

COMMENT JE TRAITE...

Un patient hypertendu âgé

J. M. Krzesinski(1)

RESUME

La stratégie thérapeutique proposée en pratique est la suivante.

1. *Le traitement de personnes âgées hypertendues doit être initié à partir du moment où les valeurs de pression artérielle ont été mesurées à plusieurs reprises et trouvées dépassant les valeurs de 160 et/ou 95 mmHg, en raison de la démonstration de l'efficacité certaine de ce traitement dans la diminution de l'incidence des complications cardiovasculaires du patient hypertendu âgé.*
2. *Le régime sans sel strict doit être évité. Une correction de l'excès de poids doit bien sûr être associée au traitement médicamenteux.*
3. *Pour le traitement médicamenteux, il est nécessaire de choisir des agents antihypertenseurs dont l'utilisation est bien connue du prescripteur.*
4. *Ne pas viser d'emblée l'efficacité maximale. Il est conseillé d'augmenter la posologie par palliers successifs.*
5. *Une surveillance attentive du patient est nécessaire avec recherche des effets secondaires médicamenteux.*
6. *Si le traitement est inefficace, il est nécessaire de remettre en question ce premier choix. Celui-ci est classiquement un diurétique ou, en cas de contre-indication, un antagoniste calcique.*
7. *Le schéma thérapeutique doit être facile à comprendre du patient et consister en une prise unique.*
8. *Rappelons que le but du traitement est de prolonger l'existence du patient tout en assurant une qualité de vie correcte.*

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

L'hypertension artérielle du patient âgé (> 60 ans) se définit par une pression systolique qui dépasse 160 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique qui dépasse 95 mmHg. L'incidence de cette hypertension artérielle, en raison de l'augmentation de pression avec l'âge et du nombre accru de patients âgés, est beaucoup plus élevée dans cette catégorie d'âge que chez les sujets plus jeunes. En Europe, cette hypertension atteint en effet près de 40 % des individus de plus de 60 ans. L'hypertension artérielle systolique isolée prédomine.

Une des caractéristiques de cette hypertension du sujet âgé est la grande variabilité de la pression artérielle. Il est donc nécessaire de répéter les mesures tensionnelles dans de bonnes conditions et d'observer sur une période suffisante le patient avant de le déclarer hypertendu. Un enregistrement ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures apporte ici une aide appréciable à l'établissement du diagnostic de l'hypertension et permet de détecter éventuellement des phases d'hypotension orthostatique. L'hypertension à prédominance systolique s'explique aisément par la diminution d'élasticité de l'arbre artériel (diminution de compliance des gros troncs artériels) générant une augmentation de la pression différentielle systolo-diastolique. Le vieillissement par lui-même s'accompagne de différentes modifications du système cardiovasculaire qui en altère son efficacité homéostatique pouvant générer plus facilement des effets secondaires lors d'un traitement antihypertenseur.

POURQUOI TRAITER ?

Le but du traitement dans l'immédiat est de diminuer l'importance des poussées hypertensives pouvant conduire à une insuffisance cardiaque ou à une hémorragie cérébrale. A distance, l'hypertension artérielle agit en provoquant une accélération du processus d'artériosclérose et d'athérosclérose. Ceci explique que plus de 50 % des décès du patient âgé hypertendu soient secondaires à des accidents cardiovasculaires.

De nombreux essais thérapeutiques ont démontré clairement que le traitement antihypertenseur est bénéfique en réduisant la morbidité et la mortalité cardiovasculaire des sujets âgés.

L'hypertension artérielle constitue donc un facteur de risque, mais, en raison des aléas de la mesure de la pression, de la fragilité homéostasique du patient âgé, des risques iatrogènes, l'équation est souvent difficile à résoudre pour le clinicien face au sujet âgé (tableau I).

En faveur du traitement, on peut inscrire la confirmation d'une hypertension artérielle après une période d'observation de quatre à six semaines, l'existence conjointe d'affections cardiovasculaires et la présence d'autres facteurs de risques artériels (tabac, diabète, cholestérol).

COMMENT TRAITER ?

L'attitude thérapeutique doit rester individualisée. Le traitement doit être progressif, préférant la prise quotidienne unique d'une substance à effet prolongé. Chez les patients avec hypertension artérielle légère, on insistera particulièrement sur le traitement non pharmacologique. En cas d'hypertension plus sévère ou de répercussions au niveau des organes cibles (hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale, accident vasculaire cérébral), un traitement médicamenteux s'impose. Le but initial du traitement est d'abaisser la pression artérielle systolique en dessous de 160 mmHg quand cette pression au départ dépasse 180 mmHg, ou de diminuer de 20 mmHg si la pression artérielle systolique se situe entre 160 et 180 mmHg. Les médicaments antihypertenseurs utilisés chez le sujet âgé sont les mêmes que ceux utilisés chez l'hypertendu plus jeune, mais leur maniement est plus délicat en raison des caractéristiques propres liées à l'âge et à l'hypertension, avec adaptation posologique vu la modification de la pharmacocinétique des agents antihypertenseurs chez le sujet âgé. Enfin, le prix doit aussi être pris en considération au vu de la fréquence de faibles revenus financiers chez ce type de patients.

(1) Spécialiste des Hôpitaux, Agrégé, Université de Liège, Service d'Hypertension artérielle et de Néphrologie (Pr. G. Rorive), Département de Médecine.

Tableau I.
Arguments pour ou contre
le traitement.

POUR :

- Confirmation d'une hypertension (après une période d'observation de 4 à 6 semaines)
- Existence conjointe d'affections cardiovasculaires
- Présence d'autres facteurs de risques artériels (tabac, diabète, cholestérol).

CONTRE :

- Variabilité de la pression artérielle
- Risque d'hypotension orthostatique
- Caractère asymptomatique chez un patient de plus de 80 ans
- Pronostic vital limité à court terme (par affection concomitante)
- Médiocre observance thérapeutique probable.

Tableau II.
Arguments pour ou contre
un autre choix médicamenteux.

*Alpha 1 bloquants

- Pour :
 - hypertrophie prostatique (fréquente au troisième âge)
- Contre :
 - hypotension orthostatique

*Bêtabloquants

- Pour :
 - angor, troubles rythmiques
- Contre :
 - décompensation cardiaque

*Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

- Pour :
 - décompensation cardiaque, diabète
 - hypertension systolique (perte de compliance des grosses artères)
- Contre :
 - insuffisance rénale (danger si sténose bilatérale d'artère rénale)
 - hyperkaliémie potentiellement dangereuse (favorisée par la prise simultanée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens).

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

1. Traitement non pharmacologique.

Sa place est relativement limitée et difficile en raison de l'ancienneté des habitudes alimentaires. Une réduction de l'apport en sodium est efficace, mais entraîne fréquemment de l'anorexie, de la déshydratation et une hyponatrémie. Il faudra particulièrement prôner cette mesure chez les patients avec œdèmes et/ou discrète insuffisance cardiaque.

Une diminution de l'apport calorique est toujours à tenter en présence d'un excès de poids, surtout à localisation abdominale. La relation entre excès de poids et pression artérielle existe de façon positive pour tous les âges.

L'activité physique doit être stimulée, mais avec modération et après contrôle médical cardiologique. Il faut plutôt privilégier la marche ou la natation.

2. Premier choix médicamenteux.

Les diurétiques thiazides demeurent les médicaments antihypertenseurs les plus prescrits dans le contexte gériatrique. L'avantage de cette classe de médicaments réside dans leur prix modique, la simplicité d'administration, leur efficacité démontrée au niveau des études épidémiologiques et leur bonne tolérance. Cette classe thérapeutique nécessite cependant une surveillance biologique en raison du risque de troubles ioniques, notamment l'hypokaliémie et surtout l'hyponatrémie, source de confusion mentale. Une réduction de posologie au départ est nécessaire, par exemple l'administration de la moitié de la dose habituelle pour éviter une hypovolémie trop rapide occasionnant l'hypotension orthostatique et le développement d'une insuffisance rénale.

Ce type de traitement est particulièrement efficace en raison de la faible réactivité du système rénine et orthosympathique. Une augmentation graduelle des doses avec des périodes d'observation relativement longues est nécessaire.

Ces diurétiques sont efficaces dans les hypertensions systoliques caractérisant fréquemment le patient âgé.

3. Alternatives du premier choix médicamenteux.

Un antagoniste calcique est utile dans l'hypertension systolique lorsque les diurétiques sont contre-indiqués, par exemple en présence d'anomalies métaboliques (hyperlipémie, diabète, goutte). Cet antagoniste calcique doit être à longue demi-vie avec un effet d'installation sur la pression artérielle progressif et caractérisé par une seule prise par jour. Il faut cependant se méfier des patients avec un fond de décompensation cardiaque, fréquemment notée plus l'âge avance.

Une autre alternative consiste en l'administration des inhibiteurs orthosympathiques centraux (clonidine, guanfacine), mais ces traitements occasionnent somnolence et hypotension orthostatique pouvant gêner la qualité de la vie du patient.

Tous les autres médicaments peuvent trouver une place pour certains types particuliers d'hypertension chez le sujet âgé, mais s'accompagnent fréquemment d'effets secondaires gênant leur utilisation comme premier choix (tableau II).

4. Traitement de formes particulières d'hypertension artérielle.

Hypertension artérielle secondaire. — Celle-ci est plus fréquente chez le sujet âgé que chez le sujet jeune, principalement l'hypertension sur sténose d'artère rénale ou sur insuffisance rénale chronique. Les diurétiques, les antagonistes calciques, les inhibiteurs centraux peuvent ici trouver une place de choix.

Hypertension en urgence (PA diastolique > 130 mmHg sans évidence de lésions au niveau des organes cibles). — Le traitement de choix consiste en l'administration d'un antagoniste calcique ou de la clonidine par voie orale à doses progressives et prudentes.

Hypertension maligne. — Cette hypertension maligne avec altération majeure au niveau des organes cibles nécessitant une intervention rapide est, comme pour les sujets jeunes, à traiter par une perfusion de nitroprussiate de soude ou de labétalol. Ce type d'hypertension nécessite une hospitalisation en urgence.

Hypertension réfractaire (surtout hypertension systolique). — Cette hypertension réfractaire peut être liée à un traitement non suivi, suite à des effets secondaires que le patient a jugé intolérables, à une dose insuffisante de médicament, ou encore à l'existence d'une hypertension secondaire. Elle sera remarquablement mise en évidence par la mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Il est nécessaire d'essayer des agents thérapeutiques appartenant à chaque classe médicamenteuse avant les associations.

BIBLIOGRAPHIE

1. The fifth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. National Institutes of Health (NIH publications), n° 93-1008, January 1993.
2. 1993 Guidelines for the management of mild hypertension : memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting Guidelines Subcommittee. *J. Hypertens.*, 1993, **11**, 905-918.
3. AMERY, A., BIRKENHÄGER, W., BRIXHO, P., BULPITT, C., CLEMENT, D., DE SCHAEPRUIJVER, A. — Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly. *Lancet*, 1985, **1**, 1351-1354.
4. HANSSON, L. — Treatment of hypertension in the elderly. *J. Hypertens.*, 1993, **11** (suppl. 4), S25-S27.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J. M. Krzesinski, Service de Néphrologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège 1.