

Contrôle de l'hypertension en maison de repos et maison de repos et de soins

Control of hypertension in nursing homes

J.M. Thomas¹, W. Alvarez¹, M. Mulaj¹, S. De Breucker², M. Leeman³ et T. Pepersack²

¹D.M.G.-U.L.B., ²Clinique de Gériatrie et ³Clinique de l'Hypertension, Hôpital Erasme

RESUME

Dans une étude transversale, nous avons déterminé la prévalence de l'hypertension artérielle chez des sujets âgés institutionnalisés. La prévalence de l'hypertension est de 69 %. Seulement 76 % des sujets hypertendus sont traités. 61 % des patients déclarés hypertendus et 80 % des hypertendus traités ont leur pression artérielle bien contrôlée. Les médecins généralistes devraient mieux dépister et traiter ce problème gériatrique fréquent et associé à une haute comorbidité.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 271-3

ABSTRACT

In a cross sectional study we determined prevalence of hypertension among institutionalized old subjects. Prevalence of hypertension was 69 %. Among detected hypertensive patients, 76 % received an antihypertensive drug treatment. 61 % of the declared hypertensive patients and 80 % of the treated hypertensive patients had their blood pressure controlled. The general practitioners should better detect and treat this common geriatric problem associated with a high comorbidity.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 271-3

Key words : hypertension, elderly, nursing home, therapy

CONTEXTE

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème fréquent en gériatrie. La prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge et est de l'ordre de 65 % pour les sujets de plus de 65 ans.

L'hypertension reste le principal facteur de risque cardiovasculaire dans cette population¹⁻³.

OBJECTIFS

1. Déterminer la prévalence et les formes d'HTA au sein d'institutions gériatriques.
2. Analyser les traitements reçus et le pourcentage de patients non traités.
3. Evaluer le pourcentage de patients hypertendus traités non équilibrés (pourcentages valeurs cibles recommandées par le JNC VII)⁴.
4. Analyser la comorbidité et les problèmes gériatriques présentés par ces patients.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans 3 institutions comprenant 355 lits MR et MRS en région bruxelloise. 278 patients institutionnalisés furent inclus en mars 2005. La pression artérielle a été mesurée par les infirmières à 3 reprises à un intervalle de 30 secondes avant 12 heures, le sujet étant assis au repos, au moyen d'un tensiomètre automatique Microlife BP 3AC1-1, suivant le protocole de HDFP⁵.

Tous les patients ont subi une évaluation gériatrique globale.

L'évaluation fonctionnelle inclut l'évaluation des activités de la vie quotidienne (AVQ) par l'échelle de KATZ⁶. Cette échelle se traduit par 6 items : se laver, s'habiller, se déplacer, l'aide à la toilette, la continence et l'autonomie dans la prise des repas. Chaque item est gradué de 1 à 4, le grade le plus bas représente l'absence de dépendance, et le grade le plus haut, la dépendance maximale.

La sévérité des problèmes médicaux associés est établie par l'échelle de comorbidité adaptée de Greenfield⁷, questionnaire regroupant sous forme d'items 20 pathologies graduées de 0 à 4, avec 0 pour l'absence de manifestations cliniques, 1 pour une maladie asymptomatique sans traitement, 2 pour des symptômes contrôlés par un traitement, 3 pour des manifestations cliniques non contrôlées par un traitement, et 4 pour des manifestations cliniques intolérables.

L'évaluation biologique a pour but de rechercher des facteurs de risque cardiovasculaire associés (hyperlipémie, diabète sucré) et/ou des complications (insuffisance rénale, hypokaliémie) ; il faudra rechercher dans le dossier les résultats de données biologiques prélevées dans l'année et noter : la créatinine, l'ionogramme, la glycémie à jeun, les triglycérides, le cholestérol total, le HDL-cholestérol, le LDL-cholestérol (calculé selon la formule de Friedewald)⁹, la clearance de créatinine calculée selon la méthode de Cockcroft¹⁰.

L'ensemble des médicaments susceptibles d'interférer avec la pression artérielle sera enregistré.

L'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels Microsoft Access®, et Statistica 5 Microsoft®. Les résultats émanant des groupes de patients sont exprimés en moyennes \pm déviations standards. Le test non paramétrique de Mann Whitney a été utilisé pour comparer les moyennes entre les groupes (patients normotendus *versus* hypertendus, patients hypertendus traités *versus* non traités, patients hypertendus traités équilibrés *versus* patient hypertendus traités non équilibrés). Le Z-score associé au test de correction de Yates a été utilisé pour évaluer les différences de proportion entre les groupes.

Des valeurs de $p < 0.05$ ont été considérées comme statistiquement significatives.

RESULTATS

Les résultats anthropométriques confirment que nous étudions une population gériatrique. L'âge moyen est de 80,4 ans. La population comprend 68 % de femmes.

La comorbidité est importante. 54 % des résidents sont déclarés hypertendus dans le dossier. Plus de 50 % sont incontinents, ont des problèmes musculo-squelettiques ou digestifs. Plus de 40 % sont diagnostiqués dépressifs ou cardiaques ou sont répertoriés comme chuteurs. Des problèmes visuels, des pathologies vasculaires et des démences sont diagnostiqués chez plus de 30 %. Un sur cinq présente des pathologies respiratoires ou oncologiques. A l'analyse des échelles de Katz, seulement un tiers sont bien orientés dans le temps ou dans l'espace, 15 % sont indépendants pour se laver, 25 % pour s'habiller, 40 % pour se déplacer et aller aux toilettes, 45 % pour manger.

50 % des patients présentent une insuffisance rénale avec une clearance de la créatinine inférieure à 45 ml/minute.

Toutes ces données donnent au médecin généraliste ou au médecin coordinateur une représentation précise de la population âgée qu'ils suivent en institution avec des conséquences importantes concernant la prise en charge globale des patients et les choix de traitements.

Concernant le contrôle tensionnel selon les critères du JNC7, 23 % présentent une pression artérielle normale (TA syst. < 120 et TA diast. < 80 mmHg), 41 % une pré hypertension (syst. 120-139 et diast. 80-89 mmHg), 23 % une hypertension au stade 1 (syst. 140-159 et diast. 90-99 mmHg) et 13 % une hypertension au stade 2 (syst. ≥ 160 ou diast. ≥ 100 mmHg), soit 36 % d'hypertensions non contrôlées dans le groupe total.

31 % des patients ont une pression différentielle (TA systolique moins diastolique, " pulse pression ") comprise entre 54 et 67 mmHg ce qui multiplie le risque d'AVC par 1,2 et 32 % ont une " pulse pression " supérieure à 67 mmHg, ce qui multiplie ce risque par 1,8.

Si l'on compare les patients déclarés hypertendus et déclarés non hypertendus, nous n'observons pas de différence anthropométrique. On découvre 33 % de sujets hypertendus dans le groupe déclaré non hypertendu et 39 % de sujets hypertendus non contrôlés dans le groupe déclaré hypertendu. Il n'y a pas de différence concernant les données biologiques entre les 2 groupes. Les patients déclarés hypertendus présentent significativement plus d'AVC, de pathologies vasculaires et cardiaques et de troubles musculo-squelettiques. Il n'y a pas de différence significative concernant les atteintes fonctionnelles de l'échelle de Katz.

Si l'on compare les patients déclarés hypertendus (traités ou non) aux patients normotendus, ils présentent un nombre significativement plus important d'AVC et de difficultés à se déplacer.

A l'analyse des traitements administrés, 27 % des hypertendus reçoivent un bêta-bloquant, 25 % un diurétique, 30 % un inhibiteur calcique, 21 % un inhibiteur de l'enzyme de conversion, 9 % un sartan, 1 % un inhibiteur central et 1 % un alpha-bloquant. 46 % des hypertendus reçoivent un médicament hypotenseur, 21 % deux, 9 % trois et 24 % n'en reçoivent aucun. Seulement 34 % des patients diabétiques et/ou décompensés cardiaques reçoivent un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un sartan.

CONCLUSIONS

La prévalence de l'hypertension est importante en maison de repos et maison de repos et de soin : 69 %. 36 % des sujets gardent une TAs ≥ 140 mmHg. 54 % sont déclarés hypertendus et 39 % des sujets

déclarés hypertendus ne sont pas équilibrés. Il y a 33 % de sujets hypertendus dans le groupe déclaré non hypertendus. 24 % des sujets déclarés hypertendus ne sont pas traités.

46 % des sujets déclarés hypertendus ne reçoivent qu'une monothérapie.

Concernant la comorbidité et les problèmes gériatriques présentés par ces patients : 50 % des sujets présentent une clearance de la créatinine < 45 ml/min. Il y a un état de dépendance accrue des hypertendus non équilibrés.

Ces patients ont une comorbidité élevée. Ils présentent significativement plus d'AVC.

L'hypertension reste non contrôlée malgré les traitements administrés.

Ces données montrent une certaine réserve dans l'intensité de la prise en charge de l'hypertension des patients âgés institutionnalisés par les médecins généralistes qui semblent peu agressifs et acceptent des niveaux de pression encore élevés chez les personnes âgées. La haute prévalence, à la fois de l'hypertension et de l'hypertension non stabilisée associée à un risque cardiovasculaire accru chez le sujet âgé institutionnalisé, devrait inquiéter et inciter à mieux détecter et traiter ce problème gériatrique fréquent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ *et al* : Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995 ; 25 : 305-13
2. Pepersack T, De Breucker S, Thomas JM : Prise en charge de l'hypertension chez l'octogénaire. *Rev Med Brux* 2006 ; 27 : 84-8

3. National High Blood Pressure Education Program Working Group : National high blood pressure education program working group report on hypertension in the elderly. *Hypertens* 1994 ; 23 : 275-87
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR *et al* : The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure : the JNC 7 report. *JAMA* 2003 ; 289 : 2560-72 (Epub 2003 May 14)
5. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group : Variability of blood pressure and the results of screening in the HDFP. *Chronic Dis* 1978 ; 31 : 651-7
6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffee MW : Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963 ; 185 : 914-9
7. Greenfield S, Blanco DM, Elashoff RM, Ganz PA : Pattern of care related to age of breast cancer patients. *JAMA* 1987 ; 257 : 2766-72
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : " Mini-mental state ". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975 ; 12 : 189-98
9. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS : Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without the use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972 ; 18 : 499-502
10. Cockcroft D, Gault M : Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephrol* 1976 ; 16 : 31-41

Correspondance et tirés à part :

J.M. THOMAS
Rue Ferdinand Lenoir 18
1090 Bruxelles

Travail reçu le 14 juillet 2006 ; accepté dans sa version définitive le 17 juillet 2006.