

Hypertension du sujet âgé : aspects pratiques

Mots clés :
Hypertension
artérielle ;
Sujet âgé
[Aged; Hyper-
tension]

Qu'est-ce qu'un « sujet âgé » ? Question d'importance pour l'HTA, l'une des composantes essentielles du risque cardiovasculaire (RCV) global (*Bibliomed 689 et 699*) : une réduction équivalente du risque relatif bénéficie davantage aux plus âgés en termes de nombre d'évènements évités¹. Question à laquelle des études randomisées récentes sur les dyslipidémies (*ASCOT-LLA, PROSPER, JUPITER*) tentent de répondre en distinguant 3 classes d'âge (65-74 ans, 75-84 ans, et au-delà de 85 ans) dont les implications physiologiques et cliniques ont des conséquences directes sur l'espérance de vie¹. Pour l'HTA, des publications de bon niveau de qualité apportent quelques arguments²⁻⁶.

Pas de seuil d'âge identifiable

La méta-analyse de la *BPLTTC* (31 essais, 190 000 patients) retient comme seuil 65 ans, sans différence significative sur les événements cardiovasculaires majeurs entre avant ou après 65 ans². Dans celle de la *Cochrane* (15 essais, 24 000 sujets de plus de 60 ans), traiter l'HTA réduit la morbi-mortalité cardiovasculaire (0,72 ; 0,68-0,77) quel que soit l'âge, mais la mortalité totale seulement chez les moins de 80 ans (0,90 ; 0,84-0,97)³ ; *idem* dans la méta-analyse de Schall en 2011 chez les plus de 75 ans. Si *HYVET* prolongé a en 2012 une conclusion opposée, c'est dans une population particulière de 1800 octogénaires en bonne santé presque exclusivement Chinois et est-Européens⁴.

Le cas particulier de l'HTA systolique isolée

L'HTA systolique est une forme assez spécifique à la personne âgée (rigidité artérielle et élévation de la seule pression pulsée), caractérisée par un RCV élevé⁵. La posologie des médicaments antihypertenseurs doit être importante pour être efficace, avec le danger d'abaisser la diastolique sous le seuil de 60 mmHg, limite pour les coronaires (démontré dans *SHEP*), ce qui impose une progressivité prudente. Plusieurs études argumentent le choix des diurétiques et antagonistes calciques en 1^{ère} intention (*LIFE, ASCOT, ACCOMPLISH*). Si l'abaissement de la systolique a montré son efficacité, aucune étude n'a obtenu de chiffre inférieur à 140 mmHg.

Polypathologies

Si un diabète ou des complications cardiovasculaires viennent compliquer l'HTA, il faut oublier le « plus c'est

mieux »⁵. Après AVC, le bénéfice du traitement de l'HTA a été constaté sans que soit atteinte la cible visée de 130 mmHg (âge moyen 64 ans dans *PROGRESS*, 66 ans dans *PROFESS*). Il en était de même dans les essais chez les patients atteints de *coronaropathie* (*HOPE, EUROPA, ACTION, PEACE, TRANSCEND* : 60 à 67 ans, mais les résultats des 2 dernières ne sont pas significatifs). La *J-curve* rappelée à propos d'*INVEST* se renforce avec l'avancée en âgeⁱⁿ⁵ : il est montré qu'une baisse trop importante de la diastolique augmente le risque d'infarctus du myocarde et de mortalité cardiovasculaire, même si elle diminue par ailleurs le risque d'AVC. En cas de *diabète* associé, plusieurs études concernent des patients d'âge moyen allant de 65-66 ans (*MICRO-HOPE, ADVANCE*) à 70 ans (*SHEP, Syst-Eur*), le traitement actif amenant la systolique entre 134 (*ADVANCE*) et 153 (*SHEP*). Il n'existe donc aucune preuve que diminuer encore est utile. *ACCORD* vient par ailleurs de montrer chez des patients âgés de 62 ans en moyenne qu'il était inutile, voire dangereux, de descendre au dessous de 120 mmHg.

Effets secondaires

Leur fréquence augmente avec l'avancée en âge pour les 2 médicaments de 1^{ère} ligne. L'œdème (par dilatation artériolaire) est dose-dépendant avec les *antagonistes calciques*, avec un pic d'incidence à 6 mois de traitement (les diurétiques n'y changent rien, mais une petite dose d'IEC ou de sartan peut le soulager). Le risque d'hyponatrémie des *diurétiques* augmente avec l'âge (x14 après 75 ans dans une étude !) : attention à l'alcool et aux apports hydriques trop abondants⁶.

Que conclure pour notre pratique ?

L'« âge » n'est pas affaire d'état-civil. Aucune étude ne permet de déterminer des seuils d'âge guidant le traitement de l'HTA. La seule « règle » est de rester prudent et progressif dans l'atteinte de cibles que rien ne permet de fixer au dessous de 140/90 ; sans oublier l'intérêt essentiel du « non médicamenteux » : alimentation adaptée de type méditerranéen, peu salée, et activité physique modérée.

La présence d'antécédents ou la survenue de complications ou comorbidités impose encore plus de prudence. Il n'est pas question de « baisser les bras », mais de tenter de corriger plus encore les différents facteurs de RCV identifiés, mode de vie compris.

Les indications préférentielles de tel ou tel médicament obéissent aux règles générales et sont guidées par la présence de comorbidités et donc la difficulté des polyprescriptions et des effets adverses possibles.

Références

- 1- Ziemann SJ et al. Statins for Primary Prevention in Older Adults: Who Is High Risk, Who Is Old, and What Denotes Primary Prevention? *Ann Intern Med.* 2010;152:528-30.
- 2- BPLTTC. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2009; doi:10.1136/bmj.39548.738368.BE.
- 3- Musini VM et al. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database 2009, Issue 4. Art. No.: CD000028.*
- 4- Beckett N et al. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:d7541.
- 5- Krzesinski JM et al. Quelle cible tensionnelle idéale pour nos patients hypertendus en 2010? *Rev Med Suisse.* 2010 ; 6 : 1574-81.
- 6- Chaudhry KN et al. Hypertension in the elderly: Some practical considerations. *CCJM.* 2012;79:694-704.