

HTA et Syndrome métabolique chez la personne âgée



Pr Olivier HANON
Hôpital Broca, Paris

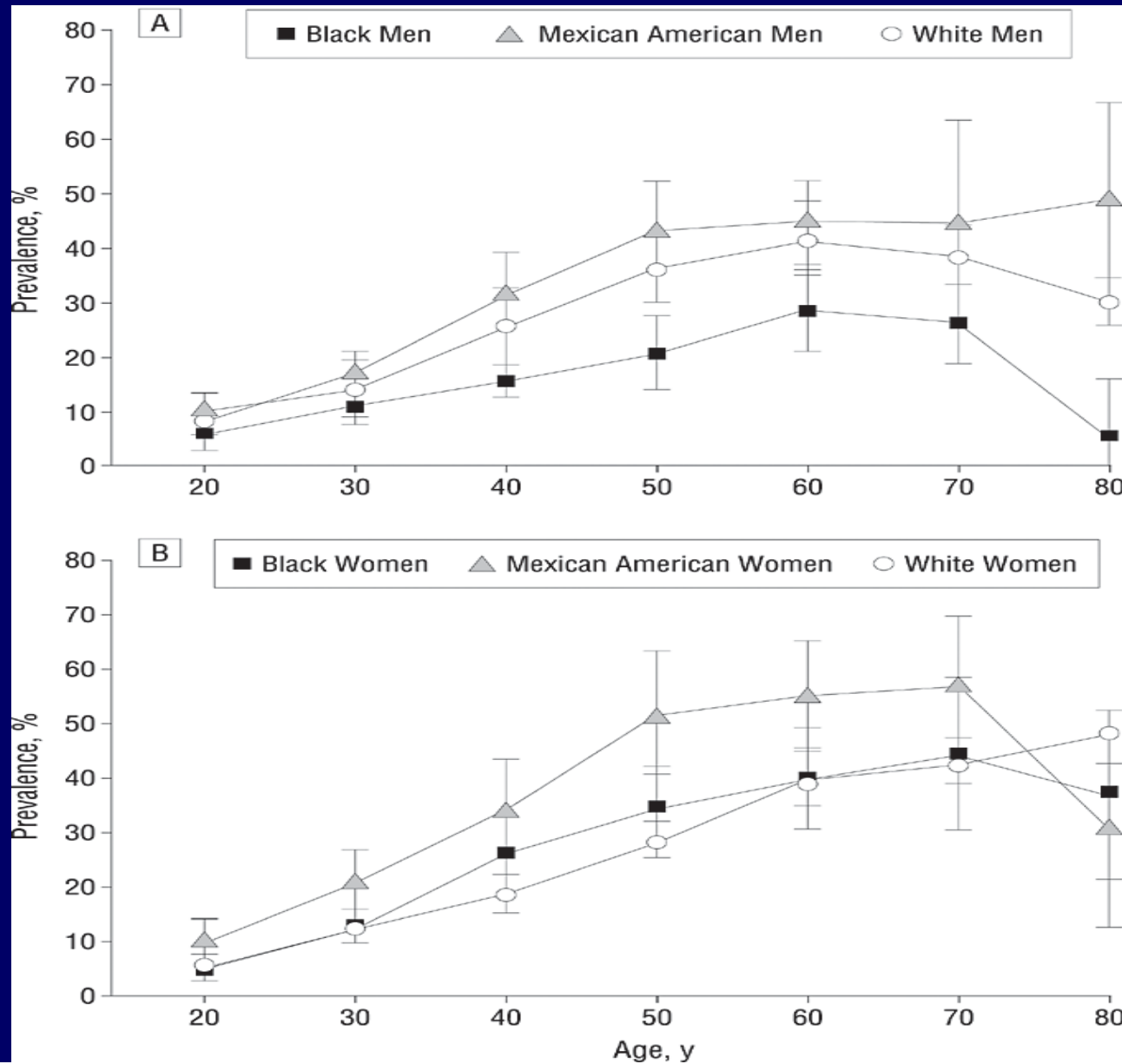
Sd Métabolique

au moins 3 facteurs de risque (NCEP III)

Facteurs de risque	Niveau seuil
Obésité abdominale Homme Femme	Tour de taille > 102 cm > 88 cm
Triglycérides	≥ 1.5 g/l
HDL cholestérol Homme Femme	< 0.4 g/l < 0.5 g/l
Pression artérielle	≥ 130/ ≥ 85 mmHg
Glycémie à jeun	≥ 1.10 g/l

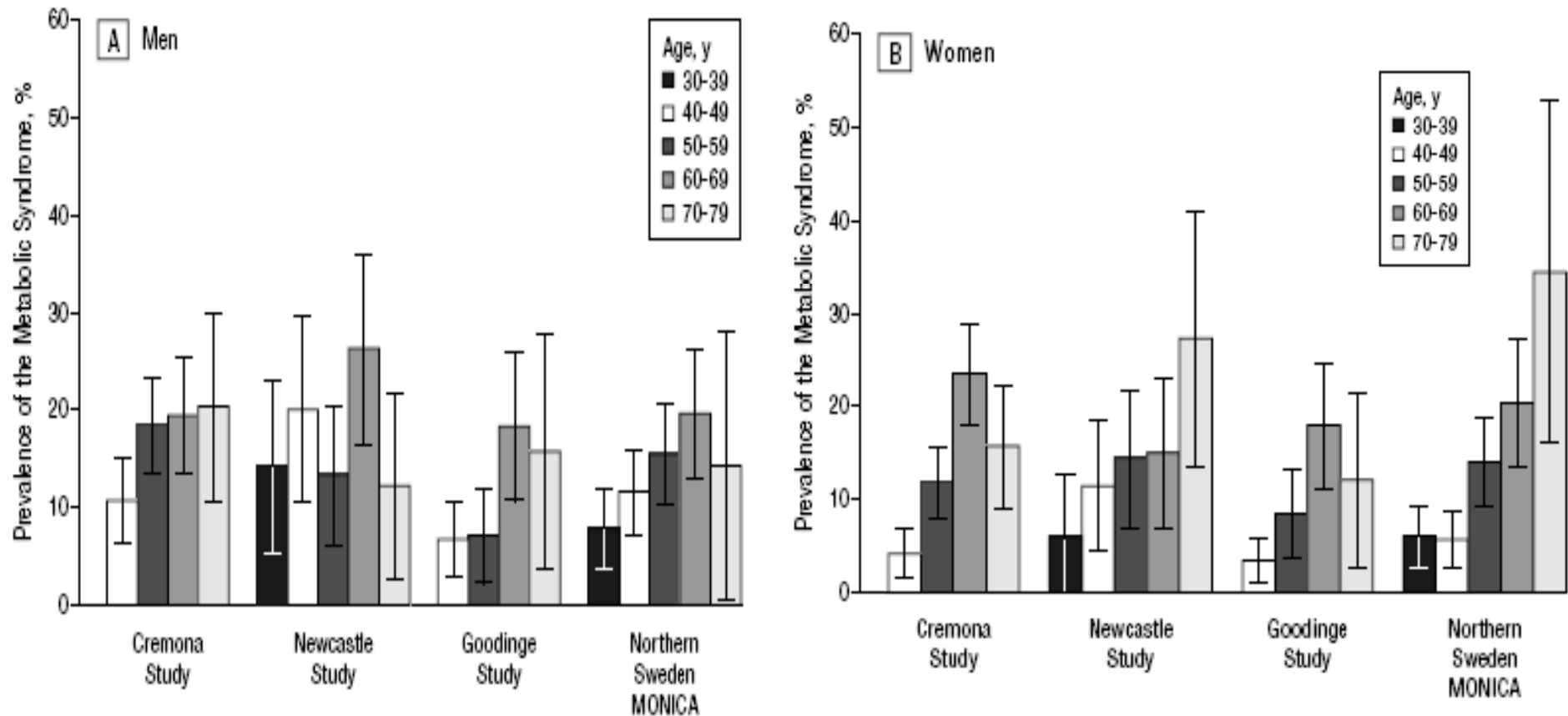
Sd Métabolique – prévalence USA

Arch Intern Med. 2003 ;163:427-36.



Syndrome métabolique en Europe

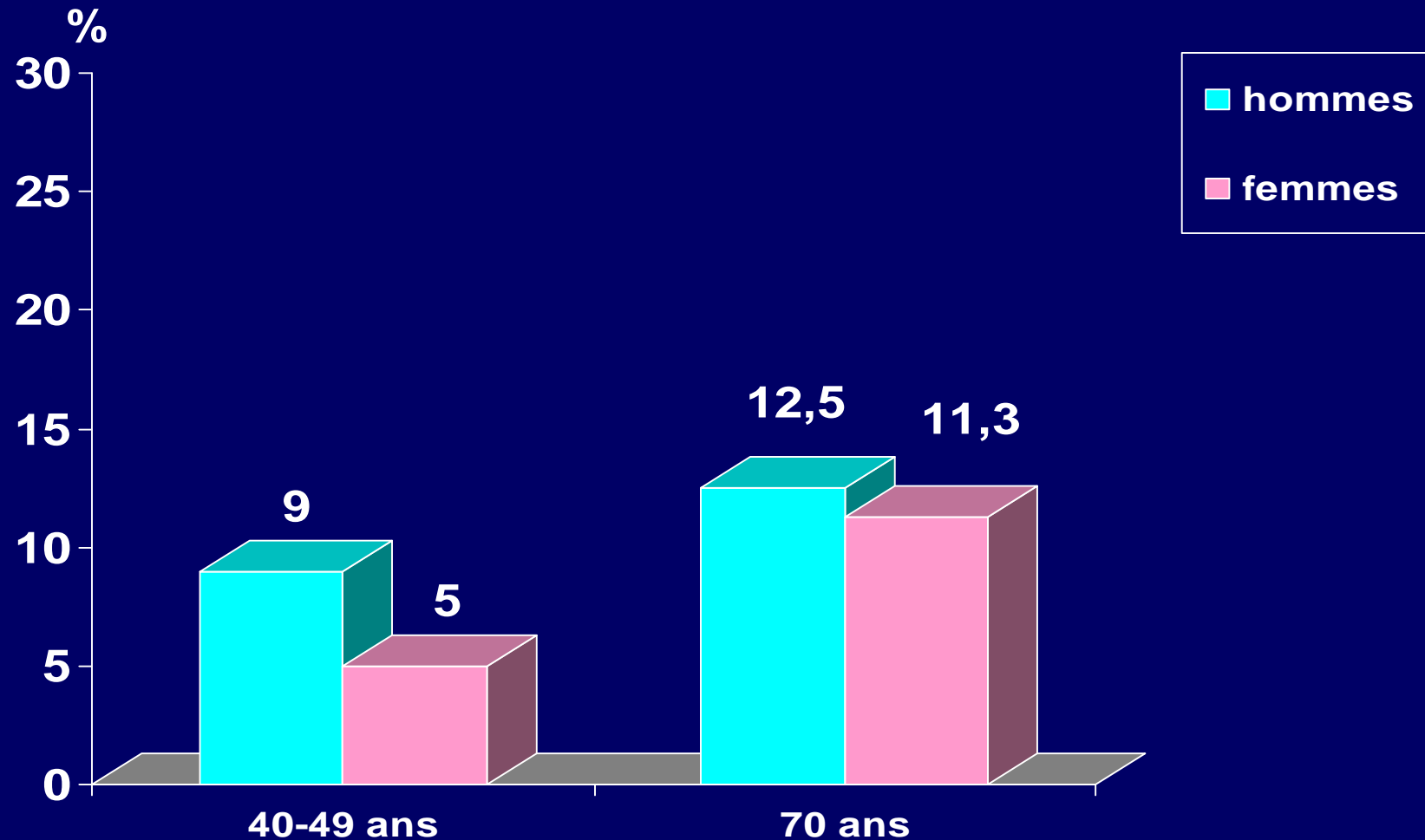
11 European cohort studies



DECODÉ study group Arch Int Med 2004;164:1066

Sd métabolique en France (Étude IPC)

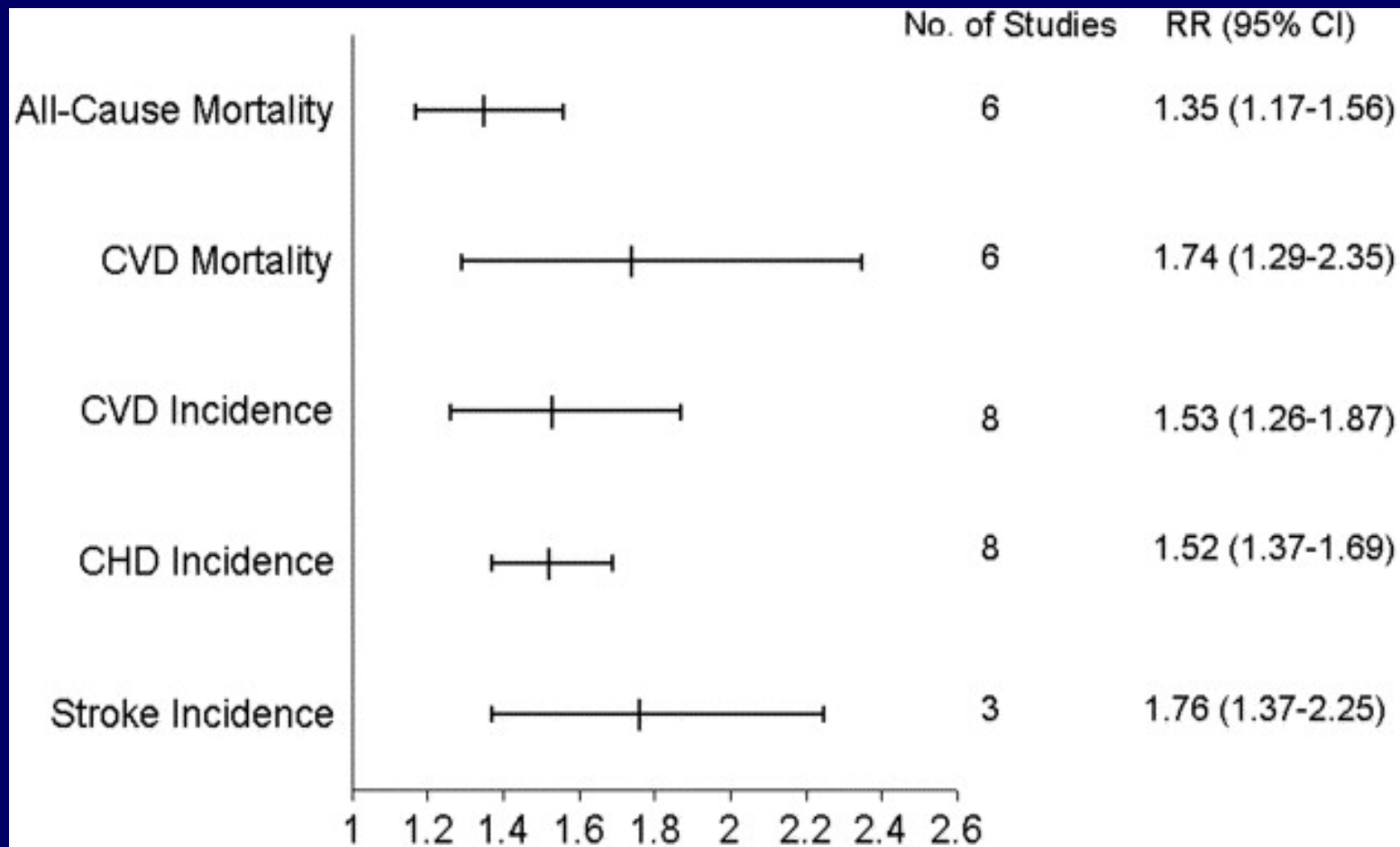
n= 40 977 hommes et 21 277 femmes.



Guize L. Bull Acad Natl Med 2006, 190:685-97

Sd Métabolique et pathologies cardiovasculaires

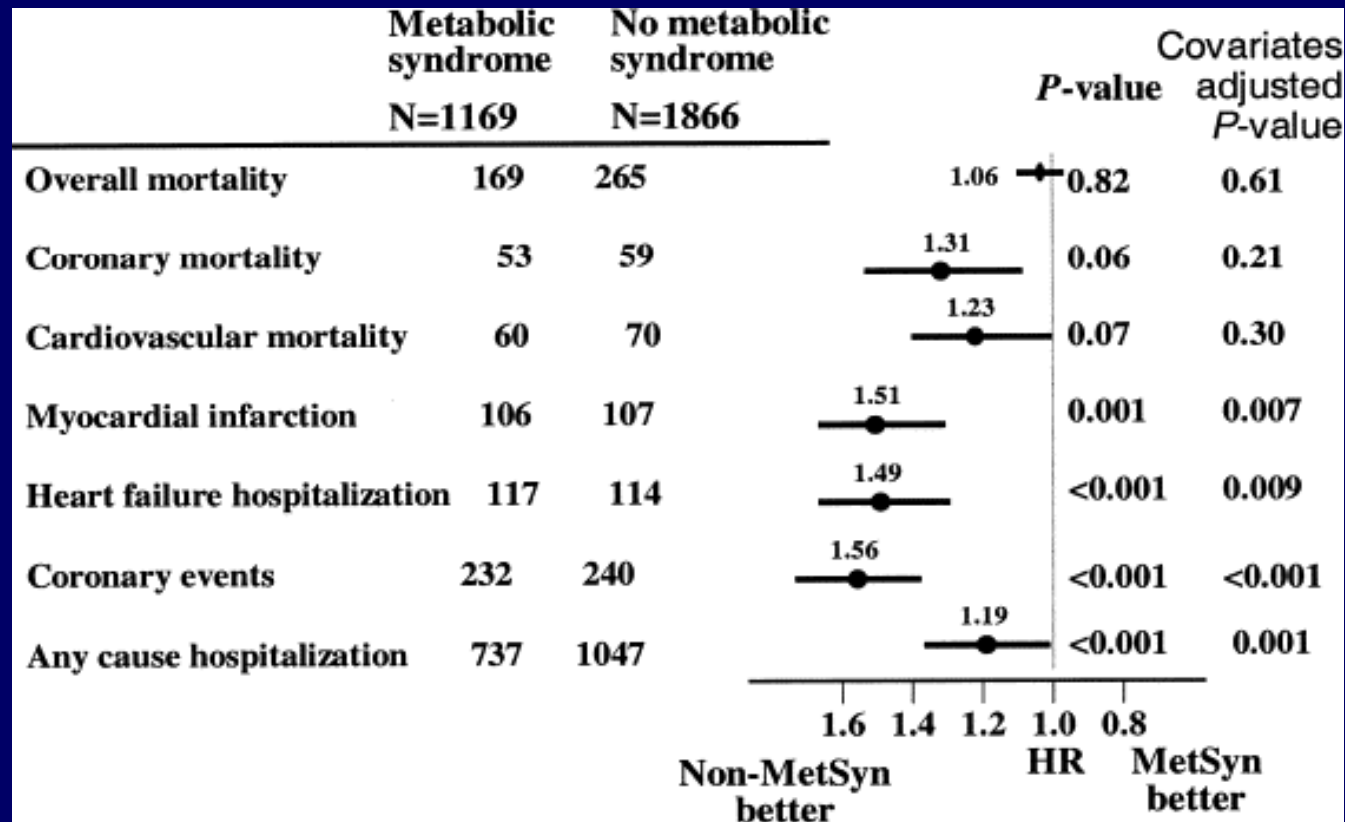
Méta-analyse (21 études)



Health ABC study

n=3,035 , 70-79 ans, suivi 6 ans

Prévalence sd métabolique = 38%



Butler J, J Am Coll Cardiol. 2006 ;47:1595-602.

Syndrome Métabolique

Définitions de l'hypertension

NCEP 3

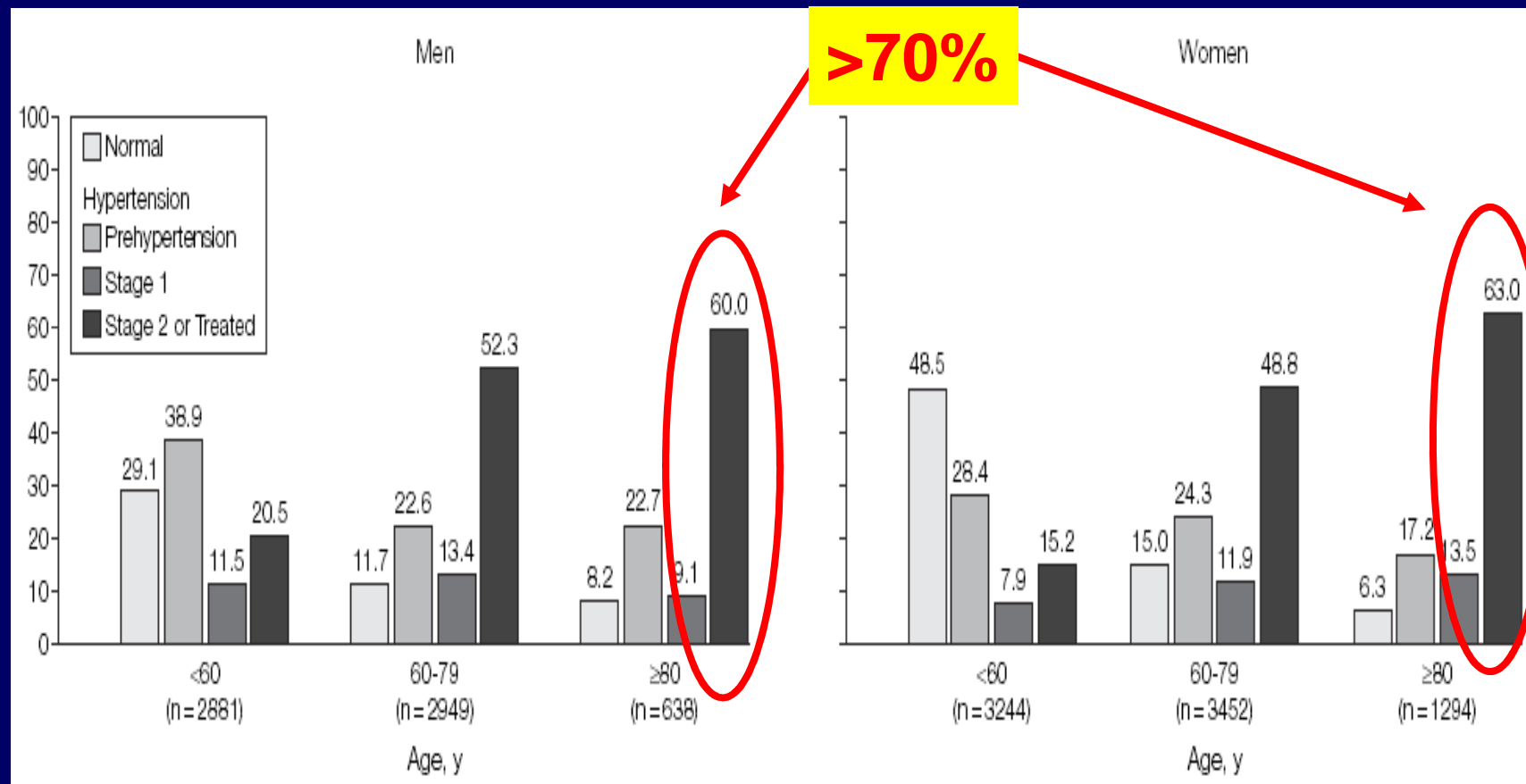
IDF

Hypertension
≥130/85 mmHg sans TT
ou traitement
antihypertenseur

OMS

Hypertension
≥140/90 mmHg sans TT
ou traitement
antihypertenseur

Prévalence de l'HTA après 80 ans



JAMA. 2005;294:466-472

Étude 3C

(≥ 65 ans, Bordeaux, Dijon, Montpellier, n=9090)

Seuil 160/95mmHg

Total	62.1%
Hommes	66.5%
Femmes	59.4%

Seuil 140/90mmHg

Total	78.1%
Hommes	83.3%
Femmes	74.8%

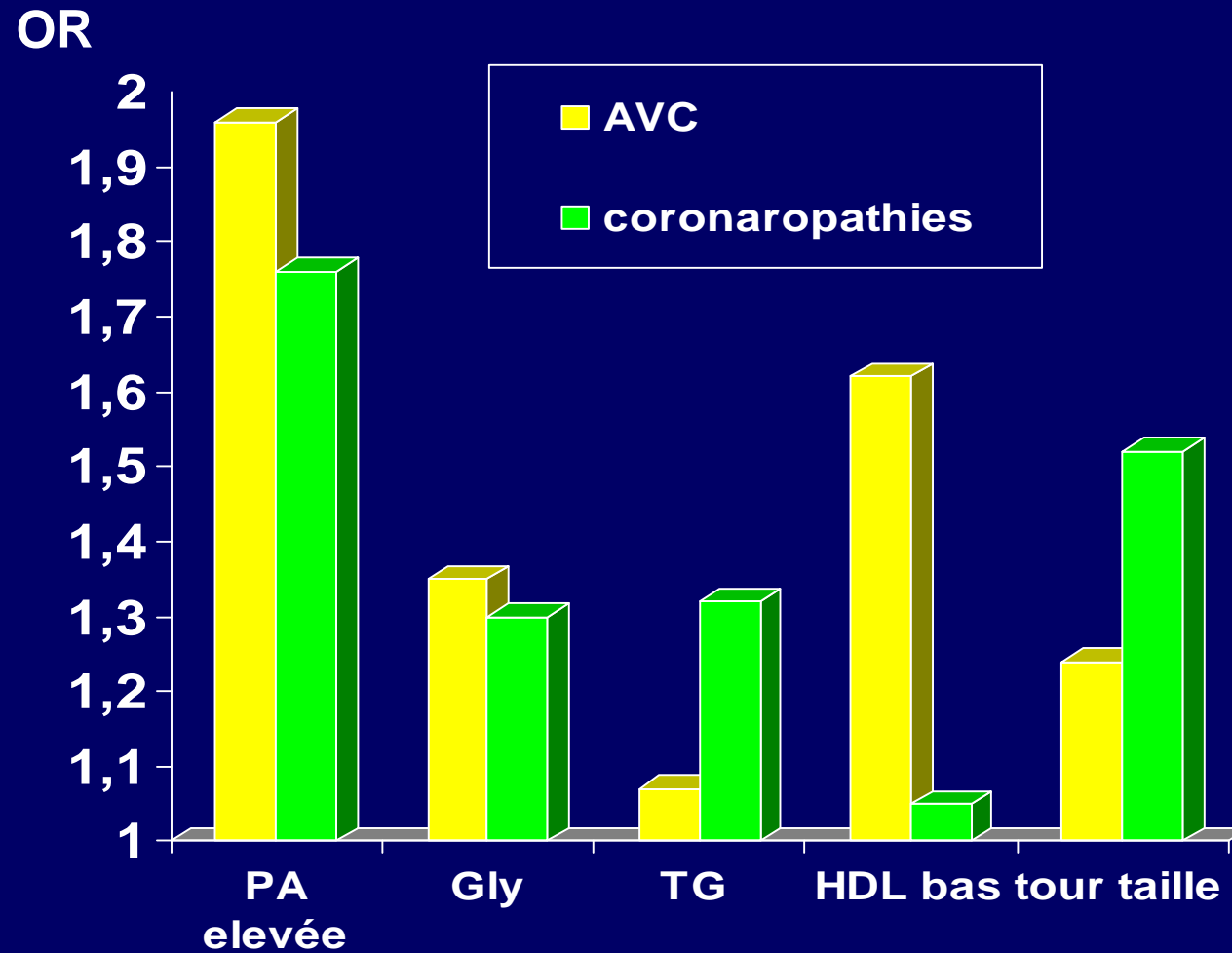
Sd métabolique chez le sujet âgé (Beijing)

n=2334, 60-95 ans, prévalence sd métabolique = 30%

	Femmes	Hommes
Sd Métabolique	39%	18%
HTA 60-69 ans	71%	70%
HTA > 70 ans	77%	80%
TG élevé	29%	23%
HDL bas	28%	16%
Tour taille (NCEP)	44%	9%
Gycémie > 6.1mmol/l)	31%	32%

He Y. J Am Coll Cardiol 2006;47:1588-94

Événements Cardio-vasculaires



He Y. J Am Coll Cardiol 2006;47:1588-94

Cardiovascular Health study

n=3585, 72 ans, sans DNID ni patho CV, suivis 11 ans

Sd Métabolique = 39% femmes, 31% hommes

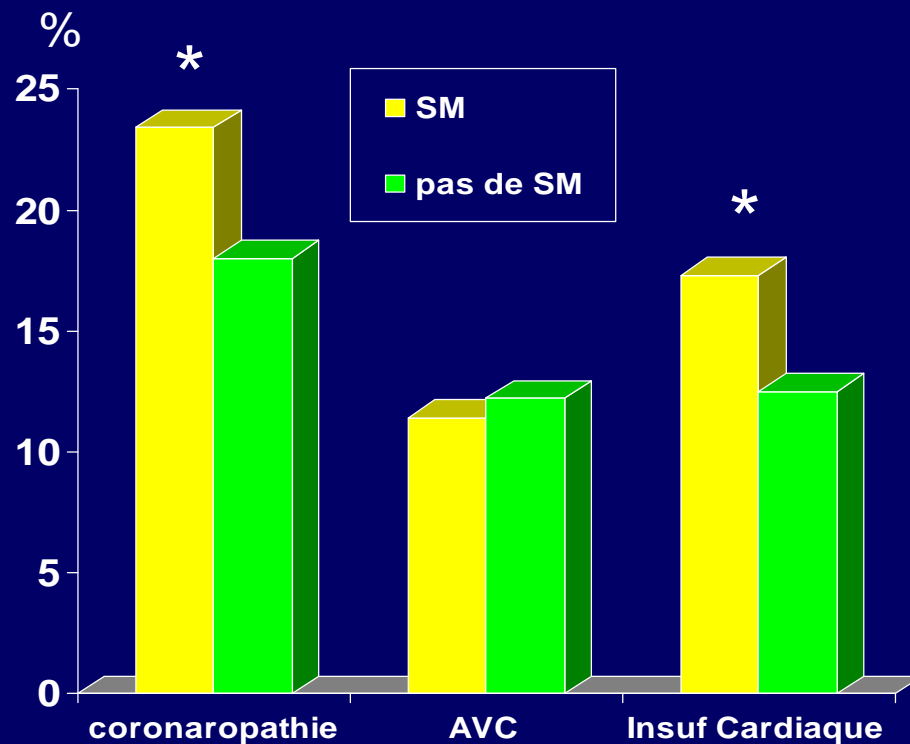
	Femmes	Hommes
HTA	73%	67%
Tt antiHTA	55%	50%
SBP/DBP	141/71	139/74
TG (mmol/l)	1.90	2.02
HDL (mmol/l)	1.36	1.10
Tour taille (cm)	98.5	103
Gycémie (mmol/l)	5.79	5.92

Mc Neill. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1317-24

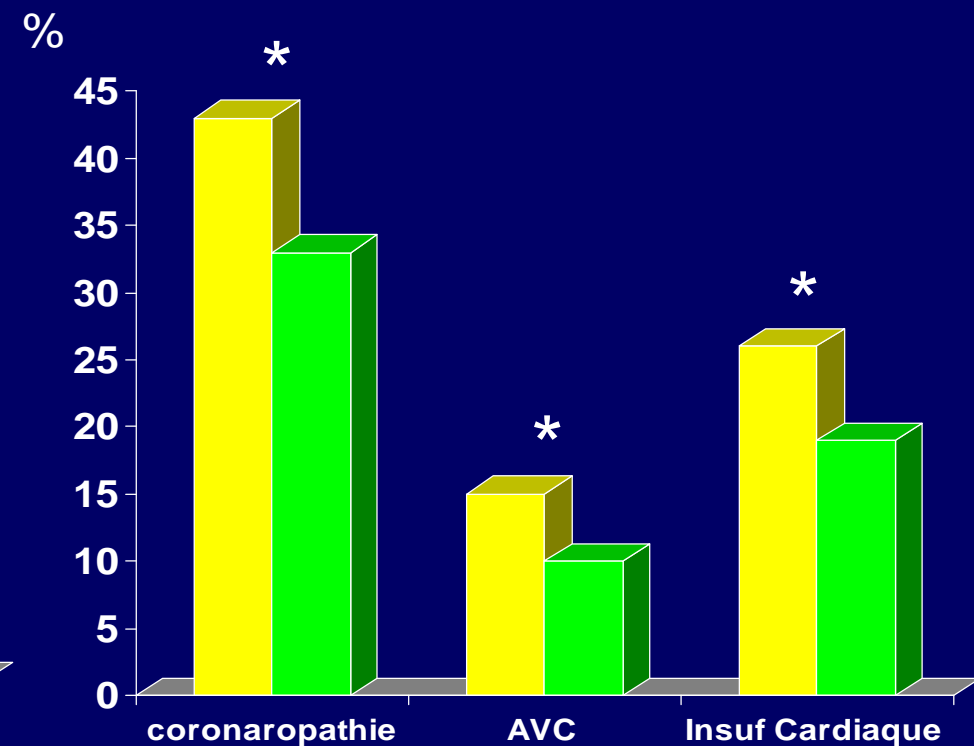
Événements Cardio-vasculaires

Augmentation de 20-30% des évts CV (à 11 ans)

FEMMES



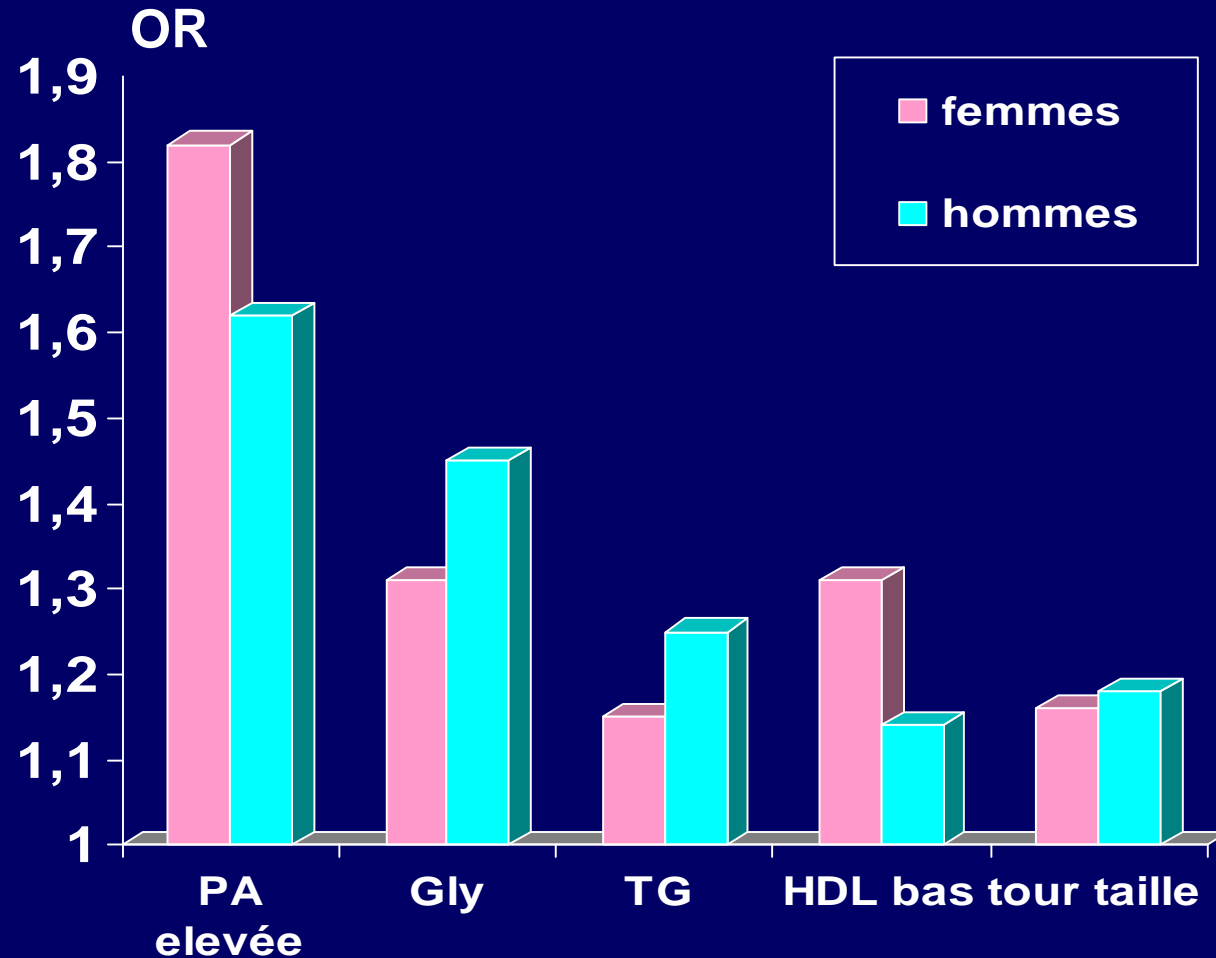
HOMMES



Mc Neill. J Am Geriatr Soc 2006;54:1317-24

Risque coronaire

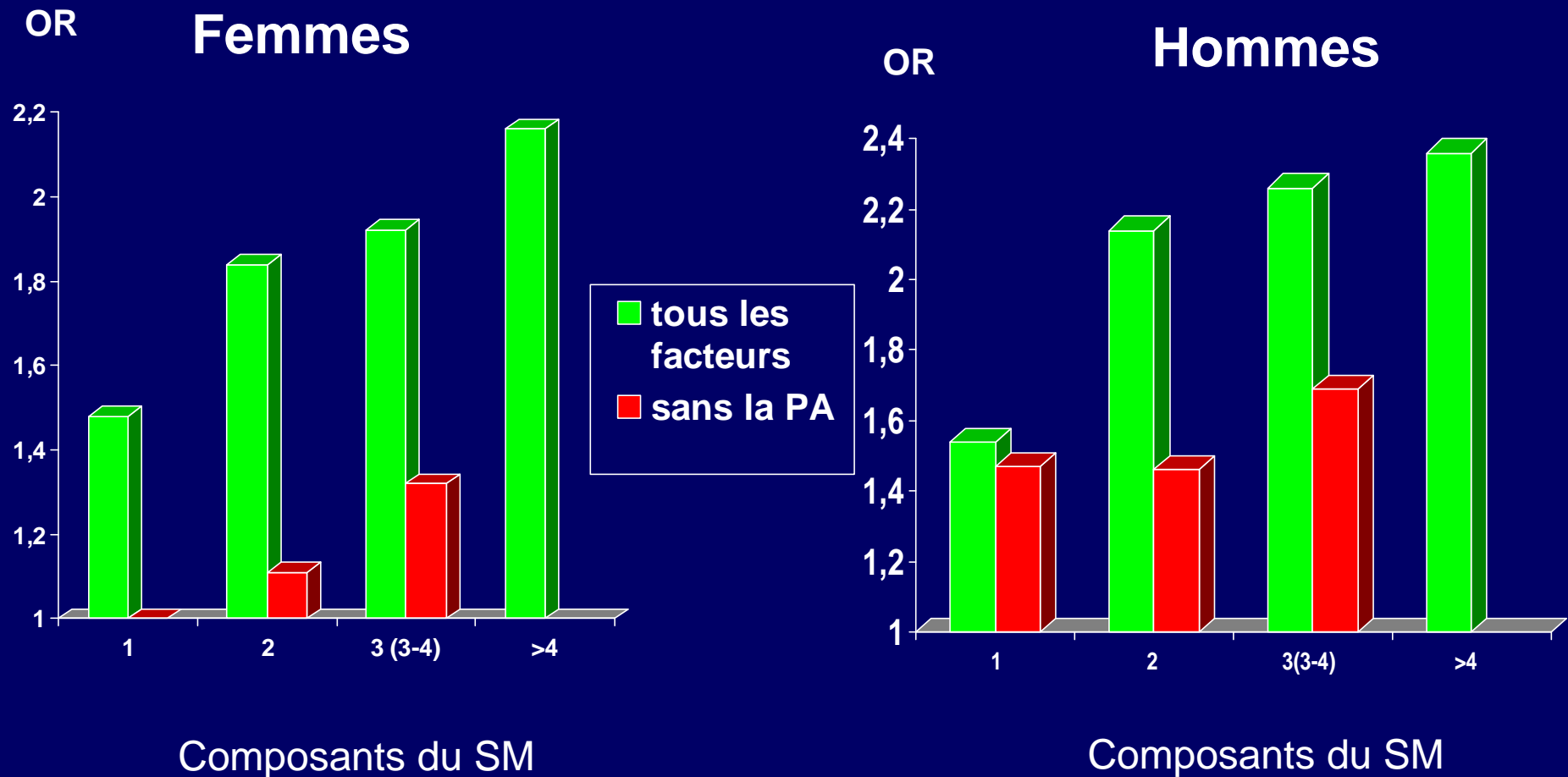
Cardiovascular Health study, n=3585, 72 ans



Mc Neill. J Am Geriatr Soc 2006;54:1317-24

Cardiovascular Health study

Risque coronaire et sd métabolique



Mc Neill. J Am Geriatr Soc 2006;54:1317-24

Sd métabolique chez le sujet âgé (Etude 3C)

n=5 585, Dijon, Montpellier, Bordeaux, >65 ans (74 ans)

Prévalence du sd métabolique = 12%

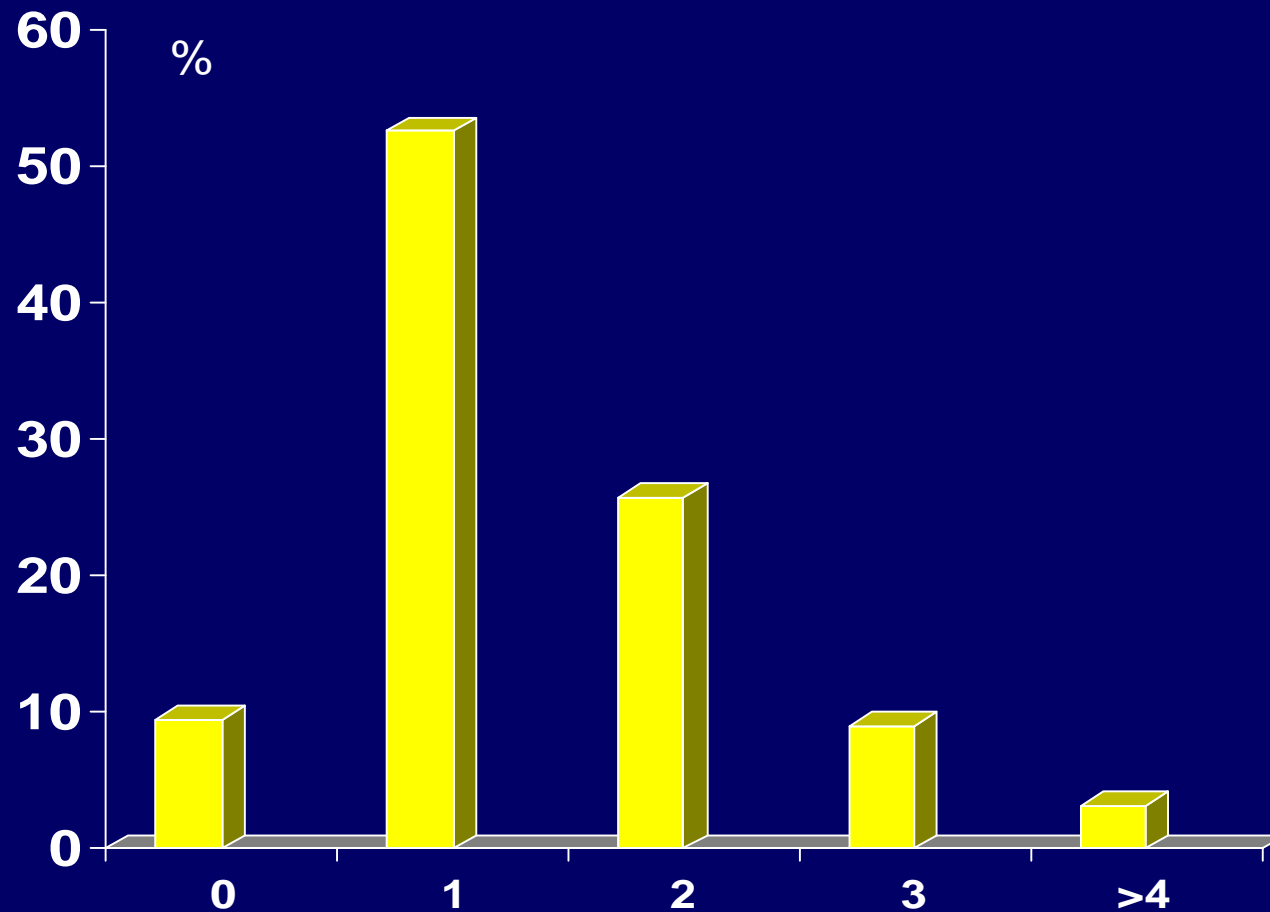
	Sd Métabolique
HTA	87%
Tour taille	27%
TG élevé	16%
HDL bas	10%
Gycémie > 6.1 mmol/l)	3.8%

Empana JP Stroke 2007;38:893-99

Sd métabolique chez le sujet âgé (Etude 3C)

n=5 585, Dijon, Montpellier, Bordeaux, >65 ans (74 ans)

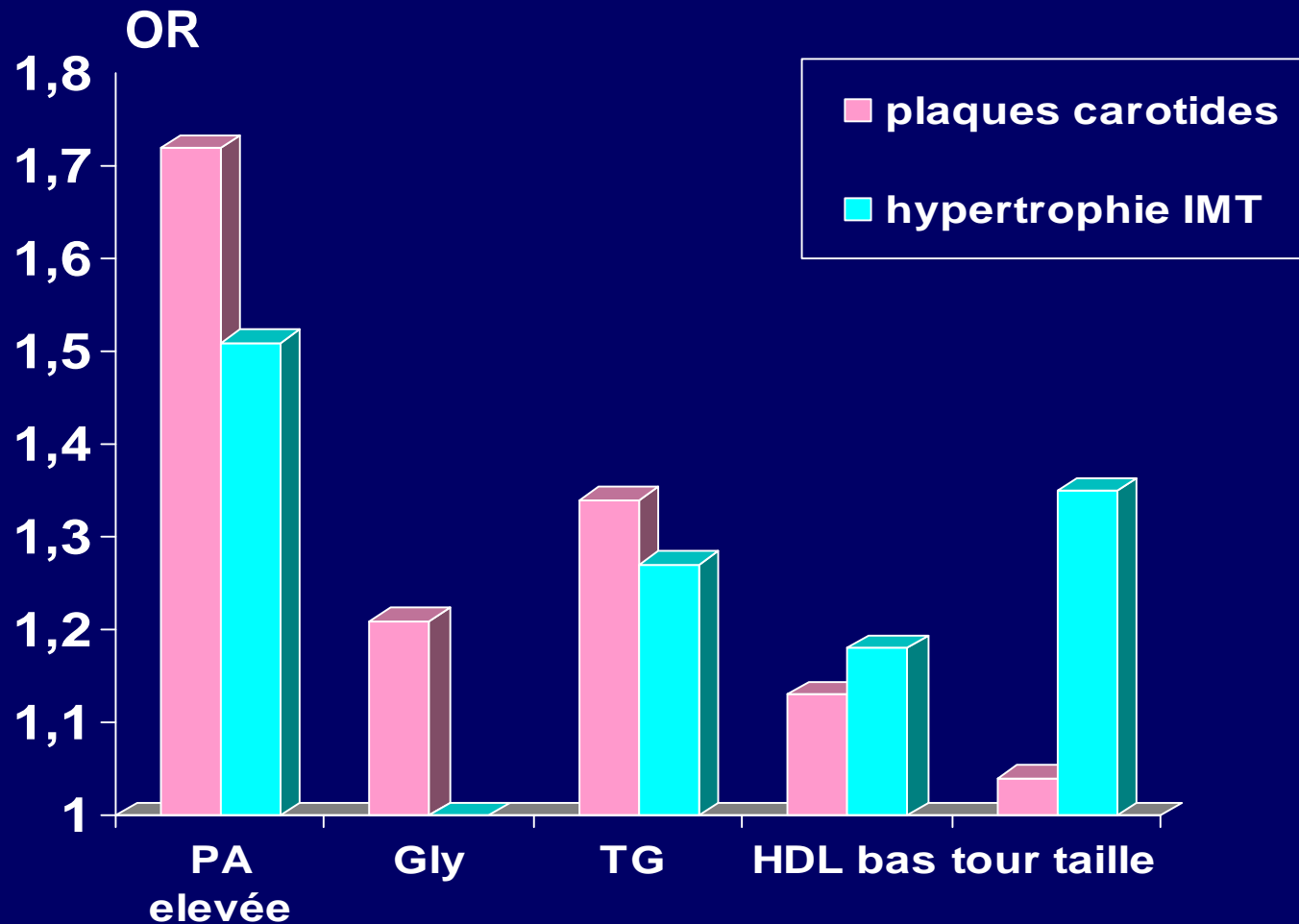
Composants du Sd métabolique



Empana JP Stroke 2007;38:893-99

Sd métabolique chez le sujet âgé (Etude 3C)

n=5 585, Dijon, Montpellier, Bordeaux, >65 ans (74 ans)



Prévention cardiovasculaire du sujet âgé avec un syndrome métabolique

Traiter l'hypertension artérielle +++
Préserver de l'apparition d'un diabète

Connaissance, traitement et contrôle de l'HTA

Étude 3C (≥ 65 ans, Bordeaux, Dijon, Montpellier, n=9090)

	HTA (160/95)		HTA (140/90)	
	N	%	N	%
HTA connue (parmi les hypertendus, n=5661)	3849	68	3056	54
HTA traitée (parmi les hypertendus, n=5661)	4573	81	3626	64
HTA contrôlée (parmi les traités, n=4573)	2972	65	1418	31

Diagnostic d'HTA chez le sujet âgé

mesure de consultation

- **PA \geq 140 / 90 mmHg**
- **Au moins 2 mesures à 5 minutes d'intervalle**
- **Au moins 3 consultations**
- **Toujours rechercher une hypoTA orthostatique
(\downarrow PAS de 20 mmHg après 1 et 3 mn orthostatisme)**

Variabilité tensionnelle

- Variabilité lors de la mesure de consultation

35 mmHg pour la PAS (1)

17 mmHg pour la PAD

** variabilité mesurée entre 2 mesures de PA à 2 consultations différentes*

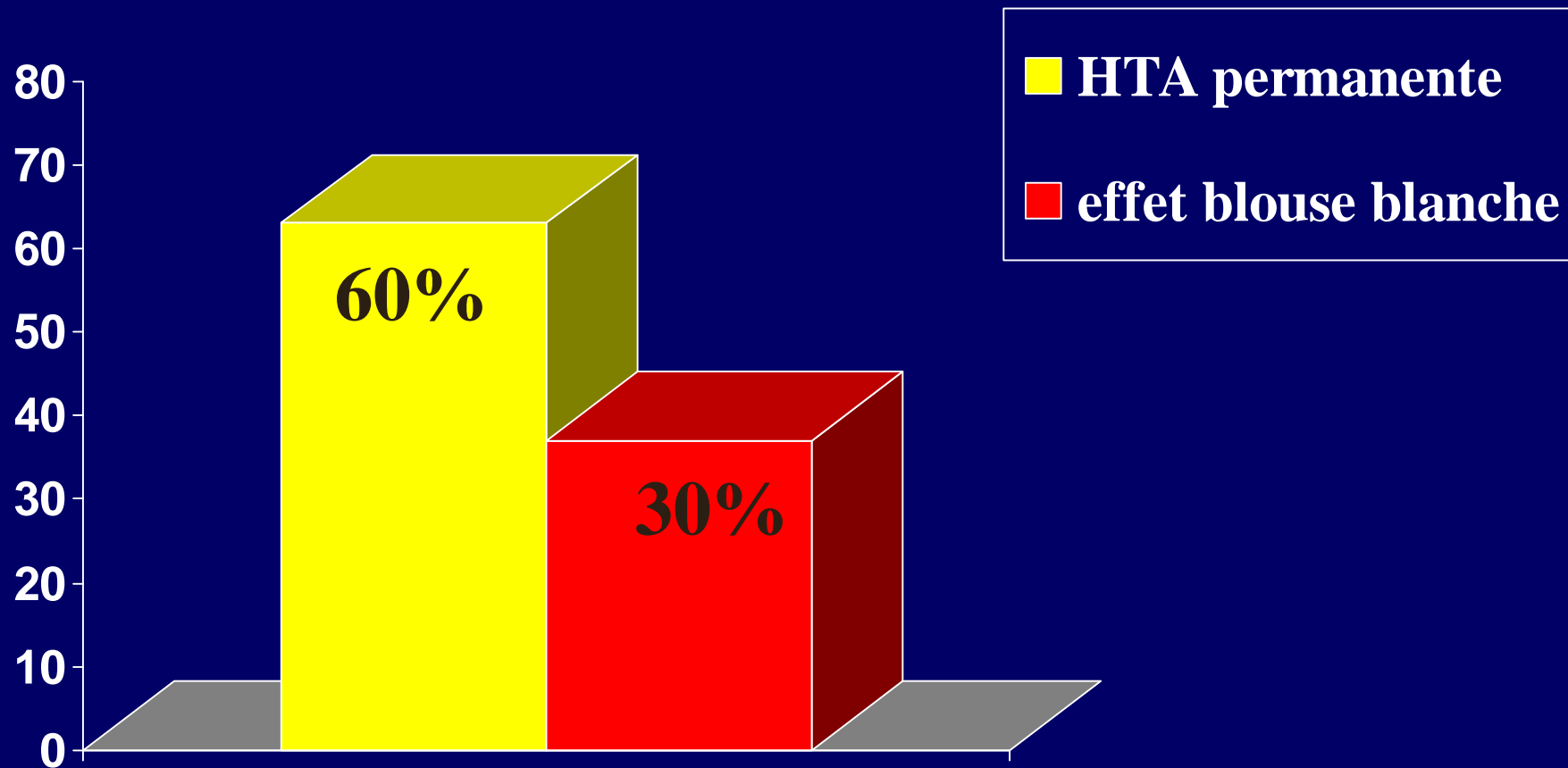
(1) Bobrie G., Faut-il encore mesurer la pression artérielle en milieu médical, La Revue du Praticien 2004; 54:612-13

(2) Bobrie G et al. Cardiovascular prognosis of « masked hypertension » detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. JAMA 2004 ; 291 : 1342-9.

(3) N Postel-Vinay, La consultation du sujet hypertendu, La Revue du praticien, 2005. 19;686, 351-359

Prévalence de l'effet blouse blanche après 75 ans

(n=154, non traités, 81 ans, 166/84 mmHg)



Arch mal cœur vaiss 2005

HAS 2005

Indications automesure ou MAPA

- **Avant de débuter un traitement antihypertenseur médicamenteux +++**
 - si PA compris entre 140-179/90-109 mmHg (en l'absence d'une atteinte des organes cibles)
 - chez le sujet âgé

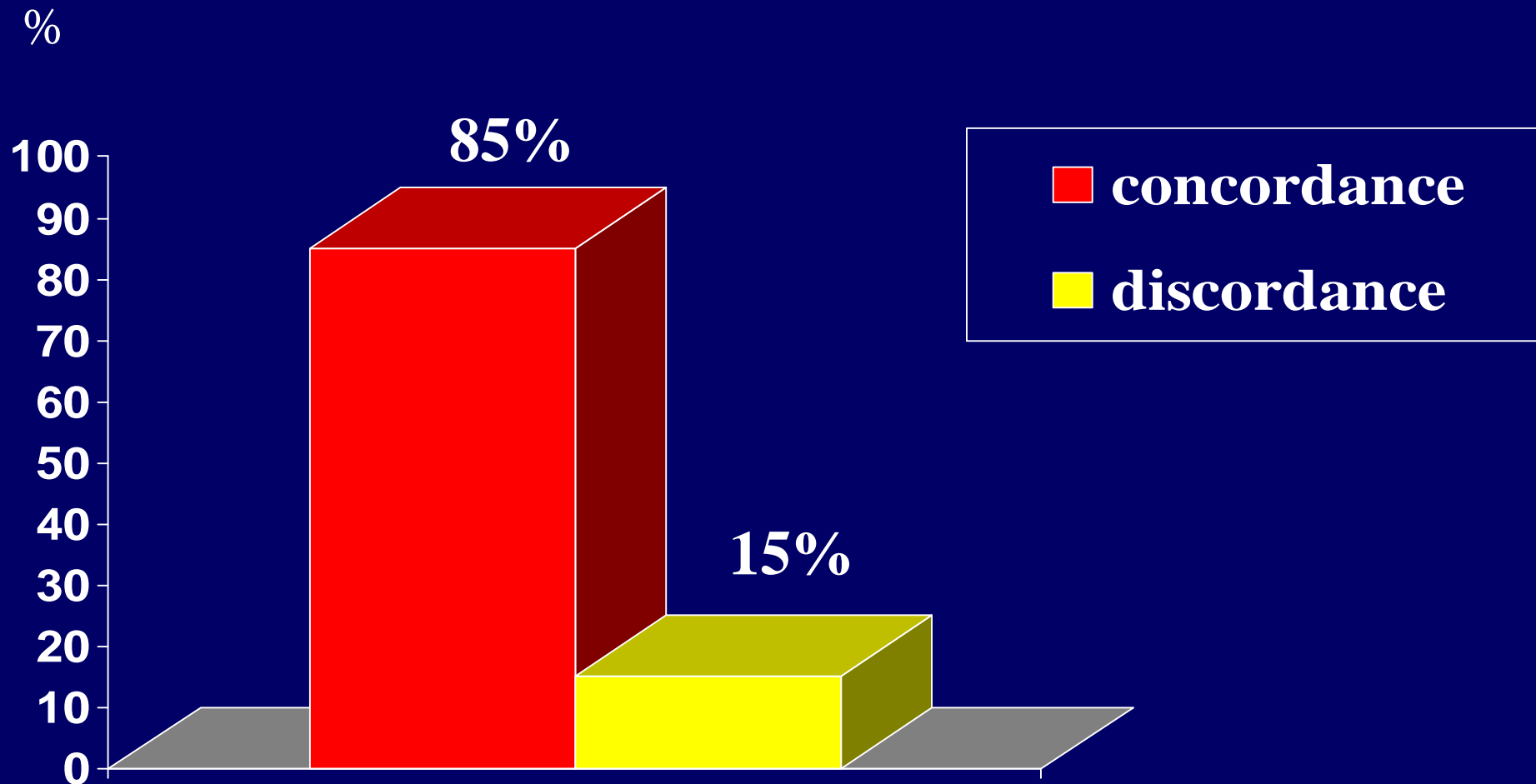
Automesure de la pression artérielle : « la règle des 3 »

- Position assise devant une table
- 3 mesures le matin dans l'heure qui suit le lever
- 3 mesures le soir dans l'heure qui précède le coucher
- Au moins 3 jours consécutifs
- Moyenne des mesures sur la période
 - HTA certaine PAS > 135 mmHg
ou PAD > 85 mmHg

Hétéromesure de la PA

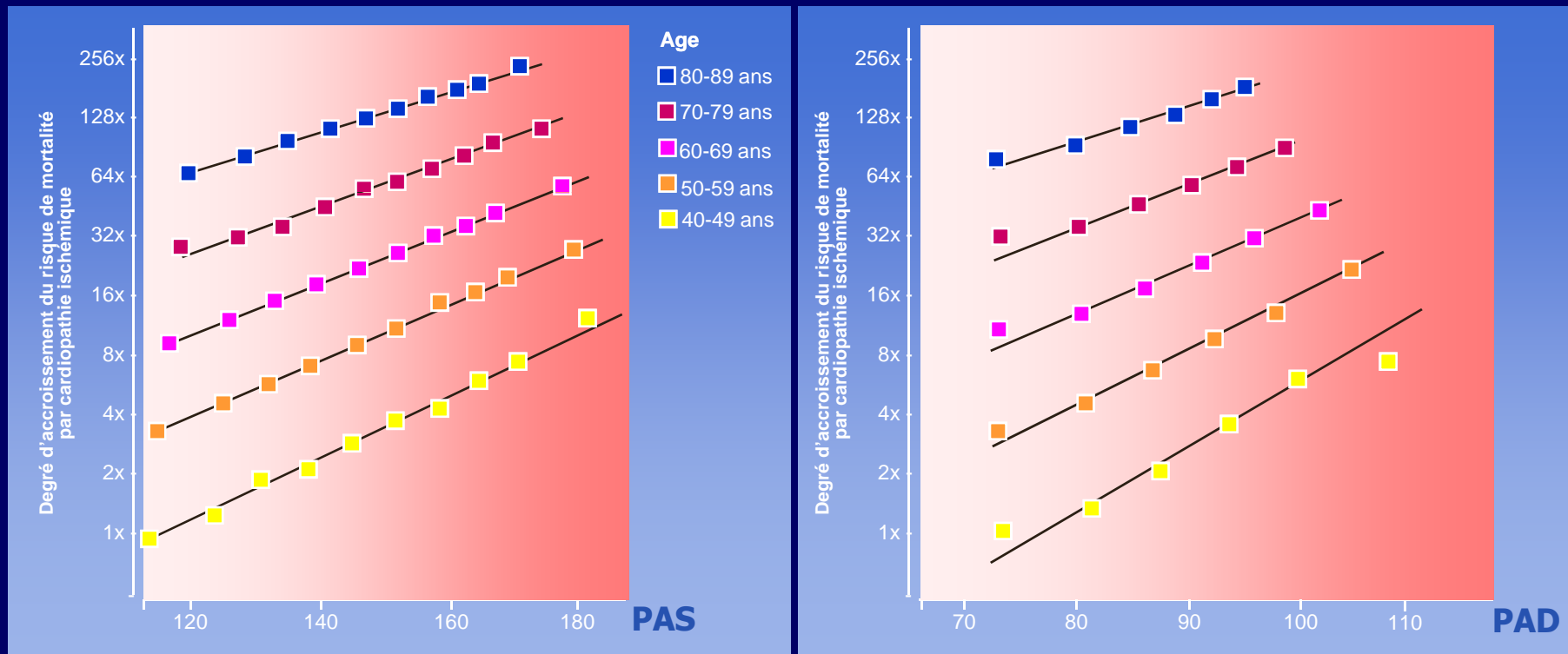
mesure de la PA par l'accompagnant

Concordance hétéromesure - MAPA



PA élevée augmente la mortalité

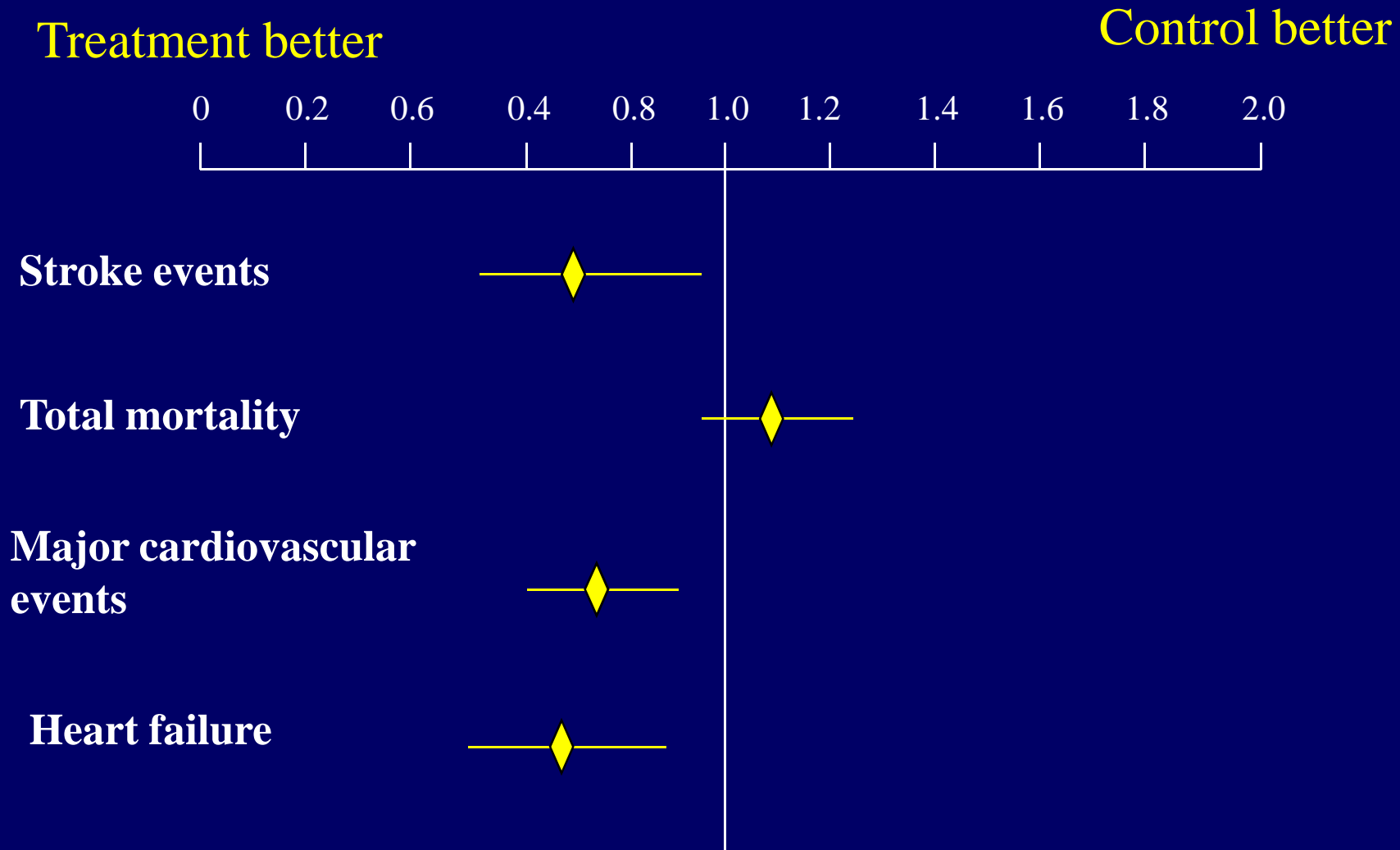
La mortalité cardiovasculaire ischémique double tous les 20 mmHg de PAS et tous les 10 mmHg de PAD



(1) Lewington S, Clarke R, Qizilbash N et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002 ; 360 : 1903-13. Erratum in : Lancet 2003 ; 360 : 1060.

HTA du sujet très âgé (> 80 ans)

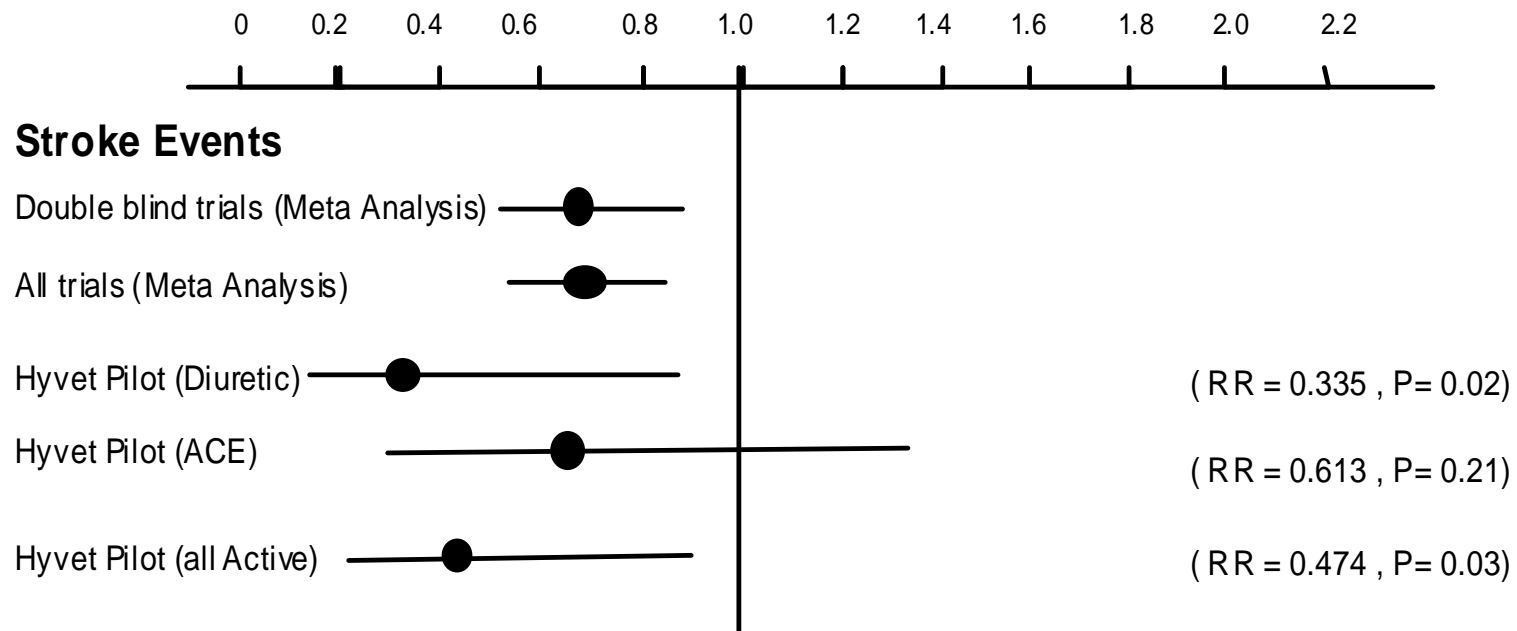
Méta-analyse des essais thérapeutiques



Results of Meta-Analysis and HYVET-PILOT

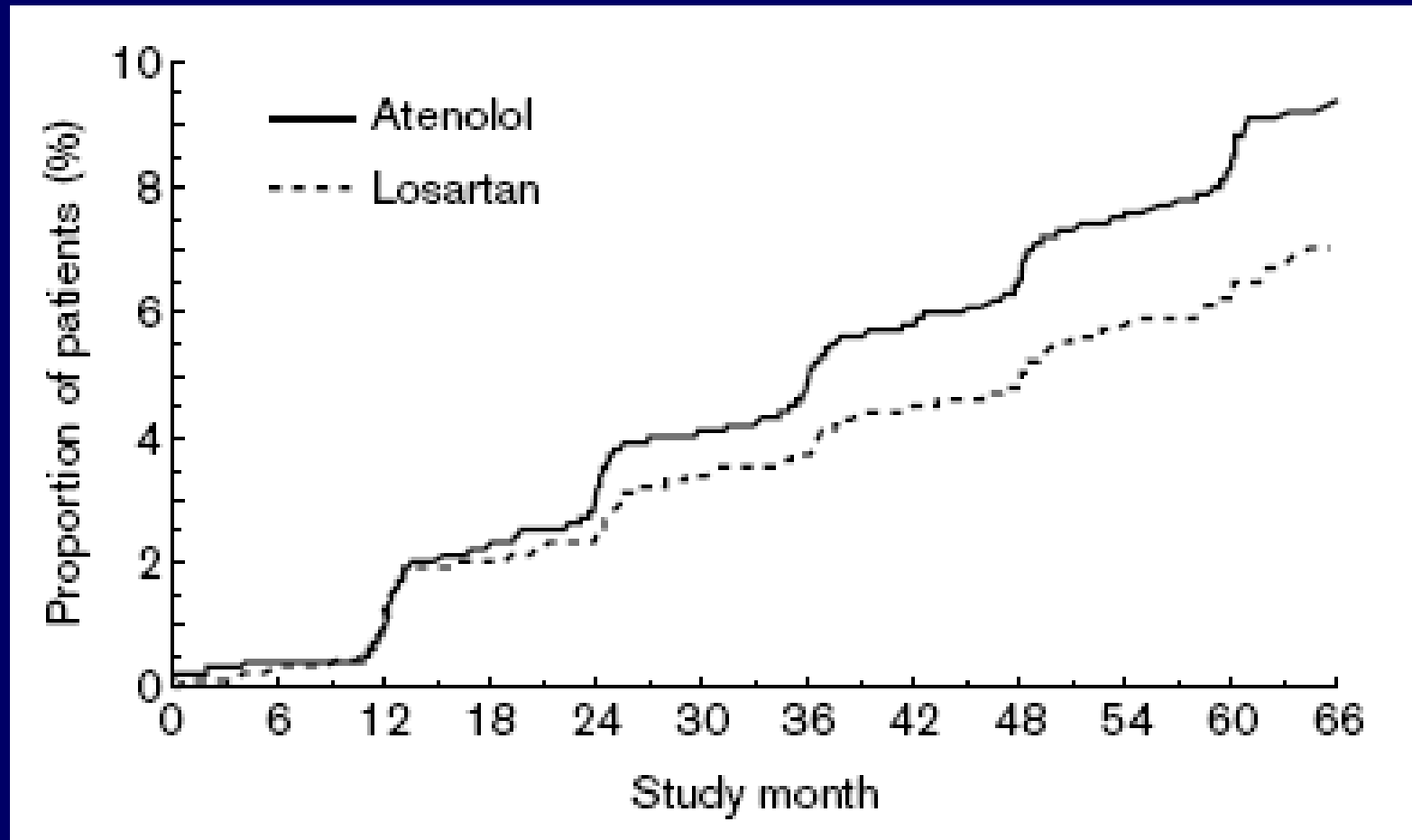
Treatment better

Control better



Effect of inhibition of the renin-angiotensin system on incidence of new diabetes

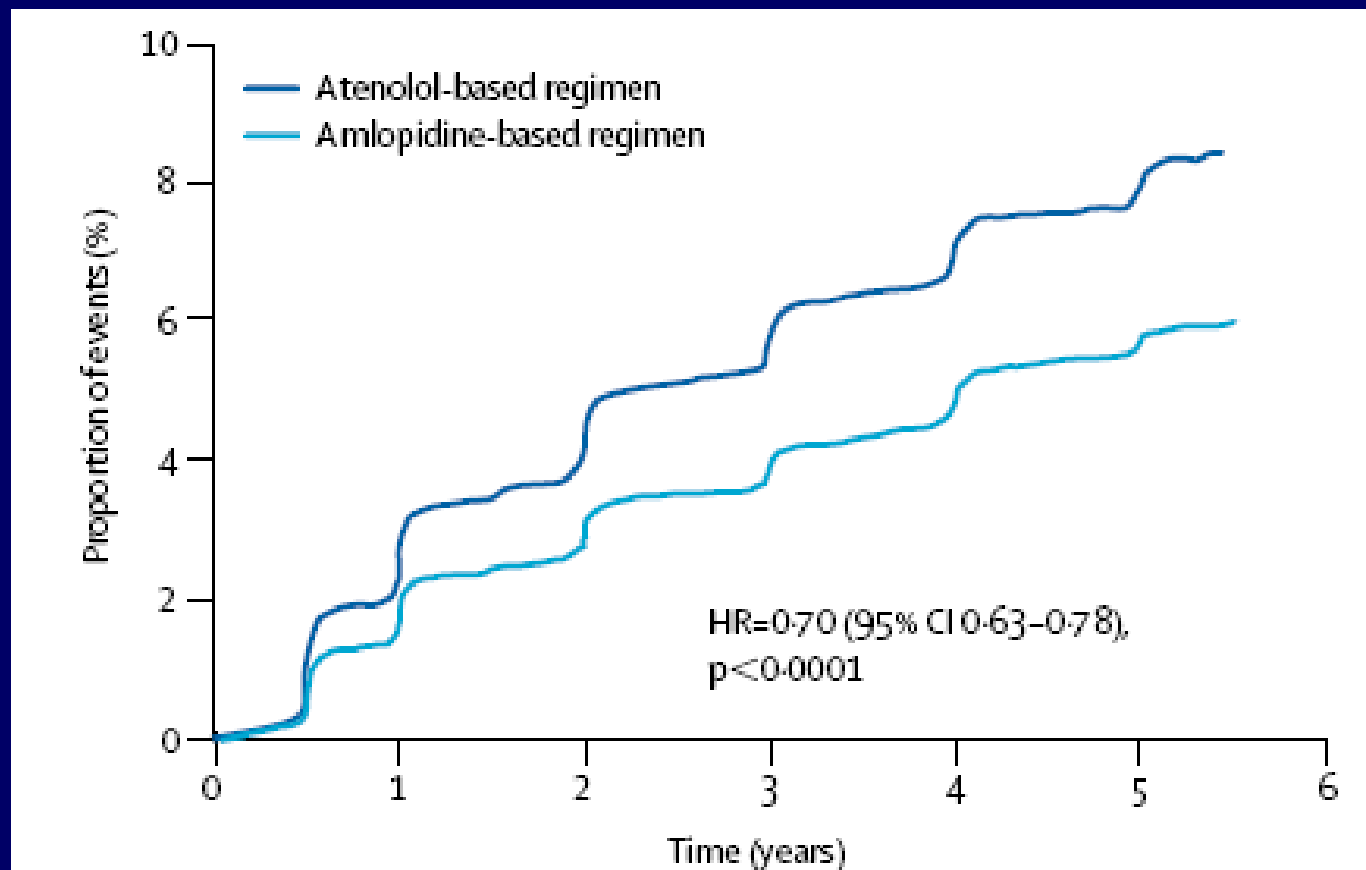
LIFE study



J Hypertens 2002;20:1879-86

Cumulative incidence of new-onset diabetes in ASCOT study

rates per 1000 patient years, age 63 yrs



QUELS OBJECTIFS TENSIONNELS ?

HAS 2005

60 - 80 ans

< 140/90
mmHg

Sans hypoTA
orthostatique

Sujet > 80 ans

< 150
mmHg

Objectif thérapeutique chez le sujet âgé HAS 2005

- **Objectif à atteindre progressivement:**
 - Dépister les hypotensions orthostatiques
 - Débuter par une faible dose initiale
 - Objectif adapté à chaque patient (PAS: - 20 à 30 mmHg)
 - Pas plus de 3 antihypertenseurs associés à dosage optimal dont 1 diurétique thiazidique

Traitement médicamenteux (HAS 2005)

- **Cinq classes thérapeutiques recommandées:**
 - diurétiques
 - bêta-bloquants
 - antagonistes calciques
 - IEC
 - antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2
- **dans un premier temps : monothérapie à faible dose, en particulier après 80 ans**

Autres classes thérapeutiques

- Alpha bloquants et antihypertenseurs centraux
 - n'ayant pas démontré leur efficacité sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire,
 - **ne sont pas recommandées**
 - (mais peuvent aider à atteindre l'objectif tensionnel en cas d'effets indésirables ou à compter du stade de trithérapie)

Stratégie d'adaptation du traitement médicamenteux

Monothérapie

faible dose (si > 80 ans) puis dose usuelle

4 semaines

Bithérapie

(réponse PA insuffisante)

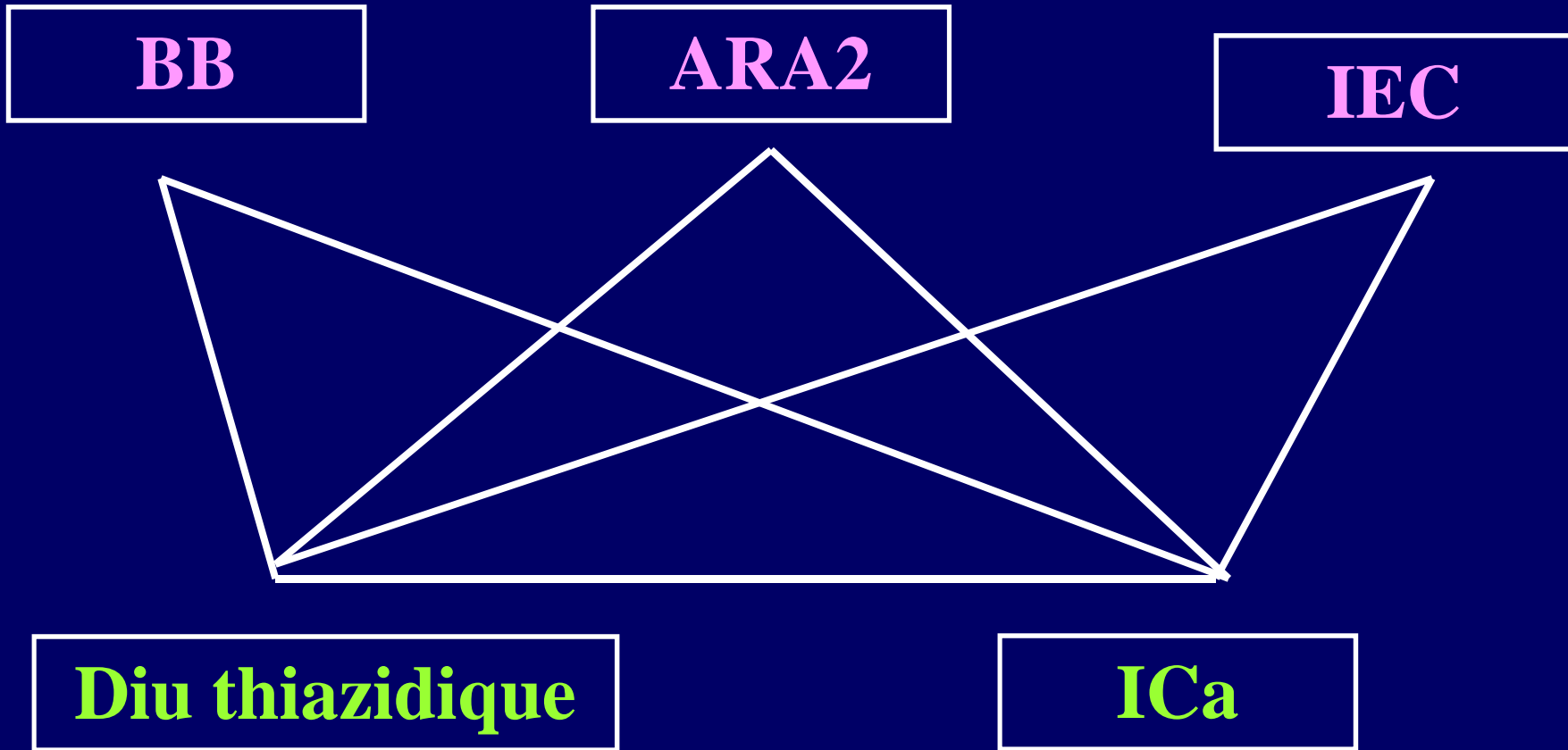
4 semaines

Trithérapie

(comportant au moins un diurétique thiazidique)

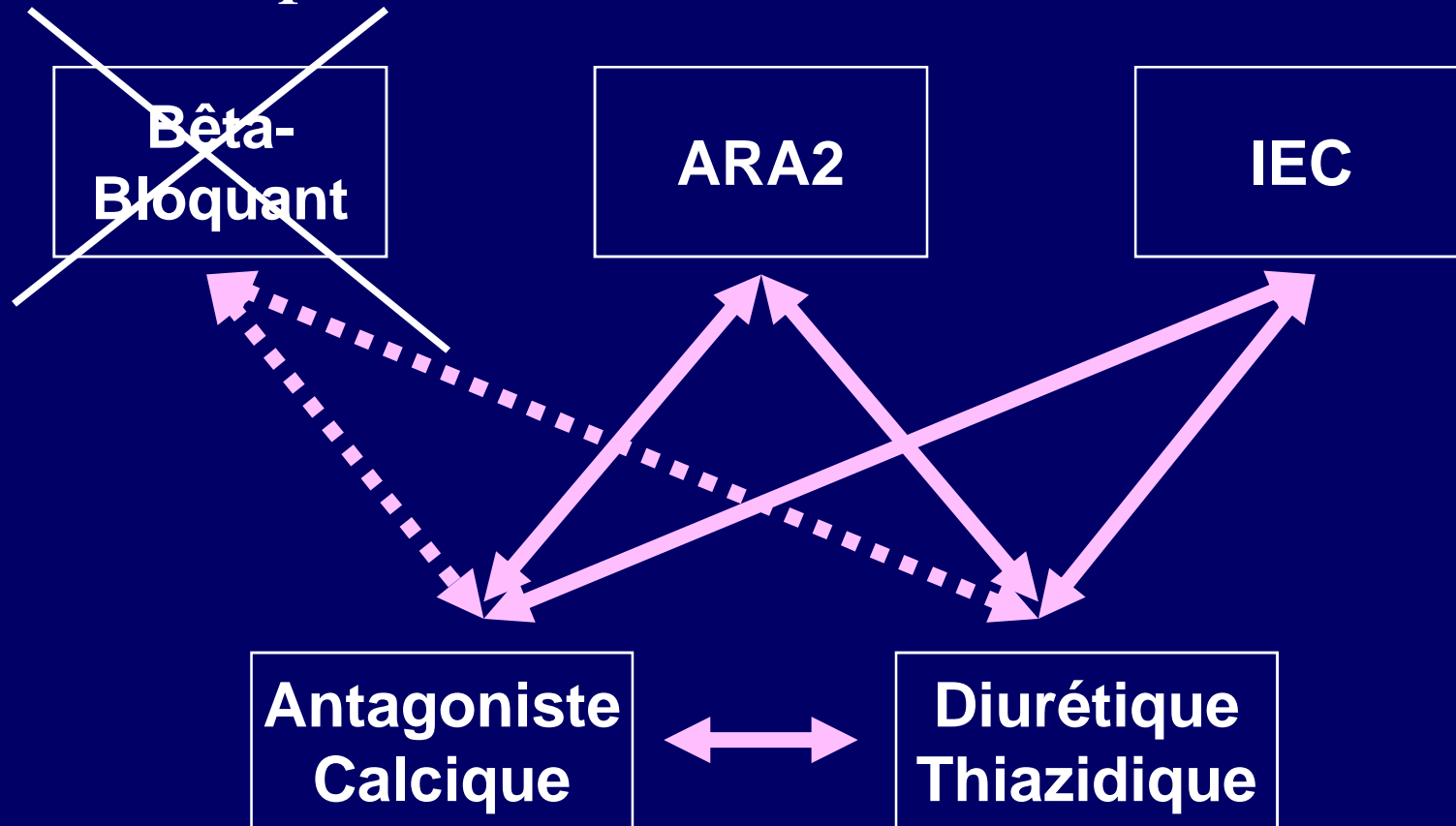
(réponse tensionnelle insuffisante)

Choix d'une association thérapeutique (HAS 2005)



Le traitement de l'hypertendu âgé avec syndrome métabolique

Optimisation des associations



Conclusions

- **Intérêt du traitement de l'HTA chez le sujet âgé**
- **Objectifs**
 - PA < 140/90 mmHg entre 60-80 ans
 - PAS < 150 mmHg après 80 ans
- **Syndrome métabolique :**
 - Somme de FDR ?
 - ou vrai syndrome ?
 - critères de définition ambigus
 - physiopathologie incertaine
 - traitement ne diffère pas du tt de chacun des éléments constitutifs