

Quel objectif tensionnel chez le sujet âgé ?

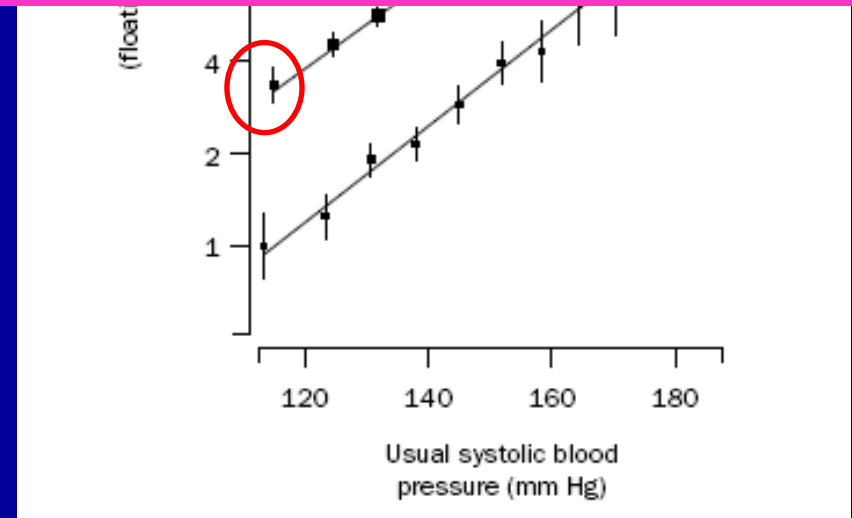
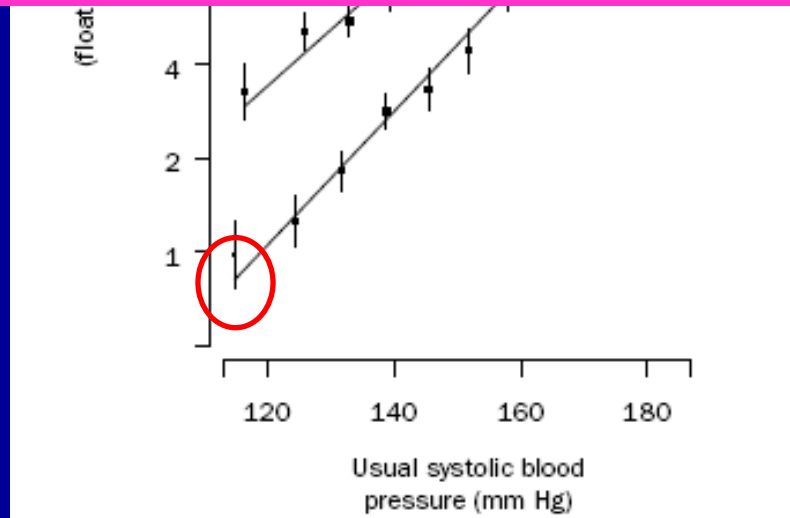
CIFGG, 20 octobre 2010

Docteur Ulrich Vischer, P.D.
Département de Réhabilitation et Gériatrie
Hôpital des Trois-Chêne
3, ch. du Pont Bochet
1226 THONEX

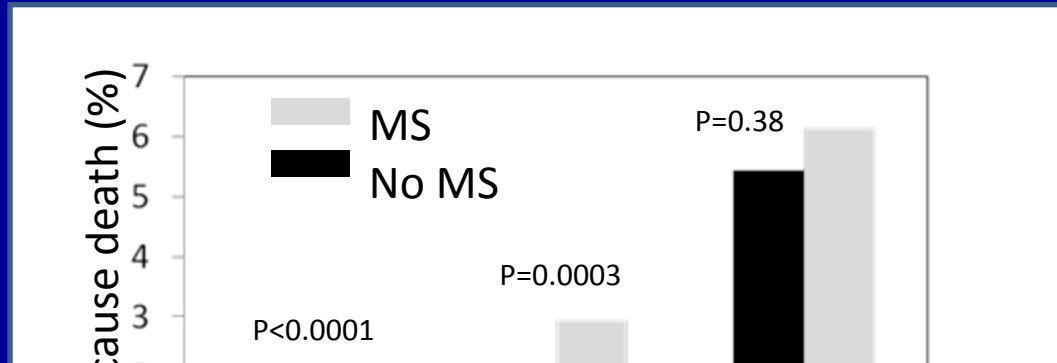
Risque d'évènements CV selon l'âge et la TAS



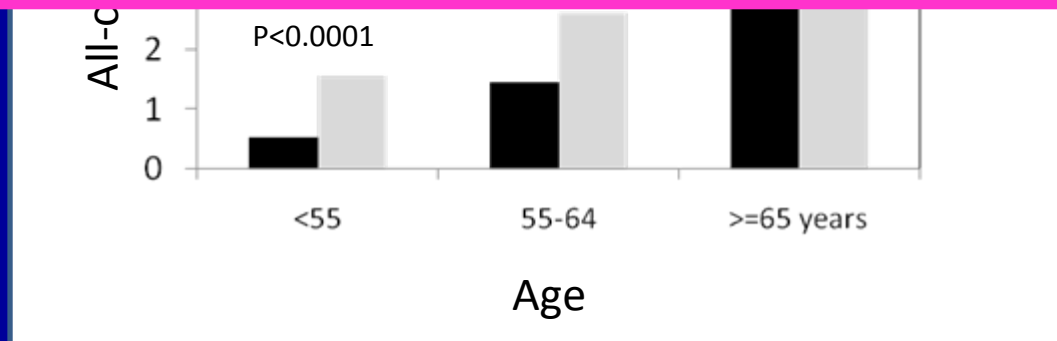
- 1) Le risque d'AVC et d'infarctus est associé à la TAS, dans toutes les tranches d'âge
- 2) Le risque d'AVC augmente plus fortement avec l'âge, et devient \geq à celui de MC chez le sujet âgé



Risque de décès associé au syndrome métabolique et à l'HTA en fonction de l'âge



- Le syndrome métabolique est associé à la mortalité globale, ... jusqu'à 65 ans!
- L'HTA reste un FR après 65 ans!
- Après 65 ans, le syndrome métabolique est un moins bon FR que l'HTA seule...



SYST-Eur: résultats principaux

AVC

-42%

-RA 6/1000pt/an

NNT= 42/4 ans
166/an

Infarctus

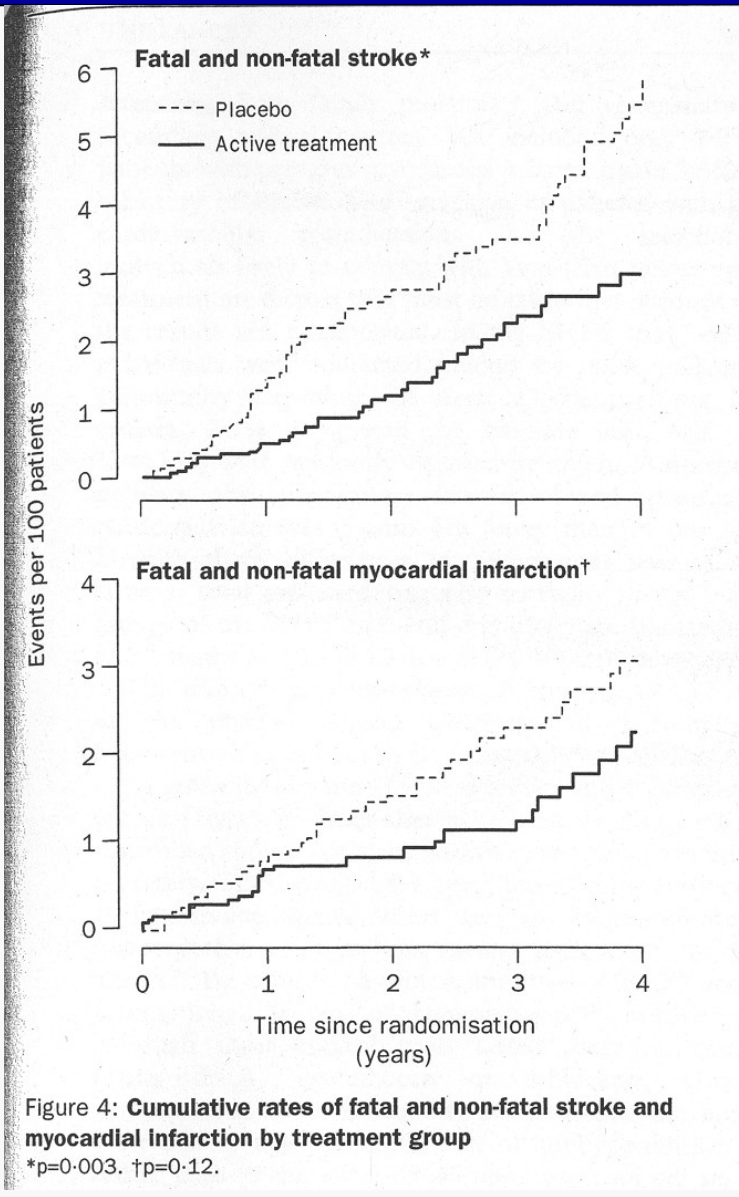
-26% (NS)

-RA 2.5/1000pt/an

NNT= 100/4 ans
400/an

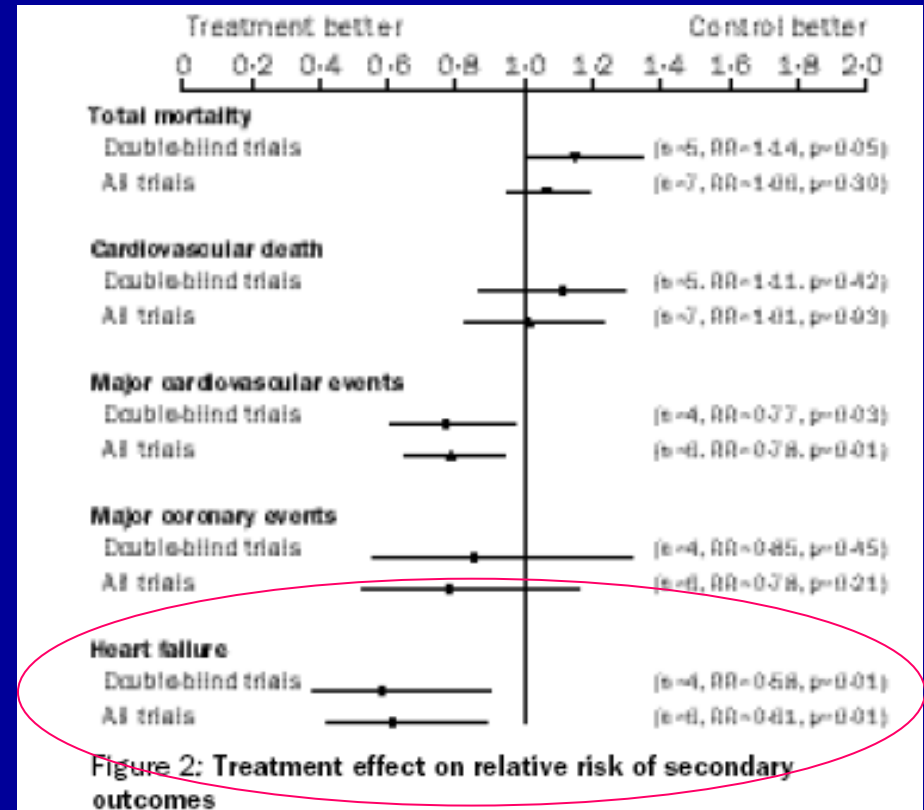
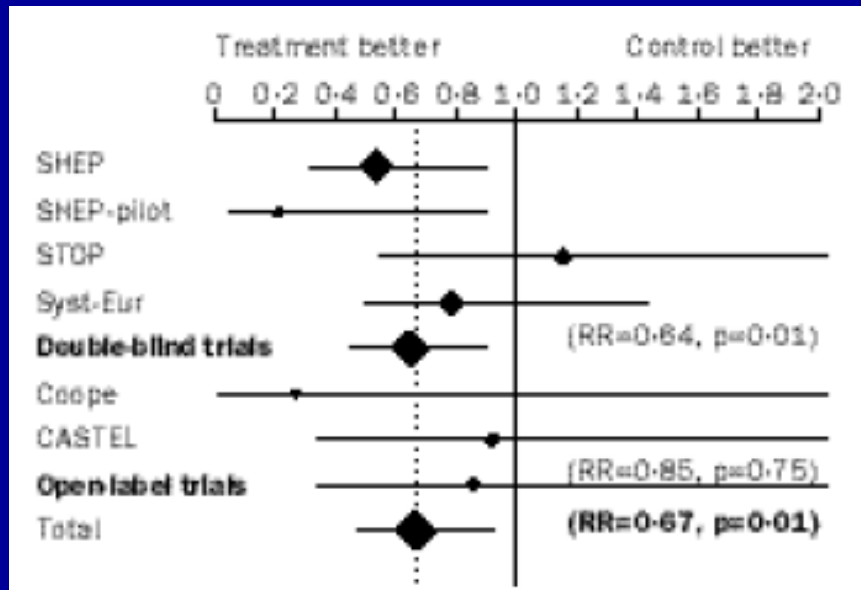
Pas d'effet sur la mortalité globale

Age moyen env. 70 ans



Traitement anti-HTA et mortalité

Méta-analyse de sous-groupes >80 ans



Bénéfice homogène sur le risque d'AVC...

...mais augmentation de la mortalité globale

...?????

HYVET: critères d'inclusion et traitements

- 3800 patients, âge ≥ 80 ans
- HTA
- Traitements interrompus chez les patients déjà traités (wash-out > 2 mois)
- TAS >160 mmHg, TAD 90-109 puis <110 mmHg (moy. de 4 mesures sur 2 visites à >1 mois d'intervalle)
- Groupe traité: indapamide SR 1.5 mg + perindopril 2 puis 4 mg/j; cibles TAS <150 mmHg, TAD <80 mmHg
- Groupe contrôle: placebo
- ! Aucun autre médicament anti-HTA dans les deux groupes

HYVET: critères d'exclusion

- HTA accélérée
- Atcd d'AVC hémorragique
- Insuffisance cardiaque « traitée par de médicaments anti-hypertenseurs »
- Insuffisance rénale (s-créatinine > 150 $\mu\text{mol/l}$)
- Potassium <3.5 ou > 5.5 mmol/l
- Goutte
- Démence
- Dépendance de soins infirmiers

Caractéristiques des patients... très sélectionnés

Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*

Characteristic	Active Treatment (N=1933)	Placebo (N=1912)
Age — yr	83.6±3.2	83.5±3.1
Female sex — no. (%)	1174 (60.7)	1152 (60.3)
Blood pressure — mm Hg		
While sitting	173.0±8.4/90.8±8.5	173.0±8.6/90.8±8.5
While standing	168.0±11.0/88.7±9.3	167.9±11.1/88.6±9.3
Orthostatic hypotension — no. (%)†	152 (7.9)	169 (8.8)
Isolated systolic hypertension — no. (%)	625 (32.3)	623 (32.6)
Heart rate — beats/min	74.5±9.1	74.5±9.3
Cardiovascular history		
Cardiovascular disease — no. (%)	223 (11.5)	229 (12.0)
Hypertension — no. (%)	1737 (89.9)	1718 (89.9)
Antihypertensive treatment — no. (%)	1241 (64.2)	1245 (65.1)
Stroke — no. (%)	130 (6.7)	131 (6.9)
Myocardial infarction — no. (%)*	59 (3.1)	62 (3.2)
Heart failure — no. (%)*	56 (2.9)	55 (2.9)
Cardiovascular risk factors		
Current smoker — no. (%)	123 (6.4)	127 (6.6)
Diabetes — no. (%)‡*	132 (6.8)	131 (6.9)
Total cholesterol — mmol/liter	5.3±1.1	5.3±1.1
High-density lipoprotein cholesterol — mmol/liter	1.35±0.38	1.35±0.37
Serum creatinine — μmol/liter	88.6±20.5	89.2±20.5
Uric acid — μmol/liter	280.4±79.3	279.0±81.3
Body-mass index§	24.7±3.8	24.7±3.5

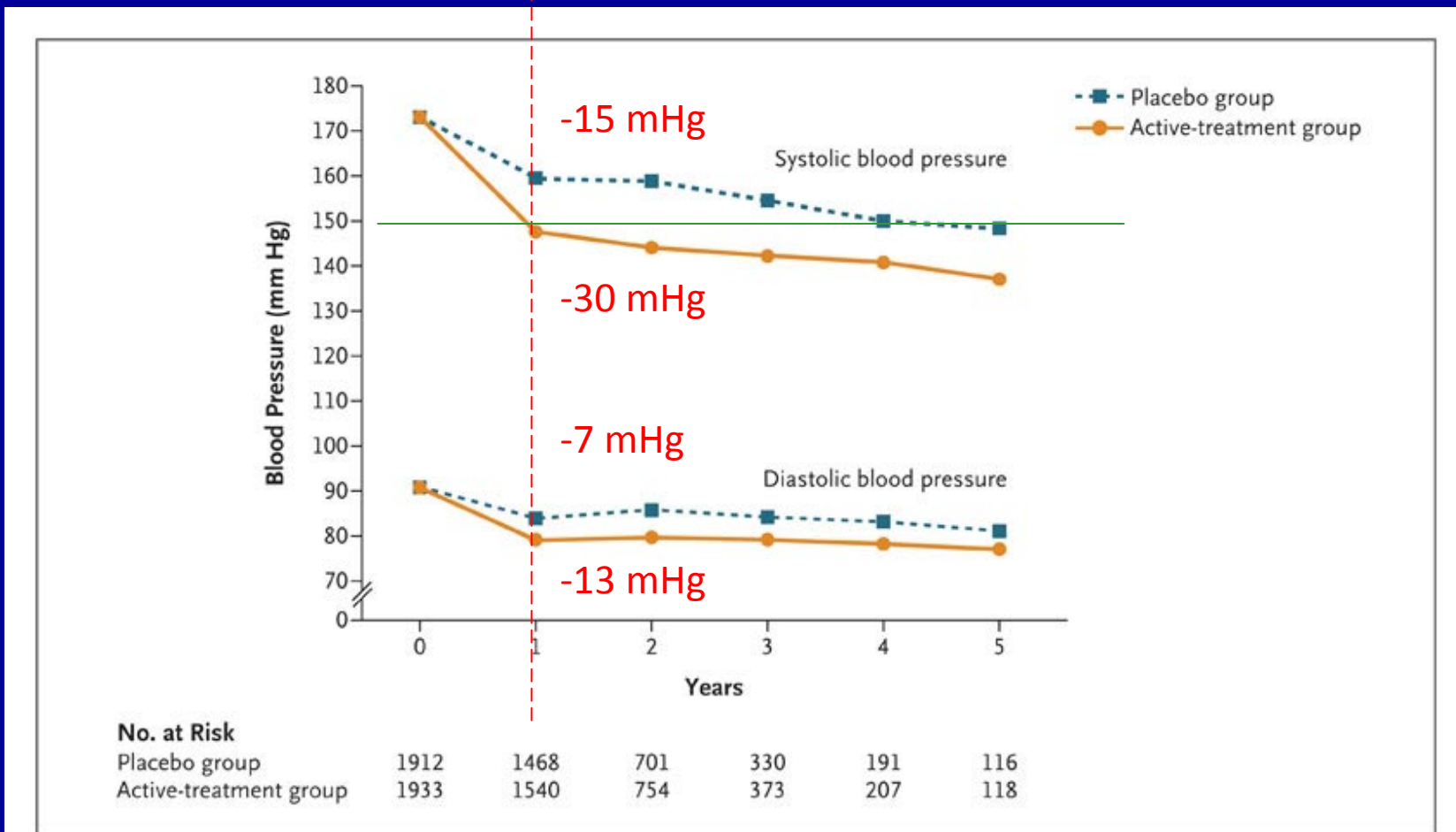
* Plus-minus values are means ±SD. To convert values for cholesterol to milligrams per deciliter, divide by 0.02586; to convert values for uric acid to milligrams per deciliter, divide by 59.48; and to convert values for serum creatinine to milligrams per deciliter, divide by 88.4.

† Orthostatic hypotension is defined as a drop in systolic blood pressure of more than 20 mm Hg or a reduction in diastolic blood pressure of more than 10 mm Hg while standing.

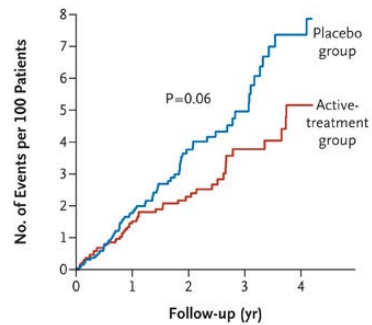
‡ Diabetes is defined as reported diabetes, the receipt of antidiabetes treatment, or a random blood glucose measurement of more than 11.1 mmol per liter (200 mg per deciliter).

§ The body-mass index is the weight in kilograms divided by the square of the height in meters.

Mean Blood Pressure, Measured while Patients Were Seated, in the Intention-to-Treat Population, According to Study Group



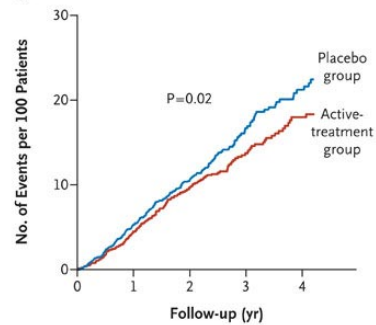
A Fatal or Nonfatal Stroke



No. at Risk

Placebo group	1912	1484	807	374	194
Active-treatment group	1933	1557	873	417	229

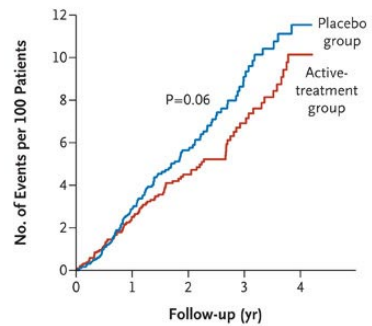
B Death from Any Cause



No. at Risk

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

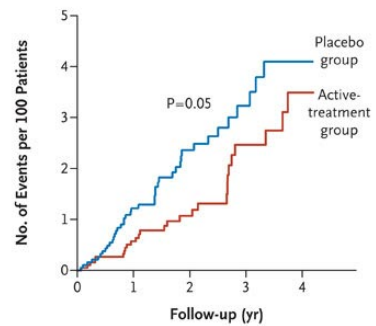
C Death from Cardiovascular Causes



No. at Risk

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

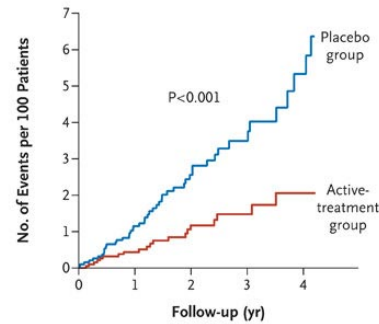
D Death from Stroke



No. at Risk

Placebo group	1912	1492	814	379	202
Active-treatment group	1933	1565	877	420	231

E Heart Failure



No. at Risk

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

Main Fatal and Nonfatal End Points in the Intention-to-Treat Population

Table 2. Main Fatal and Nonfatal End Points in the Intention-to-Treat Population.

End Point	Rate per 1000 Patient-Yr (No. of Events)		Unadjusted Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	Active <i>no. (%)</i>	Placebo		
Stroke				
Fatal or nonfatal	12.4 (51)	17.7 (69)	0.70 (0.49–1.01)	0.06
Death from stroke	6.5 (27)	10.7 (42)	0.61 (0.38–0.99)	0.046
Death				
From any cause	47.2 (196)	59.6 (235)	0.79 (0.65–0.95)	0.02
From noncardiovascular or unknown causes	23.4 (97)	28.9 (114)	0.81 (0.62–1.06)	0.12
From cardiovascular cause	23.9 (99)	30.7 (121)	0.77 (0.60–1.01)	0.06
From cardiac cause*	6.0 (25)	8.4 (33)	0.71 (0.42–1.19)	0.19
From heart failure	1.5 (6)	3.0 (12)	0.48 (0.18–1.28)	0.14
Fatal or nonfatal				
Any myocardial infarction	2.2 (9)	3.1 (12)	0.72 (0.30–1.70)	0.45
Any heart failure	5.3 (22)	14.8 (57)	0.36 (0.22–0.58)	<0.001
Any cardiovascular event†	33.7 (138)	50.6 (193)	0.66 (0.53–0.82)	<0.001

* Death from cardiac causes was defined as fatal myocardial infarction, fatal heart failure, and sudden death.

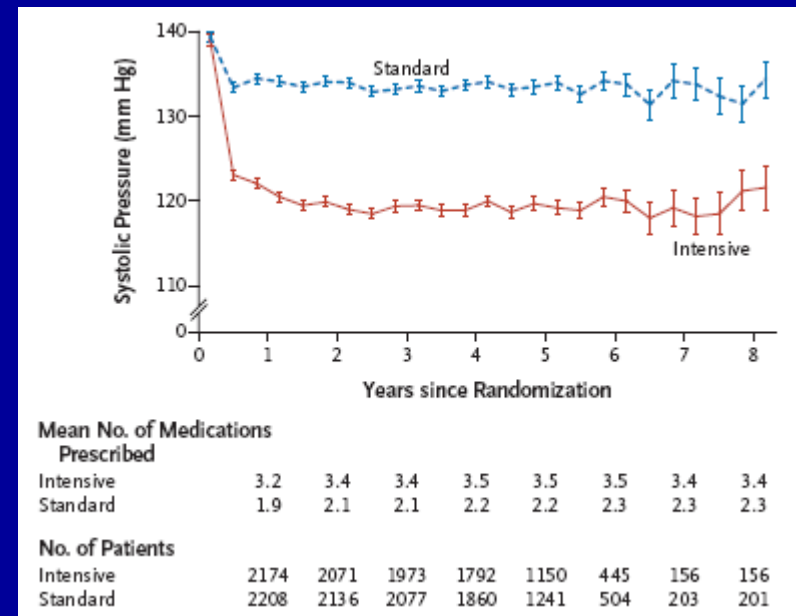
† Any cardiovascular event was defined as death from cardiovascular causes or stroke, myocardial infarction, or heart failure.

HTA(S) de la personne âgée: quels seuils?

- **Définition HTA: TAS > 160 mmHg** (\pm TAD < 95 mmHg) (Syst-Eur, HYVET). Se baser sur des mesures répétées (*prévalence +++ de pseudo-HTA*)
- **TAS sous traitement: env. 150 mmHg** (=env. -15 mmHg)
- **Cible du traitement de l'HTAS: TAS < 150 mmHg** (*selon recommandations SSH*)
- (*Définitions HTA selon SM: TAS > 130 mmHg, TAD > 85 mmHg*)
- **Risques d'un contrôle plus strict (TA < 130-140 mmHg):** ?????? (probablement importants chez la personne âgée poly-pathologique)

Traitement intensifié de l'hypertension chez le patient diabétique de type 2: l'étude ACCORD

- 4700 patients traités avec une cible de TAS < 120 v. < 140 mmHg
- Utilisation de toutes les classes médicamenteuses.
- Suivi 4.7 ans



Etude ACCORD: suite

- Bénéfices

- Pas de différence du « primary outcome » (infarctus, AVC, mortalité CV).

-Le traitement intensifié est associé à un risque d'AVC (faiblement) diminué, mais a un risque d'effets indésirables (fortement) augmenté.
- Sans doute pire chez des personnes plus âgées, atteintes de co-morbidités???

- Hypokaliémie **+1%**,

- Insuffisance rénale (TFG<30 ml/min/m²): **+3%**

... et l'avis du patient?

- Enquête auprès des patients des services de gériatrie de Genève (CH), après explication standardisée des risques et bénéfices du traitement anti-HTA.
- Très peu de véritables refus de traitement (4-7%)
- Une majorité de patients (50-60%) acceptent le traitement sans conditions, mais disent aussi ne pas vouloir prendre la décision (*l'acceptation est en réalité une délégation de la décision*)
- La décision appartient au médecin, après un vrai dialogue permettant de prendre en compte les attitudes et préférences des patients
- L'acceptation initiale du traitement ne signifie pas que le patient ait compris et adhère réellement à la démarche thérapeutique (*importance de la relation thérapeutique à long terme*)

Traitement de l'HTA après 80 ans: conclusions

- Le traitement de l'HTA de la personne âgée en bonne santé protège de l'AVC, de l'insuffisance cardiaque, et diminue la mortalité globale.
- Chez la personne âgée fragile, le bénéfice n'est pas démontré, le traitement est plus difficile, et le risque d'effets secondaires sans doute plus grand. La durée prévisible du traitement est parfois insuffisante pour un bénéfice cliniquement significatif?
- Importance d'un diagnostic soigneux de l'HTA
(confirmation du diagnostic d'HTA par un profil TA de 24 heures?)
- Cible de traitement: TAS < 150 mmHg. C'est suffisant pour avoir un bénéfice, le risque d'effets II est considérable avec des seuils plus bas.
- Le traitement de l'HTA doit être ciblé sur les personnes en bonne santé globale, faire l'objet d'un « contrat thérapeutique » et être soigneusement suivi en termes d'adhésion, d'efficacité et d'effets secondaires.