Optimisation du traitement dans l'insuffisance cardiaque en 2018 ?

Richard Isnard Hôpital Pitié-Salpêtrière Sorbonne-Université Paris





Déclaration de Relations Professionnelles Disclosure Statement of Financial Interest

J'ai actuellement, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou je reçois une rémunération ou des redevances ou des octrois de recherche d'une société commerciale :

I currently have, or have had over the last two years, an affiliation or financial interests or interests of any order with a company or I receive compensation or fees or research grants with a commercial company :

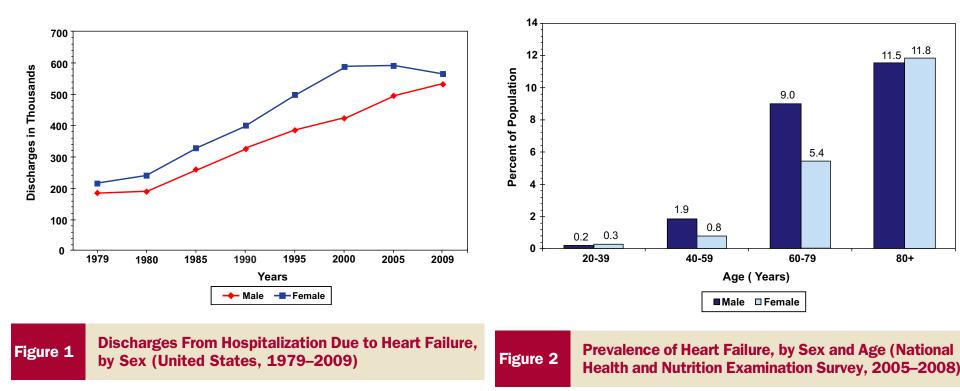
Affiliation/Financial Relationship

- Grant/Research Support
- Consulting Fees/Honoraria

Company

- Servier
- Novartis
- Vifor
- Resmed
- Pfizer
- Boehringer
- Bayer
- Thoratec
- Menarini

Heart failure: an « epidemy » of the 21rd century

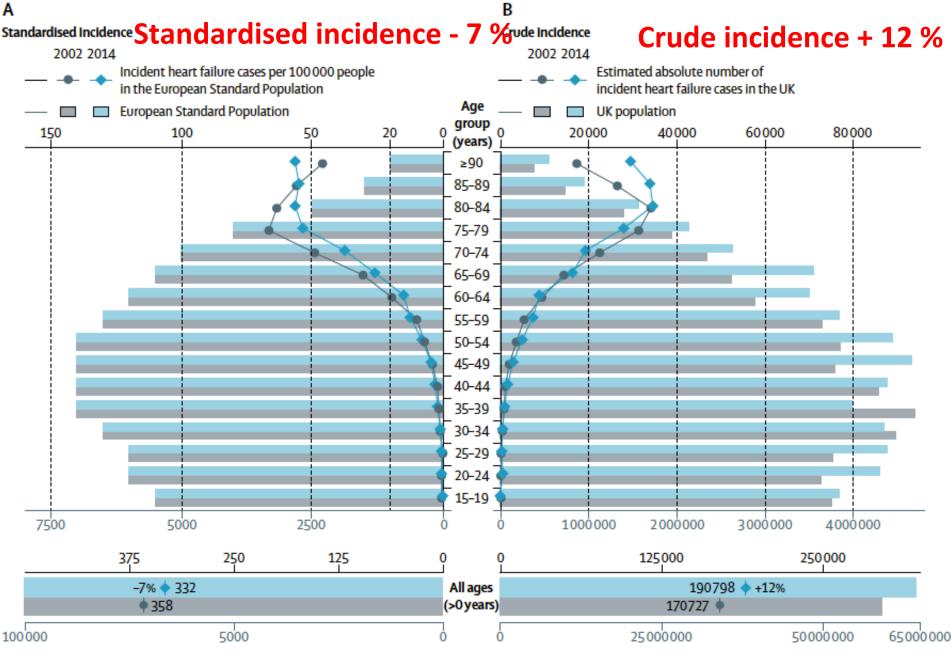


Lifetime risk of developing heart failure ≅ 20 % (Framingham)

NUMBER OF CARDINAL PROPERTY OF

Braunwald, JACC Heart Failure 2013 Llyod-Jones, Circulation 2003

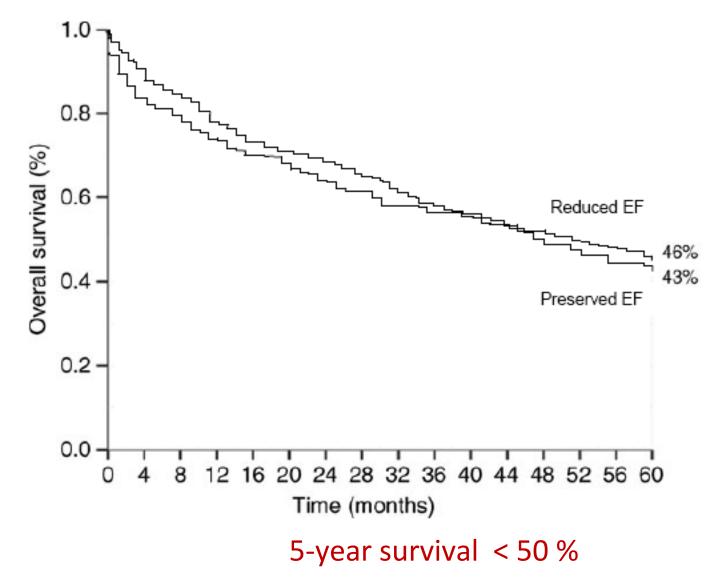




ESTIMATED PREVALENCE INCREASED BY 23 % from 2002 to 2014 Conrad

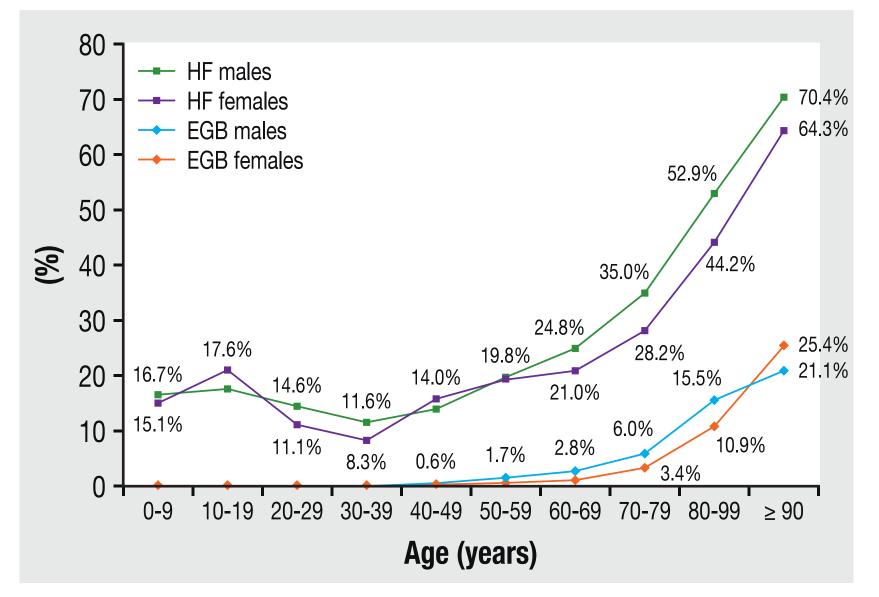
Conrad, Lancet 2018

Prognosis of Heart Failure in France



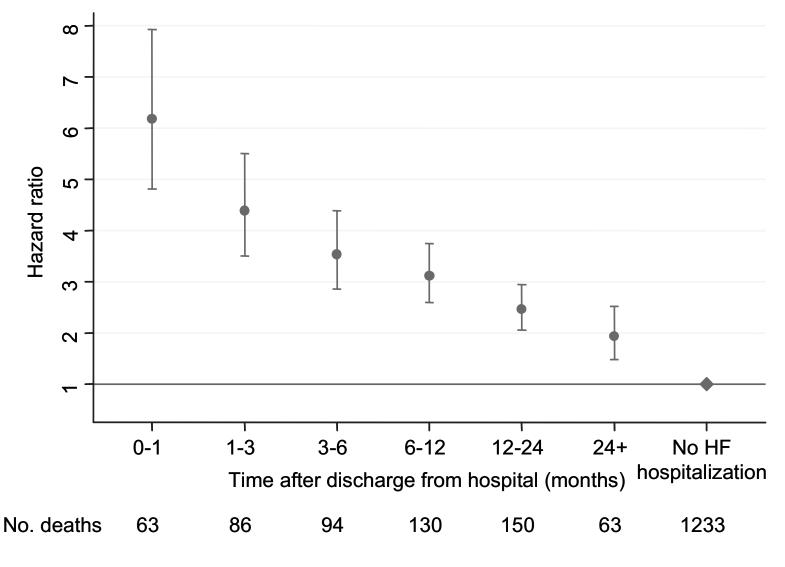
Tribouilloy C et al. Eur Heart J 2008;29:339–47.

2 y-mortality after a first hospitalization for HF



Tuppin, Arch Cardiovasc Dis 2014

Mortality after discharge from HF hospitalization



Solomon, Circulation 2007

2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction

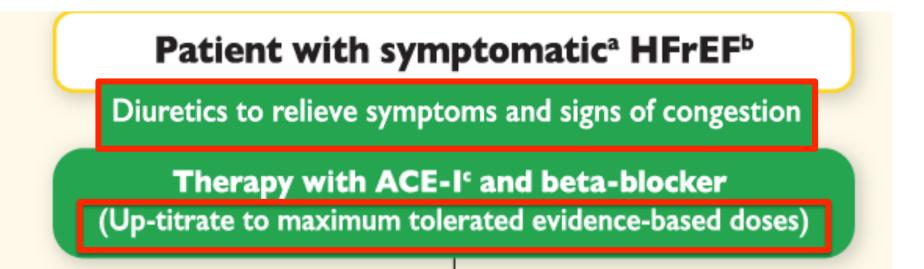
J Am Coll Cardiol 2018

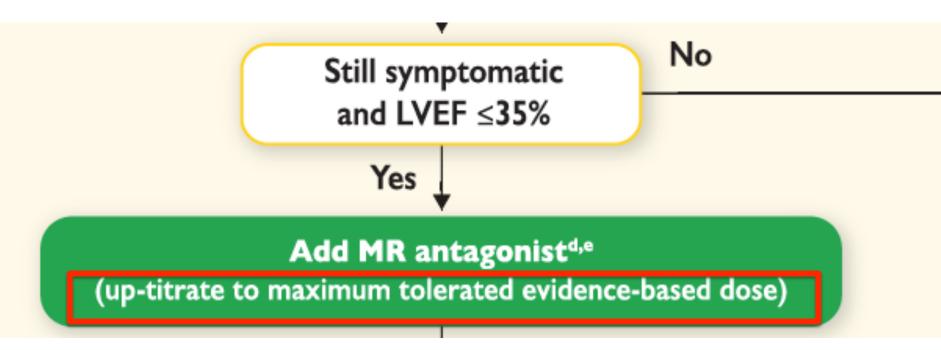
Les 10 questions-clés

- 1. Comment initier, ajouter, remplacer, titrer les médicaments recommandés ?
- 2. Quels outils pour aider à optimiser ?
- 3. Quand adresser à un spécialiste de l'IC ?
- 4. Comment améliorer la coordination des soins ?
- 5. Comment améliorer l'observance ?
- 6. Quid de certains patients (sujets âgés, fragiles ...)
- 7. Comment prendre en compte le coût du TTT
- 8. Comment prendre en charge la complexité croissante de l'IC
- 9. Comment prendre en charge les comorbidités ?10. Comment intégrer les soins palliatifs ?

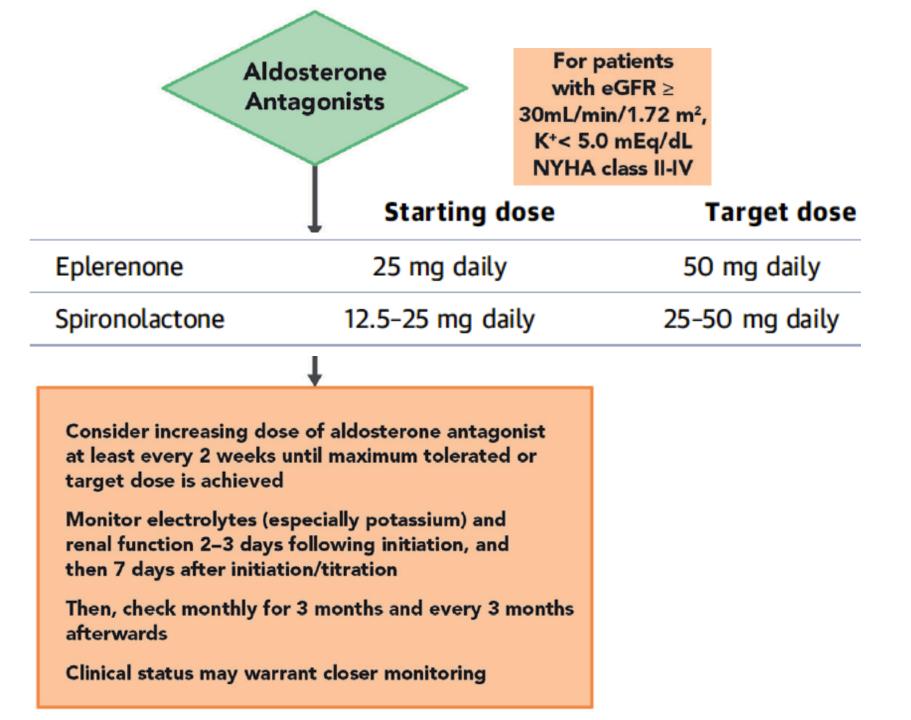
Question 1 Comment initier, ajouter ou remplacer, titrer les traitements recommandés ?

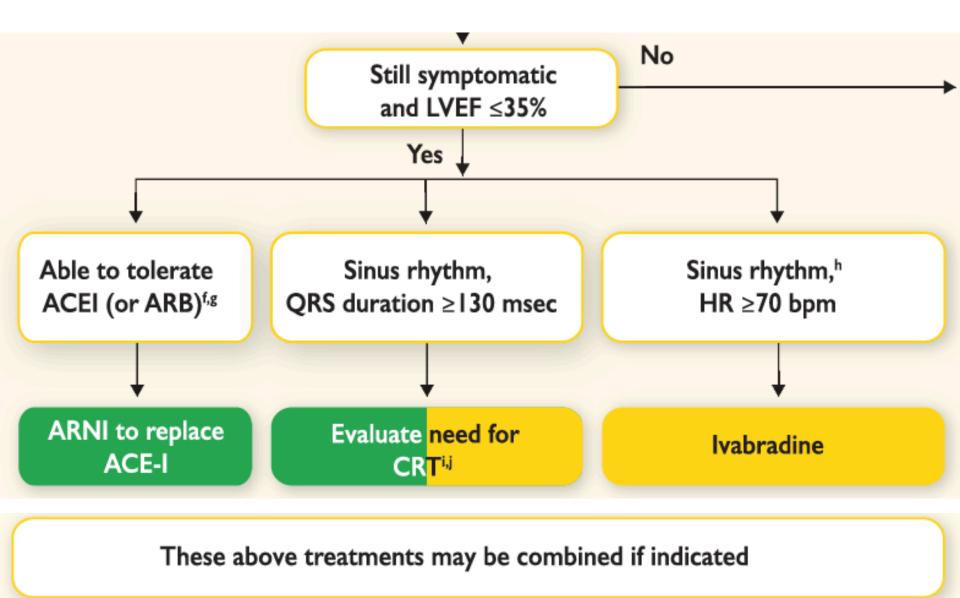
European Guidelines 2016

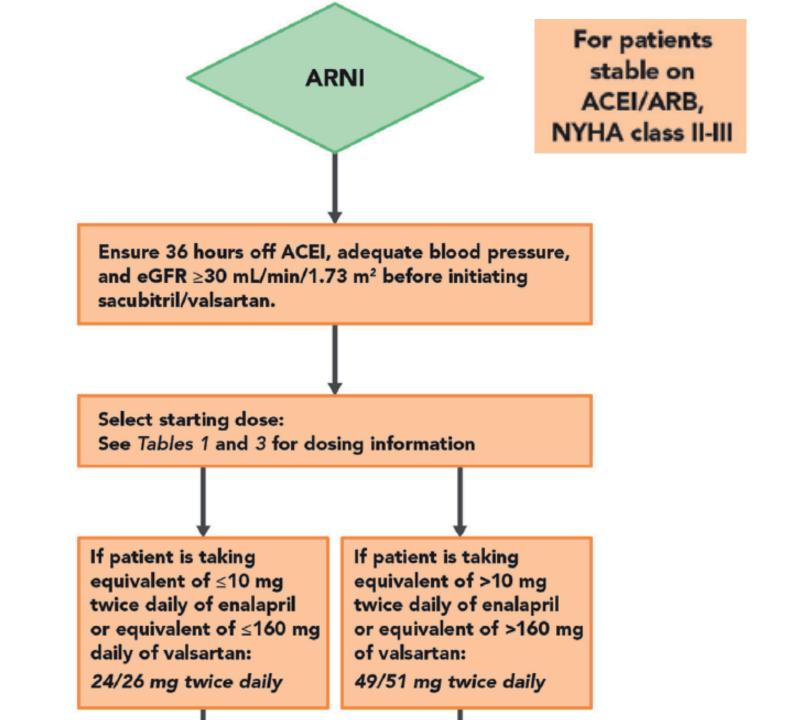




AC	EI/ARB	Beta	blockers
	Starting	dose	Target dose
ACEI			
Captopril	6.25 mg 3	× daily 5	0 mg 3x daily
Enalapril	2.5 mg twi	e daily 10-2	0 mg twice daily
Lisinopril	2.5-5 mg	daily 20	0-40 mg daily
Ramipril	1.25 mg	daily	10 mg daily
ARB			
Candesartan	4-8 mg	daily	32 mg daily
Losartan	25-50 mg	daily	150 mg daily
Valsartan	40 mg twic	e daily 160) mg twice daily

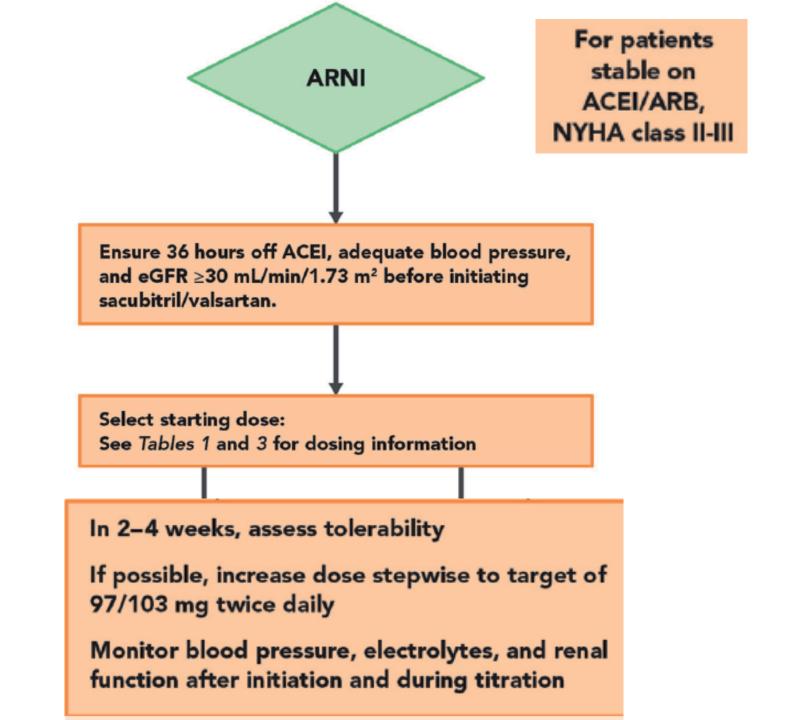






PARADIGM-HF

- age ≥18 years
- NYHA class II, III ou IV
- LV EF ≤40% (amendtement modified value " ≤35% »)
 - BNP ≥150pg/ml ou NT-proBNP ≥600pg/ml
 - BNP ≥100pg/ml (ou NT-proBNP ≥400pg/ml), if previous hospitalisation for heart failure in the last 12 months
- patients already treated by ACE-i ou ARB whatever the dose but patient should receive a stable dose of beta-blockers and a dose of ACE-I or ARB at least equivalent to 10 mg enalapril / day during the 4 last weeks preceding the randomization.

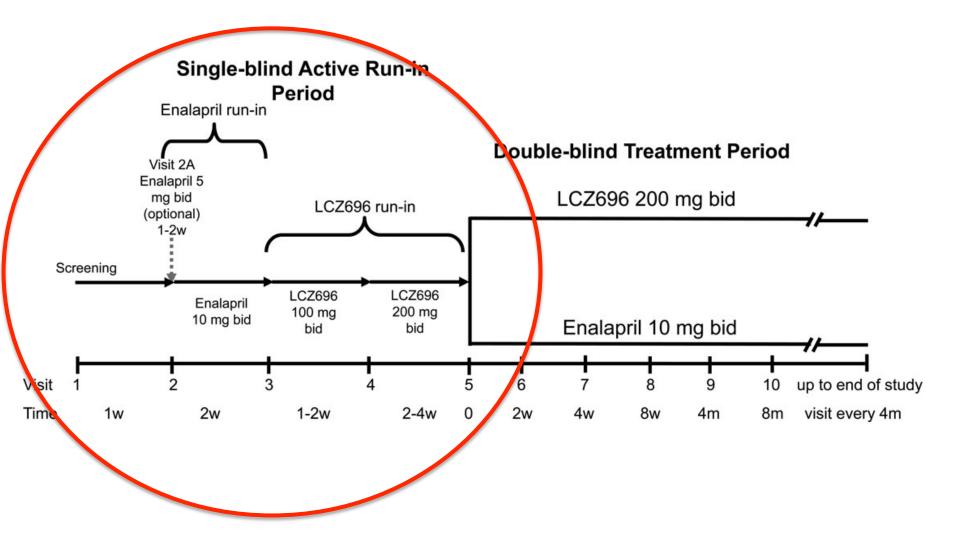


A) Sacubitril/Valsartan

Contraindications

- Within 36 hours of ACEI use
- Angioedema with an ACEI or ARB previously
- Pregnancy
- Lactation (not recommended)
- Severe hepatic impairment (Child-Pugh C)
- Concomitant aliskiren use in patients with diabetes
- Known hypersensitivity to either ARB or ARNI

Design de Paradigm



Factors Associated With Noncompletion During the Run-In Period Before Randomization and Influence on the Estimated Benefit of LCZ696 in the PARADIGM-HF Trial

Akshay S. Desai, MD; Scott Solomon, MD; Brian Claggett, PhD; John J.V. McMurray, MD; Jean Rouleau, MD; Karl Swedberg, MD; Michael Zile, MD; Martin Lefkowitz, MD; Victor Shi, MD; Milton Packer, MD

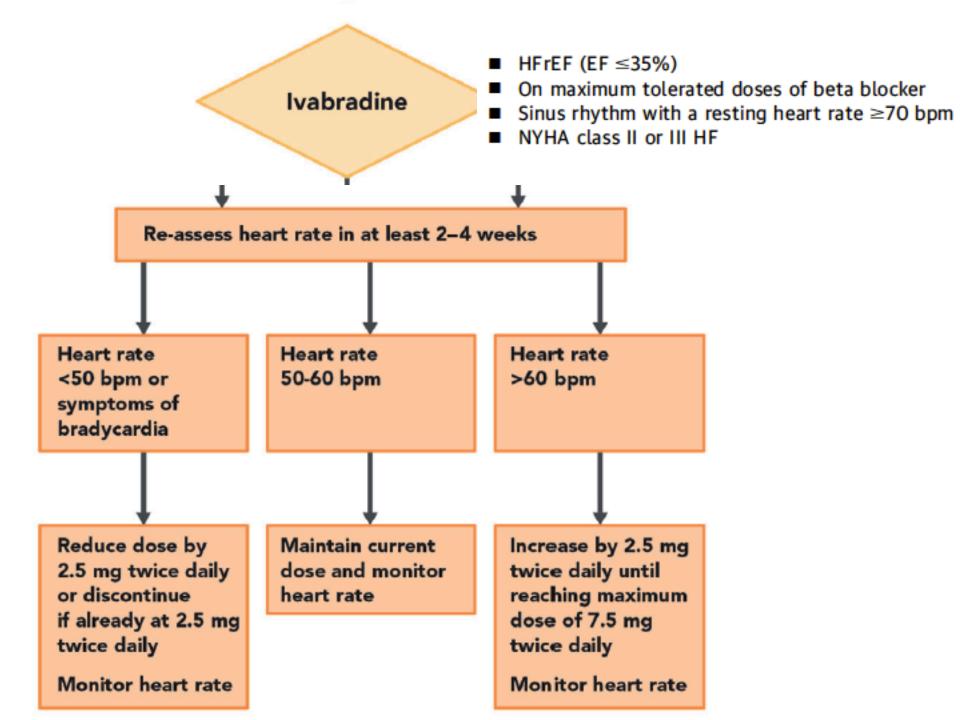
- Run-in: 2079 (19.8 %) discontinued
 - 1102 (10.5 %) enalapril
 - 977 (9.3 %) LCZ696
- $\approx 2/3$ for adverse events
 - Hypotension
 - Hyperkaliemia
 - Worsening renal function
- Angioedema (0.2 %) = 25 patients

Desai, Circ Heart Fail 2016

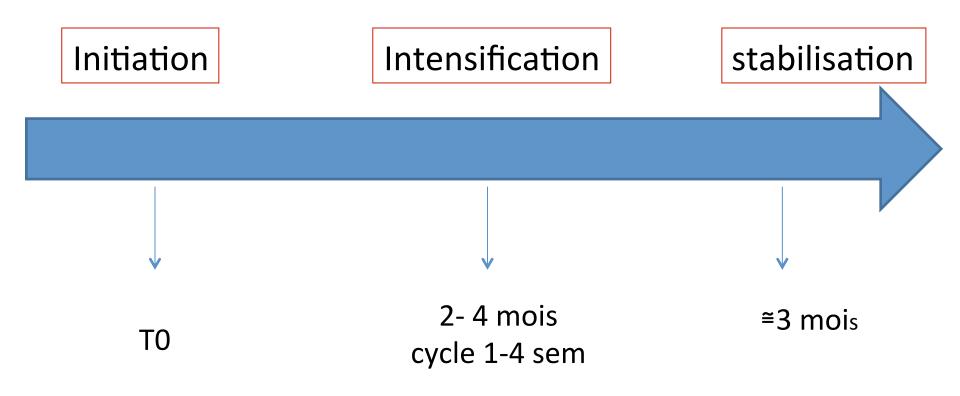
Multivariate predictors of dropout before randomisation

Parameter	OR for Dropout (95% Cl)	Z Value
eGFR<60	1.49 (1.35–1.65)	7.72
NT-ProBNP (per log increment)	1.20 (1.14–1.26)	7.18
Randomization in Region 4 (Central/ Eastern Europe) vs. Elsewhere	0.68 (0.60–0.76)	-6.64
Systolic BP (per 10 mm Hg decrease)	1.11 (1.07–1.14)	6.56
Ischemic cause of heart failure	1.25 (1.13–1.39)	4.20

Desai, Circ Heart Fail 2016

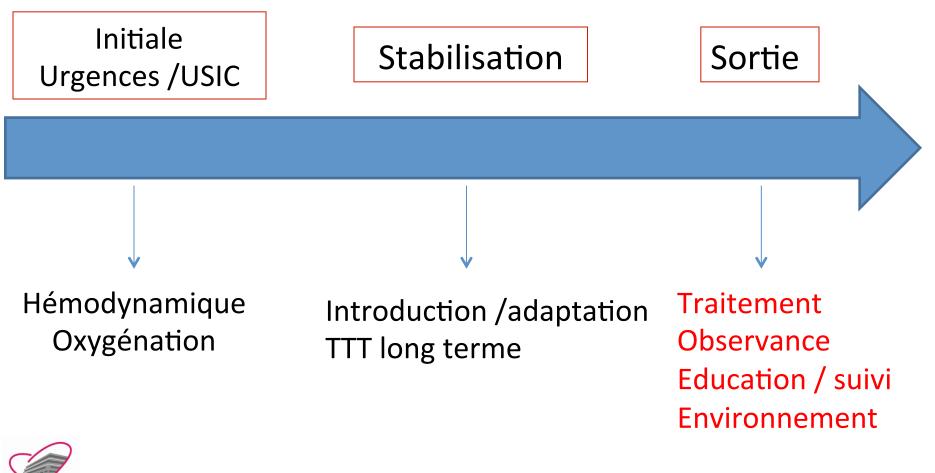


Optimisation du traitement





Phases du traitement de l'ICA





Comment expliquer l'inertie thérapeutique ?

- Visites non planifiées après la sortie d'hôpital.
 - le MG n'est pas à l'aise avec les médicaments de l'IC
 - la disponibilité du cardiologue est limitée
- Perception de la part du médecin
 - d'une « stabilité clinique »
 - crainte de donner des effets indésirables
- Réticence des patients
 - à prendre les médicaments (notamment les nouveaux)
 - à augmenter les doses
- <u>Obstacles réels</u>: hypotension, dysfonction rénale, hyperkaliémie

Question # 2 Quels outils pour aider à optimiser ?

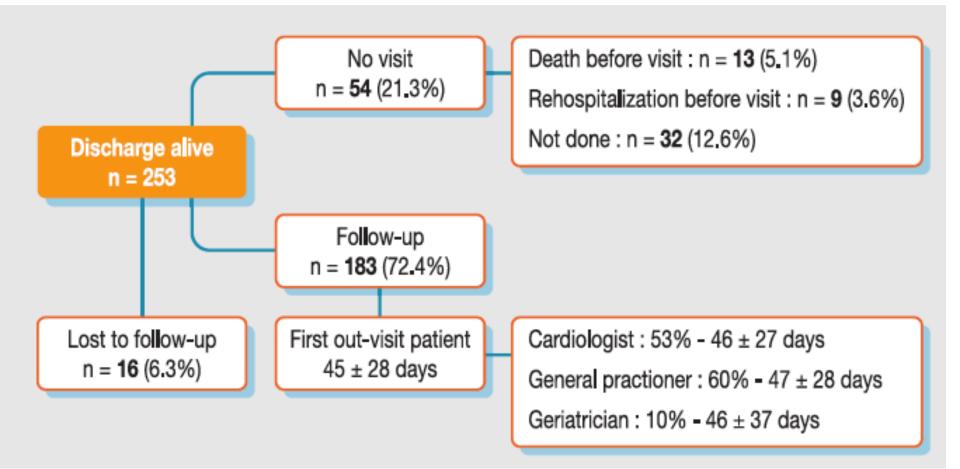
- Suivi clinique / 3-6 mois, <u>plus souvent</u> initialement
- Bio: créatinine, kaliémie
- Echocardiographie
 - Initiale
 - 3-6 mois après optimisation => CRT ou DAI
- BNP / NTproBNP
 - diagnostic / pronostic
 - réponse au traitement
 - mesures répétées pour intensifier le TTT = NON
 - Attention si sacubitril /valsartan préférer le NT-proBNP

Question # 3 Quand référer au spécialiste IC ?

I-NEED-HELP (also see Table 6)

- I: IV inotropes
- N: NYHA IIIB/IV or persistently elevated natriuretic peptides
- E: End-organ dysfunction
- E: Ejection fraction ≤35%
- **D:** Defibrillator shocks
- H: Hospitalizations >1
- E: Edema despite escalating diuretics
- L: Low blood pressure, high heart rate
- P: Prognostic medication progressive intolerance or down-titration of GDMT

Question # 4 Comment améliorer la coordination des soins ?



Laveau, Arch Cardiovasc Dis 2017

préparer / anticiper la sortie

- Le patient est-il suffisamment amélioré?
 - poids / dyspnée / oedèmes
 - natrémie / créatinine / NT proBNP / bilan hépatique
- Quid des traitements médicamenteux ?
 - Les bonnes classes médicamenteuses
 - Doses de furosémide ?
- Quid de l'information ? Education ?
- Le parcours ultérieur est-il balisé ?
 - qui va le revoir ?
 - qui va titrer les médicaments ?
 - Projet de réadaptation ? d'éducation ?

Check-list de SORTIE d'HOSPITALISATION pour Insuffisance Cardiaque Décompensée

28	FEVG :		\sqcup_{-}		%	
CLIN	IIQUE					
8	Eupnée de repos		0 0	ui	0 Non	
8	OMI disparus		0 D	ui	0 Non	
8	Fréquence Cardiaque :	50 < FC < 80 min- ¹ (90 si FA)	0 0	ui	0 Non	
8	Pression Artérielle Systoliqu	ue: 80 < PAS < 150 mm Hg	00	ui	0 Non	

BIOL	OGIE			
28.	CREATININEMIE			
C3 .	en baisse, stable ou n'a pas augmenté de plus de 30%	🛛 Oui	I Non	
28.	PEPTIDES NATRIURETIQUES			
C.S.	en baisse ou < 800 pg/ml (BNP) ou < 3 200 (NT proBNP)	🛛 Oui	0 Non	

FACTEURS DECLENCHANTS

FI

Identifié(s) et corrigé(s)

Oui Non

ORDONNANCE DE SORTIE					
Classes Classes thérapeutiques	IEC/ARA2	Bêtabloquants	ARM	lvabradine	Diurétiques
	0ui Non	0ui Non	0ui Non	0ui Non	0ui Non
Si NON prescrites, motif :	Contre-indication Non indication Intolérance				

CON	CONSULTATIONS DE SUIVI				
23.	Médecin Généraliste dans les 8 jours	Oui 🛛 N	ion []		
23.	Cardiologue dans les 30 jours	Oui 🛛 N	Ion []		
23.	Suites de Soins Réadaptation	Oui 🛛 N	Ion []		
20	Autres	Oui 🛛 N	Ion 🛛		

SUIVI BIOLOGIQUE PRESCRIT		
8	Oui 🛛	Non 🛛

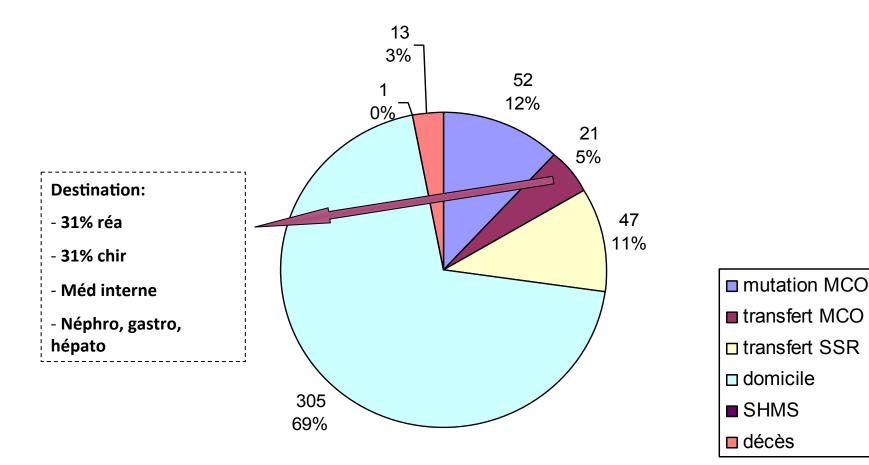
INFORMATIONS DONNEES (maladie, régime, hygiène de vie)			
2	Oui 🛛	Non 🛛	

ICHE DE LIAISON ou CR DE SORTIE REMIS		
	Oui 🛛	Non 🛛



Où partent les patients ?

Unité de cardiologie, IC comme diagnostic principal



passage de relais/ transition

- SSR / Réadaptation cardiaque
 - Titration
 - Exercice physique / éducation



- Consultation précoce médecin généraliste (8 j) / cardiologue (30 j)
- consultation hospitalière précoce / « HF team » ETP
- « Réseaux de soins »
- PRADO
- Télémédecine / télésurveillance

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014



DES EXPERIMENTATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE PAR TELESURVEILLANCE DES **PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES CHRONIQUES** MISES EN ŒUVRE SUR LE FONDEMENT DE L'ARTICLE 36 DE LA LOI N° 2013-1203 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2014

Objectifs

- Fixer des tarifs préfigurateurs
- Cibler des patients à haut risque d'hospitalisations
 - stabiliser la maladie
 - améliorer la qualité et l'efficience des soins
 - améliorer la qualité de vie des patients

Quels patients ?

- Hospitalisations au cours des 30 derniers jours avec diagnostic principal sur le CRH ou codage CIM 10 (I500/501/502/509)
- Hospitalisation au cours des 12 derniers mois <u>et</u> stade NYHA <u>> 2 et</u> BNP > 100 pg/ml ou NT proBNP > 1000 pg/ml
- Patient à domicile ou dans une structure médicosociale

Patients non éligibles

- Impossibilité physique ou psychique d'ut selon le jugement du médecin désirant inc
- Dialyse chronique ;
- Insuffisance hépatique sévère ;
- Toute pathologie associée existante au jo patient une espérance de vie < 12 mois en
- Compliance habituelle faible estimée selor
- Refus du patient d'avoir un accompagnem
- Absence de lieu de séjour fixe.

Quelles sont les prestations ?

Télésurveillance médicale

• Prestation d'accompagnement thérapeutique

• Solution technique (plateforme)

Quels sont les acteurs ?

Mode d'exercice / Rôle	Médecin incluant	Médecin effectuant la télésurveillance
Médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou médecin généraliste disposant d'un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque	x	x
Médecin traitant n'étant pas dans le cas précédent	X	
Médecin spécialiste en médecine gériatrique	Х	

Accompagnement thérapeutique du patient et des ses proches

- Objectifs :
 - S'impliquer et être acteur dans son parcours de soins
 - Mieux connaître l'IC chronique
 - Avoir des réactions appropriées
- Forme présentielle ou à distance (tel ...)
- 3 séances dans les 6 mois
- Par qui
 - Professionnel de santé (titulaire d'un DU ETP)
 - Médecin avec formation de 40 H

Solution technique

• Mesure quotidienne du poids

• Questionnaire sur les symptômes

- Algorithme permettant de générer des alertes
 - soit totalement automatisé sans filtre
 - soit contrôlé par un IDE

Insuffisance Ca	Niveau de réduction des coûts	Onique Type de rémunération	Professionnel de santé effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
Quelle évolution des	1 ≤ 20% de réduction des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque par rapport à l'année N-1	Rémunération forfaitaire fixe : versée <u>Année N</u> par la CNAMTS	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
hospitalisations pour poussée d'IC hors télémédecine entre les Années N-1 et N 2	2 > 20% de	Rémunération forfaitaire fixe : versée en <u>Année N</u> par la CNAMTS	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
N-1 et N ?	réduction des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque par rapport à l'année N-1	Prime variable : versée en <u>Année</u> <u>N+1</u> par la CNAMTS	15% x (X – 20) x [(Coût total Année N-1) – (Coût total Année N)] Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés	5% x (x – 20) x [{Coût total Année N-1} – {Coût total Année N}] Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés	30% x (X = 20) x [[Coût total Année N-1) – (Coût total Année N]] Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur

Conclusion

- L'optimisation thérapeutique dans l'IC reste un vrai challenge.
 - La gestion des traitements médicamenteux est devenue complexe

 L'amélioration de la coordination des soins est le 2e challenge et passera sans doute par des