

# Cibles CV chez les + de 75 ans:

Dr Xavier **Warling**

Service de Néphrologie, immunologie et  
maladies infectieuses

# Problèmes :

- Les guidelines sont basés sur des études qui excluent en général les patients âgés avec polymorbidité !
- Les objectifs des études (Morbi/mortalité) sont ils compatibles avec ce que recherche le patient âgé (qualité de vie plutôt que durée) ?

## Guideline on HTA 2017 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association,

Whelton PK, et al.

2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline: Executive Summary

Table 6. Categories of BP in Adults\*

BP Category	SBP		DBP
Normal	<120 mm Hg	and	<80 mm Hg
Elevated	120–129 mm Hg	and	<80 mm Hg
<b>Hypertension</b>			
Stage 1	130–139 mm Hg	or	80–89 mm Hg
Stage 2	≥140 mm Hg	or	≥90 mm Hg

\*Individuals with SBP and DBP in 2 categories should be designated to the higher BP category.

BP indicates blood pressure (based on an average of ≥2 careful readings obtained on ≥2 occasions, as detailed in Section 4); DBP, diastolic blood pressure; and SBP systolic blood pressure.

# Prévalence HTA aux EU en fonction de l'âge :

## 3.3. Prevalence of High BP

Table 7. Prevalence of Hypertension Based on 2 SBP/DBP Thresholds\*†

	SBP/DBP $\geq$ 130/80 mm Hg or Self-Reported Antihypertensive Medication†		SBP/DBP $\geq$ 140/90 mm Hg or Self-Reported Antihypertensive Medication‡	
	Men (n=4717)	Women (n=4906)	Men (n=4717)	Women (n=4906)
Overall, crude	46%		32%	
Overall, age-sex adjusted	48%	43%	31%	32%
<b>Age group, y</b>				
20–44	30%	19%	11%	10%
45–54	50%	44%	33%	27%
55–64	70%	63%	53%	52%
65–74	77%	75%	64%	63%
75+	79%	85%	71%	78%
<b>Race-ethnicity§</b>				
Non-Hispanic white	47%	41%	31%	30%
Non-Hispanic black	59%	56%	42%	46%
Non-Hispanic Asian	45%	36%	29%	27%
Hispanic	44%	42%	27%	32%

The prevalence estimates have been rounded to the nearest full percentage.

\*130/80 and 140/90 mm Hg in 9623 participants ( $\geq$ 20 years of age) in NHANES 2011–2014.

†BP cutpoints for definition of hypertension in the present guideline.

‡BP cutpoints for definition of hypertension in JNC 7.

§Adjusted to the 2010 age-sex distribution of the U.S. adult population.

BP indicates blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; NHANES, National Health and Nutrition Examination Survey; and SBP, systolic blood pressure.

# HTA chez le patient âgé :

Quelques caractéristiques de l'HTA chez le patient âgé :

- Touche  $\frac{3}{4}$  des adultes de + de 75 ans
- Augm de PA Systolique (rigidité artérielle)
- Augm effet blouse blanche
- Dipping nocturne diminué

## HTA, Etudes chez le patient âgé :

Étude HYVET (NEJM 2008) : 3845 patients de + de 80 ans (moy 84 ans);

- Cible <150/80 mmhg
- Dim mortalité de 24%
- Dim ins cardiaque de 61%

**Mais nombreux critères d'exclusion !**

# HTA, Etudes chez le patient âgé :

- Etude PARTAGE (JAMA 2015)

Patients de + de 80 ans en maison repos :

Augm de mortalité si PAS < 130 mmhg et prise de + de 2 antihypertenseurs !

- Ogliari, (Age Ageing 2015,44); patients de + de 75 ans suivis 10 ans, courbe en U entre mortalité et valeurs tensionnelles (165/85 associé à la mortalité la + basse)



# Recommandation trait HTA (soc européenne d'hypertension et de cardiologie ; Eur Heart J 2013)

Recommandations	Classe	niv évidence
<b>Pour l'hypertendu âgé avec une TAS <math>\geq</math> 160 mmHg, des évidences sérieuses existent pour recommander d'abaisser la TAS entre 150 et 140 mmHg</b>	I	A
<b>Pour le sujet âgé fragile, la décision du traitement antihypertenseur est laissée à l'appréciation du médecin de famille</b>	I	C
<b>Tous les antihypertenseurs peuvent être utilisés chez le sujet âgé (si hypertension systolique: préférence pour les anticalciques)</b>	I	A



# Recommandations soc américaine méd intern et d'HTA (J Clin Hypertension2014)

## **Sujets les plus jeunes (âge < 80 ans)**

- Traitement médicamenteux si TA  $\geq$  140/90 mmHg
- Cible visée: < 140/90 mmHg

## **Sujets les plus âgés (âge $\geq$ 80 ans)**

- Traitement médicamenteux si TA  $\geq$  150/90 mmHg
- Cible visée: < 150/90 mmHg

## **Sujets âgés avec diabète ou insuffisance rénale chronique**

- Traitement médicamenteux si TA  $\geq$  140/90 mmHg
- Cible visée: < 140/90 mmHg

# HTA du patient gériatrique :

## Attention à l'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

- Prévalence augm avec l'âge,
- A dépister avant et pdt le traitement.
- Prendre en compte PA debout !
- Le risque de fracture de hanche augm ds les 2 premiers mois de trait hypotenseur (Arch Intern Med 2012,172)

# HTA chez patient agé :

- PA Syst entre 140 et 150 mmhg.
- Attention à l'hypotension orthostatique.

# Diabète chez le patient gériatrique :

Espérance de vie du patient ?

Comorbidités ?

Status fonctionnel et cognitif ?

Degré d'autonomie ?

Opinion du patient (contrainte alimentaires, autocontrols ...)?

# Diabète :

## Principales études randomisées :

- UKPDS (1999) : exclusion des + de 65 ans.
- ACCORD (2010) : 0,5% de + de 80 ans
- ADVANCE (2014) : 1,6% de + de 80 ans

# Diabète, priorités :

- **EVITER l'hypoglycémie !**
- Attention à la polymédication, risque majoré d'erreur et/ou de faible compliance !
- Tenir à l'oeuil la fct rénale.
- Eviter les régimes restrictifs (risque de dénutrition protéino calorique !)

# Cible d'HbA1c chez patient gériatrique

## *Consensus d'experts.* (American diab association, Diab Care 2017;40).

Catégorie de patients	Caractéristiques	Cible raisonnable d'HbA1c
<b>Robuste</b>	Bonne santé relative, 1-2 maladies chroniques, status fonctionnel et cognitif intacts (MMSE $\geq$ 25)	$\leq$ 7,5%
<b>Vulnérable</b>	Etat de santé intermédiaire, $\geq$ 3 comorbidités, troubles cognitifs légers à modérés (MMSE 18-24)	$\leq$ 8%
<b>Fragile</b>	Etat de santé précaire, maladies en phase terminale, dépendance fonctionnelle marquée, troubles cognitifs modérés à sévères (MMSE $\leq$ 17)	$\leq$ 8,5%



# Diabète en gériatrie, choix du traitement :

- Biguanides
- Sulfonylurés
- Incrétines : - inh de la DPP4 (gliptines)  
- analogues du GLP-1  
(incrétinomimétiques)
- Glifozines (inh SGLT2)
- Insuline

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

**Biguanides** (metformine) : 1<sup>o</sup> choix,

- faible risque d'hypoglycémie.
- Risque d'ac lactique (déc cardiaque, hépatique, rénale, insuf respiratoire, infarctus récent, inj produit contraste, sepsis, éthylisme)
- ! si GFR <45 ml/min, CI si GFR < 30.
- ! si gastroentérite, si canicule.

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

## Sulfonylurés : 2° ligne.

- Risque d'hypoglycémie !
- Prise pondérale
- Fct rénale !
- Gliclazide (diamicron) et gliquidone (glurenorm)

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

## Incrétines :

1° Inh de la DPP4 (gliptines): (vipidia, trajenta, onglyza, januvia, galvus)

- Pas de risque d'hypoglycémie
- Dim dose si IR, sauf linagliptine (trajenta)
- Pas de prise de poids
- (pancréatite, insuf cardiaque ?)

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant

## Incrétines :

2° Analogues du GLP-1 (incrétinomimétiques): (eperzan, trulicity, bydureon, byetta, victoza, lyxumia)

-ralentisse la vidange gastrique avec Augmentation de la sensation de satiété, perte de poids.

-Attention dénutrition !

-Pas d'hypoglycémie.

-Impact + sur PA et Lipides.

-Onéreux, utilisation en SC.

Liraglutide (victoza) ok si GFR < 30 ml/min.

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant

## Incrétines :

### 2° Analogues du GLP-1 :

NEJM 2016; 375, liraglutide (victoza) and CV outcomes in type 2 diab;

NEJM 2017; 377, liraglutide and renal outcomes in type 2 diab;

9340 patients, suivi moyen de 3,8 années

**Dim mortalité globale et CV, et dim albuminurie.**

Age moyen 64 an +/-7

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

**Glifozine** (inh SGLT2) (invokana, forxiga, jardiance) :

(Dim réabsorption du glucose et Na ds tub cont proximal)

- Augmentent la glucosurie.
- Perte calorique et pondérale
- Pas de risque d'hypoglycémie
- Effet néphroprotecteur 2° à effet hémodynamique (dim P intraglom et hyperfiltration 2° à vasoconstriction art afférente).



# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

## Glifozine (inh SGLT2) :

NEJM 2016;374, « empagliflozin (jardiance) CV outcomes and mortality in type 2 diab »

NEJM 2016,375, « empagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diab »

7020 patients, suivi 3,1 années.

Diminution très significative de la mortalité , évènements CV et paramètres rénaux (et dim PA et perte poids).

Age moyen : 63,2 ans +/- 8,6

# Diabète, choix du traitement hypoglycémiant :

## Glifozine (inh SGLT2) :

NEJM 2017;377, « canagliflozine (invokana) and CV and renal events in type 2 diab »,

10142 patients suivis 3ans1/2,

Dim significative de mortalité, évènements CV, et rénaux.

Age moyen 63ans +/- 8

## Glifozine, effets secondaires :

- Augm risque infection uro et génitale
- Moins efficace si IR (CI si GFR <45).
- Chez âgé, risque de déshydratation et hypot orthostatique. Perte calorique
- Augm du risque d'ac lactique euglycémique (patient ss insuline) ?

# Diabète les glifozines et les agonistes du glucagon like peptide (GLP-1) :

2 nouvelles classes d'antidiabétiques oraux qui indépendamment du control de la glycémie ont des propriétés cardio et néphroprotectrices !

# Hyperlipémie :

- **ALLHAT-LLT Elderly** (JAMA intern med 2017);
- 2867 patients, 2 groupes (65-74 ans, >74 ans) sous prava 40mg ou trait conventionnel, en prev primaire.
- Patients HTA et Dyslipémique.
- Aucune différence de morbi/mortalité entre les 2 groupes , prava ou trait conventionnel.

# Hyperlipémie :

- Prévention 1° : aucune preuve de l'intérêt si + de 80ans
- Prévention 2° : oui si diabète ou risque CV et espérance de vie > 1 an (JAMA 2016;316)
- Utilisation de doses modérées de statines

# Conclusions :

- Evaluation gériatrique globale préalable !
- Diabète, Eviter l'hypoglycémie, viser HbA1c entre 7,5 à 8,5%.
- HTA, Eviter hypotension orthostatique, viser Syst entre 140 et 150.
- Dyslipémie, Statine si prévention 2°.
- En cas de doute: RENADAPTOR