

REPÈRES PRATIQUES

Fréquence de l'hypertension selon l'âge



→ **J.P. CAMBOU**
Service de Médecine
Vasculaire
et INSERM U 558
CHU Rangueil,
TOULOUSE.

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque majeur et fréquent de nombreuses maladies cardiovasculaires ou apparentées (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, artériopathies des membres inférieurs, insuffisance rénale terminale...).

[Définition de l'HTA

L'HTA est définie de manière consensuelle par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg mesurées à deux reprises au cours de trois consultations. Dans la plupart des enquêtes, l'HTA est mesurée deux fois au cours de la même séance qui n'est généralement pas renouvelée.

Comme il existe une relation continue entre le niveau de pression artérielle (PA) et le risque cardiovasculaire, la définition d'une valeur seuil pour définir une HTA peut paraître inutile. Bien que ce choix d'une valeur seuil soit en fait arbitraire, cette option présente certains avantages. Sans cette notion de seuil, il ne serait pas possible de connaître une prévalence, une fréquence ou une incidence de la "maladie" hypertension dans les populations. L'absence de définition pourrait conduire les médecins à

ne pas diagnostiquer certaines maladies dont l'HTA est l'un des modes de présentation (maladies rénales, surrénales, iatrogénie en particulier) et de ne pas proposer de traitements spécifiques alors qu'ils existent. Même s'agissant d'une HTA essentielle, les praticiens ont besoin d'une cible "opérationnelle" permettant de guider la prise en charge, ce que n'apporte pas la simple notion d'une relation continue entre PA et risque cardiovasculaire. Ces éléments laissent penser qu'il est nécessaire de conserver une définition de l'HTA et une classification même si l'on doit garder à l'esprit la nature continue de la relation entre PA et risque cardiovasculaire.

Il existe par ailleurs une relation linéaire entre l'âge et l'hypertension du fait de trois facteurs principaux : une sensibilité au sodium plus forte avec l'âge, une dysfonction endothéliale modifiant la capacité des artères à se dilater et une augmentation de la rigidité vasculaire. Avec l'âge, les caractéristiques de la pression artérielle se modifient [1].

[Les enquêtes de fréquence

Afin d'obtenir des données actualisées sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France, le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension a entrepris depuis 2002 la réalisation d'enquêtes portant sur un échantillon de ménage appelées étude FLASHS [2]. Il s'agit d'enquêtes effectuées par voie postale auprès d'un panel constitué par *TNS Heath Care* (TNS Sofres, Louis Harris). Le pourcentage des hypertendus traités varie d'un facteur 10 selon les tranches d'âge, passant en 2007 de 5 % pour les moins de 45 ans à 59 % pour les plus de 75 ans. En 2002, les chiffres aux mêmes âges étaient de 4,2 % et de 51,8 % (**fig. 1**), témoignant donc d'une progression entre ces deux périodes.

En France, plusieurs enquêtes avec mesure de la pression artérielle ont été menées ces dernières années sur des échantillons représentatifs de la population générale [3, 4]. L'étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) [3] est la première enquête avec mesure de la pression artérielle

REPÈRES PRATIQUES

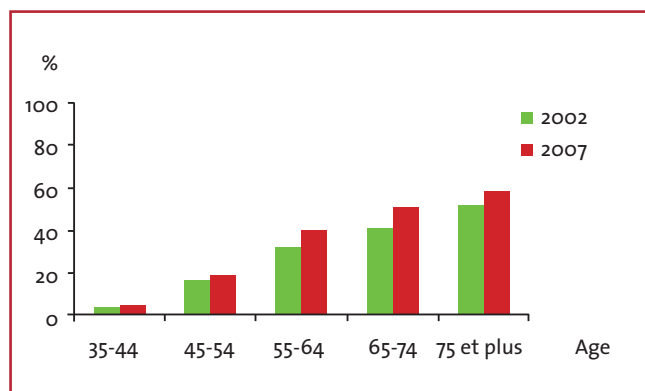


Fig. 1 : L'hypertension en France selon l'âge: étude FLASHS. X. Girerd: Etude FLASHS: un tableau de bord de l'épidémiologie de l'HTA en France. Le cardiologue, Novembre 2007.

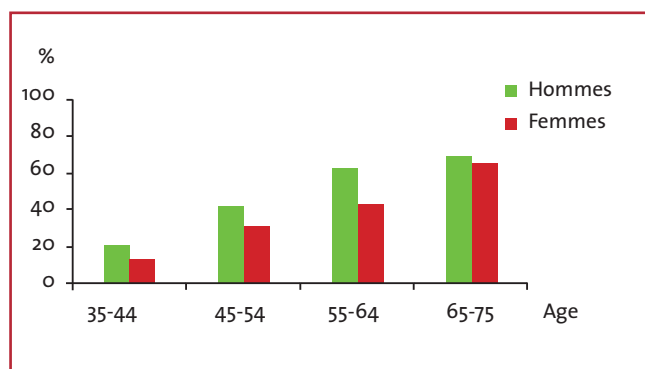


Fig. 2 : L'hypertension en France selon l'âge. Etude ENNS 2006-2007. H. Godet Tobie et al. BEH Déc 2008.

réalisée entre 2006 et 2007 sur un échantillon national de personnes âgées de 18 à 74 ans et résidant en métropole. Les objectifs principaux de cette étude étaient de présenter des estimations de la pression artérielle et de décrire la prévalence de l'HTA dans la population adulte. Lorsqu'on prend en compte non seulement les traitements par médicaments antihypertenseurs mais également les mesures de la PAS et de la PAD, la prévalence de l'HTA s'établit à 31,0 %. Elle est en moyenne significativement plus élevée chez les hommes (34,1 %) que chez les femmes (27,8 %) et augmente de manière prononcée avec l'âge, atteignant les deux-tiers de la population âgée de 65 à 75 ans (**fig. 2**).

La prévalence de l'HTA est plus élevée dans cette étude pour toutes les tranches d'âge que dans l'étude FLASHS. En revanche, l'influence de l'âge y est moins marquée avec un rapport de prévalence entre les plus âgés et les plus jeunes égal à 3 pour l'homme et à 5 pour la femme. Ces discordances peuvent être expliquées par le fait que dans

l'étude FLASHS il s'agissait d'un sondage sur l'hypertension traitée alors que dans l'étude ENNS les hypertendus dépistés et non traités étaient aussi pris en compte. De nombreux hypertendus restent donc non connus ou bien sont connus mais ne sont pas traités.

L'étude ENNS a permis également de montrer (**tableau I**) que les hypertendus sont en France majoritairement des hypertendus de grade 1, les hypertendus de grades 2 et 3 atteignent des pourcentages non négligeables après 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme. La grande majorité des hypertension chez les plus de 65 ans sont des hypertension systoliques isolées.

L'étude MONA LISA [4] s'est déroulée entre 2005 et 2007 et a porté sur 4825 sujets âgés de 65 à 75 ans représentatifs de la population générale de Haute-Garonne, de la Communauté Urbaine de Lille et du département du Bas-Rhin examinés. L'HTA était présente chez 47 % des hommes et 35 % des femmes, soit 23,9 % et 8,4 % respectivement entre 35-44 ans et 79,8 et 71,3 % pour les 65-75 ans (**fig. 3**). Nous retrouvons des prévalences voisines de celles observées dans l'étude ENNS si on compare les prévalences par tranche d'âge. Les rapports de prévalences entre les tranches d'âge sont ici de 3,3 chez l'homme et de 8 chez la femme. Les deux études concordent sur l'influence de l'âge même si les rapports sont différents, sur la prévalence plus élevée chez l'homme que chez la femme et sur l'impact relatif de l'âge plus important chez la femme que

Homme	35-44	45-54	55-64	65-75
HTA grade 1	16,8	23,2	35,8	38,3
HTA grade 2	0,4	12,6	8,7	13,2
HTA grade 3	0,2	1,6	3,6	2,7
HTA systolique isolée	3,7	11,1	17,4	32,9
Femme	35-44	45-54	55-64	65-75
HTA grade 1**	6,2	17,2	21,7	30,0
HTA grade 2	2,1	3,7	3,2	8,5
HTA grade 3	0,0	0,1	1,0	2,5
HTA systolique isolée	1,4	2,3	12,5	20,6

* H. Godet Thobie BEH 49-50 décembre 2008

** Grade 1 = PAS 140-159 mmHg ou 90-99 mmHg. Grade 2 160-169 mmHg ou 100-109 mmHg. Grade 3 ≥ 180 mmHg ou ≥ 110 mmHg.

TABEAU I : Niveaux de pression artérielle en France selon l'étude ENNS*.

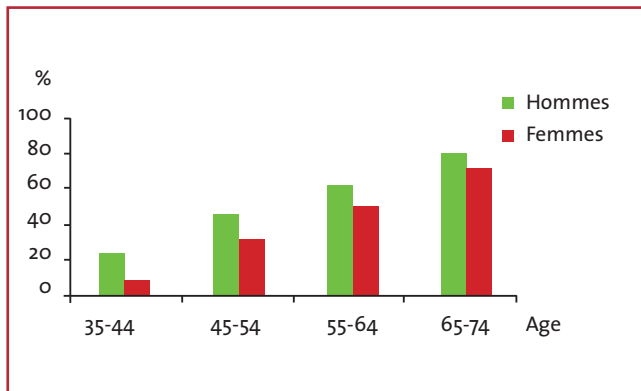


Fig. 3 : L'hypertension en France selon l'âge : étude MONA LISA. A. Wagner et al. BEH Déc 2008.

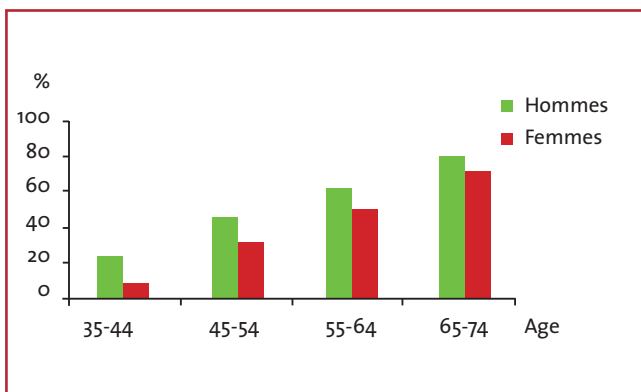


Fig. 4 : L'hypertension chez le coronarien. A. Rosengren. *European Heart Journal*, 2006 ; 27 : 789-95.

chez l'homme. Les résultats des études ENNS et MONA LISA ne sont pas superposables alors que la définition de l'hypertension est la même. Rappelons que l'étude MONA LISA est une enquête limitée à trois départements alors que l'ENNS est nationale.

Enfin, chez le coronarien (**fig. 4**), l'HTA a une prévalence plus élevée qu'en population générale [5]. La fréquence augmente avec l'âge, passant de 40 % pour les moins de 55 ans à 70 % pour les sujets de plus de 75 ans. Contrairement aux résultats observés dans les enquêtes ENNS et MONA LISA, la prévalence de l'HTA du coronarien est plus élevée chez la femme que chez l'homme.

Les limites des mesures de fréquences

Chez certains patients, la pression artérielle est élevée (PA $\geq$ 140/90) au cabinet médical, alors qu'elle est normale

au cours de la journée ou sur les 24 heures, hors environnement médical : c'est "l'HTA blouse blanche". Cette HTA peut perdurer au cours du temps, malgré la répétition des mesures. Des études indiquent que le pronostic cardiovasculaire et cérébrovasculaire de ces patients est proche de celui des sujets normotendus.

L'HTA masquée est de découverte plus récente. Elle définit les patients qui ont une pression artérielle normale au cabinet médical alors qu'elle est anormalement élevée en dehors : c'est l'HTA masquée.

L'hypertension au cours de la vie change de nature : l'HTA blouse blanche et l'hypertension masquée sont de plus en plus fréquentes. Seules les études utilisant les données d'automesure ou de MAPA peuvent repérer ces types d'HTA.

Avec le vieillissement, la pression artérielle systolique (PAS) augmente régulièrement alors que la pression artérielle diastolique (PAD) cesse d'augmenter à partir de 55 ans. La PAS est la composante de la pression artérielle la plus liée à l'âge, c'est elle aussi qui prédit le mieux le risque cardiovasculaire, en particulier chez le sujet de plus de 60 ans. La PAD, par contre, est associée au risque cardiovasculaire chez l'hypertendu de moins de 60 ans. Il faudrait donc étudier de manière séparée la fréquence de l'HTA systolique, diastolique, diastolo-systolique avant et après 60 ans.

Certaines études suggèrent que, chez le sujet de plus de 60 ans, la pression pulsée (définie par la différence entre pression artérielle systolique et pression artérielle diastolique [PAS – PAD]) est également un paramètre associé au risque cardiovasculaire. La pression pulsée étant un indicateur de rigidité artérielle est liée de manière linéaire à l'âge.

Tenir compte de ces différents facteurs est trop complexe, le critère PA $\geq$ 140/90 mmHg est plus commode et plus informatif pour la surveillance d'une population, même si le cardiologue, le médecin généraliste doivent par contre tenir compte de ces différents paramètres pour la prise en charge d'un hypertendu en consultation.

Conclusion

L'hypertension artérielle est le facteur de risque cardiovasculaire le plus prévalent dans la population, une majorité des personnes âgées est hypertendue. Sa relation forte avec l'âge laisse présager une augmentation des sujets hypertendus dans les consultations des cardiologues et des méde-

REPÈRES PRATIQUES

POINTS FORTS

- ➞ Il est nécessaire de conserver le seuil de PAS ≥ 140 ou de PAD ≥ 90 mmHg mesurées à deux reprises au cours de trois consultations comme définition de l'HTA même si l'on doit garder à l'esprit la nature continue de la relation entre PA et risque cardiovasculaire.
- ➞ La fréquence de l'HTA est plus élevée chez les hommes que chez les femmes pour les patients en prévention primaire, c'est l'inverse chez le coronarien.
- ➞ La fréquence de l'HTA augmente de manière prononcée avec l'âge :
 - de 5 % à 60 % pour les hypertendus traités,
 - de 8 à près de 80 % pour l'ensemble des hypertendus.
- ➞ Les taux de prévalences mesurés dans les enquêtes ne tiennent pas compte de l'HTA blouse blanche et de l'HTA masquée qui devront être dépistées au cabinet médical grâce à l'automesure et à la MAPA.

cins généralistes. Les enquêtes de population montrent un écart encore important entre le pourcentage de sujets hypertendus et le pourcentage de sujets traités, même si cet écart a tendance à diminuer ces dernières années.

Il reste encore un champ important pour la prévention afin d'amener la pression artérielle de nos patients en dessous du seuil 140/90 mmHg en gardant toujours en mémoire qu'une baisse même imparfaite de la PA améliore le risque cardiovasculaire du patient car il existe une relation continue forte entre le niveau de PA, le risque cardiovasculaire et le risque de démence.

Bibliographie

1. STROKES GS. Management of hypertension in the elderly patient. *Clinical Intervention in Aging*, 2009 ; 4 : 379-389.
2. GIRERD X, MURINO M. Etudes FLASHS : un tableau de bord de l'épidémiologie de l'HTA en France. *Le Cardiologue*, 2007 ; 306 : 6-9.
3. GODET-THOBIE H, VERNAY M, NOUKPOAPE A *et al.* Niveau tensionnel moyen et prevalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH*, 2008 ; 49-50 : 478-483.
4. WAGNER A, ARVEILLER D, RUIDAVETS JB *et al.* Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : étude MONA LISA. *BEH*, 2008 ; 49-50 : 483-486.
5. ROSENGREN A, WALLENTIN L, SIMOONS M *et al.* Age, clinical presentation and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. *Euro Heart J*, 2006 ; 27 : 789-795.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.