

L'hypertension du sujet âgé prise en charge

Joël Belmin
Hôpital Charles Foix et Université Paris 6
Ivry-sur-Seine

Traitement de l'HTA du sujet âgé



Pourquoi faut-il traiter ?
Comment traiter ?
Quel suivi ?
Les cas difficiles

Pourquoi traiter l'HTA du sujet âgé ?

Etudes à haut niveau de preuve (Essais randomisés et méta-analyses)

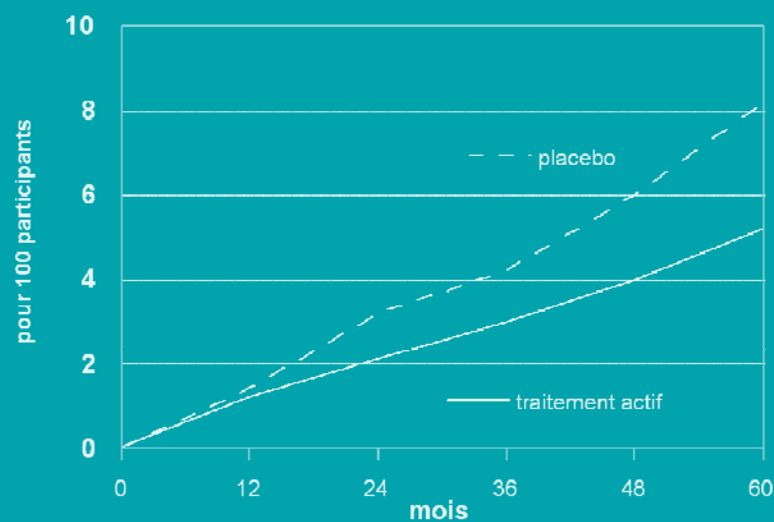
Par rapport au placebo, le traitement anti-hypertenseur permet de diminuer l'incidence de :

- AVC de 35%
- Insuffisance cardiaque de 50%
- Coronaropathie de 20%

Bénéfices montrés pour :

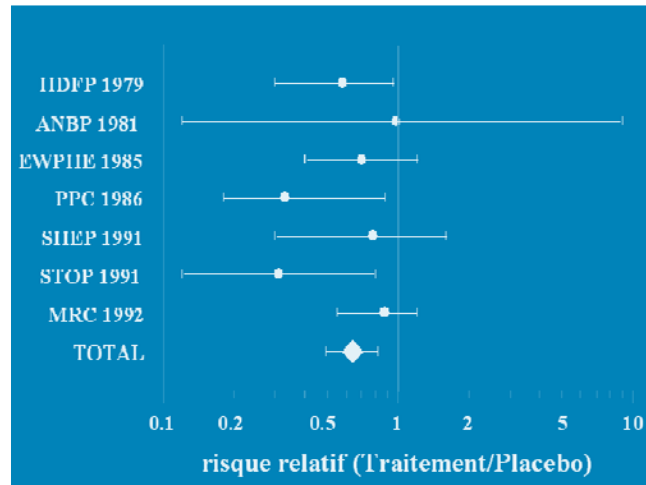
HTA systolique
HTA après 80 ans

Fréquence cumulée des accidents vasculaires cérébraux



d'après SHEP Collaborative Group, 1991

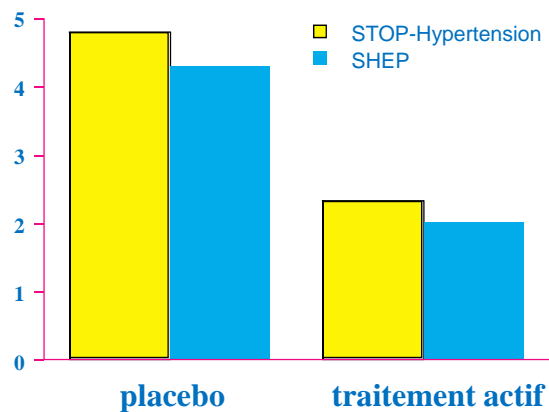
Prévenir l'Accident Vasculaire Cérébral Traitement de l'HTA du Sujet Agé et Mortalité par AVC



d'après Insua, Ann Intern Med 1994

Prévention de l'insuffisance cardiaque par le traitement de l'HTA du sujet âgé

Fréquence de l'insuffisance cardiaque (%)



d'après Dahlof, Lancet 1991, et SHEP Collaborative Research Group, JAMA 1991

Etude HYVET chez les hypertendus de plus de 80 ans

4761 sujets sélectionnés

3845 randomisés

Pays d'inclusion

- Europe occidentale (86)
- Europe de l'Est (2144)
- Chine (1526)
- Tunisie (70)
- Australasia (19)

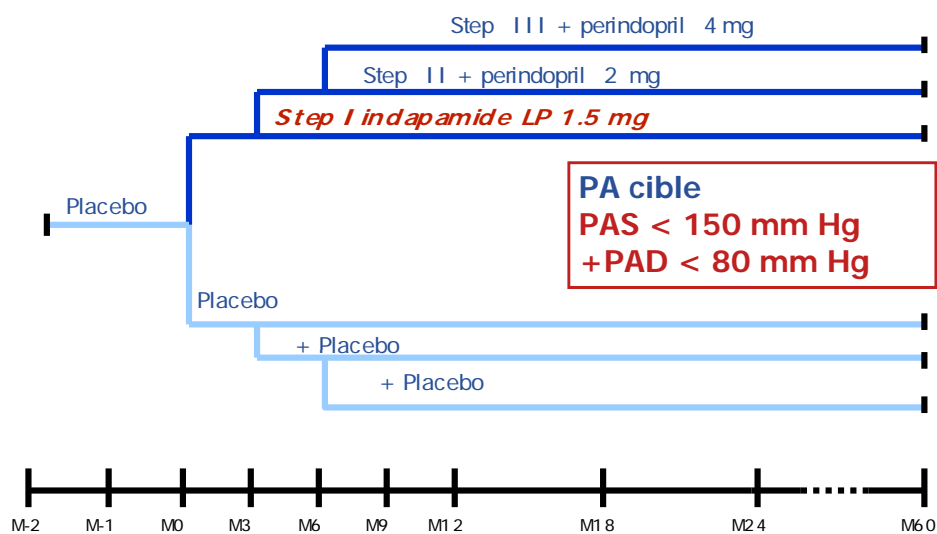
HTA systolique isolée à partir de
2003

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

REPRINTED FROM 3812 MAY 1, 2009 VOL. 360 NO. 18

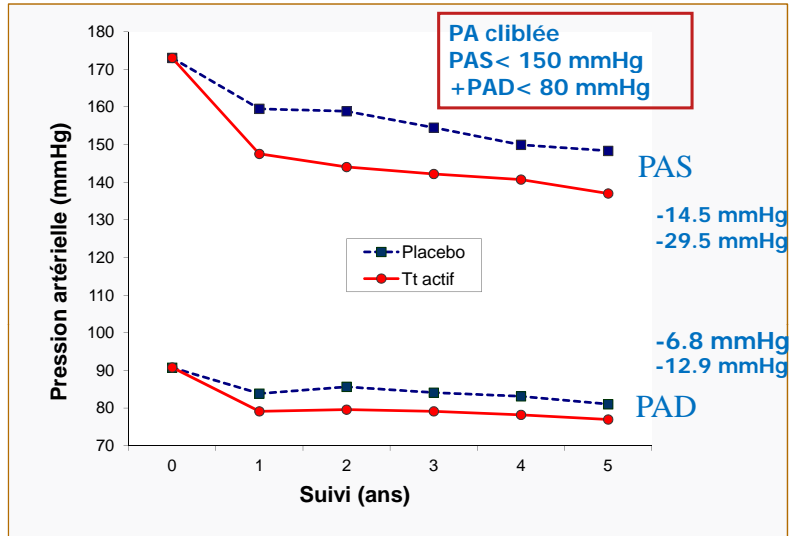
Treatment of Hypertension in Patients 80 Years
of Age or Older

DESIGN

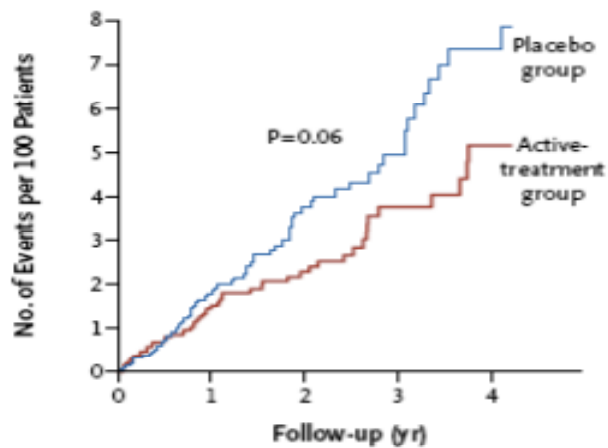


NEJM 2008;358

HYVET : effets sur la pression artérielle



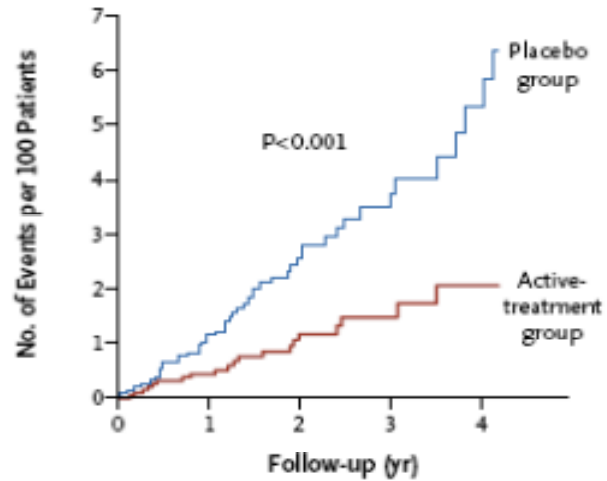
AVC : Reduction de 30%



No. at Risk					
Placebo group	1912	1484	807	374	194
Active-treatment group	1933	1557	873	417	229



Insuffisance cardiaque Réduction de 64%



No. at Risk

Placebo group	1912	1480	794	367	188
Active-treatment group	1933	1559	872	416	228

Traitement de l'HTA du sujet âgé



Pourquoi faut-il traiter ?

Comment traiter ?

Quel suivi ?

Les cas difficiles

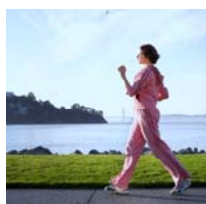
Dynamique temporelle

Pression artérielle élevée au cabinet médical

- Si PA > 180/110 mmHg →
 - bilan et débuter aussitôt le tt médicamenteux
- Si PA < 180/110 mmHg →
 - Confirmer le dg par automesure ou MAPA
 - Conseils hygiéno-diététiques
 - Après qq semaines (2 mois)
 - Si Dg d'HTA confirmé → débuter un tt par un médicament
- Contrôler l'HTA en 6 mois (PA < 150/90 mmHg)

Conseils hygiéno-diététiques pour les hypertendus âgés

	Favoriser	Lutter contre
Alimentation	Fruits et légumes Régime méditerranéen	Excès de sodium Abus d'alcool Surpoids
Mode de vie	Activité physique	Sédentarité Tabac



Quel traitement médicamenteux ?

Commencer par un médicament faisant partie d'une des 5 grandes classes pour lesquelles un effet est montré sur la morbi-mortalité:

- Diurétiques thiazidiques et apparentés
- Béta-bloquants
- Inhibiteurs calciques
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine

Quel anti-hypertenseur choisir ?

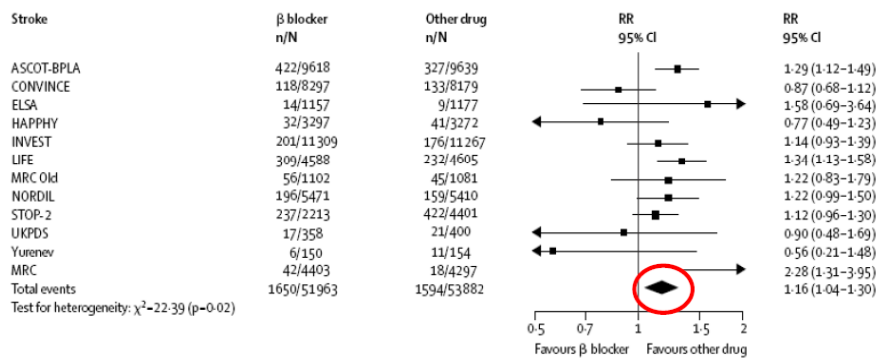
- Différences d'effets cliniques entre anti-hypertenseurs ?
 - Béta-bloquants : moindre protection contre le risque d'AVC
 - IEC- ARA2 : effets plus marqués sur les chiffres tensionnels
- Les co-morbidités conduisent souvent à orienter le choix

Co-morbidité	Choix de l'anti-hypertenseur
Diabète, insuffisance rénale	IEC, ARA2
Insuffisance cardiaque	Diurétique, IEC, bêta-boquant
Coronaropathie	IEC, bêta-bloquant
Fibrillation atriale	Béta-bloquant

Différences d'efficacité clinique entre antihypertenseurs : le cas des bêta-bloquants

AVC

Tous Beta-bloquants vs. Autre traitement antihypertenseur



En première intention chez le sujet âgé

MONOTHERAPIE

- Diurétique thiazidique ou apparenté – dose faible
- Bloqueur du système rénine-angiotensine – dose ajustée à la fonction rénale
- Inhibiteur calcique – dose standard

- Préférer une prise quotidienne

Exemples de médicaments et doses chez l'hypertendu âgé (1)

Classe	Molécules	Spécialités	Dose/j	si IR
Diurétiques	hydrocholorthiazide	Esidrex	12,5 mg	
	idem + aldactone	Aldactazine	½ cp	CI
	indapamide LP	Fludex	1,5 mg	CI
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	ramipril	Triatec	1,25 à 10 mg	⚡
	perindopril	Coversyl	2 à 4 mg	⚡
	lisinopril	Zestril	5 à 20 mg	⚡
	fosinopril	Fositec	10 à 20 mg	idem
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine	candesartan	Atacand, Kenzen	4 à 16 mg	⚡
	losartan	Cozaar	50 mg	idem
	valsartan	Nisi, Tareg	40 mg	idem
	omesartan	Alteis, Olmetec	10 à 20 mg	idem

Exemples de médicaments et doses chez l'hypertendu âgé (2)

Classe	Molécules	Spécialités	Dose/j	si IR
Inhibiteur calcique	amlodipine	Amlor	5 mg	idem
	felodipine	Flodil	5 mg	idem
	lacidipine	Caldine	2 mg	Idem
	lercandipine	Lercan	10 mg	Idem
Béta-bloquant	aténolol	Ténormine	50 mg*	Idem
	bisoprolol	Cardensiel, Détensiel	5 mg*§	Idem
	metoprolol	Lopressor, Seloken	100 mg*§	Idem
	nebivolol	Nebilol, Temerit	5 mg*§	Idem
	acébutolol	Sectral	100 mg*	idem

*À augmenter en fonction de la réponse clinique
§ en cas d'insuffisance cardiaque, voir doses spécifiques

Tolérance des antihypertenseurs

Effets indésirables	Diu ou BB	IEC	A. calcique
	(%)	(%)	(%)
Essoufflement	11.8	7.3	8.5
Palpitations	2.9	5.3	7.9
Flush	1.6	2.0	9.7
Céphalées	5.7	7.7	10.0
Extrémités froides	9.1	3.2	2.5
Pouls lent	3.7	0.8	1.4
Cauchemars	5.8	1.4	2.0
Bouche sèche	4.4	2.0	2.7
Œdème des chevilles	8.5	8.7	25.5
Insomnie	4.3	1.8	2.3
Toux sèche	3.7	30.1	5.7
Sensation vertigineuse	27.8	27.7	24.5

D'après Hansson L et al. Lancet 1999 ;354 :1751.

Traitement de l'HTA du sujet âgé

Pourquoi faut-il traiter ?

Comment traiter ?



Quel suivi ?

Les cas difficiles

Surveillance de l'effet sur l'équilibre tensionnel

Classe thérapeutique	Délai pour évaluer l'équilibre tensionnel
Diurétiques	1 à 2 mois
IEC – ARA2	1 à 2 semaines
Inhibiteurs calciques	1 à 2 semaines
Béta-bloquants	1 à 2 mois

Objectif tensionnel
PA < 150/90 mmHg
Sans effet secondaire

Equilibre tensionnel
Évalué par automesure

Surveillance de la tolérance au traitement

- **Clinique : symptômes**
 - Toux (IEC)
 - Malaises au lever
 - Essoufflement, insomnie (Bb)
 - Céphalées, flush (ICa)
- **Clinique : signes**
 - Hypotension orthostatique +++
 - Fréquence cardiaque (Bb) et ECG si anomalie
 - Œdème des MI (Ica)
- **Biologique pour :**
 - Diurétiques (natrémie, kaliémie, créatininémie)
 - IEC et ARA2 (kaliémie, créatininémie)

Si PA mal contrôlée par la monothérapie

- Mal contrôlée : PA > à l'objectif = 150/90 mmHg
- Passer en bithérapie
- Privilégier la bi-thérapie dans le même cp
 - IEC + diurétique (hydrochlorothiazide ou indapamide)
 - ARA2 + diurétique (hydrochlorothiazide)
 - IEC + inhibiteur calcique (amlodipine)
 - ARA2 + inhibiteur calcique (amlodipine)

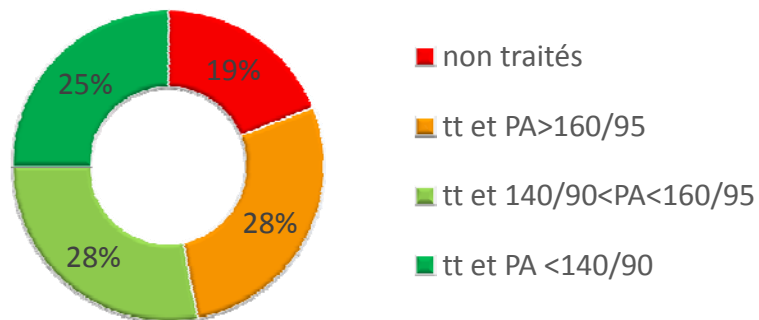
Si PA mal contrôlée par la bithérapie

- Mal contrôlée : PA > à l'objectif = 150/90 mmHg
- Revoir avec le patient l'observance
- Changer de bithérapie (classes différentes) ou
- Passer en trithérapie :
 - Association interdite : ARA2 + IEC
 - Le plus souvent IEC + diurétique + inhibiteur calcique

Contrôle tensionnel chez les hypertendus âgés

✓ Dans l'étude des 3 cités, portant sur 9090 sujets > 65 ans

✓ Parmi les 5635 hypertendus :



J Hypertens 2006

Traitement de l'HTA du sujet âgé

Pourquoi faut-il traiter ?

Comment traiter ?

Quel suivi ?

➔ Les cas difficiles

HTA résistante

- Définition : HTA non contrôlée en tri-thérapie bien suivie
- Ne pas passer à une quadri-thérapie !
- Examiner les points suivants :
 - Mauvaise observance ?
 - Dose des médicaments insuffisantes ?
 - Exces de sel / obésité / abus d'alcool
 - HTA secondaire méconnue ?
 - Syndrome d'apnée du sommeil → présent dans 80% des HTA résistantes !
 - Sténose de l'artère rénale
 - Médicaments AINS, corticoïdes, autres
 - Cause endocrinienne
 - Fausse hypertension (incompressibilité des artères du bras)
- Adresser le patient
 - à un spécialiste de l'hypertension et
 - à un spécialiste du sommeil

Poussée hypertensive

Définie par PA > 180/110 mmHg persistante malgré repos

Conduite à tenir :

1) Rechercher les signes d'une souffrance viscérale

- 1) syndrome neurologique,
- 2) syndrome coronaire aigu
- 3) insuffisance cardiaque/OAP
- 4) dissection aortique

Hospitalisation en urgence
Faire baisser la PA en urgence
Antihypertenseurs injectables

2) En l'absence de signes de souffrance viscérale

- 1) Rechercher une douleur, une rétention d'urine, anxiété → tt appropriés
- 2) Repos pdt qq heures et surveillance de la PA
- 3) Si hypertension connue : revoir le tt
- 4) Si pas d'hypertension connue : bilan et tt

Pas d'indication d'hospitalisation en urgence du fait de la PA
Faire baisser la PA en qq semaines