

Cas clinique...et plus

Dr Philippe Delmotte, FESC, ISHF

Unité d'Hypertension Artérielle

Service de Cardiologie, CHU Ambroise Paré

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Mons

Monsieur P.

- 83 ans
- Ancien ingénieur agronome
- Adressé par son nouveau MG (depuis 6 mois) qui a constaté des troubles effectifs de la mémoire récente et des valeurs anormalement élevées de PA

Monsieur P.

- 5 chutes de sa hauteur lors de promenades dans un parc le mois dernier
- Marche depuis avec une canne
- Son épouse: « il perd la mémoire Docteur! On nous a dit que la cause de tous ses soucis était son cœur! »

Antécédents

- Diabète de type 2 insulinorequérant
- HTA traitée depuis 7 ans
- Troubles du rythme supraventriculaires

Traitement actuel

- Bisoprolol 5 mg 1/j
- Flécaïnide 100 mg 1/j
- Novomix[®] 30 (52 UI le soir)
- Novorapid[®] selon schéma

(Idem depuis plusieurs années)

Mode de vie

- Déménagement récent en appartement (rapprochement familial)
- Ne sort plus sauf si quelqu'un l'accompagne
- Selon son épouse: alimentation portée sur la charcuterie

Evaluation gériatrique en HdJ (1)

- Perte d'autonomie selon échelle IADL de Lawton
- Bonne observance thérapeutique (son épouse lui fait prendre)
- Marche instable et lente, demi-tour non harmonieux
- Baisse significative des activités physiques
- Risque maximal de chute (« get up and go » test)

Evaluation gériatrique en HdJ (2)

- MMSE (Folstein) = 24/30
 - 2 points en encodage
 - 3 points en rappel
 - 1 point en orientation temporelle
- Test des 5 mots (Dubois) = 8/10
- Ralentissement psychomoteur

Biologie simple

- Ionogramme normal
- Ca^{2+} normal
- TSH normale
- Bilan hépatique normal
- ClCr 45 ml/min
- Bandelette urinaire: protéines

IRM cérébrale

- Leuco-araïose
- Multiples lacunes cérébrales

Evaluation gériatrique en HdJ (3)

- Conclusion: démence vasculaire avec
 - troubles cognitifs
 - atteinte de l'autonomie
 - modification du comportement et de l'attitude par rapport à l'entourage

Examen physique (1)

- PA 170/83 mmHg puis 169/84 mmHg
- Poids 87 kg, taille 1m70 (IMC 30.1)
- Pas de signe de dénutrition
- Bruits du cœur réguliers + petit souffle systolique au foyer mitral
- Reste sans particularité

Examen physique (2)

- Couché:
 - PA 178/85 mmHg, FC 75/min
- 1 minute debout:
 - PA 175/83 mmHg, FC 85/min
- 3 minutes debout:
 - PA 128/80 mmHg, FC 85/min

Echocardiographie

- Petite fuite mitrale
- Reste sans particularité

MAPA des 24 heures

- PA moyenne (24 heures): 160/77 mmHg
- PA moyenne (éveil): 176/85 mmHg
- PA moyenne (sommeil): 145/70 mmHg

Conclusions

- HTA systolique isolée insuffisamment contrôlée par la monothérapie actuelle
- Hypotension orthostatique (HTOS) surajoutée

Chez un octogénaire « fragile »

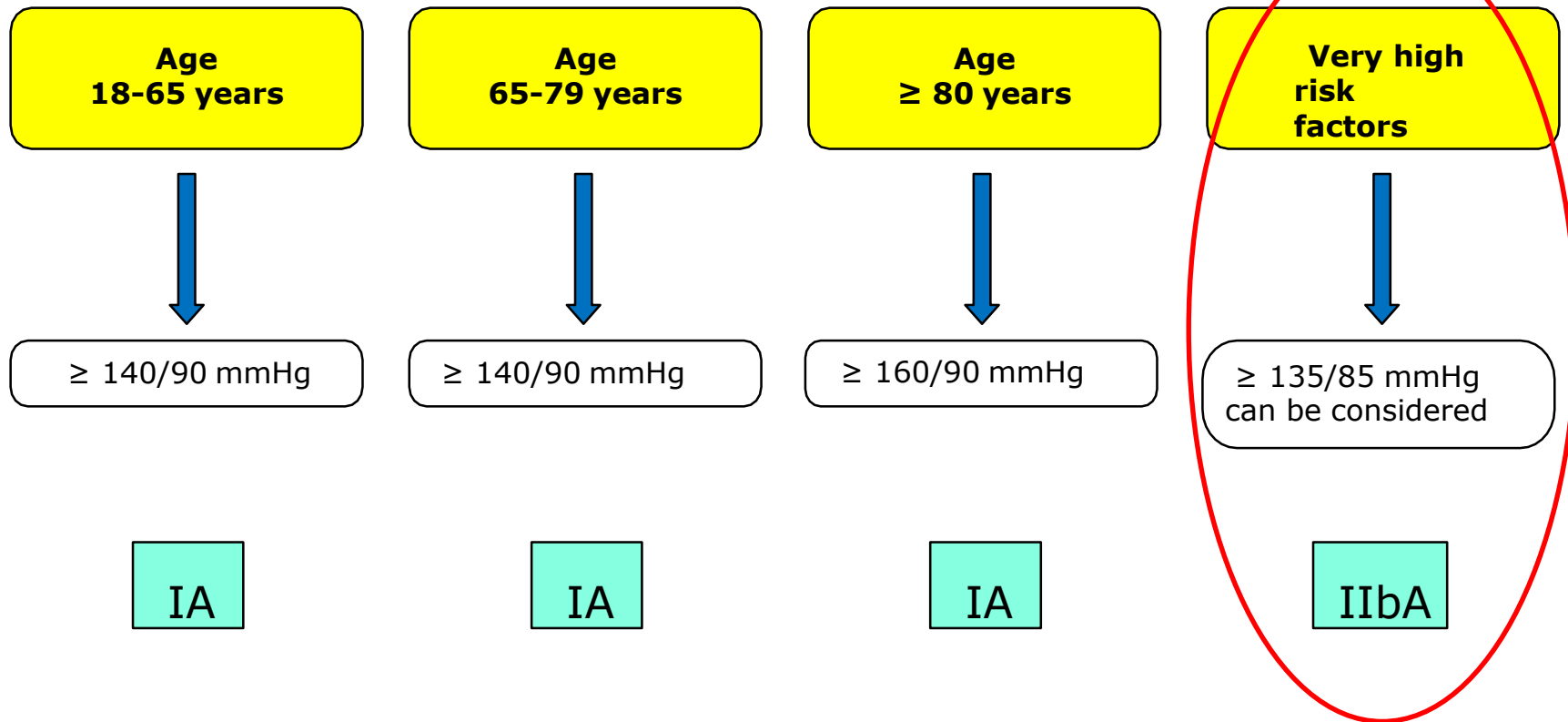
HTA chez les patients âgés (1)

- Prévalence:
 - 60% chez les plus de 60 ans
 - 75% chez les plus de 75 ans
- Historiquement: crainte d'une potentielle mauvaise tolérabilité voire d'effets délétères des traitements anti-HTA (homéostasie de la PA, perfusion des organes vitaux...)
 - ⇒ infirmée par plusieurs RCTs: ↓ morbidité CV et mortalité CV/toute cause (mais patients très fragiles et HTOS non inclus...sauf dans SPRINT)

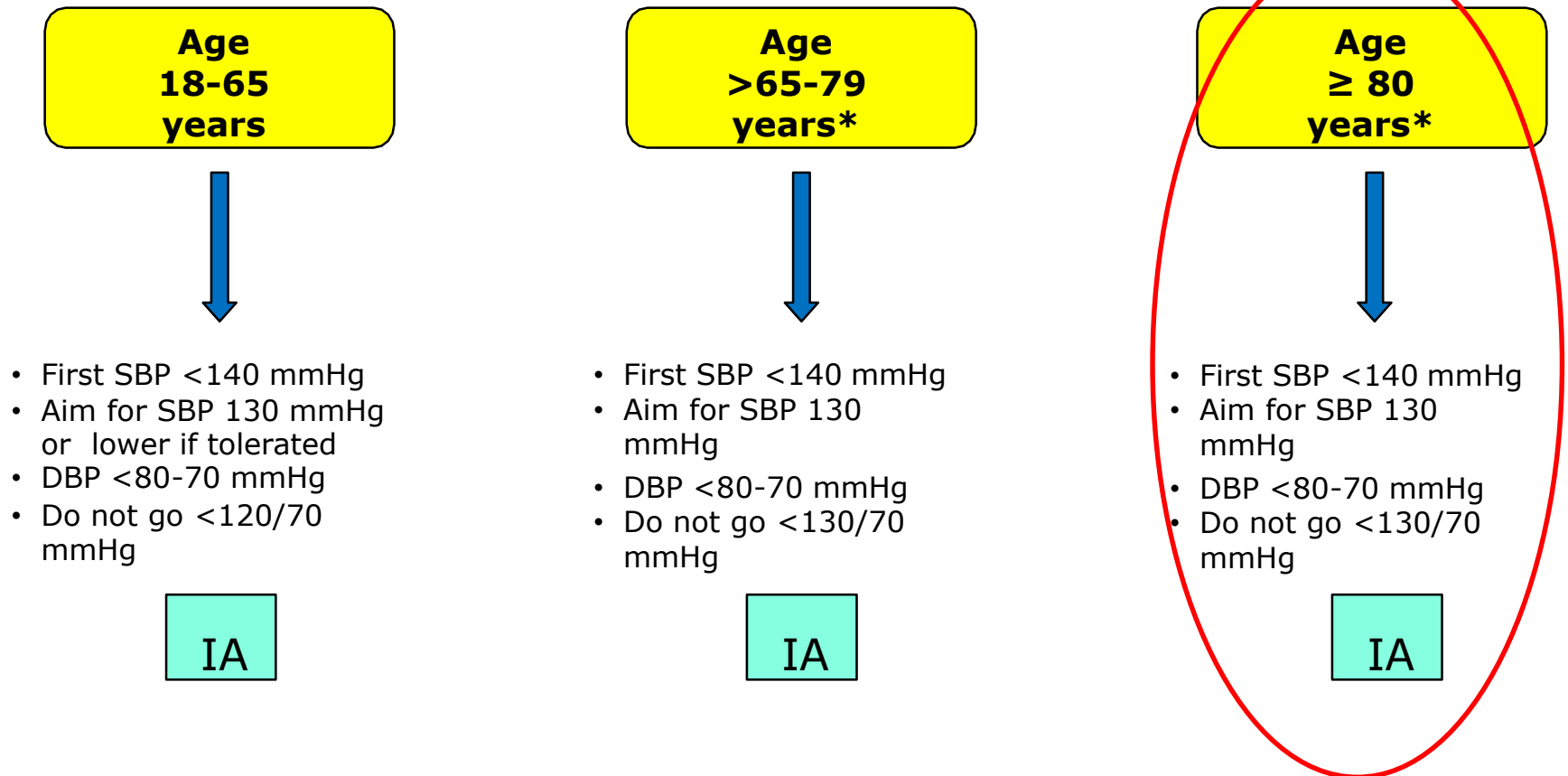
HTA chez les patients âgés (2)

- Comorbidités plus fréquentes:
 - insuffisance rénale
 - pathologies vasculaires athérosclérotiques
 - HTOS
 - traitements médicamenteux concomitants (interactions)
- L'âge seul ne doit pas être un obstacle au traitement car HTA = FRCV important même aux âges les plus avancés

Summary of office BP thresholds for treatment



Office BP treatment target range



* Consider frailty/independence/tolerability of treatment

Treatment strategies in people with diabetes

Recommendations	Class	Level
Antihypertensive drug treatment is recommended for people with diabetes when office BP is $\geq 140/90$ mmHg.	I	A
In people with diabetes receiving BP-lowering drugs it is recommended:		
<ul style="list-style-type: none"> To target SBP to 130 mmHg and lower, if tolerated, but not lower than 120 mmHg. 	I	A
<ul style="list-style-type: none"> In older people (aged ≥ 65 years), to target to an SBP range of 130 – 139 mmHg. 	I	A
<ul style="list-style-type: none"> To target the DBP to < 80 mmHg, but not lower than 70 mmHg. 	I	C
It is recommended to initiate treatment with a combination of a RAS blocker with a CCB or thiazide/thiazide-like diuretic.	I	A
Simultaneous administration of two RAS blockers, e.g. and ACE inhibitor and ARB, is not indicated.	III	A

Therapeutic strategies for treatment of hypertension in CKD

Recommendations	Class	Level
In patients with diabetic or non-diabetic CKD, it is recommended that an office BP of $\geq 140/90$ mmHg be treated with lifestyle advice and BP-lowering medication.	I	A
In patients with diabetic or non-diabetic CKD:		
<ul style="list-style-type: none"> It is recommended to lower SBP to a range of 130-139 mmHg. 	I	A
<ul style="list-style-type: none"> Individualized treatment should be considered according to its tolerability and impact on renal function and electrolytes. 	IIa	C
RAS blockers are more effective at reducing albuminuria than other antihypertensive agents, and are recommended as part of the treatment strategy in hypertensive patients in the presence of microalbuminuria or proteinuria .	I	A
A combination of a RAS blocker with a CCB or a diuretic is recommended as initial therapy .	I	A
A combination of two RAS blockers is not recommended.	III	A

Attitude proposée (1)

- Conseils hygiéno-diététiques:
 - hydratation suffisante
 - régime sodé adapté (ici < 5 g/jour)
 - évitement des stations debout prolongées immobiles ou des ambiances trop chaudes
 - inclinaison du lit de 10° tête en haut
 - miction et douche en position assise
 - activité physique
 - évitement de l'alcool
- Contention des membres inférieurs pendant la journée

Attitude proposée (2)

- Remplacement du bisoprolol par un antagoniste du calcium
- Ajout d'un bloqueur du système rénine-angiotensine (IECA ou sartan)

Merci pour votre attention

Place aux questions!

