

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente plus de 2 800 médecins de famille en Alberta. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

Révision : 6 décembre 2017

Mise à jour des données probantes : Ajout du sous-groupe de l'essai SPRINT

Conclusion : Prise en compte de l'incidence de l'essai SPRINT

Première publication : 15 mars 2010

Traiter l'hypertension chez les personnes très âgées : que savons-nous à ce jour?

Question clinique : Chez les patients âgés de plus de 80 ans, quels sont les risques et les effets bénéfiques liés au traitement de l'hypertension?

Conclusion : Le traitement de l'hypertension chez les patients âgés de 80 ans ou plus en santé est efficace. Les valeurs cibles exactes sont incertaines, mais l'essai clinique primaire a utilisé des valeurs cibles de 150/90 mm Hg, tandis qu'un autre essai a montré qu'une TP systolique inférieure à 120 était bénéfique. L'effet bénéfique du traitement chez les personnes âgées frêles ou celles qui présentent une orthostasie et/ou une tension artérielle systolique en position debout inférieure à 140 demeure incertain.

Données probantes

- Un vaste essai clinique randomisé (ECR) aborde précisément cette situation.
 - ECR HYVET¹ – 3 845 patients, suivi moyen de 2,1 ans, 60 % de femmes, 80 ans ou plus (83,5 ans en moyenne), tension artérielle (TA) systolique supérieure à 160 :
 - Placebo ou indapamide (1,5 mg à libération prolongée) avec ou sans périndopril (2 à 4 mg). (Les valeurs cibles de TA étaient inférieures à 150/80 mm Hg.)
 - Résultats :
 - Mortalité : nombre de sujets à traiter (NST) = 47 (10 % pour les patients traités rapport à 12 %).

- Toute maladie cardiovasculaire : NST = 34 (7,1 % pour les patients traités par rapport à 10,1 %);
- Insuffisance cardiaque : NST = 53 (3 % pour les patients traités par rapport à 1,1 %).
- Limites possibles :
 - L'interruption prématurée peut exagérer l'effet bénéfique².
 - La population âgée en bonne santé peut limiter une application généralisée (12 % ou moins avaient des antécédents de maladies cardiaques et moins de 7 % avaient le diabète).
 - Les patients ayant une pression artérielle systolique en position debout inférieure à 140 ont été exclus de l'étude; peu de patients présentaient une orthostasie (7,9 % à 8,8 %).
- Dans le sous-groupe de 2 636 patients de l'essai SPRINT qui avaient 75 ans ou plus³ (voir le numéro 37 d'Outils de la pratique), une tension systolique inférieure à 120 mm Hg, par rapport à une inférieure à 140 mm Hg, a réduit la mortalité (NST = 39), la survenue d'une quelconque maladie cardiovasculaire (NST = 29) et l'insuffisance cardiaque (NST = 63) sur 3,1 ans.

Contexte

- Une revue systématique qui a extrait des données provenant de sept essais sur des patients âgés de 80 ans ou plus (1 670 patients) a constaté que le traitement antihypertenseur réduit de façon significative les événements cardiovasculaires, mais elle laisse régner l'incertitude quant à l'effet sur la mortalité⁴.
- Une méta-analyse portant sur des patients âgés de 80 ans ou plus (3 essais, 8 221 patients) n'a constaté aucune différence entre une TA cible inférieure à 140/90 mm Hg et une de 150-160/90 mm Hg⁵.
- L'essai HYVET a été précisément conçu pour aborder l'hypertension chez les personnes très âgées en bonne santé, et les données pour cette population sont plus fiables que les données de sous-groupes réunis.
 - Remarque : Les valeurs cibles de TA dans l'essai HYVET étaient de 150/80 mm Hg, soit des valeurs qui dépassent celles de la plupart des lignes directrices.
 - Les patients de l'étude HYVET¹ et la majorité des patients étudiés dans la plupart des essais⁴ ont utilisé les diurétiques thiazidiques comme traitement de première intention.
- Les lignes directrices canadiennes⁷ de 2017 ont modifié la TA cible pour les personnes âgées à une tension inférieure à 140/90 mm Hg, alors que les lignes directrices américaines⁸ recommandent une TA systolique cible inférieure à 130 mm Hg pour les patients ambulatoires hors établissement âgés de 65 ans ou plus.

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Laurie Mallery, M.D., FRCPC (gériatrie)

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, *et al.* N Engl J Med. 2008;358:1887-1898.
2. Montori VM, Devereaux PJ, Adhikari NK, *et al.* JAMA. 2005;294:2203-2209.
3. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, *et al.* JAMA. 2016;315:2673-2682.
4. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, *et al.* Lancet. 1999;353:793-796.
5. Garrison SR, Kolber MR, Korownyk CS, McCracken RK, Heran BS, Allan GM. Cochrane Database Syst Rev. 2017;8:CD011575
6. Beckett N, Peters R, Tuomilehto J, *et al.* BMJ. 2012;344:d7541.
7. Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, *et al.* Can J Cardiol. 2017;33:557-576.
8. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, *et al.* J Am Coll Cardiol. 2017;Nov 13 [Publ. en ligne avant l'impression]:doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Les articles archivés sont disponibles sur le site *Web Toward Optimized Practice* et sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.