KALON

Le journal de l'Adecad

« Grand âge » et hypertension artérielle

Pour l'O.M.S. on parle de « sujet âgé » à partir de 75 ans (65 ans en cas de polypathologie ; voir à ce sujet KALON N°27 et N°30) et « très âgé » (le « grand âge ») à partir de 80 ans. La tension artérielle augmente progressivement avec l'âge, mais l'hypertension (HTA) du patient très âgé est particulière. En effet le vieillissement transforme la paroi artérielle : elle perd de sa souplesse, se laisse distendre plus difficilement, se calcifie parfois. Ce phénomène est responsable d'une rigidification des gros troncs artériels avec une double conséquence : une augmentation de la pression artérielle systolique (la « maxima tensionnelle ») et une baisse de la pression artérielle diastolique (la « minima tensionnelle »). La différence entre maxima et minima (tension différentielle qu'on appelle aussi « pression pulsée ») augmente donc (ainsi une T.A. comme 190 / 70 n'est pas rare après 80 ans). C'est la première particularité de l'hypertension artérielle du sujet âgé : il s'agit avant tout d'une HTA « systolique » (qui porte sur la maxima) avec augmentation de la pression pulsée.
Cette HTA systolique isolée est très difficile à traiter.

Chez le patient âgé, la **variabilité tensionnelle**, phénomène naturel destiné à adapter le réseau artériel aux contraintes extérieures, est bien plus importante que chez le sujet plus jeune du fait, en particulier, de l'augmentation de la rigidité aortique. Il en résulte un **« effet blouse blanche »** très fréquent (T.A. élevée, voire très élevée, en consultation chez le médecin traitant alors que les chiffres sont normaux dans la vie de tous les jours). Ce phénomène touche 1 patient sur 4 après 85 ans. Il nécessite de confirmer l'HTA avant de mettre en œuvre un éventuel traitement, soit par une automesure tensionnelle (voir KALON N°6) soit par une M.A.P.A. (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle appelée aussi « holter tensionnel ») effectuée à l'aide d'un appareil automatique qui mesure la TA pendant 24 heures (tous les quarts d'heure le jour et toutes les demi-heures la nuit).

L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. Sa fréquence augmente avec l'âge. Plusieurs études menées en France en 2007 ont confirmé ce fait : ainsi les études FLASHS ont montré que 59 % des personnes de plus de 59 ans avaient une tension artérielle excessive contre seulement 5 % des personnes de moins de 45 ans, l'étude ENNS que les deux tiers de la population âgée de 65 à 75 ans étaient hypertendus et l'étude MONA LISA, portant sur la population de la Haute Garonne, de la communauté Urbaine de Lille et du département du Bas Rhin, que l'hypertension artérielle était présente chez 79,8 % des hommes et 71,3 % des femmes de 65 à 75 ans.
Le « grand âge » a ses particularités et l'hypertension artérielle rencontrée dans cette population aussi. Il est important de les connaître pour bien prendre en charge cette pathologie dont les complications peuvent être dramatiques (AVC, infarctus…).

Un autre phénomène très fréquent chez le patient très âgé (il touche 25 % des patients de plus de 85 ans) est ce qu'on appelle « **l'hypotension orthostatique** » qui se définit comme la diminution d'au moins 20 mm de la pression systolique et / ou d'au moins 10 mm de la pression diastolique survenant dans les 3 minutes qui suivent le passage de la position allongée (ou assise) à la position debout (par exemple la TA maxima passe de 160 à 140 ou 130 lorsque le patient se lève). Ce phénomène peut être responsable de malaises et parfois de chutes (augmentation de 52 % du risque de chute quand il est présent) lorsque le patient se lève.

Il est favorisé par certains médicaments, anti-hypertenseurs notamment, par la déshydratation (attention en période de canicule surtout si le traitement comprend un diurétique) et par certaines maladies neurologiques (maladie de Parkinson, neuropathie diabétique…).

Il nécessite souvent une adaptation des traitements (le traitement anti-hypertenseur, en particulier, sera ajusté se basant sur la TA en position debout, même si les chiffres tensionnels en position allongée demeurent élevés).

Quelques mesures simples peuvent en réduire l'importance (bien s'hydrater, ne pas passer directement de la position allongée à la position debout mais s'accorder quelques minutes en position assise entre les deux, porter une contention élastique aux membres inférieurs…).

A signaler, enfin, **la plus grande fréquence des effets secondaires** des médicaments anti-hypertenseurs chez le patient très âgé, effets d'autant plus fréquents et sévères que le patient reçoit par ailleurs d'autres médicaments pour des pathologies diverses.

La mise en œuvre d'un traitement contre l'hypertension doit donc tenir compte des autres traitement prescrits et l'introduction d'un nouveau traitement pour une nouvelle pathologie peut nécessiter une adaptation du traitement anti-hypertenseur.

Quel objectif tensionnel chez le patient très âgé ?

De nombreuses études ont montré que pour réduire de manière significative le risque cardio-vasculaire, la T.A. doit rester, **en consultation**, inférieure à 140 mm pour la systolique, 90 mm pour la diastolique et, **en automesure** (selon la règle « des trois » : 3 mesures le matin avant le petit-déjeuner et 3 mesures le soir avant le coucher, 3 jours de suite, en respectant une minute d'intervalle entre les 3 mesures) la moyenne des 18 mesures ne doit pas dépasser 135 mm pour la systolique et 85 mm pour la diastolique.

Mais ces chiffres sont-ils adaptés à la personne de plus de 80 ans ? peu d'études ont été consacrées spécifiquement à ce type de patients (la plupart des études concernant la pathologie hypertensive portent sur des sujets de moins de 65 ans ; certaines d'entre-elles comportent, toutefois, des sous-groupes de patients âgés). La plus intéressante de ces études porte le nom de « HYVET » (« HYpertension in the Very Elderly Trial ») ; comme son nom l'indique, elle s'est penchée sur le sort de patients de plus de 80 ans (âge moyen 84 ans ; le patient le plus âgé avait 105 ans…) souffrant d'hypertension artérielle définie comme une T.A. systolique supérieure à 160 mm. Les 3845 patients de l'étude ont été séparés en deux groupes (avec l'accord des patients, bien sûr…) : le premier sous placebo (traitement factice), le second sous un traitement anti-hypertenseur avec pour objectif une T.A. systolique à moins de 150 mm.

Le traitement permet une réduction :

- de 21 % de la mortalité globale
- de 30 % du risque d'AVC mortel ou non
- de 64 % du risque d'insuffisance cardiaque
- de 23 % du risque de décès cardio-vasculaire
- de 39 % du risque de décès secondaire à un AVC.

Ces résultats ont été confirmés par d'autres travaux comprenant des méta-analyses.

L'objectif tensionnel chez le patient très âgé (plus de 80 ans) a donc été redéfini : il porte essentiellement sur la systolique (maxima tensionnelle) qui ne doit pas dépasser **150 mm** en consultation et 145 mm en automesure (selon la règle « des trois »).

De plus en cas d'hypotension orthostatique, c'est la T.A. en position debout qui doit être prise en compte.

Docteur J-F. HOUËL (Cardiologue)