

Traiter l'hypertension chez les octogénaires

Mots clés :
Diurétiques ;
Hypertension
artérielle ;
Sujet âgé
[Aged; Diuretics;
Hypertension]

L'hypertension reste très fréquente chez les personnes âgées après 80 ans et responsable de morbidité et de mortalité importantes, particulièrement en matière d'AVC, d'insuffisance cardiaque et de morts de cause cardiovasculaire (CV)^{1,2}. Peu d'études ont été consacrées spécifiquement à l'intérêt et aux modalités du traitement dans cette tranche d'âge, notamment l'étude HYVET et son prolongement^{2,3}. Les données de plusieurs méta-analyses, abondamment commentées³⁻⁷, ont apporté quelques clarifications, mais la décision ne peut être prise qu'au cas par cas.

Les risques de l'HTA après 80 ans

La relation entre l'âge et l'élévation de la pression artérielle systolique (PAS) est continue, corrélée avec les risques d'AVC, cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque et mort de cause CV et toute cause. Ainsi, sur 348 000 hommes de tous âges dépistés pour l'essai MRFIT, les risques sont plus élevés pour une PAS > 18 que pour une PAS normale (risque AVC x 15, de cardiopathie ischémique x 7). Selon une méta-analyse de 2002 (61 études, 1 million d'hypertendus), la force du lien diminue avec l'âge : avec une PAS de 18, le risque de mort par AVC multiplié par 16 entre 50 et 59 ans, ne l'est plus que par 3 entre 80 et 89 ans. Mais le risque absolu reste plus élevé à cet âge, où le risque de base de mortalité est bien plus haut¹.

Les bénéfices du traitement de l'HTA

La méta-analyse INDANA des données individuelles des patients de tous âges inclus dans différents essais interventionnels a montré chez les plus de 80 ans une diminution du risque CV sans modification de la mortalité totale¹. Dans l'essai randomisé HYVET (3845 hypertendus de plus de 80 ans, répartis entre traitement actif et placebo, le traitement actif a été associé à une réduction de 30% des AVC, 64% des insuffisances cardiaques, 21% des décès toutes causes, 23% des décès de cause CV, 23% des décès par AVC ; il fallait traiter (NNT) 40 patients pendant 2 ans pour éviter un décès⁴. Il n'y a pas eu d'effets adverses significatifs dans le groupe traitement. Ces résultats ont conduit les instigateurs à interrompre l'essai à 2 ans. Ils ont alors proposé un suivi ouvert sous traitement actif qu'ont accepté 1009 patients du groupe traité et 873 du groupe placebo. A 1 an, les résultats étaient similaires pour les AVC,

l'insuffisance cardiaque et les événements CV. La mortalité CV et totale restait un peu plus basse dans l'ancien groupe traitement².

Peut-on déduire d'HYVET un seuil d'intervention ?

Le seuil choisi de 160 mmHg de systolique et la cible visée de 150/80 ne sont fondés sur aucune donnée validée. La cible n'a été atteinte que par 50% des patients du groupe traitement, 50% restant au dessus. On ne sait ce qui serait arrivé en termes de résultats ou d'effets secondaires si les investigateurs avaient intensifié leur traitement⁵. Les réponses aux articles de Mancia et Beckett dans le BMJ soulignent que 3670 des 3845 patients d'HYVET étaient asiatiques ou d'Europe de l'Est, où le risque de décès par AVC est multiplié par 10 par rapport aux européens de l'Ouest et que HYVET ne concernait que des octogénaires « bien portants ». Toute extrapolation serait hasardeuse.

Quel traitement proposer ?

25% des patients d'HYVET ont pris un diurétique *thiazide-like*, l'indapamide seul, 28% associé à un IEC, le périmopril à 2 mg et 45% à 4mg. La moyenne obtenue en fin d'étude était de 145/76 dans le groupe traitement, 159/80 dans le groupe placebo, avec une minime différence persistant après l'extension (142/76 vs 143/76)². Selon Staessen⁶, les données de la méta-analyse BPITTC (31 essais contrôlés, plus de 190 000 patients) n'excluent pas que, chez les personnes âgées, il est possible que les IEC soient moins efficaces en traitement de première ligne que les diurétiques ou les inhibiteurs calciques, ce qui est dit dans les recommandations Britanniques et Européennes. Mais qu'il y ait indication préférentielle entre thiazides et molécules apparentées reste en discussion⁷.

Que conclure pour notre pratique ?

Il n'est jamais trop tard pour traiter l'HTA chez une personne âgée en bonne santé, comme le montre l'étude HYVET chez des octogénaires, malgré ses limites. Les bons résultats initiaux sont confirmés à plus long terme dans l'extension ouverte de l'essai.

Le contexte global est essentiel. Les études ont été réalisées chez des patients aux caractéristiques particulières (origine géographique, « bonne santé »^{3,6}). La décision doit prendre en compte les pathologies associées, la qualité de l'autonomie, les difficultés de l'observance, les risques d'effets secondaires (hypokaliémie, hypotension orthostatique...) dont la sévérité augmente avec l'âge.

Les seuils d'intervention et le choix des médicaments peuvent être discutés. La décision ne peut être qu'individuelle prenant en compte au cas par cas l'ensemble des problèmes du patient (*Bibliomed* 613).

Références

- 1- Kostis JB. Treating hypertension in the very old. *NEJM* 2008;358:1958-9.
- 2- Beckett N et al. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to hypertension in the HYVET trial. *BMJ*. 2012;344:d7541.
- 3- Mancia G. Antihypertensives in octogenarians. *BMJ*. 2012;344:d7293.
- 4- Beckett NS et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *NEJM*. 2008;358:1887-98
- 5- Gueyffier F. Réponse aux questions concernant l'article traitement de l'hypertension artérielle chez les patients âgés de plus de 80 ans. *Rev Prat Med Gen*. 2010;60:95-7
- 6- Staessen JA et al. Reducing blood pressure in people of different ages. *BMJ*. 2008;336:1080-1 ;
- 7- Reilly RF. The Evidence-Based Use of Thiazide Diuretics in Hypertension and Nephrolithiasis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5:1893-1903.