

Compte-rendu

Au Coeur du Dilemme : Foncer ou Rester Sage chez les Seniors ?

Mots-clés

syndrome coronarien aigu, SCA, infarctus du myocarde, NSTEMI, coronarographie, SENIOR-RITA, âgé Invasive Treatment Strategy for Older Patients with Myocardial Infarction

Kunadian V. et al., NEJM, 01.09.2024

[DOI: 10.1056/NEJMoa2407791](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2407791)

Introduction

Les évidences pour le traitement pharmacologique et invasif du syndrome coronarien aigu (SCA) chez les patients > 75 ans sont limitées en raison de leur sous-représentation dans les essais cliniques. L'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) est le SCA le plus fréquent dans cette population. Peu d'études ont évalué la stratégie invasive, et les résultats sur les événements cardiovasculaires (CV) majeurs et la mortalité sont divergents. Par conséquent, il est recommandé d'individualiser le traitement selon la fragilité et les comorbidités des patients. L'essai SENIOR-RITA a été conçu spécifiquement pour évaluer les bénéfices potentiels d'une approche invasive systématique chez une population âgée atteinte de NSTEMI.

Méthode

Etude prospective multicentrique (Royaume-Uni), contrôlée randomisée (1:1), comparant une stratégie de traitement invasif (coronarographie et revascularisation) avec une stratégie conservative. Les deux groupes ont reçu la meilleure thérapie médicamenteuse cardioprotectrice possible et ont pu bénéficier d'une coronarographie et revascularisation ultérieure si nécessaire. **Inclusion :** patient·es ≥ 75 ans présentant un NSTEMI de type 1. **Exclusion :** choc cardigène ou STEMI, espérance de vie <1 an, patient·es non éligibles pour une coronarographie. **Issue primaire :** composite de décès CV et d'infarctus du myocarde non fatal.

Résultats

6'977 participants éligibles, dont 1'518 randomisés, âge moyen 82 ans, 44.7% de femmes, 32.4% classés comme « fragiles » selon l'Index de Fried, Index de comorbidités de Charlson médian de 5, score de MoCA médian de 24. Suivi médian de 4.1 ans. L'issue primaire est survenue chez 25,6% des patients du groupe invasif et 26,3% du groupe conservateur (HR 0,94 ; P=0.53). Dans le groupe invasif, une angiographie a eu lieu dans 90.3% des cas et une revascularisation dans 49.9%. Les coronarographies ultérieures ont été réalisées chez 5,6% du groupe invasif contre 24,2% dans le groupe conservateur (HR 0.20) et les revascularisations dans 3.9% contre 13.7% (HR 0,26). Les événements indésirables (accidents ischémiques transitoires, saignements) étaient similaires dans les deux groupes, avec des complications procédurales dans <1% des cas.

Discussion

Les résultats montrent que la **stratégie invasive n'a pas significativement réduit le risque d'événements majeurs** (décès CV ou infarctus non fatal) **par rapport à la stratégie conservative lors d'un suivi de 4 ans**. La population de l'étude incluait des patients fragiles et cognitivement affectés, soulignant la pertinence des résultats pour la population cible. Toutefois, la taille de l'échantillon était légèrement inférieure à celle prévue, avec de nombreux

patients éligibles non randomisés, ce qui peut induire un biais de sélection. De plus, la possibilité de coronarographies et revascularisations ultérieures dans les deux groupes limite la comparaison des deux approches à long terme.

Conclusion

Une approche initialement conservative semble raisonnable chez les populations fragiles âgées de plus de 75 ans présentant un NSTEMI de type 1.

| Date de publication | Auteurs |
|---------------------|---------|
| 04.11.2024 | |