
Arythmies ventriculaires après infarctus
Traiter ou ne pas traiter

Dans le Bibliomed du 27 mai 1995 nous avons rapporté une vaste revue de tous les essais randomisés sur le bénéfice des antiarythmiques après infarctus du myocarde chez les patients avec troubles du rythme ventriculaire (138 essais concernant 98000 patients) qui concluait à une surmortalité dans le groupe traité par antiarythmiques par rapport au placebo. Seuls les bêtabloquants, et, avec un moindre degré de certitude, l'amiodarone réduisaient la mortalité. C'est en fonction de ces données qu'une étude a voulu tester le bénéfice d'un défibrillateur implantable dans ce groupe à haut risque de mort subite¹.

L'étude a concerné 196 patients ayant eu un infarctus du myocarde, un épisode documenté de tachycardie ventriculaire, et présentant une fraction d'éjection ventriculaire <0,35. Ils ont été assignés par randomisation à recevoir soit un défibrillateur implantable (95 patients), soit une thérapeutique médicale conventionnelle (101 patients). Au

cours d'un suivi moyen de 27 mois, il a été noté 15 morts dans le groupe défibrillateur (11 de cause cardiaque) et 39 dans le groupe thérapeutique conventionnelle (27 de cause cardiaque). Les auteurs concluent à la supériorité (p 0,009) dans ce groupe à haut risque du défibrillateur implantable sur le traitement médical conventionnel.

L'éditorial² qui accompagne cette étude en relativise les conclusions:

- le traitement conventionnel, élément de la comparaison, était laissé au choix du médecin traitant, ce qui rend difficile toute analyse précise et ne permet pas d'éliminer une surmortalité due au traitement. Certes 74% des patients prenaient de l'amiodarone au contrôle du premier mois, mais seulement 45% au dernier contrôle. Et l'on ne sait pas si avant le premier contrôle, à la période de la plus grande mortalité, les antiarythmiques classiques n'étaient pas plus largement prescrits. A l'inverse les bêtabloquants étaient prescrits chez 31% du groupe défibrillateur et 14% seulement du groupe traitement conventionnel. Ainsi l'imprécision des traitements antiarythmiques utilisés ne permet pas une analyse valable des résultats, et de faire le partage entre le bénéfice éventuel du défibrillateur et les effets bénéfiques ou maléfiques des antiarythmiques.
- la véritable question est alors de savoir si le défibrillateur apporte un plus au traitement conventionnel actuellement validé dans ce groupe, qui comprend: bêtabloquants, IEC, aspirine et statines, mais pas d'antiarythmiques. L'étude rapportée ne permet pas de répondre à cette question, étant donné les imprécisions sur les traitements utilisés.
- d'autres études sont en cours sur l'intérêt du défibrillateur implantable, concernant d'autres populations de patients. En l'attente de ces résultats, et en se rappelant que le défibrillateur n'améliore pas la qualité de vie, les auteurs conseillent de donner la préférence aux traitements actuellement validés et de limiter les implantations aux patients à très haut risque, très strictement sélectionnés.
- enfin il ne faut pas négliger les conséquences économiques de la mise en oeuvre de ces conclusions: aux USA, chez les 16000 patients annuels, bénéficiaires éventuels parmi les 1,3 millions survivants chaque année d'un infarctus, le coût initial, non inclus le coût du suivi, serait de 1 milliard de dollars! Un unique essai, incluant moins de 200 patients semble ici insuffisant.

Que conclure de tout cela?

- un résultat apparemment convaincant doit être analysé, disséqué de façon précise avant d'en adopter les conclusions, surtout s'il concerne des méthodes invasives.
- les études comparatives dans un essai doivent partir des données actuelles de la science. Dans le cas particulier il y a quatre traitements largement validés: bêtabloquants, IEC, aspirine, statines. Les ignorer enlève toute validité opérationnelle à une comparaison.

1- Moss AJ et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary heart disease at high risk for ventricular arrhythmia. N. Engl. J. Med. 1996, 335, 26, 1933-1940

2- Friedman PL, Stevenson WG. Unstained ventricular tachycardia. To treat or not to treat. N. Engl. J. Med. 1996, 335, 26, 1984-1985

Numéro 46 du 23 janvier 1997

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)