

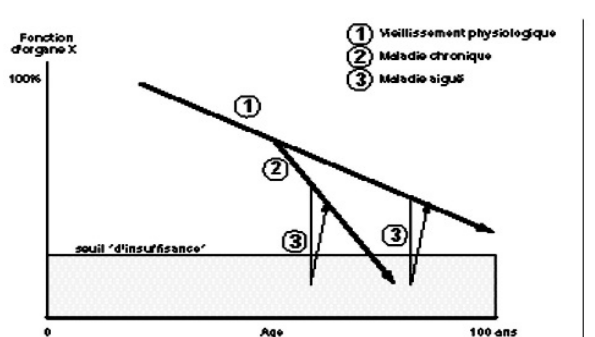
La fragilité - La repérer

De nombreuses études montrent que la fragilité est un facteur de risque de morbi-mortalité dans l'insuffisance cardiaque

La **fragilité** est un syndrome clinique lié à une réduction des réserves fonctionnelles, provoquée par le vieillissement physiologique et l'installation de maladies chroniques.

Elle provoque pour l'organisme une **incapacité d'adaptation au stress**, et expose les patients au risque de pathologies en cascade.

Elle conduit à une **perte d'autonomie fonctionnelle**, et à une possible aggravation de l'état de santé.



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888.

Ce concept s'inscrit dans le modèle **1 + 2 + 3 de J.P. BOUCHON** :

- 1) Les effets du vieillissement réduisent progressivement les réserves fonctionnelles
- 2) Les maladies chroniques surajoutées accélèrent ce processus
- 3) Les affections aiguës (facteurs de décompensation) précipitent l'équilibre fragile vers le seuil d'insuffisance.

L'approche de la fragilité peut se faire selon :

- une **évaluation purement physique** (phénotype de Fried), recherchant : une perte de poids involontaire > 5% en 1 an, une impression de faiblesse généralisée, un faible niveau d'activité physique, une diminution de la vitesse de marche, ou une diminution de la force musculaire (force de préhension)
- une **évaluation multi-domaine** (modèle de Rockwood) : mobilité, activités de la vie quotidienne (ADL), continence, cognition.

Fragilité et amylose cardiaque

Dans l'Amylose Cardiaque à Transthyrétine, la fréquence de la fragilité varie entre 33 et 50 % selon les cohortes et les scores utilisés^{1,2}.

L'**infiltration amyloïde diffuse** semble être responsable de l'**aggravation de certains paramètres de fragilité, avec un tableau spécifique à cette maladie.**

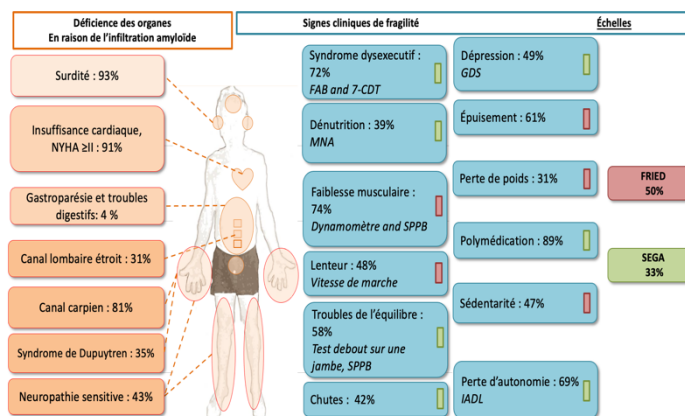


Figure 2 : Prévalence et relations entre la déficience des organes et la fragilité dans l'amylose cardiaque TTR sauvage

SIGNES CLINIQUES DE FRAGILITE LIÉS A L'AC

Cet  tat d'équilibre précaire, s'il n'est pas considéré, peut favoriser la **perte d'autonomie fonctionnelle avec un risque élevé d'hospitalisation, d'entrée en institution, et de décès.**

Le **repérage précoce de la fragilité** chez les patients atteints d'AC a pour **objectif d'identifier ces facteurs afin de retarder la perte d'autonomie évitable, améliorer la qualité de vie du patient, favoriser une prise en charge globale et adapté prenant en compte la spécificité du patient.**

- 1 Broussier A. Frailty in Wild-Type Transthyretin Cardiac Amyloidosis. J Clin Med. 2021. PMID: 34362197 (Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). J Nutr Health Aging. 2013;17(7):629-631).
- 2 Fine NM, McMillan JM. Prevalence and Prognostic Significance of Frailty Among Patients with Transthyretin Amyloidosis Cardiomyopathy. Circ Heart Fail. 2021 Jun;14(6): e008105. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.008105. Epub 2021 May 26. PMID: 34034508.

 valuer et Agir

La **prise en charge** de la fragilité chez les patients atteint d'amylose cardiaque fait appel à l'** valuation gériatrique approfondie (EGA)**.

Multidimensionnelle, elle utilise des outils validés permettant d'explorer la multimorbidité et la iatrogénie ainsi qu'un certain nombre de fonctions : cognitives, humeur, autonomie, état nutritionnel, vésico-sphinctériennes, motrices, sensorielles.

Un **dépistage** pourra cependant être réalisé par le cardiologue pour une prise en charge globale du patient  g  atteint d'amylose cardiaque

Les **critères de Fried** (voir ci-dessus, 0 critère: non fragile, 1 ou 2 critères : pré fragile, 3 critères ou plus : fragile) ou **Le score SEGA** - voir ci-dessus (Short Emergency Geriatric Assessment) pourront être utilisés.

	Profil gériatrique et facteurs de risques		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	D�prim�
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé �quivalente	Moins bonne santé
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
Total / 26			
TOTAL Volet A			
< ou = 8 : Personne peu fragile		[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

Des **mesures simples** peuvent être entreprises dans l'**attente d'une EGA** :

- Encourager au maintien d'une activité physique minimale
- Diminuer le risque de sarcopénie, et de perte d'autonomie motrice en mettant en place de la r education par kinésithérapie motrice si nécessaire

- Dépister et prendre en charge la dénutrition protéino énergétique
- Lutter contre la iatrogénie en réévaluant chaque prescription médicamenteuse en fonction des comorbidités
- Rechercher systématique d'une dysautonomie
- Orienter le patient devant des troubles des fonctions vésico sphinctériennes
- Évaluer le patient sur le plan thymique
- Établir le projet thérapeutique en lien avec l'aidant principal du patient, et évaluer son « fardeau »
- **Mettre en place un plan d'aide au domicile en fonction des besoins** en sécurisant la prise des traitements en cas de troubles neuro cognitifs (aides au domicile)

Les aides au domicile font partie des professionnels de santé qui peuvent donner précocement l'alerte devant des signes de décompensation cardiaque pouvant compliquer une Amylose cardiaque.

Orienter

Le médecin traitant reste central dans la coordination de la prise en charge de ces patients, mais si le patient est fragile selon les scores de dépistage, il devra être orienté vers le Gériatre pour une EGA.

Celle-ci est réalisée au sein d'un Hôpital de Jour Gériatrique/Fragilité.

En cas de dégradation, nécessitant une hospitalisation, liée aux facteurs de fragilité ou syndromes gériatriques, le patient pourra être orienté au sein de la filière gériatrique du territoire :

- En Unité Gériatrique Aiguë (à orientation Cardio Gériatrique si disponible)
- Ou en Unité de Soins de Suite et de Réadaptation si le patient est stabilisé (à orientation Cardio Gériatrique si disponible)

Les structures en interface avec la filière Gériatrique :

- Structures médico-sociales : Accueil de jour et EHPAD
- Structures de coordination de territoire : Espace Autonomie (ex-CLIC), Equipe MAIA

⇒ **Centre Communal d'Action Social (CCAS)** pour l'ouverture de droits pour les personnes en perte d'autonomie

Coordonnateur du Centre de Référence :

Pr T. Damy

Besoin d'un renseignement ? Vous pouvez joindre :

Secrétariat

Mme Isabelle Vallat Tél : 01 49 81 22 53

Fax : 01 49 81 42 24

reseau.amylose@aphp.fr

Coordinatrice de soin

Mme Carole Henrion Tél : 01 49 81 28 16

carole.henrion@aphp.fr

Cardiologie

Pr T. Damy, Dr A. Galat, Dr S. Guendouz,
Dr S. Oghina, Dr A. Zaroui,
Pr N. Lellouche, Dr N. Elbaz, Dr S. Rouffiac

Responsable des greffes cardiaques

Dr S. Guendouz

Sos amylose cœur

Dr S. Oghina : sos.amylosecoeur@aphp.fr

Cellule d'Expertise et de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque Sévère (CECICS)

Mme S. Dias, Mr M. Frelat : insuffisance.cardiaque@aphp.fr

Tél : 01 45 17 82 20

Education Thérapeutique

Dr Soulef Guendouz

Mme Julie Pompougnac –Tél : 01 49 81 22 53

amylo.pep@gmail.com

Responsable Activité de Recherche clinique

Mme Mounira Kharoubi tel 01 49 81 48 96

RDV Conseil Génétique

Mme Isabelle Vallat Tél : 01 49 81 22 53

Accès au CHU Henri Mondor

Adresse : 1 rue Gustave Eiffel - 94010 Créteil

Métro : Ligne 8 : Station : Créteil - L'Échat

Bus : Ligne : 104 - 172 - 217 - 281, TVM et 392 :

Aéroport Orly (15 min)

Pour plus d'informations, consultez notre site web

www.reseau-amylose.org

Ou notre chaine Youtube :

« [réseau amylose](https://www.youtube.com/reseauamylose) »

*Copyright : Réseau Amylose.



Prendre en charge la fragilité dans l'amylose cardiaque

Le rôle du cardiologue :

- 1 : Repérer et dépister la fragilité
- 2 : Orienter vers le gériatre pour une Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA) afin d'optimiser la prise en charge

Document rédigé par le

Dr Amaury BROUSSIER, Dr Sandrine SOURDET,
Dr Jamila HAMDAR, Pr Thibaud DAMY,
Dr Olivier TOULZA, et Pr Bruno VELLAS

Document validé et soutenu par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

Nos objectifs

Favoriser la prise en charge rapide

Évaluer le patient dans son ensemble

Informier

Améliorer la qualité de vie

Faire avancer la recherche