



La cardiogériatrie, une discipline d'avenir ?

Patrick Friocourt (AIHP 1973)

Pôle Autonomie Neurologie et Prise en charge du vieillissement
Centre Hospitalier de Blois

Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine ont conduit à une modification profonde du paysage médical qui conduit à prendre en charge des patients de plus en plus âgés souffrant souvent de pathologies multiples. La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population française est passée de 18 % en 1970 à 21 % en 2000 et on estime que 13,5 millions de personnes étaient âgées de 60 ans ou plus au premier janvier 2009 (1). Les diverses projections laissent entrevoir une augmentation considérable de ce nombre au cours des années à venir (17 millions en 2020 ?). Le nombre des personnes âgées de 80 ans ou plus devrait presque doubler d'ici 2020 pour atteindre 4 millions et près de 7 millions en 2040 (2). L'espérance de vie à la naissance, qui était estimée en 2008 à 84,3 ans pour les femmes et 77,5 pour les hommes, devrait augmenter et approcher respectivement 89 et 84 ans en 2050 (3). L'espérance de vie à un âge déjà avancé est une donnée plus intéressante lorsqu'on s'occupe de personnes âgées : chez les hommes et les femmes elle est estimée respectivement à 9 et 11 ans à 75 ans, 6,8 et 9,7 ans entre 80 et 85 ans et plus de 5 et plus de 6 ans après 85 ans.

La population âgée est hétérogène et d'un point de vue typologique il est habituel de distinguer les sujets âgés "robustes" (autonomes au plan décisionnel et fonctionnel, ayant une bonne espérance de vie, sans problème de santé majeur ou présentant une pathologie unique), les sujets âgés dépendants (polypathologiques, atteints de handicaps divers, à l'espérance de vie réduite) et les sujets "fragiles" dont l'état de santé est intermédiaire et qui risquent de basculer dans la dépendance. A chaque type correspondent des approches thérapeutiques et des objectifs différents : les sujets "robustes" doivent bénéficier d'une approche volontariste, proche de celle des adultes plus jeunes, les sujets dépendants doivent être soulagés, aidés et accompagnés. Ils

ne pourront pas supporter les thérapeutiques agressives et l'objectif thérapeutique est chez eux plutôt de privilégier la qualité de vie. La difficulté majeure se situe dans la reconnaissance et la prise en charge des sujets fragiles.

La prévalence des maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge et pour citer les affections les plus fréquentes, la prévalence de l'hypertension artérielle est estimée à 60% chez les hommes et 75% chez les femmes de plus de 80 ans (il s'agit à cet âge essentiellement d'HTA systolique), la prévalence de la fibrillation atriale est voisine de 10% après 80 ans et celle de l'insuffisance cardiaque de 10% après 80 ans (et la fonction systolique est normale chez la moitié des insuffisants cardiaques après 75 ans).

La complexité de la cardiogériatrie tient à la technicité croissante de la cardiologie et à la vulnérabilité de la population à laquelle elle s'adresse. Les risques sont de proposer des explorations et des thérapeutiques à des personnes qui ne pourront pas les supporter et à l'inverse de ne pas les évoquer alors même que les malades pourraient en bénéficier. Les dangers sont nombreux et peuvent être liés aux difficultés diagnostiques, à la mauvaise appréciation du terrain, aux limites des explorations, au choix du traitement, aux risques d'une prescription insuffisamment évaluée dans la population âgée mais aussi à la tolérance et à une mauvaise observance des traitements.

Difficultés diagnostiques

La sémiologie est souvent atypique chez les sujets âgés. Les atypies sémiologiques connues chez l'adulte plus jeune sont courantes (pathologie coronaire à symptomatologie digestive ou douleurs limitées aux territoires des irradiations etc) chez le sujet âgé. L'ischémie silencieuse est fréquente. Les signes classiques peuvent être remplacés par des symptômes du domaine cardiovasculaire (l'insuffisance coronarienne se traduit souvent par une dyspnée qui remplace la douleur angineuse) ou par des signes plus flous (vagues douleurs, gênes, asthénie) ou franchement trompeurs

(confusion, agitation). Il n'est ainsi pas rare que les pathologies cardiovasculaires aiguës se manifestent par des syndromes gériatriques (syndrome confusionnel, troubles de la marche ou chutes, incontinence, dénutrition). Les troubles cognitifs (la prévalence de la démence est voisine de 80% après 85 ans) augmentent les difficultés de l'interrogatoire : imprécision, manque du mot, oubli des symptômes. La presbycusie est un handicap supplémentaire.

Les difficultés diagnostiques sont majorées par l'existence des pathologies associées et intriquées. Des douleurs des membres inférieurs peuvent ainsi faire discuter la part qui revient à une artériopathie, une neuropathie, une origine rhumatologique. Une dyspnée peut être due à une insuffisance cardiaque, une bronchopneumopathie chronique, voire à une part de défaillance cardiaque secondaire à une pneumopathie décompensant elle-même une bronchopathie ancienne, sans oublier une éventuelle anémie (fréquente à cette âge) et une désadaptation. Ainsi chaque symptôme et chaque signe doivent être discutés.

Difficultés thérapeutiques

Les thérapeutiques cardiovasculaires ne varient pas fondamentalement selon l'âge mais leur maniement est différent.

Sur le plan pharmacologique, les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge et amplifiées par les pathologies associées, impliquent des précautions. Il est indispensable de connaître la fonction rénale (qui peut être estimée par la formule de Cockcroft ou par le MDRD) et souvent la valeur de l'albuminémie. L'altération du baroréflexe avec l'âge explique la fréquence des hypotensions orthostatiques, iatrogènes ou non. Les dosages plasmatiques des médicaments sont utiles, à condition de les interpréter en tenant compte de l'âge (un taux de digoxinémie au milieu de la zone thérapeutique de l'adulte plus jeune doit être considéré comme trop élevé chez un sujet âgé).

Les règles de prescription des médicaments

cardiovasculaires chez le sujet âgé obéissent aux principes généraux de la prescription à cet âge en évitant notamment les erreurs dans l'indication (sous-prescription et sur-prescription). La surprescription (prescrire à un patient un ou des médicaments qui ne devraient pas être utilisés chez lui) peut avoir 3 origines : prescription pour une maladie suspectée dont le diagnostic n'a pas été établi, prescription dans une indication reconnue d'un produit qui n'a pas le meilleur profil de tolérance parmi les médicaments indiqués dans cette pathologie (prescription inappropriée), mais aussi prescription d'un médicament dont l'efficacité n'a pas été clairement établie chez les sujets âgés. La validation des thérapeutiques chez les sujets très âgés fait souvent défaut. Les études de bonne qualité sont encore peu nombreuses. La plupart des publications qui mentionnent le "sujet âgé" dans leur titre concernent des personnes de plus de 65 ans mais avec un âge limite d'inclusion de 75 ans et l'âge moyen des patients inclus est souvent proche de 70 ans. Il est hasardeux d'extrapoler les résultats de ces études aux personnes de plus de 80 ans et encore plus aux nonagénaires. Il existe néanmoins des travaux chez les octogénaires. Il s'agit pour la plupart d'études d'observation ou de méta-analyses regroupant les sujets les plus âgés d'essais randomisés contrôlés, médicamenteux (4) ou interventionnels (5). Les essais cliniques contrôlés randomisés sont très rares après 80 ans mais néanmoins essentiels. Ainsi le bénéfice du traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans est actuellement démontré par l'étude HYVET (âge moyen des participants 84 ans) (6).

La prescription insuffisante est une autolimitation par le médecin (non prescription ou prescription à des posologies insuffisantes) de médicaments d'efficacité pourtant prouvée, dans la crainte d'exposer le patient à des risques iatrogènes. Cette erreur est particulièrement nette dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé (7) et dans la prescription des anticoagulants chez les malades en fibrillation atriale. L'estimation du rapport bénéfice-risque des traitements est difficile en raison de l'augmentation du risque absolu de survenue de maladie (ce qui incite à traiter) mais aussi de l'augmentation des risques iatrogènes avec l'âge.

Les thérapeutiques invasives doivent être discutées. La mise en place d'endoprothèses vasculaires permet d'améliorer le pronostic de personnes qui n'auraient pas supporté une intervention chirurgicale lourde. Les résultats des interventions de remplacement valvulaire sont moins bons chez les sujets âgés (sans oublier les biais de sélection et de publication) mais les approches mini-invasives nouvelles laissent des espoirs.

La tolérance des traitements chez les sujets fragiles et polymédicamentés doit être régulièrement évaluée. Les effets iatrogènes sont plus fréquents que chez l'adulte plus jeune

et leurs conséquences plus sévères (la iatrogénie est à l'origine de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées). Les objectifs thérapeutiques doivent être adaptés : ainsi l'objectif du traitement de l'HTA après 80 ans est d'obtenir une pression artérielle systolique voisine de 150 mmHg (la pression diastolique n'est plus mentionnée), en l'absence d'hypotension orthostatique et sans utiliser plus de 3 antihypertenseurs. Des associations médicamenteuses d'efficacité démontrée chez l'adulte d'âge moyen (inhibiteur de l'enzyme de conversion et inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine par exemple) sont déconseillées chez le vieillard.

Evaluation gériatrique

Il est impossible de considérer le cardiaque âgé du seul point de vue cardiologique et l'évaluation gériatrique doit compléter la prise en charge pour apprécier l'autonomie, le contexte de vie et la prise en charge médico-sociale. Ces éléments renseignent sur les capacités de suivi des traitements proposés et certains sont corrélés au pronostic. Ainsi chez les sujets âgés atteints de maladie cardiovasculaire et indemnes de démence, le Mini Mental State Examination (MMSE) est un facteur indépendant prédictif de la mortalité à 6 ans (8). Les tests simples peuvent être effectués par les équipes cardiologiques qui peuvent ensuite demander l'aide des gériatres.

La nécessité d'une collaboration entre cardiologues et gériatres est à l'origine de la création d'un groupe de travail commun à la *Société Française de Cardiologie* et à la *Société Française de Gériatrie et de Gérontologie* qui cherche en confrontant les expériences à proposer des recommandations ou des avis sur la prise en charge de maladies cardiovasculaires chez les sujets âgés (9).

Références

- 1) INSEE. *Population estimée des régions par tranche d'âge au 1^{er} janvier*. 2009. (http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRSOS02139)
- 2) Bontout O, Colin C, Kerjose R. *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*. DRESS. 2002 ; 160.
- 3) Robert-Bobbée I. *Projections de population 2005-2050 : Vieillesse de la population en France métropolitaine*. Economie et statistique. 2007 ; 408-409 : 95-112.
- 4) Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, et al. *Antihypertensive drugs in very old people : a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials*. INDANA Group. *Lancet*. 1999 ; 353 : 793-796.
- 5) Mehta RH, Granger CB, Alexander KP, Bossone E, White HD, Sketch MH, Jr. *Reperfusion strategies for acute myocardial infarction in the elderly : benefits and risks*. *J Am Coll Cardiol*. 2005 ; 45 : 471-478.
- 6) Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. *Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older*. *N Engl J Med*. 2008 ; 358 : 1887-1898.
- 7) Komajda M, Hanon O, Hochadel M, et al. *Management of octogenarians hospitalized for heart failure in Euro Heart Failure Survey I*. *Eur Heart J*. 2007 ; 28 : 1310-1318.
- 8) Strandberg TE, Pitkala KH, Tilvis RS. *Predictors of mortality in home-dwelling patients with cardiovascular disease aged 75 and older*. *J Am Geriatr Soc*. 2009 ; 57 : 279-284.
- 9) Komajda M, Forette F, Aupetit JF, et al. *Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé*. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2004 ; 97 : 803-822.