



Optimisation de la
Pharmacothérapie
de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Optimisation de la prise en
charge médicamenteuse de la
fibrillation atriale



Webinaire

Module X

Connectez vous dès maintenant !



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
WEBFA



Activer les réponses par SMS

Plan Webinaire

- 1 Contexte et définitions
- 2 Concept AF-CARE
- 3 Les anticoagulants
- 4 Doit-on anti coaguler les patients âgés avec syndromes gériatriques ?
- 5 Les anti-arythmiques
- 6 Messages clés à retenir



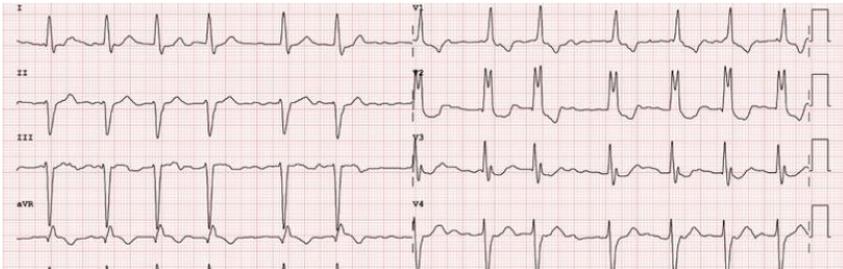
1

Contexte et définitions

Fibrillation Auriculaire (FA)

La fibrillation atriale (FA) = trouble du rythme cardiaque le plus fréquent

Diagnostic posé devant un ECG présentant une activation anarchique atriale sans onde P.



Souvent **asymptomatique** chez **sujet âgé** ➡ prise de pouls pour dépistage ++
➡ ECG pour diagnostic

Contexte épidémiologique

Son incidence augmente avec l'âge

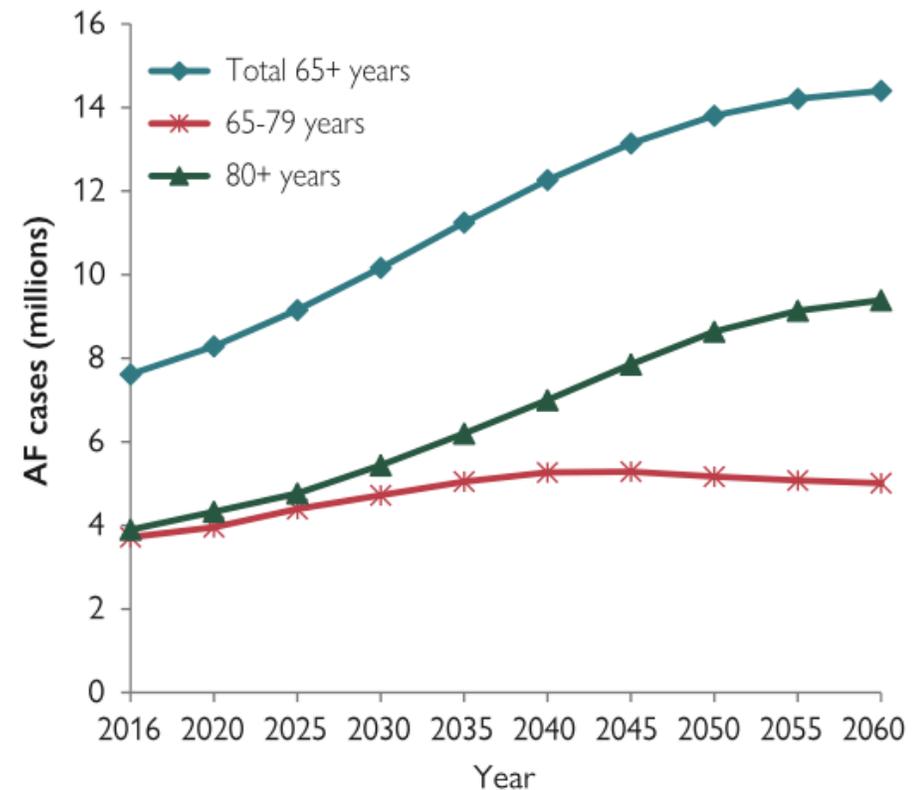
- ✓ 10 à 15% chez les plus de 80 ans

Augmentation de la morbi-mortalité

Augmentation de la mortalité de 1,5 à 3,5 fois

- ✓ 1/3 des patients feront de l'insuffisance cardiaque
- ✓ 1/3 des AVC ischémiques
- ✓ 10-40% hospitalisations par an

Projected increase in AF prevalence among elderly in EU 2016-2060



2

Concept AF-CARE : nouvelles recommandations



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) 45, 3314–3414
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC.
Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

Concept CARE

- **Comorbidités,**
- **Anticoagulation,**
- **Réduction des symptômes,**
- **Evaluation /réévaluation**



C = Gestion des facteurs de risque et comorbidités



DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES +++

Hypertension	Insuffisance cardiaque	Surpoids Obésité	Apnée du sommeil	Alcool
Traitements Anti-hypertenseurs (Classe I)	Diuretiques pour La congestion (Classe I)	Perte de poids Objectif 10% ^a (Classe I)	Gestion du SAS ^a (Classe IIb)	Reduire à ≤3 verres par semaines (Classe I)
Diabète Type 2	Medicaments adaptés pour l'IC à FEr (Classe I)	Chirurgie Bariatrique si controle du rythme ^a (Class IIb)	Capacité d'exercice	Autres facteurs de risque / comorbidités
Contrôle glycaemique efficace ^a (Classe I)	Inhibiteurs SGLT2 (Classe I)		Programme d'exercise sur mesure (Classe I)	Identifier et gérer aggressivement ^a (Classe I)

Focus congrès ESC 2024, CardioH oct 2024

Les comorbidités touchent ++ les sujets âgés

Webinaire **insuffisance cardiaque** chez le sujet âgé [ici](#)

Webinaire **antihypertenseurs** chez le sujet âgé [ici](#)

3

Anticoagulants

Anticoagulation et FA : une histoire de score ?

Composantes du CHA ₂ DS ₂ -VA		Points attribués
C	Insuffisance cardiaque chronique	1
H	Hypertension artérielle	1
A	Age ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1
S	Antécédents d'AVC, AIT, accident thromboembolique artériel	2
V	Maladie vasculaire	1
A	Age entre 65-74 ans	1

= Anticoagulation

Utiliser les scores validés localement ou CHA₂DS₂-VA

AOD si score CHA₂DS₂-VA ≥ 2

(Classe I)

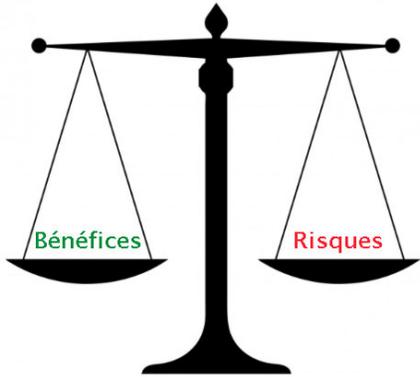
AOD si score CHA₂DS₂-VA = 1

(Classe IIa)

Anticoagulation si score ≥ 2 (recommandation classe I)

Anticoagulation si score = 1 (recommandation classe IIa)

Anticoagulation et FA : une histoire de score ?



Tenir compte du risque hémorragique ++ chez sujet âgé:

Évaluer le risque de saignement

Évaluer et gérer tous les FDR de saignement modifiables (Class I)

Ne pas utiliser les scores de risque pour contre-indiquer l'anticoagulation (Classe III)

HEMORRHAGES		Caractéristiques cliniques	
			Points
Maladies hépatiques ou rénales	1	HTA	1
Alcoolisme	1	Dysfonction rénale ou hépatique	1 pour chacun
Affections malignes	1	AVC	1
Age (> 75 ans)	1	Saignement	1
Thrombopénie	1	INR labile	1
Risque de transformation hémorragique	2	Age > à 65 ans	1
Hypertension non contrôlée	1	Alcool ou médicaments	1 ou 2
Anémie	1		Maximum 9 points
Facteur génétique (CYP 2C9)	1		
Excessive fall risk or neuro-psychiatric disease	1		
AVC	1		

Tableau IV : Score de risque hémorragique (Am Heart J, 2006; 151: 713-9).

Quels anticoagulants choisir ?

► Choix de l'anticoagulant

AOD, sauf
valve mécanique ou
sténose mitrale
(Classe I)

Si AVK:
INR cible 2.0–3.0;
(Classe I)
>70% intervalle
INR ;(Classe IIa)
ou switch sur AOD
(Classe I)

Les AOD = Anticoagulants Oraux Directs

(sauf si valve mécanique ou sténose mitrale ou insuffisance rénale stade V)

- **Moins de risque de saignements intracrâniens qu'avec les AVK**
- **Prévention du risque d'AVC**

Quelles doses d'AOD dans la FA ?

	Apixaban (ELIQUIS)	Rivaroxaban (XARELTO)	Dabigatran (PRADAXA)			
Posologie chez le patient normorénal	5mg 2/j	20mg 1/j	150mg 2/j			
Adaptation des posologies	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si au moins 2 critères : <ul style="list-style-type: none"> • Age > 80 ans • Poids < 60kg • Créatininémie > 133umol/l ou ✓ DFG entre 15 et 30ml/min 	2,5mg 2/j	Si DFG entre 15 et 49ml/min	15mg 1/j	Si : <ul style="list-style-type: none"> • Age > 80 ans ou • Ttt par Vérapamil concomitant ou • DFG < 50ml/min 	110mg 2/j

4

Peut-on anti coaguler les patients âgés avec des syndromes gériatriques ?

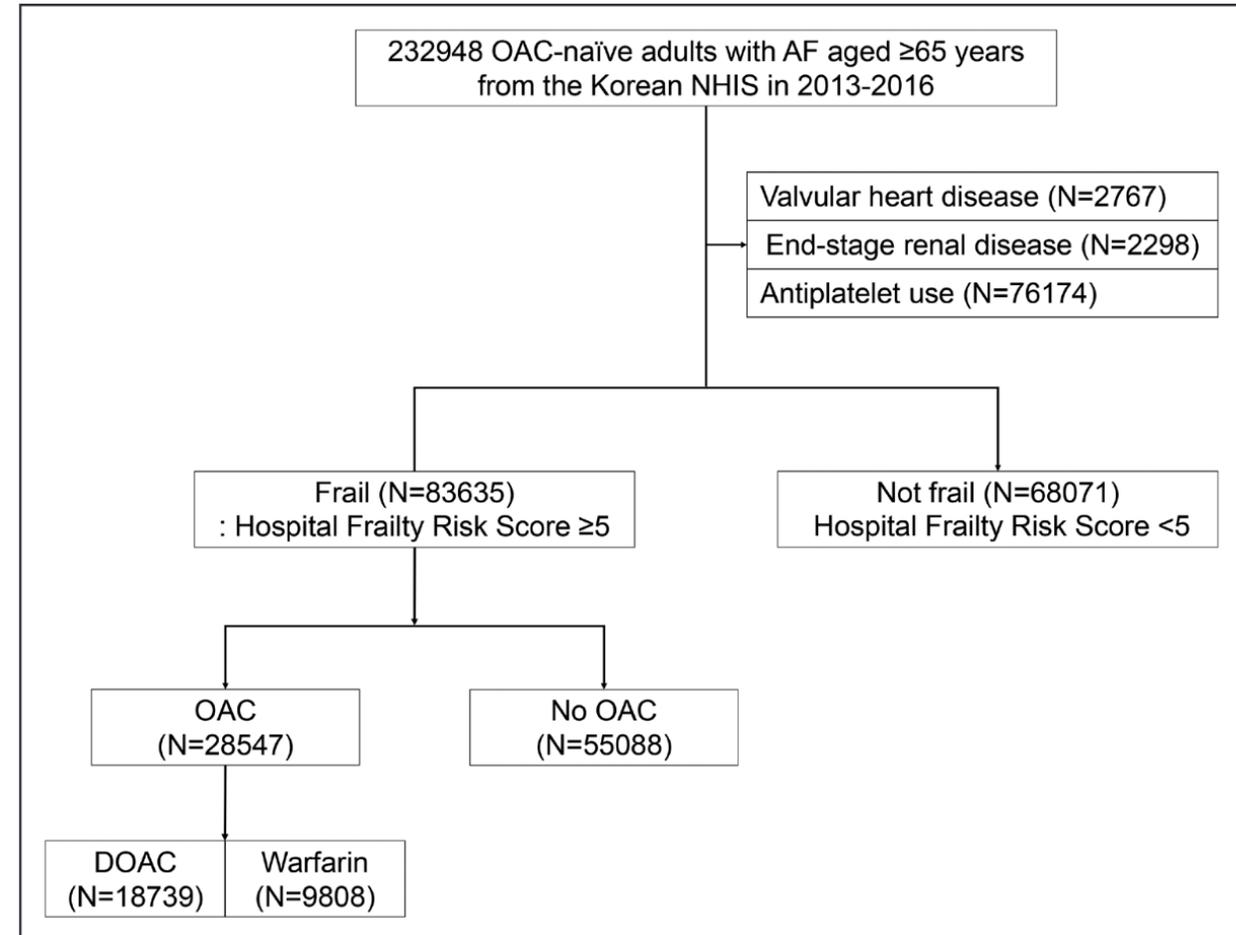
Fragilité et anticoagulation

CLINICAL AND POPULATION SCIENCES

Effectiveness and Safety of Anticoagulation Therapy in Frail Patients With Atrial Fibrillation

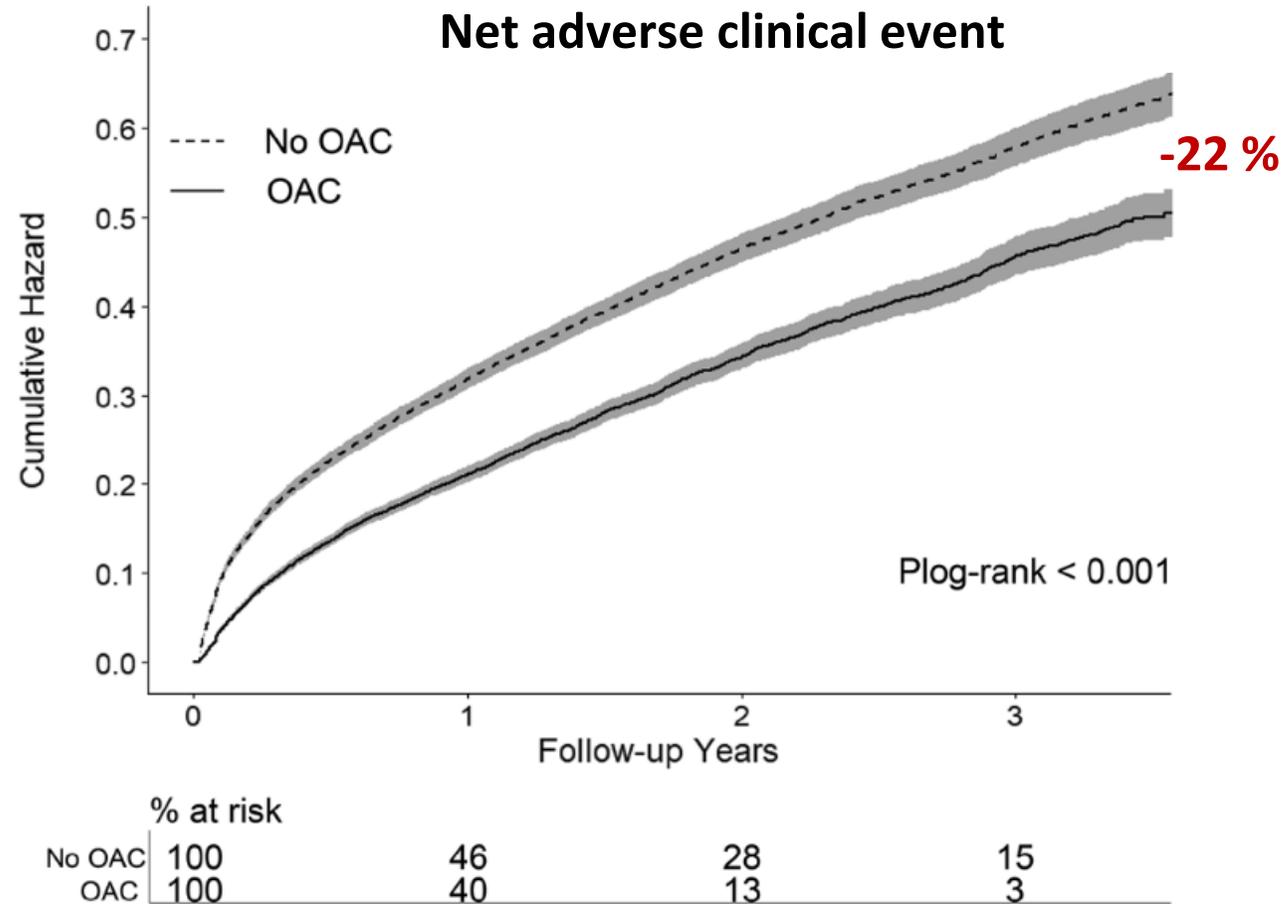
Daehoon Kim¹, MD*; Pil-Sung Yang², MD*; Jung-Hoon Sung, MD; Eunsun Jang³, MS; Hee Tae Yu⁴, MD; Tae-Hoon Kim⁵, MD; Jae-Sun Uhm⁶, MD; Jong-Youn Kim⁷, MD; Hui-Nam Pak⁸, MD; Moon-Hyoung Lee⁹, MD; Gregory Y.H. Lip¹⁰, MD†; Boyoung Joung¹¹, MD†

Cohorte rétrospective coréenne
Score de propension
Patients fragiles (score HFRS>5)
Age moyen 78 ans



Fragilité et anticoagulation

- ✓ Chez les patients fragiles, **bénéfice clinique positif** de l'utilisation des AOD :



Fragilité et anticoagulation

Original investigation | Cardiology

Outcomes and Safety of Very-Low-Dose Edoxaban in Frail Patients With Atrial Fibrillation in the ELDERCARE-AF Randomized Clinical Trial

Shintaro Akashi, MD, PhD; Mitsutoshi Oguri, MD, PhD; Eiichiro Ikeno, MD, PhD; Mamoru Manita, MD, PhD; Junki Taura, MS; Saori Watanabe, BS; Takuya Hayashi, MS; Masaharu Akao, MD, PhD; Ken Okumura, MD, PhD; Masahiro Akishita, MD, PhD; Takeshi Yamashita, MD, PhD

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Regardless of frailty status, among Japanese patients with AF aged 80 years or older who were ineligible for standard OACs, once-daily 15-mg edoxaban was associated with reduced incidence of stroke or systemic embolism and may be a suitable treatment option for these patients.

Dépister la fragilité...

PAS pour ne pas anticoaguler

Mais parce que c'est un syndrome réversible

Anticoagulation et patient chuteur.

Test Concordance de Script Wooclap

Mr X, 82 ans, 67 kg est hospitalisé pour palpitations.

Antécédents : Hypertension artérielle, dyslipidémie et syndrome dépressif.

Traitement habituel : Bisoprolol 1,25mg, Amlodipine 5mg, Mirtazapine 15mg, Pravastatine 10mg.

FC = 79bpm, TA = 156/80mmHg, DFG : 60ml/min

Durant l'hospitalisation vous découvrez une **FA**. Vous décidez de l'anticoaguler.



Si vous pensiez à	Et que vous trouvez...	Cette nouvelle information rend votre prescription				
		-2	-1	0	1	2
Prescrire Apixaban 5mg 2/j	Que le patient a chuté 2 fois dans l'année	-2	-1	0	1	2

-2 : absolument contre-indiquée ; -1 moins probable ; 0 n'a pas d'influence; 1 plus probable ; 2 indispensable

Chutes et anticoagulation

2021 European Heart Rhythm Association
Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K
Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with
Atrial Fibrillation

Peut-on anticoaguler les patients qui chutent ?

In summary, falling *per se* is not a contraindication to NOAC use (Table 14), but precautions should be taken and modifiable bleeding risk factors assessed (including, importantly, co-use of antiplatelet

S'interroger sur les motifs de chutes = **Repérer et limiter les facteurs de risques** de chutes :

- ✓ Hypotension orthostatique,
- ✓ Déshydration,
- ✓ Iatrogénie (psychotropes, antihypertenseurs, antidépresseurs, etc),
- ✓ Maladies neurologiques,
- ✓ Carence en vitamine D,
- ✓ Aménagement du domicile ...

Réévaluation du patient

Combien de chutes par an pour que le bénéfice des AOD disparaisse ?

- Basé sur des modèles de probabilité
- Pour les AVK : env 300 chutes / an

Man Son Hing, Arch Intern Med, 1999

- Pour les AOD :
 - Rivaroxaban : 45 chutes / an
 - Apixaban : 450 chutes / an

Wei, Drugs & Aging, 2021

Doit-on anticoaguler les patients qui ont des troubles cognitifs ?

- 25-30 % des > 80 ans... à des degrés divers (méconnus dans 50 % des cas)
- Importance de dépister les troubles cognitifs car prise en charge et conséquences
- Evaluation du risque hémorragique ++

- ✓ L'anticoagulation permet une **réduction de l'apparition des démences vasculaires** chez les sujets âgés atteints de FA

Oui mais **sécuriser** au maximum la prise en charge : délivrance IDE

Quand la démence évolue : réévaluer le rapport bénéfice-risque

TCS - Wooclap

Mr X, 82 ans, 67 kg est hospitalisé pour palpitations.

Antécédents : Hypertension artérielle, dyslipidémie et syndrome dépressif, cardiopathie ischémique.

Traitement habituel : Bisoprolol 1,25mg, Amlodipine 5mg, Mirtazapine, Pravastatine.

FC = 79bpm, TA = 156/80mmHg, DFG : 60ml/min

Durant l'hospitalisation vous découvrez une **FA**. Vous décidez de l'anticoaguler.



Si vous pensiez à	Et que vous trouvez...	Cette nouvelle information rend votre prescription				
		-2	-1	0	1	2
Prescrire Apixaban 5mg 2/j	Que le patient a un antiagrégant plaquettaire dans son traitement habituel					

-2 : absolument contre-indiquée ; -1 moins probable ; 0 n'a pas d'influence; 1 plus probable ; 2 indispensable

Attention aux interactions

Peut-on anticoaguler les patients déjà polymédiqués ? (> 5 médicaments)

Les AOD ont moins de risque hémorragique que les AVK chez les patients polymédiqués (1)



Interactions :

- ✓ **AINS (ibuprofène...)**
- ✓ **Antiagrégant plaquettaire**
- ✓ **Tramadol**
- ✓ **Diltiazem**
- ✓ **Vérapamil**
- ✓ kétoconazole, itraconazole, voriconazole et posaconazole, ritonavir, phénytoïne, carbamazépine, phénobarbital ou millepertuis

Attention = ISRS et saignements

Citalopram, Escitalopram, fluoxétine, paroxétine, Sertraline, Venlafaxine, duloxétine

Risque x 1,16 à 2,36

Clinical Management of Bleeding Risk With Antidepressants

Alexandra L. Bixby, PharmD¹, Amy VandenBerg, PharmD, BCPP¹ and Jolene R. Bostwick, PharmD, BCPS, BCPP²

(1) Jaspers Focks J, Brouwer MA, Wojdyla DM, Thomas L, Lopes RD, Washam JB, Lanas F, Xavier D, Husted S, Wallentin L, Alexander JH, Granger CB, Verheugt FW. Polypharmacy and effects of apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation: post hoc analysis of the ARISTOTLE trial. *BMJ*. 2016 Jun

Et pour les patients d'EHPAD ?

- n = 1085 patients avec une FA
- Age = 87 ans
- CHADS-VASC = 5,1
- 50,1 % non anti coagulés

Table 3. Factors Associated with Withholding Anticoagulation: Multivariate Analysis

Risk Factor	OR (95% Confidence Interval)	P
Age	1.1 (1.01–1.17)	.02
CHA2DS2-VASc	0.90 (0.72–1.12)	.36
Paroxysmal atrial fibrillation	3.5 (1.83–6.66)	<.001
Malnutrition	0.76 (0.42–1.37)	.36
Cognitive impairment	0.77 (0.43–1.39)	.40
Falls	4.9 (2.4–9.9)	<.001
History of bleeding	3.62 (1.54–8.51)	.003

Adjusted for age, CHA2DS2-VASc (as continuous variable). The odds ratio (OR) is per year for age and per point for CHA2DS2-VASc.

Table 4. Prescriber Criteria Associated with Withholding Anticoagulation

Criterion	%
Falls	47
Cognitive impairment	22.6
Advanced age	16.4
History of bleeding	10.9
Paroxysmal atrial fibrillation	7.6
Alternative treatment	6.9

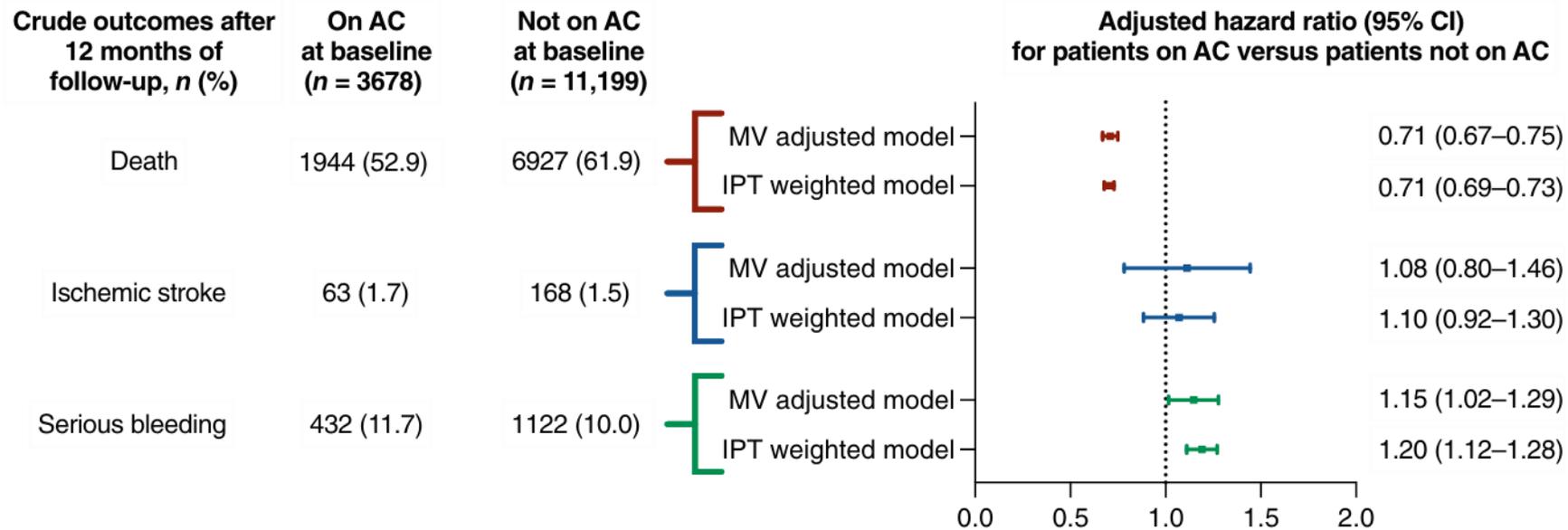
Et pour les patients d'EHPAD ?

Benefits and harms of oral anticoagulants for atrial fibrillation in nursing home residents with advanced dementia

Gregory M. Ouellet MD^{1,2}   | John R. O'Leary MA^{1,2} |
Christopher G. Leggett PhD³ | Jonathan Skinner PhD³ | Mary E. Tinetti MD¹ |
Andrew B. Cohen MD, DPhil^{1,2} 

- Cohorte rétrospective, n = 14877 résidents d'EHPAD
- Démence avancée = dépendance et atteinte cognitive sévère
- CHADSVASC moyen = 6,2+/-1,6
- 70 % ne sont pas anticoagulés
- 50% de décès dans l'année

Et pour les patients d'EHPAD ?



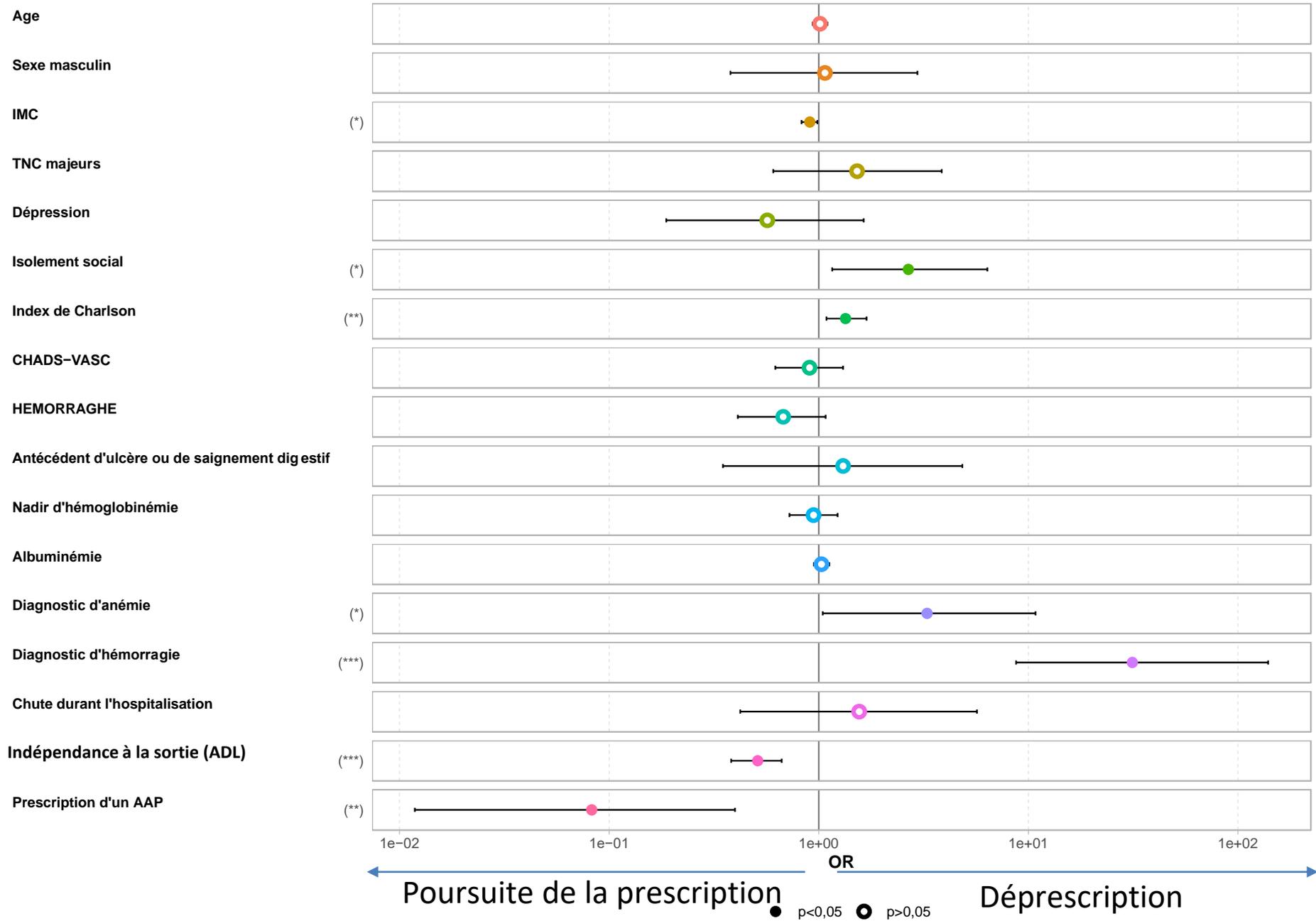
**Moins de décès, plus de saignements majeurs
Mais gain de survie = 76 jours...**

Ouellet, JAGS, 2022

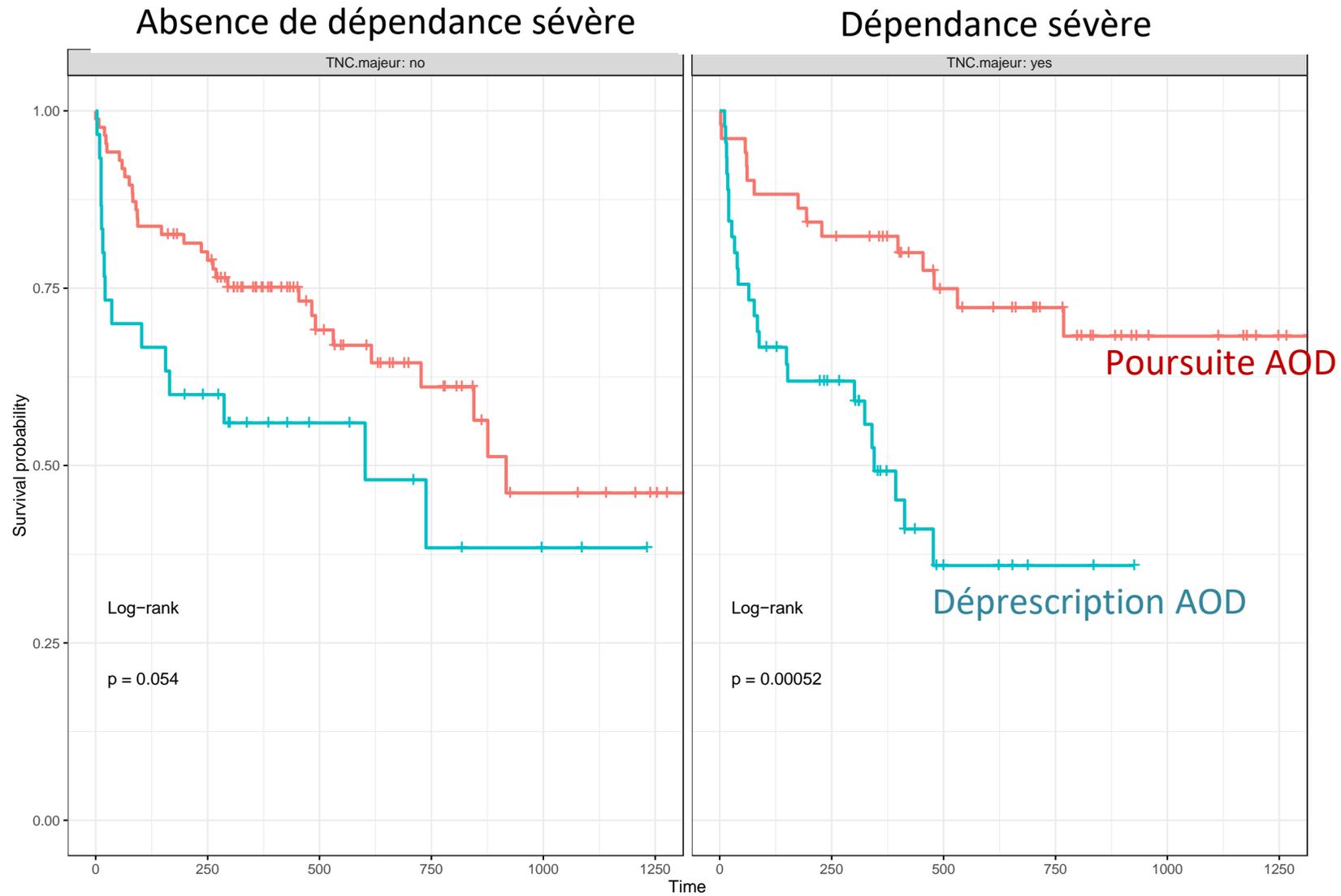
Déprescription des AOD ?

- Etude locale, rétrospective
- Arrêt VS poursuite des AOD après une hospitalisation aigue en gériatrie
- Que sont ils devenus ?

212 patients
88 [74 – 98] ans
Dénutris (78%),
Risque de chutes : 47%
Troubles cognitifs : 45%



Déprescription des AOD ?



Anticoagulants et troubles de déglutition

L'IDE d'un EHPAD de la région vous appelle car elle n'arrive pas à donner ses anticoagulants à un patient qui a des troubles de déglutition



Quels anticoagulants pouvez vous ouvrir/écraser pour ce patient ?

- A. Dabigatran
- B. Rivaroxaban
- C. Warfarine
- D. Apixaban
- E. Je ne sais pas mais je vais regarder sur le site de l'OMEDIT Normandie

Anticoagulants et troubles de la déglutition

Acenocoumarol (SINTROM)		A prendre à heure fixe, de préférence le soir.
Fluindione (PREVISCAN)		A prendre à heure fixe, de préférence le soir.
Warfarine (COUMADINE)		A prendre à heure fixe, de préférence le soir.
Dabigatran (PRADAXA)		Risque de surdosage et donc de saignements si ouverture de la gélule.
Rivaroxaban (XARELTO)		Peut être écrasé et mélangé à de l'eau ou de la compote de pomme. Administration immédiate.
Apixaban (ELIQUIS)		Les comprimés écrasés sont stables dans l'eau, le glucose à 5%, le jus ou la compote de pomme pendant au moins 4 heures. Eviter le jus de pamplemousse.

R – Réduction des symptômes en contrôlant la fréquence / rythme



Reduire les symptomes en controlant le rythme ou la fréquence

Voir la présentation initiale:

1er épisode de FA

FA Paroxystique

FA Persistante

FA Permanante

Considérer:

Trait. ralentisseur

Cardioversion

Antiarrhythmiques

Ablation

Ablation endoscopique/
hybride

Ablation chir.

Ablation + pace

✓ Selon la temporalité de la FA

Stratégie de contrôle **fréquence avec ou sans contrôle de rythme**

Qu'en est-il chez le sujet âgé ?

Contrôle de la fréquence

Pour tous les patients : **contrôle de la fréquence** (FA permanente/sujet âgé ++)

- ✓ **Stratégie à privilégier chez le sujet âgé**
- ✓ **Objectif FC < 110 bpm et < 80 bpm si IC, dysfonction VG ou symptômes**

Le choix du traitement pour réduire la fréquence cardiaque est guidé par la FEVG :

FEVG < 40 %	FEVG > 40 %
Bétabloquant Digoxine	Bétabloquant Inhibiteur calcique (diltiazem, vérapamil) Digoxine

Bétabloquants ++ chez sujets âgés

- ✓ **souvent indiqués dans d'autres pathologies (IC à FEVG altérée, HTA...)**

Digoxine et inhibiteurs calciques : précautions d'emploi chez sujet âgé



Bétabloquants sélectifs à privilégier

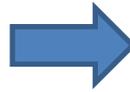
Mais attention **pas sans risque** donc surveillance ++ !



Hypotension orthostatique

Bradycardie

Risque d'hypoglycémie



Chutes



Surveillance :

- ✓ Rechercher l'HTO systématiquement
- ✓ Fréquence cardiaque et pression artérielle ++
- ✓ Prise de pouls
- ✓ Surveiller hypoglycémie
- ✓ Ajustement du ttt habituel



Contre indications :

- X Asthme
- X Insuffisance cardiaque **aigüe non contrôlée**
- X BAV complet
- X Sd de Raynaud

Contrôle du rythme

Selon typologie de la FA :

- ✓ Ablation
- ✓ Antiarythmiques : **Amiodarone, Flécaine, Sotalol.**

Chez le sujet âgé :

- ✓ Ablation si bon état général (décision multidisciplinaire)
- ✓ Antiarythmiques : **Flécaïnide** est préférée si cœur sain, et l'**amiodarone** si cœur altéré.

Chez sujet âgé => Amiodarone ++, faible utilisation de la Flécaine

AMIODARONE

Beaucoup d'effets indésirables (15% à 1 an, 50-75% au long cours)

Effets indésirables	Surveillances ++	 Contre-indications
Dysthyroïdie	TSH (avant, 3 mois après instauration puis tous les ans)	<u>Hyperthyroïdie</u> 
Hépatites	ASAT/ALAT (avant, 3 mois après instauration puis tous les ans)	
Pneumopathies	Radiographie thoracique tous les ans	Pneumopathie interstitielle 
Dépôts cornéens	Bilan ophtalmologique	
Photosensibilisation / pigmentation		
Tremblement / Syndrome extrapyramidal / Neuropathie périphérique		
		Troubles conductifs Médicaments allongeant le QT (si QTc > 500 ms) 

E – Evaluation dynamique



Education des patients, des familles et aidants, et des **professionnels de santé**
(recommandation classe I)

Gestion centrée sur les patients avec une approche **multidisciplinaire**
(recommandation classe IIa)

- Cardiologues
- Gérialtres
- IDE(L)
- Kinés
- Médecins généralistes
- Pharmaciens

E – Evaluation dynamique

Formation des professionnels de santé ++

✓ sécuriser la prise en charge de la FA chez le sujet âgé par une prise charge multidisciplinaire

Le rôle de chaque professionnel est essentiel :



IDE(L) : Observance, rappels sur les effets indésirables des anticoagulants, alerter sur le domicile inadapté et sur les signes d'hémorragies



Médecins généralistes : Dépistage et gestion des comorbidités, gestion des posologies et de la tolérance des médicaments, gestion des interactions médicamenteuses, explications des effets indésirables etc

Cardiologues : diagnostic, suivi, examens spécifiques (ETT...)

Gériatres : diagnostic, suivi, évaluation des syndromes gériatriques...



Pharmaciens : Observance ++, rappels des effets indésirables des anticoagulants, dépistage des erreurs et interactions médicamenteuses etc

Primary and Secondary Prevention

- Opportunistic screening
- Weight loss efforts
- Physical activity
- Decrease alcohol intake
- Management of HTN and DM



Avoiding Adverse Drug Reactions

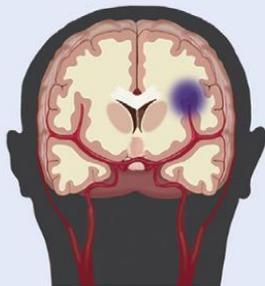
- Assistance of pharmacologists to assess drug-drug interactions and appropriate dosing
- Ensure serum digoxin concentration <1.2 ng/ml
- Syncope and falls/injuries are higher with use of AAD, especially amiodarone



Management of Older Patients with Atrial Fibrillation

Reduction of Stroke Risk

- Opportunistic screening?
- Use guideline-directed risk scores for stroke prevention and bleeding
- Avoid underprescribing of OAC



Reduction of Bleeding Risk

- Assessment of modifiable bleeding risk factors
- Occupational and physical therapists to identify ways to avoid falls
- Strength training and balancing is vital
- If patient needs DAPT and OAC, use DAPT for the shortest time necessary



Take home messages

Importance du **dépistage et prise en charge des comorbidités ++** (HTA, IC, SAOS, Diabète, obésité etc)

Anticoagulation recommandée chez tous les patients de plus de 75 ans en FA

Dépistage des **syndromes gériatriques**, associés à une augmentation du risque de mauvaise observance ou tolérance des anticoagulants : **balance bénéfice risque**

AOD à dose adaptée à l'âge et la fonction rénale

Stratégie de contrôle de fréquence plutôt privilégiée chez le sujet âgé avec utilisation préférentielle des bêta-bloquants

Intérêt d'une surveillance accrue des effets indésirables (**Recherche hypotension orthostatique, complications hémorragiques...**)

Vos questions

Comment faire en cas de découverte de fibrillation atriale à domicile pour une personne âgée isolée en rupture de parcours de soins ?

Une FA paroxystique justifie t'elle d'une anti-coagulation au long cours (ou doit-on la recontrôler pour vérifier si elle est permanente) ?

La pose de Pacemaker permet-elle de s'affranchir des traitements médicamenteux ?

Comment évaluer la balance bénéfice risque pour l'arrêt des AOD ?

Possibilité d'instaurer l'amiodarone dose charge et éviter l'hospit en EHPAD ?