

# Les soins cardiaques individualisés chez la personne âgée

## Le temps de la réflexion (TIME)

Eric D. Peterson, MD, MPH

Le rythme des découvertes scientifiques et de l'administration des soins médicaux s'accélère chaque année qui passe. Les médecins doivent faire face à un nombre considérable de publications s'efforçant d'extraire rapidement l'essentiel d'une étude (c'est-à-dire la façon dont ces observations peuvent être distillées en de simples heuristiques, ou règles de base, de prise en charge du patient). Si on peut comprendre cette approche réductionniste, certains domaines de la médecine défient une telle simplification. Les résultats à un an de l'étude TIME (Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly patients), publiés ce mois-ci dans le JAMA français,<sup>1</sup> sont un exemple parfait de cette situation.

L'étude TIME s'est intéressée à l'efficacité d'une prise en charge invasive systématique (cathétérisation cardiaque et revascularisation) chez des patients âgés présentant une coronaropathie symptomatique. De nombreux médecins font de plus en plus face à ce problème clinique embarrassant. Les patients âgés de 75 ans ou plus représentent un tiers des patients hospitalisés pour un événement aigu ischémique et plus de la moitié de tous les décès cardiaques.<sup>2,3</sup> Les modifications démographiques de la population des États-Unis, l'apparition plus tardive de la maladie et une espérance de vie plus longue des patients cardiaques se sont associés pour étendre de façon substantielle la pratique de la "cardiologie gériatrique".

Comment les observations de l'étude TIME doivent être utilisées pour modifier les algorithmes thérapeutiques des patients âgés ayant une maladie coronarienne ? Avant l'étude TIME, la grande majorité des essais de revascularisation avait exclu les patients de plus de 75 ans.<sup>4</sup> La réussite de TIME d'avoir inclus des patients âgés (âge moyen : 80 ans) doit encourager les études futures à inclure plus de patients âgés. Cette étude s'est également intéressée à la décision prise en amont de réaliser une cathétérisation plutôt que de se centrer uniquement sur l'utilisation de la revascularisation une fois seulement connus les résultats de l'angiographie. Avec ce schéma, les investigateurs TIME ont inclus une population de patients plus représentative et ont créé un modèle plus proche de la prise réelle de décision chez le patient âgé. Les investigateurs de l'étude TIME ont également évalué la qualité de vie (symptômes, besoin de traitements, état fonctionnel) en plus des événements cliniques discrets (décès, récurrence d'infarctus du myocarde, réhospitalisation) lors de l'évaluation principale d'efficacité.

Peut-être plus important, l'étude TIME a apporté des données longitudinales sur l'évolution sous traitement. Ces résultats en aval fournissent une perspective plus riche bien que plus complexe. Les résultats initiaux de TIME démontrent que le traitement invasif améliore significativement l'évolution fonctionnelle et est associé à une tendance plus élevée de la mortalité (8,5 % versus 4,1 % ;  $p = 0,15$ ) au 6<sup>e</sup> mois.<sup>5</sup> Cependant, ces tendances se sont inversées entre le sixième mois et

la première année avec des patients traités de façon conservatrice ayant une meilleure évolution et des taux légèrement plus élevés de mortalité. Il en résulte que la seule différence significative de traitement à un an a été une diminution des besoins de réhospitalisation et de revascularisation chez les patients dans le groupe de traitement invasif.

L'interprétation de ces résultats peut avoir été influencée par les sentiments préexistants du médecin. Les médecins généralement en faveur d'une approche conservatrice souligneront que les risques a priori d'une stratégie invasive ne semblent pas être compensés par la quantité ou la qualité à long terme des gains sur la vie. Les différences sur la revascularisation tardive seraient autrement considérées comme induites principalement plus par les préférences du médecin que par le besoin réel du patient. Les partisans du traitement conservateur concluraient en conséquence que cette étude soutient une approche "d'observation et d'attente" comme stratégie de choix chez les personnes âgées ayant une maladie coronarienne.

En comparaison, les médecins en faveur d'une stratégie invasive pointeront vers les 50 % de patients traités médicalement ayant nécessité une intervention de suivi comme étant des "échecs de traitement". Ils pourraient également considérer ces crossovers de traitement comme étant l'explication de l'étrécissement de l'évolution du statut fonctionnel avec le temps entre les deux groupes de traitement. De surcroît, une stratégie invasive a priori peut être considérée comme étant plus sûre en éliminant le risque tardif ultérieur d'une intervention en urgence ou de l'émergence d'états pathologiques.

Indépendamment des perspectives concernant les conclusions globales, l'application de ces observations au patient âgé individuel est encore plus problématique. Ainsi, les informations concernant l'inclusion des patients dans cette étude par rapport à ceux dépistés sont limitées. Cependant, le taux de mortalité à un an (< 10 %) semble relativement faible par rapport au taux de 40 % observé dans une population non sélectionnée, d'âge comparable, ayant un infarctus du myocarde.<sup>6</sup> De même, le taux de mortalité globale du groupe revascularisation dans l'étude TIME a été de 2,5 %, chiffre 2 à 4 fois inférieur à celui observé dans des cohortes de population d'octogénaires subissant une angioplastie ou un pontage aorto-coronarien.<sup>7</sup>

La taille limitée de cette étude soulève d'autres questions. Bien qu'il n'y ait pas eu de différences significatives dans la mortalité à un an, le risque relatif a été de 1,51 (intervalle de confiance à 95 % : 0,72-3,16) en faveur du traitement conservateur. Ceci indique qu'une stratégie invasive peut avoir diminué la mortalité d'au moins de 28 % ou l'avoir augmenté de plus de trois fois par rapport au traitement conservateur. La

**Affiliation des auteurs :** Department of Cardiology, Duke University Medical Center, Durham, NC.

**Auteur chargé de la correspondance et des tirés à part :** Eric D. Peterson, MD, MPH, Department of Cardiology, Duke University Medical Center, 2400 Pratt St, Box 3236, Room 7009, Durham, NC 27710 (e-mail: peter016@onyx.dcri.duke.edu).

Voir aussi page 179.

taille de l'étude a également entraîné une capacité limitée pour évaluer si l'effet du traitement variait dans des larges sous-groupes de patients. Ainsi, dans l'étude CASS (Coronary Artery Surgery Study) et dans d'autres études de revascularisation,<sup>9</sup> l'efficacité du traitement tendait à être proportionnelle à la classe de l'angor du patient, à la sévérité de la maladie coronarienne, à la fonction ventriculaire ou à la présence d'un diabète. Ces observations rendent improbables qu'une simple recommandation globale de traitement puisse être valable pour tous les patients âgés ayant une maladie coronarienne.

Un suivi à long terme est nécessaire pour compléter les comparaisons thérapeutiques. Ainsi, on ne sait pas si les courbes de survie après 3 à 5 ans de traitement dans l'étude TIME se croiseront comme dans l'étude CASS. De plus, il est intéressant d'envisager la façon dont les résultats de l'étude pourraient avoir différé en fonction du mode de traitement, à savoir si les gains immédiats sur la qualité de vie auraient été plus durables avec un pontage coronarien comme mode primaire de revascularisation. Les réponses à d'autres questions, comme de savoir si des stents délivrant des médicaments pourraient avoir modifié ces observations ou si le "traitement médical optimal" était réellement optimal (c'est-à-dire avait inclus un traitement hypolipémiant intensif) demandent des essais invasifs futurs plus larges au sein de cette large population de patients.

Jusqu'à ce que ces essais soient conçus et réalisés, que doit être "l'essentiel" de l'étude TIME pour le médecin dans sa décision d'une stratégie thérapeutique chez le patient âgé symptomatique souffrant d'un angor ? L'un des messages peut être simplement la confirmation que les décisions concernant une intervention chez la personne âgée impliquent une réflexion complexe. Les options actuelles demandent de faire des compromis, car aucune ne procure des résultats positifs à 100 % sur un faible risque de traitement, une survie plus longue et une amélioration de la qualité de vie. Plutôt que de suivre des algorithmes simples, la procédure décisionnelle chez le patient âgé doit être individualisée pour refléter les préférences du patient.

Les médecins peuvent aider dans cette procédure décisionnelle en apportant aux patients des informations pronostiques individuelles. Des modèles publiés existent pour évaluer les risques de revascularisation en se basant sur des facteurs cliniques multiples à côté de l'âge seul.<sup>6,10</sup> D'autres études commencent à identifier les facteurs de risque de déclin cognitif ou de handicap physique à la suite d'une revascularisation.<sup>11-13</sup> Bien qu'il soit nécessaire d'avoir d'autres études, ces outils de stratification du risque peuvent procurer des évaluations plus personnelles à la question des patients : "quelles sont mes chances ?".

La comparaison des bénéfices à long terme obtenus par ces stratégies concurrentes reste difficile à évaluer et attend des études cliniques plus

larges avec un suivi plus long. En attendant, les larges études descriptives bien réalisées sur des cohortes de patients âgés cardiaques ont commencé à fournir des renseignements importants sur l'efficacité de la revascularisation dans des populations spécifiques de personnes âgées.<sup>14</sup> Les médecins ont également besoin d'éviter d'imposer des valeurs paternalistes lors de la prise de décision thérapeutique vis-à-vis de leurs patients âgés.<sup>15</sup> Bien que certains patients âgés puissent préférer un traitement moins interventionniste, d'autres seront désireux d'accepter plus de risques pour améliorer leur quantité ou leur qualité de vie.<sup>16</sup>

L'étude TIME a fourni des résultats importants qui stimulent l'appétit des médecins pour encore plus, et pourtant ils rendent en même temps plus humbles. Cette étude a démontré que les essais spécifiques chez la personne âgée sont possibles et peuvent enrichir notre compréhension actuelle du traitement de la personne âgée coronarienne. Mais, elle pose le problème aux médecins de trouver le temps (TIME) d'expliquer une approche centrée sur le patient et basée sur les preuves à leurs patients âgés.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Pfisterer M, Buser P, Osswald S, et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy: one-year results of the randomized TIME trial. *JAMA*. 2003;289:1117-1123.
2. Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. A two-decades (1975 to 1995) long experience in the incidence, in-hospital and long-term case-fatality rates of acute myocardial infarction: a community-wide perspective. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:1533-1539.
3. Gurwitz JH, Col NF, Avorn J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA*. 1992;268:1417-1422.
4. Peterson ED, Alexander KP. Chronic coronary heart disease. In: Rich MW, ed. *ACC/SAP V Geriatric Cardiology*. Bethesda, Md: American College of Cardiology;2002.
5. The TIME Investigators. Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease (TIME): a randomized trial. *Lancet*. 2001;358:951-957.
6. Alexander KP, Galanos AN, Jollis JG, et al. Post-myocardial infarction risk stratification in elderly patients. *Am Heart J*. 2001;142:37-42.
7. Peterson ED, Jollis JG, Bebbuck JD, et al. Changes in mortality after myocardial revascularization in the elderly: the national Medicare experience. *Ann Intern Med*. 1994;121:919-927.
8. Rogers WJ, Coggin CJ, Gersh BJ, et al. Ten-year follow-up of quality of life in patients randomized to receive medical therapy or coronary artery bypass graft surgery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Circulation*. 1990;82:1647-1658.
9. The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. *N Engl J Med*. 1996;335:217-225.
10. Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbauer LH, et al. Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7,472 octogenarians. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:723-730.
11. Newman MF, Kirchner JL, Phillips-Bute B, et al. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med*. 2001;344:395-402.
12. Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:307-314.
13. Conaway DG, House J, Bandt K, et al. Elderly patients derive similar health status benefits from Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) as compared to younger patients despite a slower rate of physical recovery [abstract]. *Circulation*. 2002;106:II-604.
14. Graham MM, Ghali WA, Faris PD, et al. Survival after coronary revascularization in the elderly (APPROACH). *Circulation*. 2002;105:2378-2384.
15. Parmley WW, Passamani ER, Lo B. 29th Bethesda Conference: Ethics in Cardiovascular Medicine (1997): Introduction. *J Am Coll Cardiol*. 1998;31:917-949.
16. Alexander KP, Harding TM, Coombs LP, et al. Aging and patient preferences regarding invasive cardiac care [abstract]. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39:197A.