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

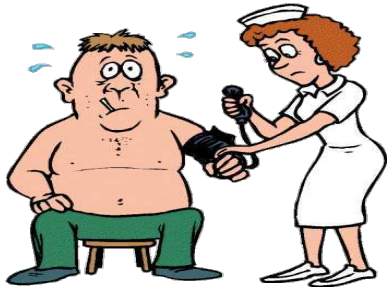
OBJECTIFS

- 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 observationn
- 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 ± 7,1 ans [75 – 107]
- 64,7 % femmes
- GIR moyen : 2,7 ± 0,9 [1-4]
- ADL moyen : 2,4 ± 1,7 [0-5,5]
- Clairance créatinine (Cockcroft) : 49,5ml/min ±25,8
- Nbre moyen traitements : 10,1 ± 3 [4-19]
- Nbre moyen traitement antihypertenseur : 2,5 ± 0,6 [2-4]

CARACTERISTIQUES

PARAMETRES		RESULTATS (N = 34) m ± sd ou n (%)
	- IMC - MMSE	26,5 ± 5,6 13,2 ± 10,3
Comorbidités	- Diabète - Cardiopathie - AVC - Score CIRS	8 (23,5%) 26 (76,4%) 10 (29,4%) 19,9 ± 4,1 [11-28]
Traitement antihypertenseur	- 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 (± sd)	131 ± 17	133 ± 14	133 ± 13
Objectifs TA: n (%) PAS≥150mmHg 130≤PAS<150 PAS<130mmHg	 5 (14,7%) 9 (26,5%) 20 (58,8%)	 3 (9,1%) 17 (51,6%) 13 (39,4%)	 3 (10%) 13 (43,3%) 14 (46,7%)
Hypotension orthostatique	6 sur 21	2 sur 16	5 sur 15
Nombre de chutes	23		7
Nbe moyen antihypertenseurs	2,5 ± 0,6 [2-4]	2,1 ± 0,7[1-3]	2,5 ± 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
- Tendance à l'augmentation de la proportion de patient dans le groupe 130≤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 cirrhose, 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	