



RATIONNEL



- Médicaments cardiovasculaires

- Risque iatrogénique important

Handler SM et al. Am J Geriatr Pharmacother 2006
Leipzig RM et al. J Am Geriatr Soc. 1999
AFSSAPS Juin 2005

- Sujets âgés institutionnalisés : fragiles

- Risque accru de mortalité si ≥ 2 antihypertenseurs et PAS < 130mmHg

Benetos A et al JAMA Intern Med. 2015

- Recommandations :

- après 80 ans :

Pas plus de 3 molécules

Objectif PAS < 150mmHg

Pas d'hypotension orthostatique

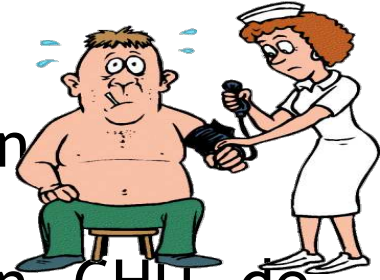
SFHTA 2016

OBJECTIFS

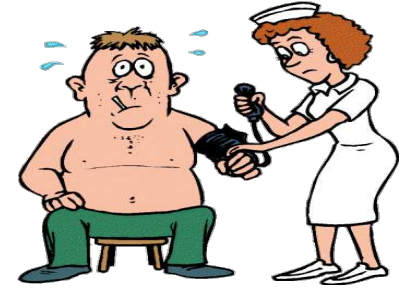
- Pertinence et conséquences de la révision systématique du traitement antihypertenseur des résidents ≥ 75 ans ayant au moins deux molécules à effet antihypertenseur dans un but d'optimisation

METHODE

- Etude prospective monocentrique observationnelle
- Inclusion en juin 2016, EHPAD de Lusignan CHU de Poitiers
- Critères d'inclusion : Patients ≥ 75 ans, en EHPAD depuis plus d'un mois, avec au moins deux molécules à effet antihypertenseur
- 7 groupes de patients avec planification des relevés de données de juillet 2016 à avril 2017
- 7 réunions avec expertise des ordonnances par 2 médecins et 1 pharmacien entre juillet 2016 et janvier 2017: décision libre
- Suivi à 1 mois et 3 mois



METHODE



■ Fiche de recueil

- caractéristiques sociodémographiques et gériatriques (âge, sexe, IMC, GIR, ADL)
- comorbidités (CIRS score, diabète, cardiopathie, AVC)
- clairance de la créatinine selon Cockcroft
- traitements à effet anti hypertenseur
- calcul de la PAS moyenne (3 mesures matin et soir 3 jours de suite)
- recherche de l'hypotension orthostatique et de chute
- modifications d'ordonnance après expertise
- Évènements cliniques dans les 3 mois

RESULTATS

- 34 résidents / 164 (20,7%)
- Age moyen : $89 \pm 7,1$ ans [75 - 107]
- 64,7 % femmes
- GIR moyen : $2,7 \pm 0,9$ [1-4]
- ADL moyen : $2,4 \pm 1,7$ [0-5,5]
- Clairance créatinine (Cockcroft) : $49,5\text{ml/min} \pm 25,8$
- Nbre moyen traitements : $10,1 \pm 3$ [4-19]
- Nbre moyen traitement antihypertenseur : $2,5 \pm 0,6$ [2-4]

CARACTERISTIQUES

PARAMETRES		RESULTATS (N = 34) m ± sd ou n (%)
	<ul style="list-style-type: none">- IMC- MMSE	26,5 ± 5,6 13,2 ± 10,3
Comorbidités	<ul style="list-style-type: none">- Diabète- Cardiopathie- AVC- Score CIRS	8 (23,5%) 26 (76,4%) 10 (29,4%) 19,9 ± 4,1 [11-28]
Traitement antihypertenseur	<ul style="list-style-type: none">- Inhibiteur calcique- Béta bloquant- Diurétique de l'anse- IEC- Sartan- Epargneur potassique- Thiazidique- Autres- Centraux	20 (58,8%) 19 (55,9%) 18 (52,9%) 17 (50%) 4 (11,8%) 3 (8,8%) 2 (5,9%) 1 (2,9%) 0 (0%)

AVANT REVISION

- 34 résidents avec ≥ 2 antihypertenseurs (20,7%)
- 25 résidents dans groupe tensionnel à risque (73%)
- 23 chutes chez 9 résidents
- 6 diagnostics d'hypotension orthostatique

APRES REVISION

- 15 (44,1%) ordonnances modifiées
 - 13 dans le groupe tensionnel à risque
 - 1 augmentation de posologie
 - 4 diminutions de posologies (2 furosémide, 2 inhibiteurs calciques)
 - 10 arrêts de molécule concernant 10 résidents dont 7 inhibiteurs calciques
- groupe « ordonnances modifiées » : 2 HTA et 1 syndrome occlusif avec décès
- groupe « ordonnances non modifiées » et PAS < 130 :
1 chute avec fracture du col avec décès et 1 poussée d'insuffisance cardiaque avec décès

APRES REVISION

	J0 (N = 34)	M1 (N= 33)	M3 (N = 30)
PAS moyenne (\pm sd)	131 \pm 17	133 \pm 14	133 \pm 13
Objectifs TA: n (%)			
PAS \geq 150mmHg	5 (14,7%)	3 (9,1%)	3 (10%)
130 \leq PAS<150	9 (26,5%)	17 (51,6%)	13 (43,3%)
PAS<130mmHg	20 (58,8%)	13 (39,4%)	14 (46,7%)
Hypotension orthostatique	6 sur 21	2 sur 16	5 sur 15
Nombre de chutes	23		7
Nbe moyen antihypertenseurs	2,5 \pm 0,6 [2-4]	2,1 \pm 0,7[1-3]	2,5 \pm 0.9 [1-4]

LIMITES

- Taille échantillon
- Unicentrique
- Observationnelle

DISCUSSION

- Echantillon représentatif
- Hypotension orthostatique persiste malgré correction PAS moyenne
 - Étiologies multiples à l'hypotension orthostatique
- Fréquence de la prescription d'inhibiteurs calciques et de diurétiques de l'anse
 - Recommandations en faveur de diurétiques thiazidiques et d'inhibiteurs calciques dans l'HTA systolique isolée.

CONCLUSION

- Réévaluation ciblée a permis modification de près de 45% des ordonnances
- Majoritairement en faveur d'une désescalade thérapeutique
- Tendence à l'augmentation de la proportion de patient dans le groupe $130 \leq \text{PAS} < 150$
- Pas de différence dans la prévalence de l'hypotension orthostatique mais diminution du nombre de chutes

Merci pour votre attention



	âge moyen	Nbe ttt HTA	chutes	HTO	interventions	justifications
PAS ≥ 150 N = 5	95,6 (90 - 107)	2,4 (2-3)	4(1)	1	1 augmentation de posologie 4 non modifiés	âge, PAS limites hautes
PAS < 130 N = 20	88,5 (76-96)	2,5 (2-4)	7(4)	3	9 arrêts de molécules 3 diminutions de posologie 8 non modifiés	terrain cirrrose, insuffisance cardiaque
130 ≥ PAS > 150 N = 9	86,2 (75-96)	2,4 (2-3)	12(4)	2	1 arrêt 1 diminution de posologie	âge et démence avancée 12 ttt per os

	interventions	Devenir M1	Devenir M3	Décès à 1 an	
PAS ≥ 150 N = 5	1 augmentation de posologie 4 non modifiés	N 3N, 1 > 150	DC 2N, 1 < 130 1 départ	2	
PAS < 130 N = 20	9 arrêts de molécules 3 diminutions de posologie 8 non modifiés	4 < 130, 4N 1 > 150 pas de changement de catégorie 1 chute et dc, 1 IC et DC, 4 < 130 2N	4 < 130 4N 1 > 150 pas de changement de catégorie 4 < 130 2N	3	1 HTA à M1 et M3
130 ≥ PAS > 150 N = 9	1 arrêt 1 diminution de posologie 7 non modifiés	N N 1 > 150 5N 1 < 130	> 150 N 1 > 150 4N 2 < 130	3	