

Cardiogériatrie: concept ou réalité?

J.-J. Perrenoud^a

^a Service de gériatrie, Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie, Hôpital des Trois-Chêne, Genève

«Le pouvoir de tout faire n'en donne pas le droit».

Montalembert (1810–1870), discours académique

Alors qu'une carte du monde montre que 11% au moins des sujets âgés de plus de 65 ans habitaient l'hémisphère nord et l'Australie en 2008, la même carte projetée en 2040 prévoit que cette population s'étendra à l'intégralité de la planète, exception faite de l'Afrique centrale et du sud [1].

Les projections helvétiques, elles, prévoient une augmentation considérable des sujets de plus de 85 ans en 2050, hommes et femmes confondus.

Or, un phénomène inattendu s'est révélé sous la forme du «paradoxe» des maladies cardiovasculaires. En effet, si de 1975 à 1999 la mortalité cardiovasculaire a diminué de façon constante grâce à une meilleure prévention et à l'amélioration des moyens médicamenteux, dans le même temps, le nombre de patients, hommes et femmes, souffrant d'affections cardiovasculaires, a considérablement augmenté [2].

Devenue puissante et efficace, la cardiologie, comme les autres branches de la médecine, impose au praticien d'asseoir le bien-fondé des interventions diagnostiques et thérapeutiques qu'il propose. A cet égard, la manière de traiter les déficiences organiques du vieillard ne diffère guère de celle appliquée à des patients plus jeunes. Il existe cependant, au grand âge (80–100 ans), une différence de taille: tout acte médical est indissociable d'une réflexion éthique qui pose deux questions: faire ou ne pas faire? Comment faire? La réponse à ces questions est donnée par l'état général et les comorbidités du patient, lesquels conditionnent son espérance de vie fonctionnelle et sa qualité de vie. Semblables interrogations sont beaucoup plus rares chez un sujet plus jeune où la plupart du temps le maximum est tenté sans restriction.

Trois champs de l'activité cardiogériatrique peuvent servir à illustrer le propos.

1. Les indications sont plus restreintes et les choix parfois plus limités.

C'est ainsi qu'on préférera un stent coronaire non enrobé, qui ne nécessite une double antiagrégation plaquettaire (aspirine-clopidogrel) que pendant un mois (contrairement aux douze mois exigés par un stent enrobé), sachant que bon nombre de patients très âgés sont en fibrillation auriculaire et de ce fait déjà anticoagulés (phenprocoumone). Le risque hémorragique d'une triple association (double antiagrégation et anti-

coagulation) s'en trouve en effet considérablement augmenté.

2. Le nombre élevé de comorbidités est source d'une polymédication elle-même à l'origine d'interactions médicamenteuses d'identification parfois difficile.

Il est impératif de toujours limiter le traitement médical aux substances strictement nécessaires en essayant de viser deux cibles avec une seule molécule plutôt que l'inverse. Une étude réalisée en 2001 à l'Hôpital des Trois-Chêne s'adressant aux patients de la consultation de cardiologie a démontré que, par un effort de réflexion, il était possible de diminuer dans environ deux tiers des cas le nombre de catégories médicamenteuses (nombre de classes de médicaments avec un mécanisme d'action pharmacologique identique), le nombre de médicaments (nombre de différentes substances pharmacologiques qu'elles soient ou non de la même catégorie) ainsi que le nombre de comprimés par jour [3].

Toujours dans l'optique d'alléger le traitement médical, dans le même hôpital a été instauré en 2004 un programme de réadaptation cardiaque inspiré de ce qui se fait pour des patients plus jeunes, notamment après un infarctus du myocarde. Plus de 300 patients avec une moyenne d'âge de 85 ans ont participé à ce programme trihebdomadaire d'une heure par séance avec un double bénéfice s'exprimant par une augmentation significative du périmètre de marche d'une part et par une diminution de l'anxiété d'autre part qui, dans certains cas, a permis la réduction des médicaments psychotropes et en particulier des benzodiazépines [4].

3. La population très âgée nous réserve bien des surprises avec son lot d'incertitudes thérapeutiques.

Une première incertitude s'adresse au traitement de l'hypertension artérielle à l'âge avancé, depuis qu'il a été relevé que, chez les sujets âgés de 85 ans et plus, une tension systolique et diastolique élevée va de pair avec une plus longue survie et que, si le traitement de l'hypertension artérielle diminue le risque d'AVC et d'insuffisance cardiaque, il augmente la mortalité globale [5, 6].

Pour la première fois en 2008, l'étude HYVET conclut que le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients de 80 ans et plus diminue non seulement le risque d'AVC et d'insuffisance cardiaque mais également la mortalité globale [7]. Cette étude ne lève pas définitivement le doute puisqu'un quart seulement des

patients inclus sont âgés de 85 ans et plus et que, mis à part l'hypertension artérielle, les candidats recrutés sont dans l'ensemble en bonne santé et ne reflètent pas la population gériatrique générale. Enfin, pour chacun des paramètres observés, si l'écart entre la courbe du groupe placebo et celle du groupe traité, faible après deux ans, augmente bien à quatre ans, la taille des deux collectifs diminue, elle, de 1900 à 200 personnes. Il ne s'agit pas ici de prôner une abstention thérapeutique systématique mais de réaliser que la valeur de pression artérielle systolique chez un sujet âgé n'est pas clairement établie et qu'il faut revoir vers le haut la valeur cible de tension systolique, vraisemblablement aux environs de 150 mm Hg. Au grand âge, la réactivité du système cardiovasculaire est diminuée avec un risque accru d'hypotension orthostatique et des conséquences qui peuvent en découler (chute, fracture, hématome sous-dural...), phénomène encore accentué lorsqu'un traitement diurétique au long cours ou la chaleur estivale génèrent une déplétion volémique.

Il n'apparaît dès lors pas déraisonnable de considérer qu'un «patient» très âgé peut bénéficier d'un traitement antihypertenseur, ce qui n'est pas forcément le cas d'un «sujet» très âgé asymptomatique.

Une deuxième incertitude pèse sur la décision de traiter l'hypercholestérolémie au grand âge par des statines.

Au-delà de la dualité d'opinion résultant des «pour» et des «contre», la principale question est celle de la pertinence respective de la prévention primaire et de la prévention secondaire. Au-delà de 80 ans, il apparaît que le risque cardiovasculaire global n'est que faiblement corrélé à l'hypercholestérolémie qui, tout comme l'hypertension artérielle, pourrait même prédire une mortalité moindre [8, 9]. De nombreuses observations tendent à démontrer qu'un cholestérol bas pourrait être un indice de dénutrition comme l'hypoalbuminémie. Ainsi, un cholestérol HDL inférieur à 1 mmol/l au grand âge n'est probablement plus un facteur de risque cardiovasculaire mais l'indicateur d'un état cachectique.

Le traitement de statines serait donc réservé à des patients octogénaires (ou plus?) hypercholestérolémiques atteints d'une pathologie cardiovasculaire avérée. Il n'est pas sûr que cette dernière justifie à elle seule le traitement en l'absence d'hypercholestérolémie car la baisse du cholestérol LDL apparaît comme le facteur essentiel de l'effet anti-inflammatoire des statines [10].

Une troisième incertitude obère la thérapie de l'insuffisance cardiaque du patient âgé.

Au-delà de 75 ans, près de la moitié des insuffisances cardiaques résultent d'une dysfonction diastolique (mauvais remplissage du ventricule gauche) et non pas systolique (mauvaise vidange du ventricule gauche). Or, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque par dysfonction diastolique est moins bien codifiée, en témoigne la brièveté des recommandations à ce sujet. Les guidelines 2008 de la Société Européenne de Car-

diologie concernant le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque comprennent 54 pages. L'ensemble de ce document consacre un quart de page aux sujets âgés et un autre quart de page au traitement de l'insuffisance cardiaque par dysfonction diastolique! [11].

Si le gériatre et en particulier le cardiogériatre connaissent la fragilité des personnes âgées, la fréquence des comorbidités, les effets secondaires indésirables des médicaments et le risque d'interactions médicamenteuses, il reste un problème majeur auquel ils sont régulièrement confrontés et qui les prend au dépourvu: les antinomies thérapeutiques. Il s'agit de situations cliniques complexes faites d'une cascade de pathologies dont chacune demande un examen ou un traitement que l'autre contre-indique. Parmi de nombreux exemples, on citera celui d'un patient hospitalisé pour une hématomérose massive et chez lequel une gastroscopie met en évidence un ulcère duodénal ainsi que des érosions antrales. Il souffre d'une artériopathie sévère appelant une antiagrégation plaquettaire, tandis que sa fibrillation auriculaire permanente nécessite une anticoagulation. La pathologie gastroduodénale interdit l'un et l'autre. Que faire?

La médecine fondée sur les preuves en cardiogériatrie est certes une condition nécessaire mais non suffisante.

Un praticien consciencieux peut s'écarter des recommandations officielles non par ignorance mais parce que son patient diffère trop de ceux enrôlés dans une étude. Fort heureusement, l'EBM a désormais intégré le jugement clinique dans sa démarche, si bien que les anciennes querelles opposant les tenants d'une médecine factuelle «dure» et ceux qui prônaient exclusivement l'expérience du praticien sont désormais closes.

Il reste que l'exercice est difficile et que pour trouver à chaque cas particulier la solution qui semble la meilleure, le praticien est soumis à un réel effort de synthèse intégrant les règles de bonne pratique à son expérience et à son jugement personnel. L'essentiel n'est pas de faire tout ce qui est réalisable mais de choisir entre ce qui est bien ou ce qui ne l'est pas. Ce choix parfois difficile, outre la compétence et l'intégrité, impose au médecin de savoir s'il traite un patient ou son angoisse personnelle. L'abstention n'est pas une solution de facilité mais un phénomène actif et un acte réfléchi, quand bien même elle est beaucoup plus anxiogène pour le médecin en formation que l'activisme investigateur ou thérapeutique. Le problème du rien faire, c'est qu'il nécessite de se battre [12].

La cardiogériatrie est différente non pas tellement dans l'application médicotechnique que dans la décision d'y recourir ou au contraire d'y renoncer. La science médicale demeure en partie un art parce qu'elle ressortit à une activité humaine.

Correspondance

Prof. Jean-Jacques Perrenoud
 Cardiologue FMH
 Service de gériatrie
 Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie
 Hôpital des Trois-Chêne
 1226Thônex-Genève
 e-mail: Jean-Jacques.Perrenoud@hcuge.ch

Références

1. An Ageing World 2008, International population Reports, US Department of Health and Human Services, June 2009.
2. Villar F, Banegas JR, Donado JM, Rodriguez Artalejo F. SEA Report; 2003.
3. Hamel JJ (thèse). Effets d'une consultation de cardiologie sur le traitement médicamenteux des personnes âgées: expérience d'un an. Med Hyg Ed, Genève, 2006.
4. Falconnet C, Perrenoud JJ. Réadaptation cardiaque structurée: une activité physique de qualité doit faire partie de la prise en charge. *Gériatrie pratique*. 2007;1:14-5.
5. Hakala SM, Tilvis RS, Strandberg TE. Blood pressure and mortality in an older population. *Eur Heart J*. 1997;18:1019-23.
6. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP. Anti-hypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet*. 1999;353:793-6.
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 1008;358:1887-98.
8. Casiglia E, Mazza A, Tikhonoff V et al. Weak effect of hypertension and other classic risk factors in the elderly who have already paid their toll. *J Hum Hypertens*. 2002;16:21-31.
9. Weverling-Rijnsburger AWE, Blauw GJ, Lagaay AM et al. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. *Lancet*. 1997;350:1119-23.
10. Shaw SM, Fildes JE, Yonan N et al. Pleiotropic effects and cholesterol-lowering therapy. *Cardiology*. 2009;112:4-12.
11. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J*. 2008;29:2388-442.
12. Kiefer B. La difficulté de ne rien faire. *Med Hyg*. 2004;62:568.