

Variations de fréquence des procédures cardiaques invasives après infarctus du myocarde chez les gens âgés

La prise en charge de l'infarctus du myocarde s'accompagne le plus souvent de procédures cardiaques invasives, coronarographie, angioplastie ou pontage. Les attitudes sont assez variables selon les écoles et les centres où sont soignés les patients. Des auteurs nord-américains ont effectué une comparaison de cet usage aux Etats Unis et au Canada chez les patients âgés, et comparé les résultats en terme de mortalité. ¹

L'étude a concerné 224.258 patients âgés bénéficiaires du Medicare aux USA (âge moyen 76 ans) et 9444 patients âgés originaires de l'Ontario (âge moyen 75 ans), ayant eu un infarctus du myocarde en 1991. Les patients américains avaient eu dans les 30 premiers jours significativement plus de procédures cardiaques invasives que les canadiens ($p < 0,001$). La différence s'atténue légèrement au bout de 180 jours, mais persiste encore : coronarographies: 34,9% vs 6,7%, à 30 jours, 39,5% vs 10,4% à 180

jours; angioplastie 11,7% vs 1,5%, et 14% vs 2,8%; pontages 10,6% vs 1,4%, et 14,5% vs 3,5%. Au total le taux de gestes de revascularisation à 180 jours est de 26,9% aux USA et de 5,8% au Canada. Les résultats en terme de mortalité sont sensiblement identiques dans les deux groupes, avec une légère différence à 30 jours en faveur des USA (21,4% vs 22,3%, $p = 0,03$), qui disparaît à 1 an (34,3% vs 34,4%, $p = 0,94$).

Cette étude pose divers problèmes analysés par les auteurs et par l'éditorial accompagnateur ²:

- une telle différence est retrouvée dans plusieurs autres études, bien qu'à un moindre degré, en particulier dans les grandes études internationales (mais ces études concernent des patients sélectionnés). De même les études sur l'usage des procédures invasives montrent dans les autres pays des taux de procédures inférieurs au taux américain: 75% en Allemagne, pays européen où les procédures sont le plus utilisées, et 30% en Grande Bretagne. Les données canadiennes apportées dans cette étude concernent l'Ontario, et ne reflètent pas obligatoirement tout le Canada.
- l'utilisation des procédures est directement liée à l'équipement de l'hôpital d'accueil: les hôpitaux américains étaient beaucoup plus souvent équipés pour ces procédures (91,7% des patients canadiens étaient accueillis dans des hôpitaux sans aucun équipement de ce type contre seulement 55,4% des patients américains); et plusieurs études ont montré que l'existence d'un laboratoire de coronarographie était un meilleur prédicteur de coronarographie que les caractéristiques cliniques du patient. Faut-il incriminer également l'organisation du système de soins et le mode de rémunération? Les auteurs posent la question.
- l'équivalence en terme de mortalité, indépendante du taux de procédures, a été retrouvée dans d'autres études, notamment SAVE, GUSTO, TIMI., et autant chez des patients d'âge moyen que des patients âgés.
- l'absence de différences en terme de mortalité à 1 an entre les deux groupes suffit-elle pour dire que l'utilisation américaine des procédures est excessive? Il n'est pas possible de le dire en l'absence d'information sur la qualité de vie des patients; il faut se rappeler en effet que le bénéfice des procédures de revascularisation s'apprécie sur l'espérance de vie, mais aussi, et pour une large part sur la qualité de vie.
- il faut enfin tenir compte des traitements médicaux associés, qui peuvent améliorer la survie à 1 an et qui sont utilisés de façon différente selon les pays. L'étude GUSTO suggère que les médecins canadiens observent mieux les recommandations que les américains. Il faut se rappeler que cette étude est une comparaison de deux cohortes, dans deux pays différents, aux systèmes de santé différents, et que l'on ne dispose pas dans le texte de données comparatives précises en terme d'état clinique dans les deux cohortes.

En définitive, il semble que l'on puisse retenir que si la pratique de procédures de revascularisation après infarctus a indiscutablement amélioré le pronostic global, leur utilisation extensive n'a pas encore fait la preuve de son utilité. Dans ce domaine les attitudes "économiques", argumentées, doivent être préférées à un usage semi-systématique. Par contre les thérapeutiques médicales qui ont fait la preuve de leur efficacité doivent être largement utilisées. Mais, comme conclut l'auteur de l'éditorial, des méthodes d'évaluation globale des stratégies de soins s'imposent, à l'image de ce qui a été fait pour les médicaments.

1 - TU J.V. et coll. Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United states and Canada. N. Engl. J. Med. 1997, 336, 21, 1500-1505

2 - KRUMHOLZ H.M. Cardiac procedures, outcomes, and accountability. N. Engl. J. Med. 1997, 336, 21, 1522-1523

Mots-clé: infarctus du myocarde, examens complémentaires, coronarographie, organisation des soins

Numéro 73 du 25 septembre 1997