



J.-J. Perrenoud

Pr Jean-Jacques Perrenoud
Cardiologue FMH
12, chemin Thury
1206 Genève
jean-jacques.perrenoud@unige.ch

■ Rev Med Suisse 2013; 9: 260-1

■ En 2008, environ 11% des sujets âgés de 65 ans et plus habitaient l'hémisphère Nord et l'Australie. En 2040, ils vont vraisemblablement peupler l'ensemble de la planète, à l'exception de l'Afrique Centrale et du Sud.¹

En Suisse, une importante augmentation de la population des plus de 85 ans est attendue vers 2050.

Or, est apparu un phénomène inattendu, le «paradoxe» des pathologies cardiovasculaires: la mortalité cardiovasculaire a constamment diminué de 1975 à 1999, mais durant la même période, le nombre de patients souffrant de ces affections s'est élevé dans les mêmes proportions.²

La cardiologie actuelle offre des moyens d'investigation et de traitement efficaces et sûrs dont les vieillards peuvent eux aussi bénéficier. Cependant, au grand âge (80-100 ans), tout acte médical ne peut s'exonérer d'une réflexion éthique se résumant à deux questions: *faire ou ne pas faire? Comment faire?* Car tout dépend de l'état général du patient, de ses comorbidités, de sa qualité et de son espérance de vie.

Cette démarche confère à la *cardiogériatrie* sa spécificité, illustrée par les différents champs d'activité suivants.

Au grand âge, les indications sont plus restreintes et les choix plus limités

Il faut ainsi privilégier un stent coronaire non enrobé, qui n'impose une double antiagrégation plaquettaire (aspirine-clopidogrel) que pendant un mois (contrairement aux douze mois que demande un stent enrobé), car de nombreux patients très âgés sont ou vont être en fibrillation auriculaire et donc anticoagulés (phenprocoumone).

Cette triple association (aspirine, clopidogrel, phenprocoumone) accroît considérablement le risque hémorragique.³

Dans le choix d'un pacemaker, la même fibrillation auriculaire rendant inutile une sonde dans l'oreillette droite, la préférence

Cardiogériatrie : concept ou réalité ?

se portera sur un stimulateur unicaméral, suffisant dans la plupart des cas, même si le rythme est sinusal.

Les nombreuses comorbidités entraînent une polymédication à l'origine d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses

Le risque iatrogène d'une polymédication augmente au-delà de 65 ans et est proportionnel au nombre de médicaments et à la durée du traitement. Il est impératif de limiter le traitement aux substances strictement nécessaires en essayant de viser deux cibles avec une seule molécule plutôt que l'inverse.

Il convient de penser à un effet médicamenteux indésirable quand apparaît un nouveau symptôme ou perdure un ancien (toux, céphalées, prurit, œdèmes malléolaires, orthostatisme...) et d'identifier une interaction médicamenteuse lorsqu'un traitement semble inefficace ou qu'au contraire surgissent des signes suspects de toxicité.

Les incertitudes

Des incertitudes subsistent dans plusieurs domaines.

La valeur normale de la TA au grand âge n'est pas clairement définie et il est actuellement recommandé de revoir vers le haut la valeur cible d'une TA sous traitement, vraisemblablement aux environs de 150 mmHg pour la systolique. La réactivité du système cardiovasculaire est ici diminuée, avec un risque accru d'hypotension orthostatique et des conséquences possibles telles que chutes, fractures, hématome sous-dural, etc.

Au-delà de 75 ans, *près de la moitié des insuffisances cardiaques (IC) résultent d'une dysfonction diastolique* (mauvais remplissage du ventricule gauche) et non pas systolique (mauvaise vidange de ce ventricule). Or, la prise en charge de l'IC par dysfonction diastolique est moins bien codifiée, ce dont témoigne la brièveté des recommandations dans ce domaine: sur les 54 pages que les guidelines 2008 de la Société européenne de cardiologie consacrent au diagnostic et au traitement de l'IC, un quart de page est réservé au sujet âgé et un autre quart à la dysfonction diastolique. Dans les mêmes guidelines 2012, la rubrique «elderly» a même disparu!

Si les effets secondaires et les interactions médicamenteuses sont de mieux en mieux répertoriés et souvent évitables dans la mesure où l'on y pense, les *antinomies thérapeutiques* défient l'EBM (*evidence-based medicine*).

Il s'agit de situations cliniques complexes, dont chacune nécessite un traitement que l'autre contre-indique.

Par exemple, que faire avec un patient sous aspirine pour une artériopathie et sous anticoagulation pour une fibrillation auriculaire qui fait une hémorragie sur un ulcère gastrique?

En 1987, la FDA et l'ICH E7 (International conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use: Geriatrics E7 current step 4 versions dated 24 June 1993) ont publié les *recommandations sur les études évaluant les médicaments utilisés chez la personne âgée*. Elles affirment qu'il n'y a pas de bons critères pour l'exclusion d'un patient sur la base unique de l'âge, des comorbidités ou de la polymédication.

Or, près de vingt ans plus tard, les études tardent. Un article consacré au problème souligne: «Compelling evidence that the results of trials performed in younger participants cannot be automatically applied to older populations exists in term of efficacy and safety» et propose «...development of innovative trials designs,... new ways...», mais rien de vraiment concret.⁴

Etant donné la complexité du malade gériatrique, la réalisation future, attendue, d'études randomisées et contrôlées à même de prendre en compte l'hétérogénéité de la population gériatrique n'est-elle pas illusoire et ne risque-t-elle pas de s'avérer en fin de compte une erreur conceptuelle?

Conclusion

La cardiogériatrie est différente, non pas tellement dans l'application médico-technique que dans la décision d'y recourir ou, au contraire, d'y renoncer. L'abstention n'est pas une solution de facilité mais un acte réfléchi, un phénomène actif.

La cardiogériatrie est encore différente parce que l'hétérogénéité de la population gériatrique rend aléatoires des indications ou des recommandations strictes, l'individualisation de chaque cas étant nécessaire.



A supposer qu'elles existent un jour, des guidelines applicables à la gériatrie ne sauraient à elles seules trouver des solutions satisfaisantes dans la clinique de tous les jours.

Les guidelines disponibles sont ainsi transgressées en connaissance de cause au prix d'un effort de synthèse qui impose de plus au médecin de savoir s'il traite son patient ou son angoisse personnelle. ■

Bibliographie

- 1 An Ageing World 2008. International population reports, US Department of Health and Human Services, June 2009.
- 2 Villar F, Banegas JR, Donado JM, et al. SEA Report, 2003.
- 3 Hansen ML, Sorensen R, Clausen MT, et al. Risk of bleeding with single, dual or triple therapy with warfarin, aspirin and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. Arch Intern Med 2010;170:1433-41.
- 4 Cherubini A, Del Signore S, Ouslander J, et al. Fighting against age discrimination in clinical trials. JAGS 2010;58:1791-6.