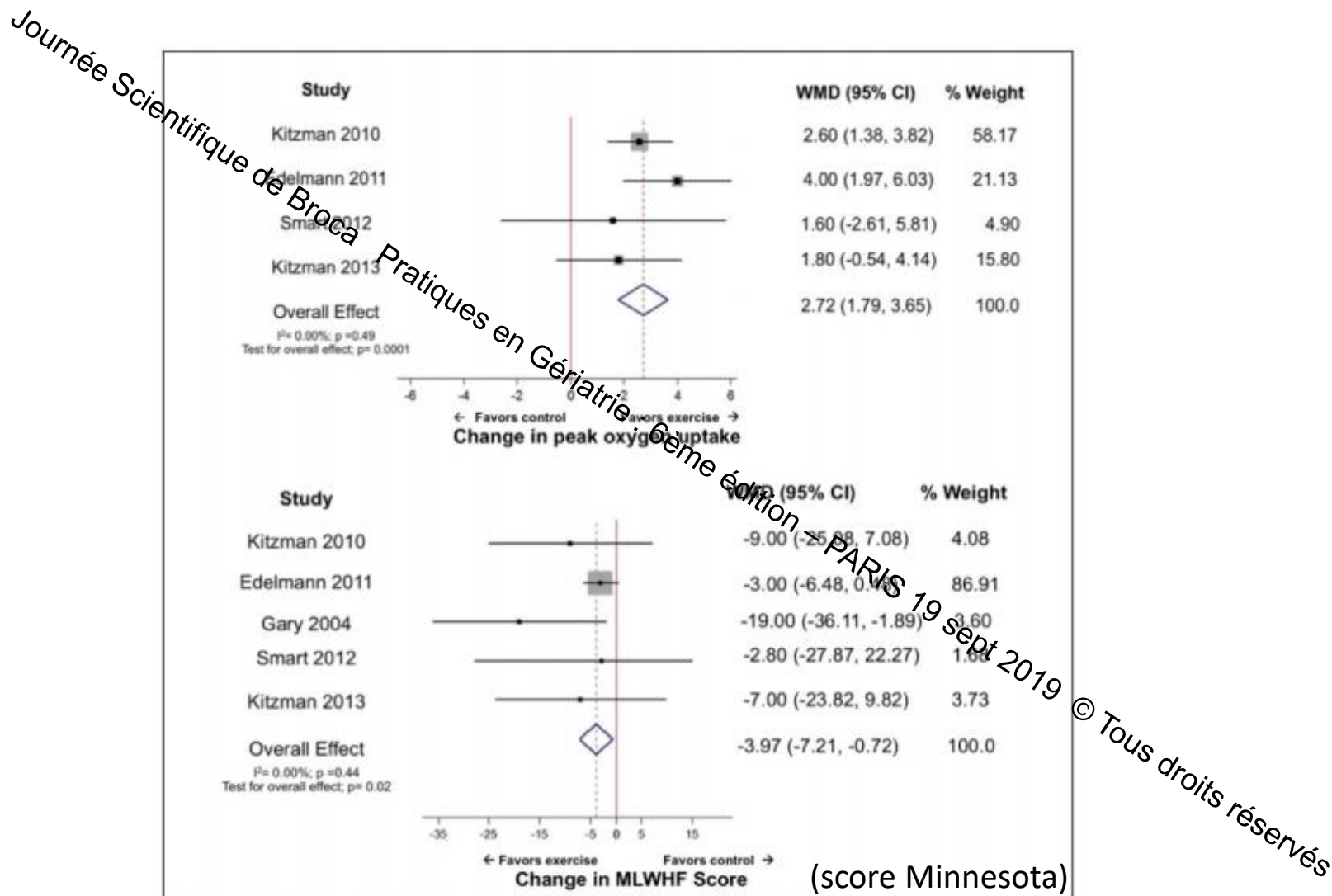
Several sensitivity analyses and secondary analyses, including improvement in various measures of **symptoms, quality of life,** and renal function, suggested benefits with sacubitril/valsartan compared with valsartan

**The use of an angiotensin receptor blocker as an active comparator,** which we felt necessary not because this is standard of care in this population, but because of the large number of patients with HFpEF already on RAS inhibitors, may have attenuated our overall treatment effect

Our data suggest heterogeneity in the treatment response, with suggestion of greater benefit in **women and in individuals with lower LVEF**



# Exercise Training in Patients with Heart Failure and Preserved Ejection Fraction: A Meta-analysis of Randomized Control Trials



Traitement de l'insuffisance cardiaque stable et suivi

Professionnels

Médecin généraliste

- Tous les patients :
- Traitement et suivi
  - Coordination de l'ensemble des prises en charge du patient
  - Surveillance de la tolérance et de l'efficacité de la prise en charge
  - Évaluation de l'adhésion et de l'état nutritionnel

Cardiologue

- Tous les patients :
- Proposition de traitement et suivi, en appui au médecin traitant
  - Prescription de l'éducation thérapeutique (ETP) et de réadaptation cardiaque
  - Prescription initiale de  $\beta$ -bloquant
  - Avis pour l'augmentation des posologies d'inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) et  $\beta$ -bloquant
  - Ajout si nécessaire de diurétiques de l'anse ou thiazidiques, d'antagonistes des récepteurs de l'aldostérone (voire ARA II) si traitement standard insuffisant
  - Traitement des troubles du rythme ventriculaire ou d'une fibrillation atriale mal tolérée
  - Avis lors du premier épisode de décompensation
  - Indication de stimulation biventriculaire, de cardiologie interventionnelle ou de chirurgie

Recours selon besoin

Infirmière

- Soins prescrits
- Surveillance clinique hebdomadaire si justifiée
- Accompagnement et ETP
  - si formée, seule ou dans le cadre d'une structure

Médecin de réadaptation cardiaque

- Reconditionnement à l'effort pour préserver l'autonomie, activité professionnelle ou sociale
- Préparation à la transplantation

Gériatre

- Personne âgée polypathologique ou syndrome gériatrique (chutes, troubles cognitifs, dénutrition...)

**Table 14.3** Specific recommendations regarding monitoring and follow-up of the older adult with heart failure

Monitor frailty and seek and address reversible causes (cardiovascular and non-cardiovascular) of deterioration in frailty score.

Medication review: optimize doses of heart failure medication slowly and with frequent monitoring of clinical status. Reduce polypharmacy number, doses and complexity of regime. Consider stopping medication without an immediate effect on symptom relief or quality of life (such as statin). Review the timing and dose of diuretic therapy to reduce risk of incontinence.

Consider need to refer to specialist care of the elderly team and to general practitioner and social worker, etc. for follow-up and support for the patient and his/her family.

# HDJ cardio-gériatrie IC - hôpital Broca

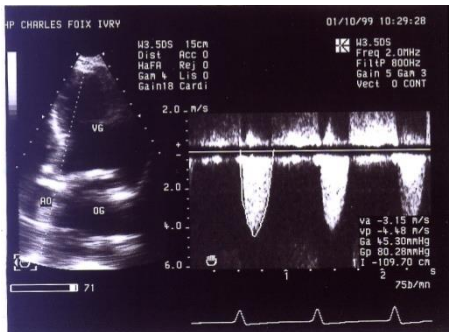


- Evaluation cardiologique
- Evaluation gériatrique
  - Troubles cognitifs
  - Chutes, dénutrition, dépression



- ECG
- Echocardiographie
- Aides à domicile
- Diététicienne
- Optimisation thérapeutique

- Titration
- Sacubitril/Valsartan
- Perfusion fer
- Vaccins



01 44 08 36 36

PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

# 1<sup>ère</sup> plateforme d'information innovante et interactive **pour les gériatres**



## Des émissions en direct

avec la possibilité de  
les revoir en différé

et/ou en vidéos de synthèse  
de 1 ou 5 minutes



## De l'interactivité

avec la possibilité de poser vos questions aux Experts en  
amont de chaque émission



## De nombreuses ressources en lignes

(vidéos thématiques, interviews d'experts, infographies...)

[www.cardio-clic.fr](http://www.cardio-clic.fr)

6<sup>ème</sup> édition - PARIS 19 sept 2019 © Tous droits réservés

Journée Scientifique de Broca

- ▶ Des émissions en direct sur des thématiques incontournables



Diagnostic de l'Insuffisance Cardiaque



Prise en charge thérapeutique



Surveillance de l'Insuffisance Cardiaque et prise en charge des comorbidités



Parcours de soins

# Conclusions

- **La fragilité est fréquente chez l'IC cardiaque âgé**
- **Il faut optimiser**
  - les traitements de l'insuffisance cardiaque
    - **IEC /BB / SACUBITRIL/VALSARTAN/ FER**
  - La prise en charge de la sarcopénie
    - **APA / nutrition**

**=> Pour améliorer la QUALITE DE VIE**

**=> Pour améliorer la QUANTITE DE VIE**
- **Améliorer le parcours de soins**
  - **HDJ cardio-gériatrique**