

HTA du sujet âgé



Absence de lien d'intérêt

8^{ème} Journée de cardiologie du 9 Juin 2016

Épidémiologie




- Prévalence de l'HTA augmente avec l'âge
70 % des sujets de plus de 80 ans sont hypertendus
- En France, 50 % des hypertendus sont contrôlés avec un pourcentage s'abaissant à 30 % chez les hypertendus âgés.
- Facteur de risque de maladies CV (infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque [IC]) et d'AVC.
- Entre 80-89 ans: relation linéaire entre PA et mortalité

| | 55-64 ans | | 65-74 ans | |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | ENNS | MONA LISA | ENNS | MONA LISA |
| Hommes | | | | |
| Prévalence (%) | 62 | 63 | 70 | 80 |
| HTA connue (%) | 55 | 57 | 60 | 68 |
| HTA connue traitée (%) | 85 | 80 | 91 | 92 |
| HTA traitée contrôlée (%) | 43 | 27 | 34 | 20 |
| Femmes | | | | |
| Prévalence (%) | 44 | 50 | 65 | 71 |
| HTA connue (%) | 62 | 67 | 69 | 71 |
| HTA connue traitée (%) | 91 | 85 | 95 | 90 |
| HTA traitée contrôlée (%) | 59 | 41 | 50 | 28 |

Quels sujets âgés ?

- **Les plus de 65 ans**
 - Comorbidité
 - Non = HTA du sujet jeune
 - Oui = HTA du sujet > 80 ans
 - Syndrome de fragilité
 - Oui = HTA du sujet de > 80 ans
- **Les plus de 80 ans**

Particularités de l'HTA du sujet âgé

- Élévation de la PAS (HSI)   AVC-coronaropathie
- Baisse éventuelle de la PAD (60ans)
 augmentation de la pression pulsée
- La variabilité tensionnelle multiplie le risque d'AVC x 6
- Risque plus élevée d'hypotension orthostatique

Causes : rigidité artérielle

Définitions et cibles

Définitions

- Après 65 ans
 - Sans comorbidité
 - Sans syndrome de fragilité
 - PAS > 140 /90
 - Si syndrome de fragilité
 - PAS > 160/90
- Après 80 ans
 - PAS > 160/90

Cibles

- Après 65 ans
 - Sans comorbidité
 - Sans syndrome de fragilité
 - PAS <140
 - PAD < 80
 - Si syndrome de fragilité
 - PAS < 150
 - PAD < 90
 - Après 80 ans
 - PAS < 150
 - PAD < 90
- Sans HTO**

Niveaux de preuve du bénéfice de traiter

- HYVET⁽¹⁾, le TT induit une réduction significative de:
 - la mortalité totale
 - la mortalité CV, des IDM et AVC non mortels, l'insuffisance cardiaque
 - Non significative des AVC (p=0,05)
- Bénéfice comparable du TT de l'HTA sur la morbidité et la mortalité avant et après 65 ans ⁽²⁾
- Des méta-analyses ^(3,4) confirment les effets bénéfiques du traitement :
 - réduction des AVC et de l'IC
 - pas de la mortalité
 - prévention du risque de démence ?
- HYVET après traitement de tous différence de bénéfice entre les 2 groupes = intérêt à traiter rapidement ⁽⁵⁾

1 Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. N Engl J Med 2008; 358:1887-1898 May 1,2008

2 Briasoulis A, Agarwal V, Tousoulis D, Stefanadis C. Effects of antihypertensive treatment in patients over 65 years of age: a meta-analysis of randomized controlled studies. Heart 2014;100:317-23.

3 Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. Bejan-Angoulvant et al. J Hypertens 2010 Jul;28(7):1366-72.

4 Treatment of arterial hypertension in the very elderly: a meta-analysis of clinical trials.Schall P. Arzneimittelforschung.2011;61(4):221-8

5 Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, et al; HYVET Study Group. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomized controlled trial. BMJ 2012;344:d7541.

HYVET

- Démontre le bénéfice du traitement
- Essai en double aveugle près de 4 000 patients de plus de 80 ans traitement antihypertenseur versus un placebo.
- Réduction de 21 % mortalité $NNT/2ans = 40$
- Réduction de 30 % des AVC ($p=0,055$) $NNT/2ans = 94$
- Réduction de 64 % de l'insuffisance cardiaque
- Bénéfice rapide dès 6 mois de traitement.
- Ce quelque soit l'index de fragilité au début
- Sans effets délétères notoires ($\downarrow Na^{++}$, \uparrow uricémie, = fractures)
- *Mais (population? Cibles?)*
- *Et quel impact de l'étude SPRINT ?*

Affirmer l'HTA

- Effet blouse blanche, plus fréquent (40 % après 75 ans)
- Plusieurs mesures
- Utilisation de l'auto-mesure ou MAPA
 - Après 65 ans < 135/85
 - Après 80 ans <150 PAS
- Éduquer à l'auto-mesure
 - Bien expliquer
 - Faire devant, faire avec, faire faire

La mesure et la saisie des données

Traitement

- Pas de classe spécifique
- HTA systolique : privilégier thiazidiques et ICA
- Débuter prudemment
- Réévaluation à 1 mois
- Bithérapie fréquente
- Pas plus de 3 médicaments dont 1 thiazidique
- B Bloquant seulement si autre indication
- Surveiller PA assis/couché et debout

Attention

- Aux interactions médicamenteuses.
- Pas de régime sans sel (risque de dénutrition ou d'hyponatrémie).
- Si forte chaleur ou diarrhée/vomissement : suspendre le traitement ou réduire la posologie
- Ne pas hésiter à réévaluer périodiquement le bien fondé du traitement.
- La PA a tendance à baisser avec l'âge

Des comorbidités à plus haut risque

- Insuffisance rénale
- Diabète de type 2 ou 1 avec neuropathie végétative
- Traitements psychotropes
- Troubles cognitifs
- Maladie de Parkinson
- Syndrome de Shy Drager

Surveiller

- La fonction rénale
 - La natrémie et la kaliémie
 - L'état d'hydratation
 - Les fonctions cognitives = observance et iatrogénie
 - Recherche systématique d'une hypotension orthostatique : adaptation du traitement.
- } biologie tous les 3 à 6 mois

En conclusion traiter l'HTA du sujet âgé avec des cibles plus pondérées , sans retard , en adaptant les traitements aux comorbidités et en dépistant l'hypotension orthostatique

MERCI DE VOTRE ÉCOUTE