

# Stratégie de choix pour les personnes âgées



## Keuzestrategie voor ouderen

Commentaires de l'expert / Commentaar van de deskundige  
Prof. Benoit Boland, UCL

Réunion de Consensus INAMI/RIZIV  
05 novembre 2015

**L'usage rationnel des médicaments en cas d'hypertension artérielle (HTA)**

Stratégie de choix pour les personnes âgées

Nom de l'expert : Professeur Benoit BOLAND.  
Chef de Clinique, Service de Gériatrie  
Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCL  
Professeur Ordinaire Clinique, Gériatrie  
Faculté de médecine et de médecine dentaire, UCL  
[benoit.boland@uclouvain.be](mailto:benoit.boland@uclouvain.be)

Questions 3. Traitement médicamenteux : seuils & cibles thérapeutiques

**Quelles sont les valeurs seuils et cibles d'un traitement médicamenteux pour :**

- 3a) Un adulte sans comorbidité ni complication de l'HTA ?
- 3b) Un adulte avec complication (atteinte d'un organe cible) de l'HTA ?
- 3c) Un adulte présentant une des affections suivantes : diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, ischémie coronarienne (angor et post-infarctus), ... ?
- 3d) Une personne âgée de plus de 60 ans ?**
- 3e) Une personne âgée de plus de 80 ans ?**

Questions 6. Traitement d'une HTA chez une personne âgée (60+)

**6a) Quel est le meilleur choix (efficacité/sécurité) pour un traitement médicamenteux initial d'une HTA, monothérapie versus autre monothérapie ou versus polythérapie, chez**

- Une personne âgée de 60 à 79 ans ?
- Une personne âgée de 80 ans et plus ?

**6b) En cas de non atteinte des valeurs cibles déterminées pour un patient avec un traitement, quel est le meilleur choix de stratégie thérapeutique (efficacité, sécurité) pour l'ajout d'autres antihypertenseurs chez**

- Une personne âgée de 60 à 79 ans ?
- Une personne âgée de 80 ans et plus ?

**Q3. Quelles sont les valeurs seuils et cibles d'un traitement médicamenteux pour une personne âgée de 60 à 79 ans ; une personne âgée de 80 ans et plus ?**

1. Catégories d'âge. Si l'âge à partir duquel on considère qu'une personne est âgée est arbitraire et culturel, la distinction entre les personnes âgées de 60 à 79 ans et celles âgées de plus de 80 ans est importante pour le clinicien

1.1. L'approche clinique d'une personne hypertendue âgée de 60 à 79 ans sera surtout orientée sur les **maladies** : celle en question (l'hypertension artérielle) et celles qui y sont associés (les comorbidités telles que le diabète de type 2, l'obésité, l'insuffisance rénale, la fibrillation auriculaire, la décompensation cardiaque, la maladie coronarienne, la thrombose cérébrale, la démence ...).

1.2. L'approche clinique d'une personne hypertendue âgée de 80 ans et plus sera elle surtout orientée vers la spécificité de la **personne**, tenant en compte – outre l'hypertension artérielle et ses comorbidités (*cfr supra*) - la multi-morbidité (principales maladies qui ne sont pas en relation avec l'hypertension artérielle), la poly-médication (souvent source de prescriptions inappropriées), l'espérance de vie résiduelle, les préférences individuelles et le profil gériatrique global : robuste ou fragile. Une caractéristique essentielle du « 4<sup>ème</sup> âge » (personnes âgées de 80 ans et plus) est sa grande **hétérogénéité** en termes de santé, fonctionnalité, projets et espérance de vie. Cette distinction fondamentale entre les patients âgés en « bonne condition physique et mentale » et ceux avec « fragilité » fait partie intégrante des recommandations européennes de 2013 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle (ESH/ESC). Cela dit, le diagnostic de la fragilité n'y est pas proposé et la recommandation est de « *laisser au médecin les décisions concernant les médicaments antihypertenseurs, selon le suivi des effets cliniques observés* »...

2. **Seuils tensionnels** pour un traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle.

2.1. Selon le consensus ACC/AHA 2011 [1]

2.1.1. Extraits : « *la valeur seuil spécifique de pression artérielle à laquelle un traitement médicamenteux antihypertenseur doit être instauré chez la personne âgée (65 ans et plus) n'est pas définie dans le consensus d'experts diffusé en*

*2011 par les Associations Américaine d'Hypertension et celle de Cardiologie (ACC/AHA) ; néanmoins, ce consensus recommande les valeurs de 140/90 mm.Hg (systolique/diastolique) chez les personnes de 65 à 79 ans, et une valeur systolique de 150 mm.Hg chez les personnes de 80 ans et plus ».*

Des valeurs semblables ont été proposées par les guidelines ESH/ESC de 2013 [2].

#### 2.1.2. Commentaires du gériatre :

2.1.2.1. Notons la différence entre la valeur proposée pour la systolique chez les personnes âgées de 65 à 79 ans (140 mm.Hg) et celle de 80 ans et plus (150 mm.Hg). Entre ces deux catégories d'âge existe une différence de la valeur systolique associée au risque minimal d'accident cardiovasculaire (~130 mm.Hg entre 65 et 79 ans, et ~140 mm.Hg après l'âge de 80 ans) [3].

2.1.2.2. Notons également que ce consensus ne propose pas de valeur seuil de diastolique chez la personne de 80 ans et plus. En effet, au 4<sup>ème</sup> âge, c'est l'hypertension artérielle systolique qui prédomine, associée à une tension diastolique normale voire basse (avec élévation de la pression pulsée).

2.1.2.3. Le degré de forme physique (fitness) est un autre paramètre utile à prendre en compte lors de la définition de la valeur seuil pour le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle chez une personne âgée. Il peut par exemple être évalué par l'observation de la vitesse de marche [4]. Dans cette étude, en présence d'une hypertension artérielle systolique (valeur supérieure à 160 mm.Hg en moyenne), la mortalité toute cause était accrue chez les personnes marchant rapidement, non modifiée chez les personnes à vitesse de marche moyenne, mais diminuée chez les personnes marchant à pas lents (différences statistiquement significatives). La marche lente étant une des caractéristiques principales de la fragilité gériatrique, on peut retirer de ces observations qu'une tension artérielle supérieure à 160 mm.Hg a un effet protecteur en termes de mortalité chez des patients marchant lentement.

2.2. Selon les gériatres, le seuil de pression artérielle systolique (PAS) pour initier un traitement médicamenteux est de 160 mm.Hg chez les personnes âgées [5].

2.2.1. Chez les personnes de 65 à 79 ans, le seuil considéré est habituellement de 160 mm.Hg pour la systolique et 90 mm.Hg pour la diastolique. Le critère de la liste START version 2 propose la valeur de 160 mm.Hg de systolique [6]. Des valeurs moindres peuvent être utilisées comme seuil en cas de haut risque de complication de l'hypertension artérielle (diabète de type 2 de longue évolution, et/ou de l'insuffisance rénale chronique, par exemple). Dans ces derniers cas, des valeurs de 140 et de 85 mm.Hg peuvent être utilisées comme seuil thérapeutique, respectivement pour la pression artérielle systolique et diastolique.

2.2.2. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, il importe de distinguer le profil global : robuste ou fragile.

2.2.2.1. Chez une personne octogénaire à profil robuste, la stratégie sera semblable à celle suivie chez les patients plus jeunes, à savoir l'utilisation d'un seuil de 160 mm.Hg pour la PAS. Cette recommandation correspond aux données de l'étude HYVET [7].

2.2.2.2. En cas de fragilité observée, il n'y a pas de valeur seuil précise au-delà de laquelle un traitement médicamenteux doit être instauré (absence de données scientifiques à ce propos). Une valeur minimale de 130 mm.Hg pour la PAS est proposée [8].

### 3. **Valeurs cibles** d'un traitement médicamenteux pour une personne âgée

3.1. Dans la littérature médicale, la réponse à cette question-ci est également relativement floue. Le consensus d'experts déjà cité plus haut (ACC/AHA-2011) écrit que « *bien que la valeur cible optimale du traitement de la pression artérielle par médicament n'est pas précisée, un objectif thérapeutique de valeur inférieure à 140/90 mm.Hg des personnes âgées de 65 à 79 ans, et d'une systolique entre 140 et 145 mm.Hg (si bien tolérée) chez des personnes âgées de 80 ans et plus, est raisonnable* ». [1]

3.1.1. De nombreux essais cliniques randomisés ont eu lieu ces dernières décennies chez des personnes hypertendues âgées de 65 à 79 ans.

3.1.2. Par contre, ils ont été rares chez des personnes âgées de 80 ans et plus, et l'essai clinique le mieux connu est celui de l'étude HYVET [7]. Selon l'étude HYVET, la réponse à la question de la cible thérapeutique systolique semble simple : 150 mm.Hg.

### 3.2. Avis du gériatre.

3.2.1. Etude HYVET. Beaucoup a été écrit sur ses forces et faiblesses de cette étude.

3.2.1.1. Forces. Sa force principale est son existence qui offre enfin, pour le 4<sup>ème</sup> âge, des données scientifiques concernant le traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle.

Une autre force est d'avoir proposé une cible thérapeutique accessible en pratique médicale : 150 mm.Hg de systolique.

3.2.1.2. Limites. citons principalement les critères d'exclusion ayant laissé hors de l'essai clinique toutes les personnes âgées avec insuffisance rénale (créatinine supérieure à 1.7 mg/dL), troubles cognitifs ou démence, résidence en maison de repos et de soins, ou tension artérielle en position debout inférieure à 140 mm.Hg (signant une hypotension orthostatique puisque tous les sujets incluent dans HYVET devaient avoir une PAS en position assise ou couchée supérieure à 160 mm.Hg).

On peut également souligner du côté des limites de cette étude un changement des critères d'inclusion en cours d'étude (avec finalement un tiers des 3.845 personnes âgées présentant une hypertension artérielle uniquement systolique), les difficultés de recrutement sur le plan géographique (avec finalement une majorité de personnes recrutées en Europe de l'est et en Asie, alors que l'étude ciblait initialement des personnes vivant en Europe de l'ouest).

De nombreux patients hypertendus âgés de plus de 80 ans, que nous rencontrons dans nos pratiques médicales, n'auraient pas été éligibles pour l'étude HYVET. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être simplement extrapolés, lorsque se pose la question de comment les bien traiter pour leur hypertension artérielle.

3.2.2. Etude PARTAGE [9]. Cette étude observationnelle, menée en France dans les maisons de repos et soins (appelées EHPAD) a analysé 1.127 personnes âgées de 87 ans en moyenne (78% de femmes) qui recevaient en moyenne 7.2 médicaments différents chaque jour. Un traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle était présent chez 814 personnes (72%), et 650 personnes (58%) recevaient plusieurs médicaments antihypertenseurs (nombre moyen de médicaments antihypertenseurs : 2.7 par jour). L'étude PARTAGE a observé, comme d'autres avant elle, un surcroît de mortalité à deux ans parmi les personnes dont la PAS était dans le tertile inférieur (85 à 130 mm.Hg). Tout récemment, les auteurs de cette étude ont publié l'observation d'une mortalité doublée chez les patients associant une PAS < 130 mm.Hg et  $\geq 2$  médicaments antihypertenseurs. Ces auteurs, gériatres principalement, proposent une PAS  $\geq 130$  mm.Hg chez les personnes fragiles âgées de plus de 80 ans et une déprescription de la médication anti-hypertensive le cas échéant.

**Question 6. Traitement d'une HTA chez une personne âgée.**

6a) Quel est le meilleur choix (efficacité/sécurité) pour un traitement médicamenteux initial d'une HTA, monothérapie versus autre monothérapie ou versus polythérapie, chez une personne âgée de 60 à 79 ans ; une personne âgée de 80 ans et plus ?

6b) En cas de non atteinte des valeurs cibles chez un patient sous traitement, quel est le meilleur choix thérapeutique (efficacité, sécurité) pour l'ajout d'autres antihypertenseurs chez une personne âgée de 60 à 79 ans ; une personne âgée de plus de 80 ans ?

1. Meilleur choix (efficacité/sécurité) pour un traitement médicamenteux initial d'une HTA.

1.1. Au « 3<sup>ème</sup> âge » (de 65 à 79 ans), la plupart des classes médicamenteuses ont été montrées efficaces dans la réduction de la morbidité cardiovasculaire. Le choix initial dépendra principalement de la comorbidité (diabète, obésité, insuffisance rénale chronique, fibrillation auriculaire, décompensation cardiaque, maladie coronarienne, thrombose cérébrale, ...).

1.2. Au « 4<sup>ème</sup> âge » (80 ans et plus), il y a lieu d'intégrer d'importantes spécificités pharmacologiques (pharmaco-cinétiques & pharmaco-dynamiques : PK & PD) et la susceptibilité individuelle de chaque patient.

1.2.1. Pharmacocinétique (effets de l'organisme sur le médicament). L'absorption des médicaments au niveau intestinal est ralentie, mais quantitativement conservée. Par contre, la distribution des médicaments dépendra de leur caractère hydrophile ou lipophile, la personne au 4<sup>ème</sup> âge se caractérisant par un moindre volume hydrique et un volume graisseux accru. Le métabolisme hépatique des médicaments antihypertenseur peut être modérément diminué mais c'est surtout l'excrétion rénale qui est diminuée, en particulier, pour des  $\beta$ -bloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC). En résumé, au grand âge, l'absorption et la distribution des médicaments antihypertenseurs sont peu prévisible, et leur demi-vie est fréquemment majorée.

1.2.2. Pharmacodynamique (effets du médicament sur l'organisme). Au grand âge, les mécanismes de couplage entre récepteurs et réponses cellulaires sont altérés et encore mal connus. Il existe en général une sensibilité accrue aux médicaments, principalement au niveau des systèmes nerveux central (équilibre, vigilance, fonctions cognitives, ...) et cardio-vasculaire (arythmie, hypotension orthostatique, ...)

1.3. Attitudes des gériatres.

1.3.1. La majorité des gériatres utilisent comme médicament antihypertenseur de 1<sup>ère</sup> ligne un thiazidé à faible concentration (en considérant que l'indapamide appartient à cette classe), un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), ou un bloqueur des canaux calciques (BCC) de type dihydropyridine (DHP). Ces trois classes sont à la fois validées par des essais cliniques, peu coûteuses (sous forme générique), à prise quotidienne unique, et utilisables en association en cas de nécessité

1.3.2. Chacune de ces trois classes médicamenteuses sera moins favorable chez la personne âgée en présence d'une des anomalies ou manifestations suivantes :

- hyponatrémie pour un thiazidé
- hypokaliémie pour un thiazidé
- hyperkaliémie pour un IEC
- insuffisance rénale avancée pour un thiazidé (inefficacité)
- oedèmes importants des membres inférieurs pour un BBC de type DHP
- hypotension posturale, dite orthostatique, principalement pour un BBC de type DHP (effet marginal des IEC ; ainsi que du thiazidé si la volémie est conservée)

1.3.3. Une stratégie de prise en charge de l'hypertension chez les personnes octogénaires vient d'être publiée [8]

1.3.3.1. L'aiguillage initial et central dans l'algorithme est le dépistage de la fragilité. Il s'opère en quelques minutes, sur base d'une observation (vitesse de la marche) ou de l'utilisation d'une échelle (celle de Fried est la mieux connue), ou d'un indice (calcul d'un cumul de points)

1.3.3.2. En cas de dépistage positif, une évaluation gériatrique standardisée (EGS) est fort utile pour

- évaluer, chez le patient en question, son risque de déclin fonctionnel, de morbidité et de mortalité
- déterminer le rapport risque et bénéfice des traitements médicamenteux antihypertenseurs (en fonction de son profil physiologique plus que de son âge considéré isolément)
- proposer des actions spécifiques qui permettent de freiner ou retarder la perte d'indépendance

#### 1.3.4. Choix thérapeutiques optimaux pour l'hypertension après l'âge de 80 ans

##### 1.3.4.1. Octogénaires en « bonne condition » (robustesse)

- ✓ se concentrer sur la pression artérielle systolique (et la pression pulsée)
- ✓ viser une valeur cible de 150 mm.Hg (et pas inférieure à 130 mm.Hg !)
- ✓ commencer par une monothérapie (thiazidé, IEC, CCB)
- ✓ dépister régulièrement la présence d'une hypotension orthostatique
- ✓ optimiser le traitement pour une protection cardiovasculaire globale
  - anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire
  - IEC en cas de décompensation cardiaque, avec association d'un  $\beta$ -bloquant si cette dernière est bien stabilisée,
  - aspirine, voire statine selon l'espérance de vie, en cas d'accident ischémique lié à une athérosclérose

##### 1.3.4.2. Octogénaires avec « santé précaire » (fragilité) :

- ✓ réconciliation puis la révision de la liste de tous les médicaments ;
- ✓ évaluation du rapport risque / bénéfice de chaque médicament antihypertenseur prescrit, sur base d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS), incluant l'espérance de vie, les syndromes gériatriques, la multimorbidité, ...
- ✓ initiation d'un traitement antihypertenseur en monothérapie, en visant une PAS de 150 mm.Hg
- ✓ identification - et correction le cas échéant - de facteurs médicamenteux ou autre diminuant la pression artérielle tels qu'une neuropathie autonome : diabète de type 2, Parkinson, vasodilatateur (alpha-bloquant à visée urologique, dérivé nitré, ...), hypovolémie
- ✓ réduction de la posologie voire déprescription de médicaments antihypertenseurs lors de la détection d'une hypotension (en orthostatisme ou en postprandial) ou/et d'une PAS < 130 mm.Hg

## Références

- [1] 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. Aronow et al. *Circulation* 2011 May 31;123 (21): 2434-506
- [2] 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)  
Mancia et al. *Eur J Heart.* 2013 Jul;34(28):2159-219
- [3] Risk of adverse outcomes among older CAD patients by age and blood pressure.  
Denardo et al. *Am J Med* 2010; 123: 719-726
- [4] The association of blood pressure and mortality differs by walking speed in older Latinos.  
Odden et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 Sep ; 67 (9): 977-83
- [5] Systolic Hypertension Should Not Be Treated in Persons Aged 80 and Older Until Blood Pressure Is Greater than 160 mmHg. Morley. *JAGS* 2013 ; 61:1197–1202
- [6] STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2.  
O'Mahony et al. *Age and Ageing* 2015; 44: 213–218
- [7] Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older (HYVET).  
Beckett et al. *N Engl J Med* 2008; 358.
- [8] Polypharmacy in the Aging Patient Management of Hypertension in Octogenarians.  
Benetos et al. *JAMA.* 2015; 314 (2):170-180
- [9] Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents : the PARTAGE Study. Benetos et al.  
*JAMA Intern Med.* doi:10.1001/jamainternmed.2014.8012. Published online February 16, 2015.
- [10] Treatment of Hypertension in Older Persons: What Is the Evidence?  
Morley. *Drugs Aging* 2014 ; 31:331–337.

## Autres lectures utiles

- High Blood Pressure and Resilience to Physical and Cognitive Decline in the Oldest Old.  
Sabayan et al. *JAGS* 2012 ; 60:2014–2019
- Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?  
Spinewine et al. *Lancet* 2007; 370 July 14: 173-184
- Pharmacotherapy for Hypertension in Older Adults: A Systematic Review.  
Goeres et al. *Drugs Aging* 2014 ; 31:897–910
- Increasing complexity: which drug class to choose for treatment of hypertension in the elderly?  
Kaiser et al. *Clinical Interventions in Aging* 2014; 9: 459–475