

Hypertension du sujet âgé : évolutions thérapeutiques

Pr Xavier Girerd

Pôle Cœur Métabolisme

Unité de Prévention des Maladies Cardiovasculaires
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix

Paris, 18 juin 2014

Spécificités de l'hypertension du sujet âgé

L'hypertension prédomine sur la pression systolique. Son contrôle par les antihypertenseurs est plus difficile.

Hypertension Artérielle

Pression Artérielle Systolique > 140 mmHg

Pression Artérielle Diastolique > 90 mmHg

Pression Pulsée > 60 mmHg

HTA

Systolo-diastolique

Résistance artérielle

160/110

pression « pincée »

HTA

systolique

Compliance artérielle

170/90

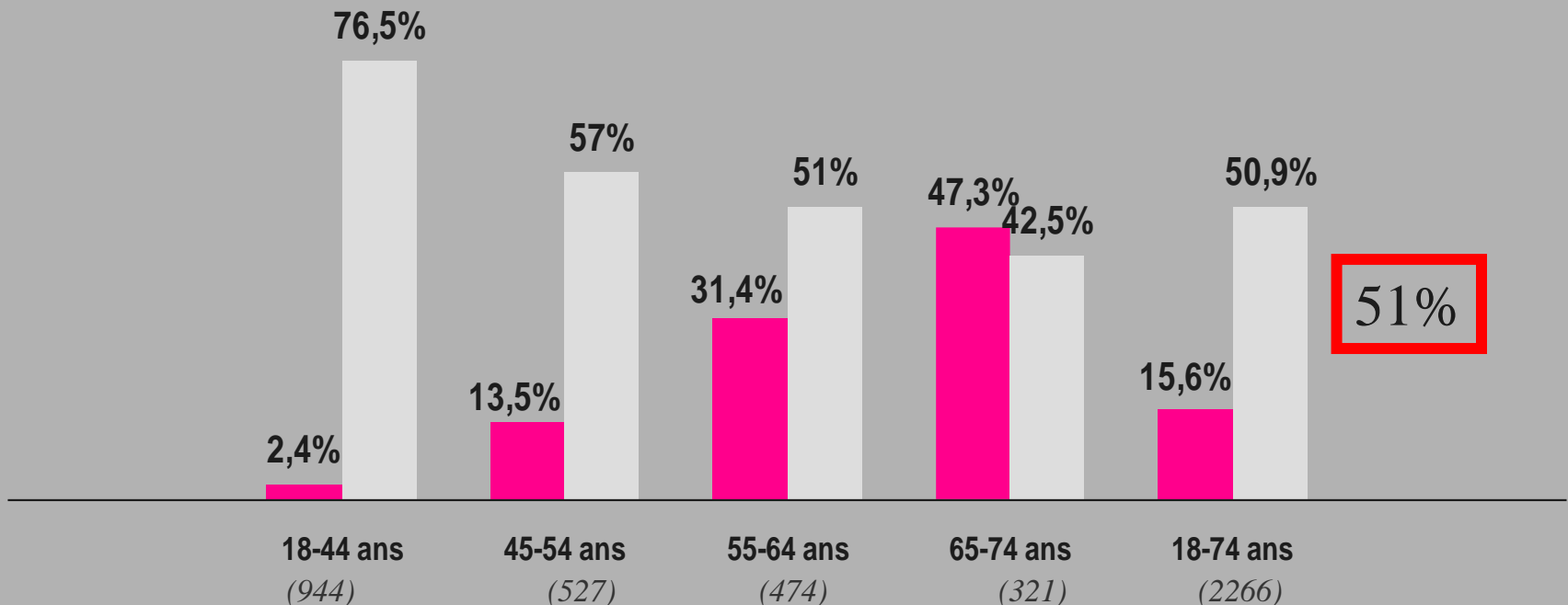
pression « élargie »

L'HTA traitée et contrôlée en France métropolitaine

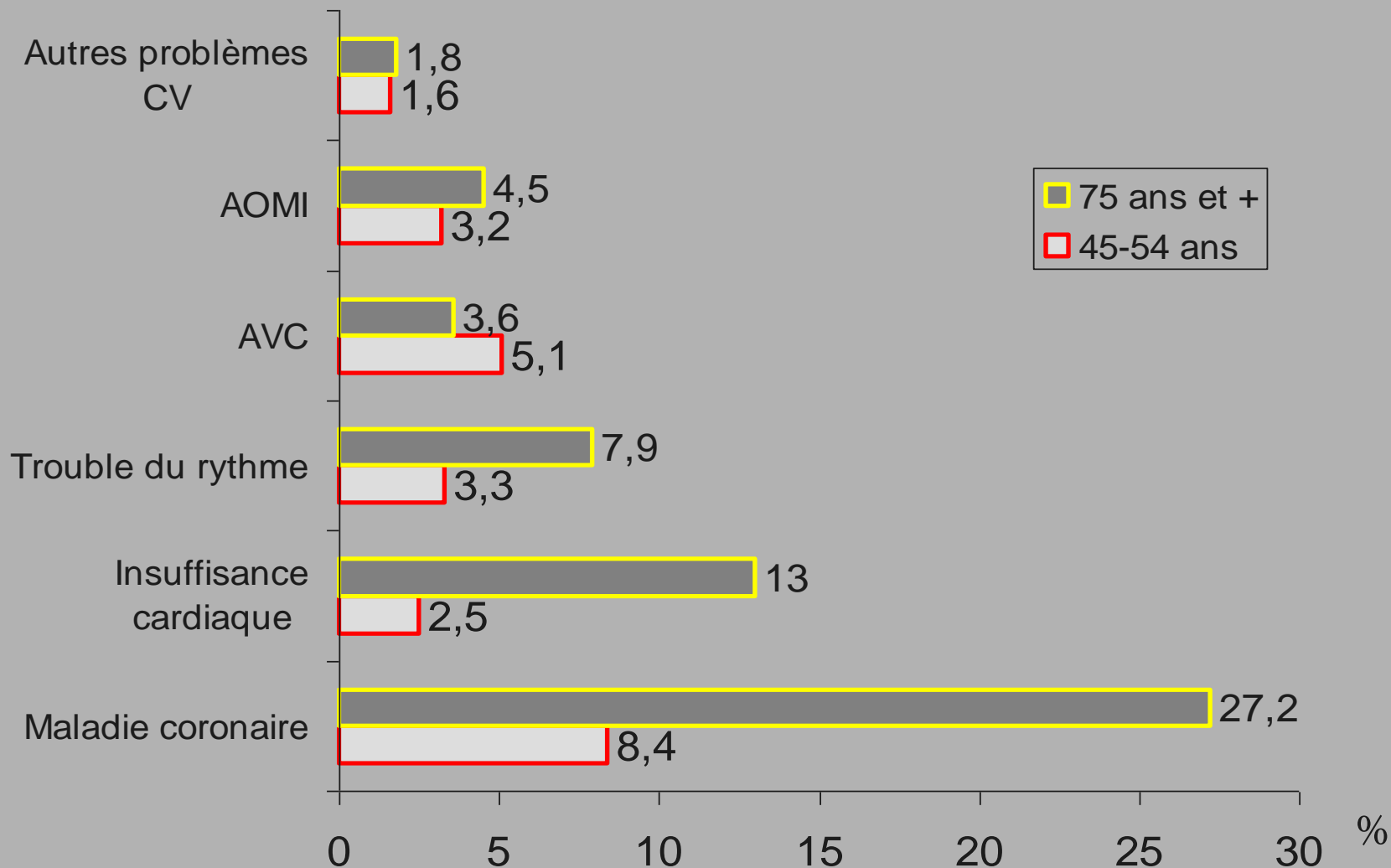
Etude Nationale Nutrition Santé 2006-2007

■ Traitée ■ Traitée et Contrôlée

70% des hypertendus traités sont âgés de plus de 60 ans



Maladies actuelles ou passées cardiovasculaires déclarées par les hypertendus traités selon l'âge



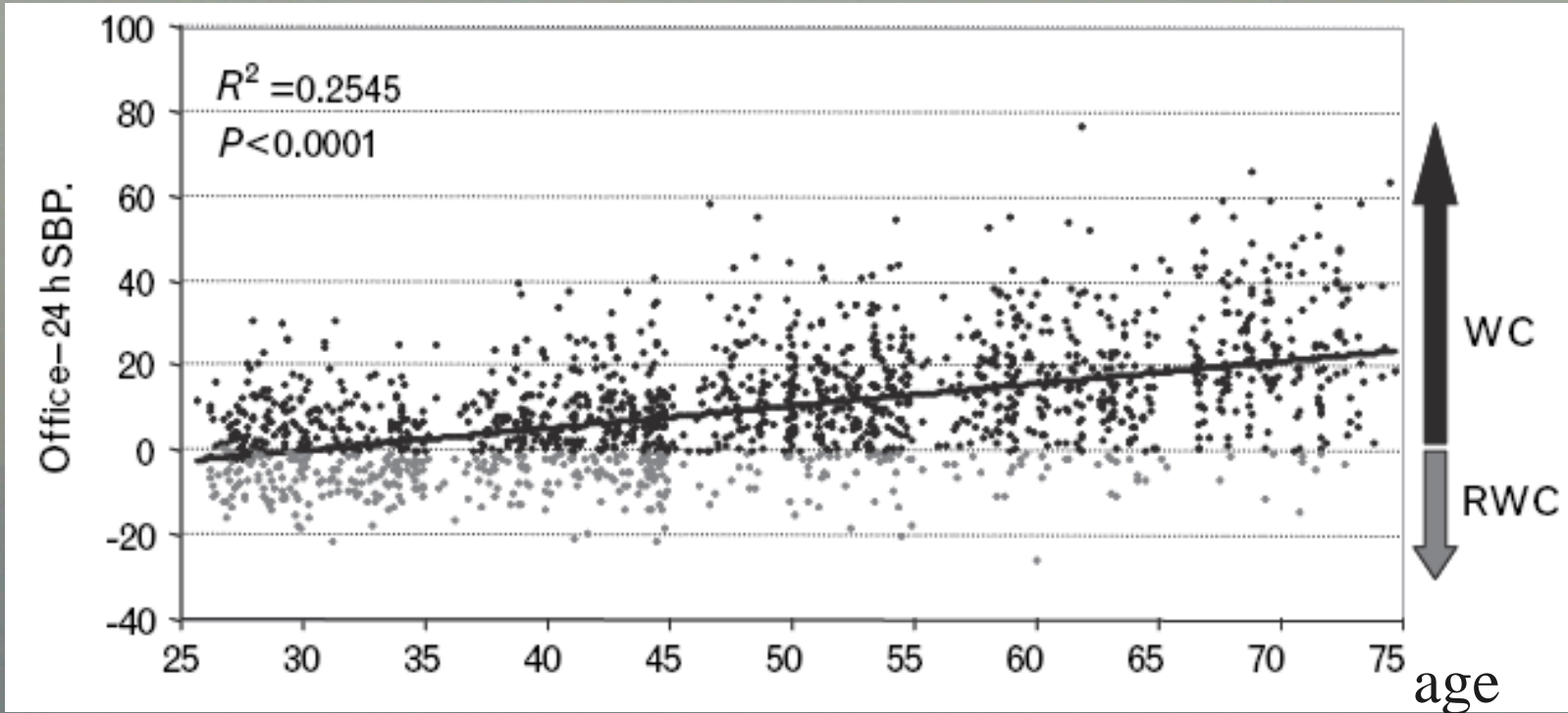
HTA du sujet âgé

La mesure de la pression artérielle est plus incertaine chez le sujets âgé

Confirmer le niveau tensionnel

Office – 24h SBP

Prévalence en fonction de l'âge PAMELA study



Mesure électronique de la pression artérielle

BP 3AC1-1



- 2 Year Guarantee
- Batteries Included
- Clinical Tested
- Fuzzy Logic
- Patent U.S. 6,447,457

**BHS A/A
grading**

BHS - A/A grading



MAM Technology



RELEVÉ D'AUTOMESURE



Réalisez le relevé d'automesure :

- après 5 minutes de position assise
- avec 3 mesures de suite mais avec un intervalle de 2 minutes entre chaque mesure
- le matin au début du petit-déjeuner
- le soir avant le coucher

Inscrire tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la pression systolique et diastolique.

Systolique = pression systolique = pression maximum

Diastolique = pression diastolique = pression minimum

	Jour 1		Jour 2		Jour 3	
	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE
Matin						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
Soir						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Nom : Prénom :

Période du relevé : du au

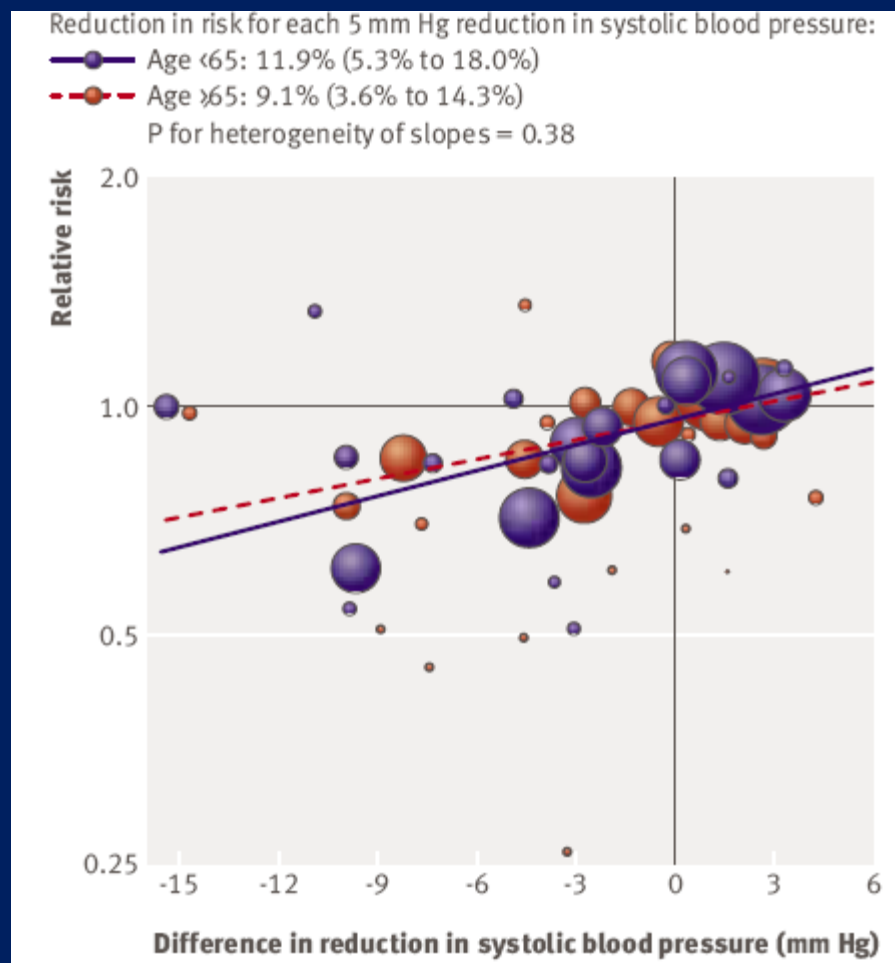
Traitement :

HTA du sujet âgé

Les bénéfices du traitement de l'hypertension par les antihypertenseurs sont démontrés chez le sujet âgé

Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration



HTA du sujet âgé

2013 ...année de recommandations

en France – SFTHA *janvier 2013*

en Europe – ESH *juin 2013*

en Europe – ESC *août 2013*

aux USA – JNC8, ASH/ISH *décembre 2013*

Les objectifs du traitement chez l'hypertendu âgé une PAS entre 140 et 150 mmHg

Recommendations	Class ^a	Level ^b
A SBP goal <140 mmHg:		
a) is recommended in patients at low-moderate CV risk;	I	B
b) is recommended in patients with diabetes;	I	A
c) should be considered in patients with previous stroke or TIA;	IIa	B
d) should be considered in patients with CHD;	IIa	B
e) should be considered in patients with diabetic or non-diabetic CKD.	IIa	B
In elderly hypertensives less than 80 years old with SBP ≥ 160 mmHg there is solid evidence to recommend reducing SBP to between 150 and 140 mmHg.	I	A
In fit elderly patients less than 80 years old SBP values <140 mmHg may be considered, whereas in the fragile elderly population SBP goals should be adapted to individual tolerability.	IIb	C
In individuals older than 80 years and with initial SBP ≥ 160 mmHg, it is recommended to reduce SBP to between 150 and 140 mmHg provided they are in good physical and mental conditions.	I	B
A DBP target of <90 mmHg is always recommended, except in patients with diabetes, in whom values <85 mmHg are recommended. It should nevertheless be considered that DBP values between 80 and 85 mmHg are safe and well tolerated.	I	A

Le choix des antihypertenseurs chez l'hypertendu âgé : Tous les médicaments sont possibles et surveiller la tolérance

Recomendations	Class ^a	Level ^b
In frail elderly patients, it is recommended to leave decisions on antihypertensive therapy to the treating physician, and based on monitoring of the clinical effects of treatment.	I	C
Continuation of well-tolerated antihypertensive treatment should be considered when a treated individual becomes octogenarian.	IIa	C
All hypertensive agents are recommended and can be used in the elderly, although diuretics and calcium antagonists may be preferred in isolated systolic hypertension.	I	A



PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE

RÉSUMÉ

LES RENDEZ-VOUS DE L'HYPERTENDU

AVANT DE DÉBUTER LE TRAITEMENT

- 1) Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical.
- 2) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.
- 3) Réaliser un bilan initial.
- 4) Organiser une consultation d'information et d'annonce de l'HTA.

PLAN DE SOIN INITIAL (6 PREMIERS MOIS)

- 1) Objectif principal : contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois.
- 2) Privilégier cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.
- 3) Choix individualisé du premier traitement antihypertenseur, tenant compte notamment de la persistance.
- 4) Privilégier les bithérapies (fixes) en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire.
- 5) S'assurer de la bonne tolérance.

PLAN DE SOIN A LONG TERME

- 1) HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie: avis spécialisé après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en dehors du cabinet médical.
- 2) En cas d'HTA contrôlée, visite tous les 3 à 6 mois.
- 3) Dépister la mauvaise observance des traitements antihypertenseurs.
- 4) Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle.
- 5) Après 80 ans, objectif modulé sans dépasser 3 antihypertenseurs.
- 6) Après complication cardiovasculaire, ajustement des traitements et maintien de l'objectif tensionnel.

Recommandations dans l'HTA en 2013

Pour débiter le traitement la monothérapie est conseillée pour tous les patients en première intention.

La bithérapie (combinaison fixe) s'impose après 4 semaines d'une monothérapie à l'efficacité insuffisante



Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur chez le diabétique et le sujet âgé

- Chez le patient diabétique à partir du stade de microalbuminurie et l'hypertendu avec protéinurie, débiter au choix par un IEC ou un ARA 2.
- Chez les sujets âgés, les bêtabloquants sont moins efficaces que les autres classes pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux.

Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur selon la persistance

Forte	Moyenne	Faible
AA2 IEC	Antagoniste calcique	Diurétique Bêta-bloquant

S'assurer de la bonne tolérance du traitement

- Les effets secondaires des antihypertenseurs sont réversibles à l'arrêt du traitement, et un autre antihypertenseur doit être prescrit.
- S'assurer de l'absence d'hypotension orthostatique, en particulier chez le sujet âgé, le patient insuffisant rénal ou le patient diabétique.

Intolérance des bloqueurs du système rénine angiotensine

- Après chaque introduction ou adaptation posologique des bloqueurs du système rénine – angiotensine et/ou des diurétiques, ou après un événement intercurrent, il est recommandé de réaliser un ionogramme sanguin avec créatininémie et débit de filtration glomérulaire estimé.
- L'association de 2 bloqueurs du système rénine angiotensine (IEC, ARA2, inhibiteur de la rénine) n'est pas recommandée.
- Les diurétiques, IEC, ARA2 et inhibiteurs de la rénine doivent être arrêtés transitoirement en cas de situation de déshydratation marquée.

Comparative Risk for Angioedema Associated With the Use of Drugs That Target the Renin-Angiotensin-Aldosterone System

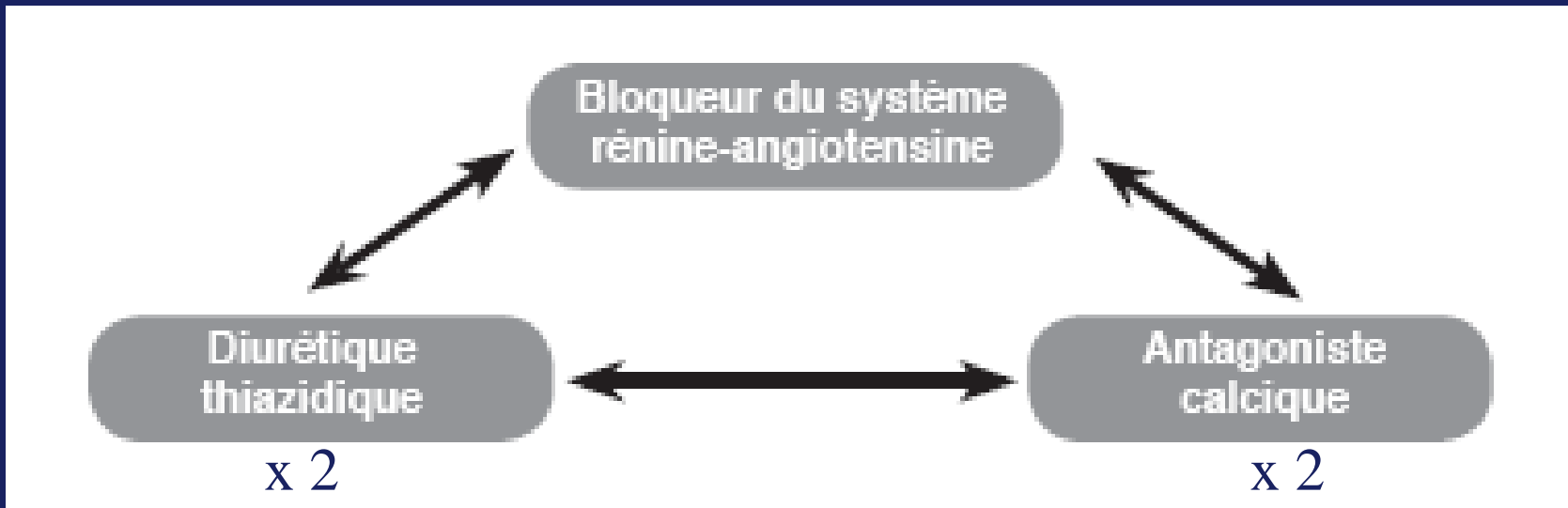
The incidence rates per 1000 person-years were
4.38 (95% CI, 4.24-4.54) cases for ACEIs,
1.66 (95% CI, 1.47-1.86) cases for ARBs
1.67 (95% CI, 1.56-1.78) cases for β -blockers

Compared with the use of β -blockers, the adjusted hazard ratios were 3.04 (95% CI, 2.81-3.27) for ACEIs,
1.16 (95% CI, 1.00-1.34) for ARBs,



Adapter la bithérapie avant la trithérapie

En cas d'objectif tensionnel non atteint, plusieurs combinaisons (en termes de dose et de composition) peuvent être essayées avant le passage à une trithérapie antihypertensive.



Nombre de classes d'antihypertenseurs en fonction du contrôle tensionnel

Etude Nationale Nutrition Santé 2006-2007

52,4% des hypertendus contrôlés sont traités par une monothérapie

