



Antihypertenseurs chez les personnes très âgées vulnérables avec pression artérielle normalisée ?

Référence

Benetos A, Labat C, Rossignol P, et al. Treatment with multiple blood pressure medications, achieved blood pressure, and mortality in older nursing home residents. The PARTAGE study. JAMA Intern Med 2015;175:989-95.

Analyse de

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

L'étude HYVET (1) avait montré que, chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, en bonne santé, résidant à domicile et présentant une hypertension artérielle (pression artérielle moyenne de 173/91 mmHg), un traitement d'une durée de 1,8 an par indapamide à libération prolongée avec éventuellement (en cas d'efficacité insuffisante) l'ajout de péridopril, abaissait la pression artérielle en moyenne de 15 mmHg pour la pression systolique et de 6,1 mmHg pour la pression diastolique (2). Une diminution significative de la mortalité totale et de la mortalité cardiovasculaire avait également été montrée, diminution s'expliquant principalement par une importante réduction du nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque (diminution de 64% avec IC à 95% de 42 à 78 ; $p < 0,001$) (1). L'étude de suivi de HYVET (3) suggérait également que cette diminution se maintenait lors d'une prolongation du traitement en ouvert pendant un an (4).

Par contre, dès 2007, les données de la recherche épidémiologique montraient une relation inverse entre la pression artérielle et la mortalité. Une possible explication serait une association de l'apparition de maladies graves chez les personnes âgées avec une tension artérielle basse (5). Ceci est également illustré par l'étude de cohorte publiée en 2012 (6), menée à Leiden, au cours de laquelle les fonctions cognitives et physiques de personnes âgées de 85 ans et plus ($n = 572$) avaient été suivies pendant 3,2 ans en moyenne. La pression artérielle moyenne était de 155/77 mmHg, et les résultats montraient qu'une pression artérielle plus élevée était associée à une plus faible diminution des fonctions cognitives évaluée par le MMSE (Mini-Mental State Examination) ($p = 0,003$) et physiques (score de handicap dans les activités de la vie quotidienne) ($p < 0,001$). Dans leur discussion, les chercheurs avaient indiqué que, pour les personnes âgées, les critères de jugement qui reflètent la qualité de vie sont probablement plus importants que les statistiques de survie.

Ces nouvelles données ont déjà été intégrées dans les dernières recommandations de l'American Heart Association (7), qui, pour les personnes âgées, fixent à 140 - 145 mmHg la valeur cible pour la pression artérielle systolique, et dans celles de la Société européenne pour la prise en charge de l'hypertension artérielle (ESH) et de la European Society of Cardiology (ESC) (8), qui indiquent une valeur cible de la pression systolique < 150 mmHg, mais pas inférieure à 140 mmHg.

Depuis lors, une nouvelle étude de cohorte prospective d'une durée de 2 ans a été menée auprès de 1127 personnes vivant en maison de retraite en France et en Italie, âgées en moyenne de 87,6 ans, dont 78,1% de femmes (9). 80% des personnes âgées prenaient des antihypertenseurs et la pression artérielle systolique était < 140 mmHg chez 63% des hommes et chez 53% des femmes. Après correction pour tenir compte de 6 facteurs de confusion, il s'est avéré qu'une pression artérielle systolique moyenne (moyenne de 18 mesures pendant 3 jours consécutifs dans la chambre du résident) < 130 mmHg, associée à l'utilisation de plus de 2 antihypertenseurs, allait de pair avec une mortalité plus élevée (HR de 1,78 avec IC à 95% de 1,34 à 2,37 ; $p < 0,001$). Ces résultats s'expliquent peut-être partiellement par un surtraitement de l'hypertension artérielle, notamment parce que le traitement a été probablement instauré sur la base de la mesure conventionnelle effectuée par le médecin (effet de la blouse blanche ?). Malgré la prise en compte d'un grand nombre de facteurs de confusion, notamment la présence d'une insuffisance cardiaque, d'une affection cardiovasculaire, d'antécédents d'hypertension artérielle, on ignore dans quelle mesure les résultats ont été influencés par la gravité de l'insuffisance cardiaque et des antécédents cardiovasculaires. Chez les personnes au stade terminal de leur comorbidité, il convient d'assurer une forme de traitement de confort préterminal, et on peut donc éventuellement envisager de réduire le traitement

médicamenteux. La décision de commencer un médicament antihypertenseur doit se prendre au cas par cas en fonction des paramètres cliniques.

Conclusion

Cette étude de cohorte permettrait de réaffirmer que la valeur cible pour la pression systolique chez les personnes âgées de plus de 80 ans peut être légèrement relevée. Il est grand temps que des études cliniques randomisées reposant sur un protocole de recherche correct menées auprès de personnes âgées atteintes de comorbidités fassent la clarté sur ce point.

Références

1. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
2. De Cort P. Traitement de l'hypertension chez les personnes âgées d'au moins 80 ans. *MinervaF* 2008;7(9):130-1.
3. Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, et al; HYVET Study Group. Immediate and late benefits of treating very elderly people with hypertension: results from active treatment extension to Hypertension in the Very Elderly randomized controlled trial. *BMJ* 2012;344:d7541.
4. De Cort P. Traitement de l'hypertension chez les plus âgés. *Minerva online* 28/2/2013.
5. Oates DJ, Berlowitz DR, Clickman ME, et al. Blood pressure and survival in the oldest old. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:383-8.
6. Sabayan B, Oleksik AM, Maier AB, et al. High blood pressure and resilience to physical and cognitive decline in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:2014-9.
7. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists and European Society of Hypertension. *J Am Soc Hypertens* 2011;5:259-352.
8. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2013;31:1925-38.
9. Benetos A, Labat C, Rossignol P, et al. Treatment with multiple blood pressure medications, achieved blood pressure, and mortality in older nursing home residents. The PARTAGE study. *JAMA Intern Med* 2015;175:989-95.