

Faut-il toujours chercher à « normaliser » l'hypertension du sujet âgé ?

Mots clés :

Hypertension
artérielle ;
Personne âgée
fragile ;
Sujet âgé
[Aged; Frail
Elderly; Hyper-
tension]

Il est peu discuté que traiter l'HTA du sujet âgé en bonne santé est utile et efficace (*Bibliomed* 689). Pourtant, un bref article de nos confrères Suisses rappelle que cette conclusion n'est pas généralisable¹ : des études observationnelles, mais aussi les données des essais randomisés concernant les sujets les plus âgés inclus, ont montré que l'hypertension pouvait avoir un effet protecteur chez la personne très âgée, et qu'il était en outre difficile d'identifier celles qui étaient susceptibles de bénéficier ou non d'un abaissement de leur pression artérielle. Une récente étude de cohorte a évalué, après d'autres (*Bibliomed* 623) la marche comme outil d'identification des personnes fragiles².

Y a-t-il des hypertendus âgés à ne pas traiter ?

La plupart des patients recrutés au cours des essais étaient âgés de moins de 80 ans. La méta-analyse IN-DANA (1999) a repris les données des 1670 octogénaires inclus³ : si l'incidence des AVC et de la morbidité cardiovasculaire étaient réduites chez les patients traités, il y avait tendance à l'augmentation de la mortalité toutes causes ; traiter les plus de 80 ans avait donc un avantage douteux. Les différents *guidelines*, sans insister sur le traitement médicamenteux des octogénaires, disaient seulement depuis qu'il n'y avait aucune raison d'interrompre un traitement efficace et bien toléré⁴.

L'essai HYVET est plus concluant. Mais sa population est si particulière (*Bibliomed* 689) que les données ne peuvent être extrapolées à des patients fragiles de cet âge, ou à des patients plus âgés (peu avaient plus de 85 ans dans HYVET). S'il y avait diminution de la mortalité dans le groupe traité, l'objectif tensionnel optimal n'avait pas été étudié, et il n'y avait pas d'amélioration significative de l'incidence des troubles cognitifs.

HTA et fragilité

L'hypothèse de recherche de l'équipe américaine était que HTA et mortalité étaient associées chez les marcheurs âgés rapides, mais pas chez les plus lents². Ils ont donc suivi prospectivement sur 4 à 7 ans une cohorte de 2340 personnes âgées de plus de 65 ans à leur inclusion dans la *National Health and Nutrition Examination Survey* en 1999-2001. Parmi les 56% de « marcheurs rapides » ($\geq 0,8$ m/s), il y avait en cas d'HTA une augmentation de la mortalité de 35% (*Hazard Ratio* HR ajusté 1,35 ; 1,03-1,77), et pas chez les

Que conclure pour notre pratique ?

Tout d'abord la nécessité d'une grande prudence dans le traitement médicamenteux de l'HTA de la personne âgée, nous l'avons déjà souligné. Il faut autant savoir respecter chez une personne fragile des chiffres que les « normes » actuelles considèrent comme trop élevés, que traiter un robuste octogénaire avec les précautions habituelles. Tout est affaire de contexte.

L'aisance à la marche est un marqueur de l'état de santé global de la personne âgée. Le test de la marche est un outil simple, fortement prédictif de ce qui va se passer les années suivantes. Le seuil défini dans l'étude d'Odden *et al.* n'est pas validé et nécessite des études complémentaires. Mais on peut retenir que 0,8 m/sec, soit un peu moins de 3 km/h, représentent un bon point de repère, que l'on peut traduire aussi en incitation pour la vie courante (quelle distance pour aller chercher du pain, en combien de temps ?).

35% de « marcheurs lents » (HR 1,12 ; 0,87-1,45). Parmi ces derniers, chez ceux qui n'avaient pu réaliser le test de marche, une HTA était fortement et indépendamment associée à un risque plus faible de mortalité (HR 0,38 ; 0,23-0,62 pour une HTA systolique et 0,10 ; 0,01-0,81 pour une HTA diastolique), définissant donc un groupe à surtout ne pas traiter. La nécessité d'une perfusion suffisante des organes vitaux chez des personnes très âgées et fragiles pourrait expliquer le phénomène. Ce qu'il faut surtout retenir est que toutes les personnes âgées ne sont pas égales face à l'HTA. La vitesse de marche pourrait être un outil simple pour identifier les personnes fragiles. Il suffit d'un chronomètre et d'une longueur disponible (couloir par exemple) de 4 à 6 mètres...

Repenser l'association entre HTA et mortalité

Il n'existe pas d'« octogénaire moyen » pour qui pourraient être définies des recommandations communes. Le commentateur de l'étude américaine rappelle les résultats de nombreuses études antérieures⁵ : dans une étude de 1988, la survie à 5 ans de ceux qui avaient une systolique >200 mmHg était presque 2 fois meilleure qu'entre 120 à 140 mmHg ; les études de 25 années suivantes ont toutes confirmé qu'après 85 ans, une pression artérielle élevée est un excellent signe pronostique. Aucune étude n'a démontré, à l'inverse, qu'elle était un marqueur de mauvais augure chez un octogénaire. Le traitement antihypertenseur peut être bénéfique chez les personnes âgées robustes atteintes d'HTA. Mais les plus fragiles ne peuvent que souffrir des effets adverses d'un tel traitement⁵.

Références

- 1- Vu F *et al.* Acquisitions thérapeutiques en médecine ambulatoire en 2012. *Rev Med Suisse.* 2013;9:186-92.
- 2- Odden MC *et al.* Rethinking the Association of High Blood Pressure With Mortality in Elderly Adults The Impact of Frailty. *Arch Intern Med.* 2012;172(15):1162-8.
- 3- Gueyffier F *et al.* Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials: IN-DANA Group. *Lancet.* 1999;353:793-6.
- 4- Aronow *et al.* ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly. *Circulation.* 2011;123:2434-2506.
- 5- Goodwin JS. Gait Speed. An Important Vital Sign in Old Age. *Arch Intern Med.* 2012;172(15):1168-9.