

Jusqu'où faut-il aller dans le traitement médical ?

Th. Muller

DÉFINITION

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr ». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les être vivants qui doit être distingué des effets des maladies. Nous pouvons considérer comme réussi, un vieillissement sans pathologie ni handicap permettant un bon niveau d'activité physique et des fonctions cognitives.

EFFET DU VEILLISSEMENT D'UN POINT DE VUE CARDIOVASCULAIRE

Nous observons d'un point de vue cardio-vasculaire une augmentation de la pression systolique et du pouls, une pression diastolique inchangée voire diminuée, une légère augmentation de la masse ventriculaire (HVG concentrique) et une altération du remplissage passif du VG compensé par la systole auriculaire.

IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les objectifs thérapeutiques seront en phase avec la comorbidité, les complications cardiovasculaires, l'espérance de vie et les troubles cognitifs tout en limitant les complications iatrogènes (C-V, reins).

- *Hypertension artérielle systolique* : les objectifs tensionnels sont discutés, les chiffres seuils de traitement se situant chez le patient âgé de plus de 80 ans entre 150-159 mmHg, alors que pour d'autres, ils sont à 160 mmHg. Les mesures non pharmacologiques restent prioritaires, la restriction sodée et l'activité physique régulière sont recommandées. L'usage d'une médication antihypertensive sera initiée si ces mesures ne suffisent pas en prenant en compte les problèmes d'hypotension orthostatique et d'hypotension post-prandiale fréquents dans cette catégorie d'âge.
- *Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée*: le traitement consistera à traiter la surcharge vasculaire et à corriger les anomalies la provoquant. Il faudra ralentir la réponse ventriculaire de la fibrillation auriculaire, prévenir l'ischémie myocardique, contrôler l'hypertension, réduire l'hypertrophie ventriculaire gauche.
- *Hypercholestérolémie* : en prévention secondaire, l'usage des statine réduit les événements cardio-vasculaires de manière plus importante que prévue. Elles sont par ailleurs encore insuffisamment prescrites. Les études 4S, CARE, Lipid, HPS, Prosper montrent un avantage à traiter les personnes âgées par une statine. En prévention primaire, les études 'AFCAPS/TextCAPS, ASCOT-LLA, et JUPITER' incluant des sous-groupes de personnes âgées retrouvent des résultats comparables à ceux mis en évidence chez les jeunes. L'évidence est cependant limitée. Selon le rapport du 'Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program', l'incidence la maladie coronarienne augmentant de manière importante avec l'âge, le bénéfice des statines démontré chez les plus jeunes peut s'appliquer aux personnes âgées chez qui l'on rencontre plusieurs facteurs de risque.

1. Cliniques universitaires Saint-Luc,
Service de cardiologie, B-1200 Bruxelles

– *Fibrillation auriculaire* : la prévalence de la fibrillation auriculaire augmente avec l'âge atteignant un taux de 10% dans la population de plus de 75 ans. Le choix thérapeutique sera orienté préférentiellement vers le traitement freinateur. La fibrillation auriculaire est associée à un risque d'accident vasculaire plus élevé. Ce risque d'accident peut être évalué en prenant en compte l'âge du patient, le sexe, l'existence d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension artérielle ou d'un diabète. Seront retenus également les antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'accident cardiaque, d'artérite ou d'embolie périphérique (Score Cha2ds2-VASc). Le risque hémorragique doit également être pris en compte. L'âge, l'hypertension, les anomalies rénales ou hépatiques, la labilité de l'INR, l'histoire d'une hémorragie ancienne ou récente, l'usage de drogues ou d'alcool, l'existence d'un diabète, d'une anémie ou la prise d'un traitement antiagrégant plaquettaire sont à considérer pour évaluer ce risque.

POYMÉDICATIONS=DANGER

En 2009 aux Etats Unis, 39 millions d'habitants étaient âgés de plus de 65 ans soit 13 % de la population globale. Ils ont consommé 33 % des prescriptions. 19 % de ces patients recevaient plus de 10 médicaments et 60 % plus de 5 médicaments. Le conseil est donc donné de vérifier le traitement en cours, d'arrêter les médicaments inutiles, de considérer les effets secondaires et de rechercher si possible les solutions alternatives les moins potentiellement dangereuses.

CONCLUSIONS

Face à une personne âgée, il faudra prendre en compte l'épidémiologie et les complications spécifiques. Nous notons des arguments thérapeutiques forts mais parfois incomplets. Nous disposons d'un arsenal médicamenteux efficace mais potentiellement dangereux. Il faut donc garder des objectifs thérapeutiques adaptés à la situation particulière de la personne âgée.

Références

- Chobanian *et al.*: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; **289** : 2560.
- Izzo *et al.*: Clinical Advisory Statement. Importance of systolic blood pressure in older Americans. *Hypertension*. 2000; **35** : 1021.
- Zile, MR *et al.*: New concepts in diastolic dysfunction and diastolic heart failure: Part I: diagnosis, prognosis, and measurements of diastolic function. *Circulation*. 2002; **105** : 1387.
- Aurigemma, GP *et al.*: Diastolic heart failure. *N Engl J Med*. 2004; **351** : 1097.
- Banerjee *et al.*: Diastolic heart failure: neglected or misdiagnosed?. *J Am Coll Cardiol*. 2002; **39** : 138.
- Redfield *et al.*: Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *JAMA*. 2003; **289** : 194.
- Jonathan Afilalo *et al.*: Statins for Secondary Prevention in Elderly Patients: A Hierarchical Bayesian. *JACC*. 2008; **51** (1) : 37-45.
- Grundy SM *et al.*: Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *Arch Intern Med*. 1999; **159** (15) : 1670-8.
- Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Adult Treatment Panel III: Final report. US Department of Health and Human Services; Public Health Service; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*. 2002; **106** : 3143.
- Deedwania *et al.*: Effects of intensive versus moderate lipid-lowering therapy on myocardial ischemia in older patients with coronary heart disease: results of the Study Assessing Goals in the Elderly (SAGE). *Circulation*. 2007; **115** : 700.
- Go *et al.*: Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice?. *JAMA*. 2003; **290** : 2685.
- Gage *et al.*: Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2001; **285** : 2864.
- Gage *et al.*: Selecting patients with atrial fibrillation for anticoagulation: stroke risk stratification in patients taking aspirin. *Circulation*. 2004; **110** : 2287.
- Wyse Dg *et al.*: A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. The atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm management (AFFIRM) investigators. *N Engl J Med*. 2002; **347** : 1825.
- Shireman *et al.*: Development of a contemporary bleeding risk model for elderly warfarin recipients. *Chest*. 2006; **130** : 1390.
- González HM *et al.*: Acculturation and the Prevalence of Depression in Older Mexican-Americans: Baseline Results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. *JAGS*. 2001; **49** (7) : 948-53.