République du Mali

****

Un Peuple- Un But- Une Foi

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE(FMOS)

Année universitaire 2023-2024 N°…….

TITRE

HYPERTENSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE ISOLEE DU SUJET AGE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

MEMOIRE

Présenté et soutenu le 25./02/2025 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Dr KONAN KOFFI Jacques Brice Ahoussou**

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées de Cardiologie

JURY

Président : Pr Ichaka MENTA (Professeur Titulaire)

Membres : Pr Coumba A. THIAM (Maitre de Conférences)

Co-Directeur: Pr Youssouf CAMARA (Professeur Agrégé)

Directeur : Pr ADOUBI Kassi Anicet (Professeur Titulaire)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

- A L'ETERNEL DIEU TOUT PUISSANT

Nous rendons toute la gloire au DIEU Tout Puissant pour sa protection et son soutien au cours de cette spécialisation et la réalisation de ce travail.

- A mon père : Feu KOFFI KONAN

Tu t'es beaucoup sacrifié afin de nous donner une bonne éducation et afin que nous ne manquions de rien. Tes conseils ont toujours été simples, l'amour du CHRIST, le respect des ainés, du prochain et l'abnégation au travail afin qu'il soit bien fait. J'aurai bien souhaité que tu sois encore en vie ce moment pour partager ma joie; mais DIEU en a décidé autrement : paix à toi papa.

- A ma mère : N'GUESSAN BOHOUSSOU

Quand je t'ai dit que je venais poursuivre au Mali, tu t'es exclamée encore ! Mais tu m'as soutenu par tes conseils et tes prières. Que ce travail bien que modeste t'apporte réconfort et fierté. Reçois ici l'expression de mon profond attachement : je t'aime maman.

- A tous mes frères et sœurs : Elise, Emmanuel, Anne-Marie, Natacha, Viviane, Cyrille, Marcel, Wilfried, Fabrice, Nathalie

Vos prières et vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut durant ces longues années d'études. Que Dieu vous protège toujours.

-**A mon épouse : BITTY AMA FLORA CLAIRE Epouse KONAN KOFFI**

Que du chemin, que ce fut laborieux tout ce temps passé loin l'un de l'autre, merci pour ton soutien, tes prières ; ce travail est aussi le tien.

Remerciements

- **A nos Maîtres des différents services de cardiologie (Point G, Gabriel Touré, Kati, Luxembourg, Bouaké)**

Les stages pratiques que nous avons effectués dans vos différents services nous ont été d'un apport capital : sincères remerciements.

- Aux majors et leurs équipes :
Vous m'avez offert une famille où j'ai trouvé l'amitié et la solidarité. Retrouvez ici mes considérations les plus sincères.
- A nos aînés

- A mes promotionnaires

- A mes cadets

merci pour votre soutien, que DIEU continue de vous bénir.

- Au Docteur SY Babacar, merci cher maitre pour le soutien, les conseils, DIEU vous bénisse abondamment

- Au Docteur Brouh Yapo et toute l'équipe de la cardiologie de Mère Maria Elisa Andreoli, merci, merci et encore merci… DIEU vous bénisse !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur MENTA ICHAKA

- **Professeur titulaire de cardiologie à la FMOS** ;
- Spécialiste en pathologies cardiovasculaires au CHU Gabriel Touré ;
- Spécialiste en cardiologie du sport ;
- Chef de service de cardiologie au CHU Gabriel Touré ;
- Président de la SOMACAR ;
- Membre associé de la société française de cardiologie

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Recevez cher maître nos sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait pour rehausser le niveau de ce travail.

Qu'ALLAH, Tout Puissant vous accorde santé, longévité et tout le bonheur souhaité…

À notre Maître et membre du jury

Professeur Coumba Adiaratou THIAM

- Maître de conférences en cardiologie à la FMOS ;
- Spécialiste en insuffisance cardiaque ;
- Spécialiste en pathologie cardiovasculaire ;
- Praticien hospitalier au CHU Pr BOBACAR SIDY SALL de Kati ;
- Membre de la SOMACAR

Cher maître

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, font de vous un maître admirable.

Cher Maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

Qu'ALLAH, Tout Puissant vous accorde santé, longévité et tout le bonheur souhaité…

À notre Maître et co-directeur

Professeur Youssouf CAMARA

- Maitre de conférences agrégé en cardiologie à la FMOS ;
- Spécialiste en rythmo-stimulation ;
- Praticien hospitalier au CHU Pr BOCAR SIDY SALL de Kati ;
- Chef de service de cardiologie du CHU Pr BOCAR SIDY SALL de Kati ;
- Membre de la SOMACAR
- Membre du collège Ouest Africain des médecins

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de codiriger ce travail.

Votre disponibilité, votre expérience pratique et votre souci constant de rendre la médecine malienne plus compétitive forcent l'admiration de tous. Ces qualités sont pour nous des exemples que nous garderons tout au long de notre carrière.

Veuillez croire cher Maître en notre sincère reconnaissance.

Puisse le Tout Puissant nous accorder la grâce de profiter encore longtemps de vos conseils.

Qu'ALLAH, Tout Puissant vous accorde santé, longévité et tout le bonheur souhaité…

À notre Maître et directeur de mémoire

Professeur ADOUBI Kassi Anicet

- Professeur titulaire de cardiologie.
- Diplôme en stimulation cardiaque et défibrillation
- Titulaire du certificat de statistiques appliquées à la médecine
- Chef de service de cardiologie du CHU de Bouaké
- Membre de la Société Ivoirienne de Cardiologie
- Membre du groupe de travail sur l'insuffisance cardiaque de la société européenne de cardiologie
- Vice-Président de la Société Ivoirienne de Cardiologie

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et respect à votre endroit.

Vos encouragements et vos conseils ne nous n'ont jamais fait défaut.

Ce fut un grand honneur pour nous d'etre encadré par vous, tant pour vos qualités professionnelles incontestables que pour votre soutien..

Soyez assurée cher Maître de toute notre considération et de notre reconnaissance pour tout ce que vous avez fait.

Que l'Eternel DIEU vous accorde longue vie, bonheur et santé à vous et votre famille.

LES ABREVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

CMD : Cardiomyopathie dilatée

DIU : Diurétique

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement Hospitalier Pour ADulte

HAD : Hypertrophie auriculaire droite

HAG : Hypertrophie auriculaire gauche

HTA : Hypertension Artérielle

HTAS : Hypertension Artérielle Systolique

HVD : Hypertrophie ventriculaire droite

HVG : Hypertrophie ventriculaire gauche

IC : Insuffisance cardiaque

ICa : Inhibiteur calcique

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

NFS : Numération formule sanguine

MmHg : Millimètre de mercure

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PP : Pression Pulsée

Q : Débit cardiaque

SBP: Systolic Blood Pressure

SHEP: Systolic Hypertension in the Elderly Program

Syst-eur : Systolic hypertension in europe

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION …….….. 13

II. OBJECTIFS ……... 17

III. GENERALITE ……. 19

1. Définition de la pression artérielle …….. 20

2. La personne âgée …… 20

3. Pression artérielle et sujet âgé ……..… 21

4. Définition et classification de l'hypertension artérielle.. . 25

5. L'hypertension artérielle chez la personne âgée ……..… 27

6. Physiopathologie ……..… 28

7. Les classes thérapeutiques ……... 32

8. Quelques essais et recommandations ……..… 35

IV. METHODOLOGIE …….. 38

V. RESULTATS ……..… 43

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS ……...… 61

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS ……..… 65

VIII. REFERENCES ……...… 68

IX. ANNEXES ……..…. 74

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

L'hypertension artérielle(HTA) se définit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), comme une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mmHg. Elle constitue un véritable problème de santé publique mondial. C'est l'une des principales causes de mortalité précoce dans le monde, à l'origine de près de huit (8) millions de décès par an, et ce problème prend de l'ampleur.
La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, comme l'ont démontré les études de la Framingham Heart Study dès 1948 **[1].** Après l'âge de 80 ans, 60 % des femmes et plus de 74 % des hommes sont hypertendus.
Il n'est pas aisé de donner une définition équivoque qui pourrait etre satisfaisante en tout point de vue au terme du sujet âgé, car le rapport entre l'âge chronologique et les critères biologiques, socio-économiques varient énormément d'un pays à un autre. La société Européenne de cardiologie et la société française d'hypertension définissent le sujet âgé ou à partir du 3e âge, une personne dont l'âge est compris entre 65 – 75 ans **[2, 3]**.

Partout dans le monde, les gens vivent longtemps. D'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 65 et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015. Aujourd'hui, 125 millions de personnes sont âgées de 80 ans et plus. C'est dans les pays en développement que le nombre de sujets âgés de 65 ans et plus augmentera le plus rapidement, passant de 652 millions en 2017 à 1,7 milliards en 2050, tandis que dans les pays plus développés il passera de 310 millions à 427 millions. C'est en Afrique que le nombre de sujets âgés croit le plus rapidement, suivie de l'Amérique latine, des Caraïbes

et de l'Asie. Selon les projections, en 2050, près de 80% de la population mondiale âgée se trouvera dans des pays moins développés **[3,4]**.

L'hypertension artérielle (HTA), principale pathologie du sujet âgé, concerne près de la moitié des personnes de plus de 65 ans (30 à 40% des hommes et 50% des femmes) ; elle est impliqué dans la survenue des accidents vasculaires cérébraux (AVC), de cardiopathies ischémiques, d'insuffisances cardiaques et de démences, notamment chez les personnes âgées (plus de 65 ans) et très âgées (plus de 80 ans) **[1, 3,7]**.

Cette augmentation de la pression artérielle avec l'âge porte principalement sur la pression artérielle systolique (PAS), en revanche, la pression artérielle diastolique (PAD) semble se stabiliser vers l'âge de 60 à 65 ans ; et donc une augmentation de la différence systolo-diastolique, aussi appelée pression pulsée (PP). L'augmentation de la rigidité accrue de l'aorte et de ses branches principales entraîne aussi une perte du gradient entre la pression centrale et la pression périphérique, la pression centrale augmentant de manière très prononcée.

En effet, chez le sujet jeune, les valeurs de PAS et de PP enregistrées classiquement sur une artère périphérique avec un sphygmomanomètre reflètent mal la pression centrale. Plusieurs études ont montré que chez un sujet de 35 ans apparemment en bonne santé les valeurs de la PAS et de la PP centrale étaient d'environ la moitié de celles enregistrées en périphérie. D'autre part, chez beaucoup d'individus jeunes, l'augmentation de la PAS est le résultat d'une circulation hyperdynamique et ne reflète que rarement une rigidité accrue. La PAS et la PP ne peuvent donc pas bien refléter le risque cardiovasculaire

chez le sujet jeune. Par contre avec le vieillissement, la rigidité croissante des gros troncs artériels cause une accélération de l'onde de pression rétrograde, entraînant une augmentation de la PAS, une diminution de la PAD et une égalisation des pressions périphérique et centrale. La PAS et la PP périphériques reflètent donc de façon beaucoup plus fiable la rigidité artérielle et le risque cardiovasculaire **[3,6, 9]**.

Le risque cardiovasculaire double pour chaque augmentation de PAS/PAD de 20/10 mmHg, d'où la nécessité d'un suivi régulier et d'un traitement efficace **[2, 3,4]**.

En France, seulement 30% des patients hypertendus de plus de 65 ans ont une pression artérielle bien contrôlée **[3,5]**.

En Côte d'Ivoire, des 31% de décès liés aux maladies non transmissibles, 11% sont liés aux maladies cardiovasculaires, avec comme facteurs de risques principaux, l'HTA et le diabète **[7]**.

Cette étude a donc pour but d'évaluer la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 65 ans et plus, suivies dans le service de cardiologie du CHU de Bouaké.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1/ Objectif général :

Revisiter l'hypertension artérielle systolique du sujet âgé au regard de l'évolution des pratiques de prise en charge de l'HTA

2.2/ Objectifs spécifiques :

1. Décrire les particularités de l'HTA systolique dans une population de sujets âgés hypertendus
2. Préciser les aspects cliniques
3. Analyser la prise en charge

GENERALITES

3. GENERALITES

3.1/ Définitions

Un sujet adulte est dit hypertendu si sa pression artérielle est ≥ 140/90 mmHg quel que soit son âge à trois reprises sur deux consultations différentes**. [9]**

L'OMS définit le sujet âgé comme celui qui a au moins 65 ans.

L'HTA systolique isolé est définie pour une PAS ≥ 140 mmHg et une PAD < 90 mmHg. **[2,3]**

3.2/ Intérêt

- **Prévalence**

La prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge.

Elle est d'environ 55 % dans les populations âgées de 65 à 74 ans et passe à 60 % chez les hommes et à 75 % chez les femmes de plus de 80 ans.

En outre, 75 % de ces hypertensions sont de type systolique isolé.

- **Gravité**

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire, fréquent et majeur.

Lorsque l'HTA n'est pas diagnostiquée ou traitée tôt chez le sujet âgé, les complications peuvent survenir et les plus fréquentes sont les AVC, les artériopathies et l'insuffisance cardiaque, notamment chez les personnes âgés (plus de 60 ans) et très âgées (plus de 80 ans).

- **Clinique**

L'HTA peut être systolique, diastolique ou systolo-diastolique.

L'HTA du sujet âgé est surtout vasculaire, habituellement de type systolique.

Chez le sujet âgé l'élévation de la PAS prédomine sur celle de la PAD avec une augmentation de la pression pulsée (PAS - PAD) > 70 mmHg.

- **Traitement**

Le traitement de l'HTA chez le sujet âgé diminue le risque de survenue de complications cardiovasculaires.

3.3/ Physiopathologie [4, 7, 10]

L'HTAS constitue un problème relativement spécifique des sujets âgés. Le vieillissement s'accompagne notamment d'une augmentation des résistances périphériques, d'une diminution de la compliance et d'une majoration de la rigidité artérielle.

Ce remodelage vasculaire s'explique par d'importantes modifications tissulaires **:**

- Epaississement des parois artérielles
- Fragilisation et fragmentation de l'élastine, d'où rupture des fibres élastiques de la media des artères élastiques
- remplacement des fibres élastiques par des fibres de collagène, plus rigides
- dépôt de sels de calcium et majoration des lésions d'athérome.

Les artères perdent alors leur capacité à moduler l'onde de pression pulsatile provenant du cœur, ce qui aboutit à une augmentation de la pression artérielle. Cette augmentation de la rigidité artérielle s'accompagne d'une augmentation de la pression centrale, d'où une perte de gradient de pression entre la pression centrale et la pression périphérique avec égalisation de ces deux pressions.

Ainsi, chez les sujets âgés de plus de 65 ans, l'augmentation de la tension artérielle systolique qui est le reflet de la rigidité artérielle est directement corrélée au risque cardiovasculaire et notamment à la survenue d'accidents vasculaires cérébraux et de coronaropathie.

A l'inverse, chez les sujets âgés de 95 ans, l'évolution peut être marquée par une baisse de la tension artérielle notamment systolique, ce qui

traduit un état général précaire et défaillant, avec un risque de décès proche.

L'âge s'associe à une augmentation des résistances périphériques (d'où une augmentation de la pression artérielle systolique) mais aussi à une augmentation de la rigidité artérielle des gros troncs artériels (d'où une diminution de la pression artérielle diastolique).

De ce fait, le vieillissement n'a pas de conséquence évidente sur la pression artérielle diastolique, qui demeure le plus souvent normale voire basse après 50 ans.

La diminution de la pression diastolique provoque entre autre une diminution de la perfusion coronaire et qui par conséquent favorise l'ischémie myocardique **[11]**.

Chez les sujets âgés, l'augmentation de pression systolique et la diminution de la pression diastolique entrainent une augmentation de la pression pulsée.

L'augmentation de la pression systolique et de la pression pulsée est un marqueur de l'altération du système artériel, du risque cardiovasculaire et d'une diminution de l'espérance de vie chez les sujets de plus de 65 ans.

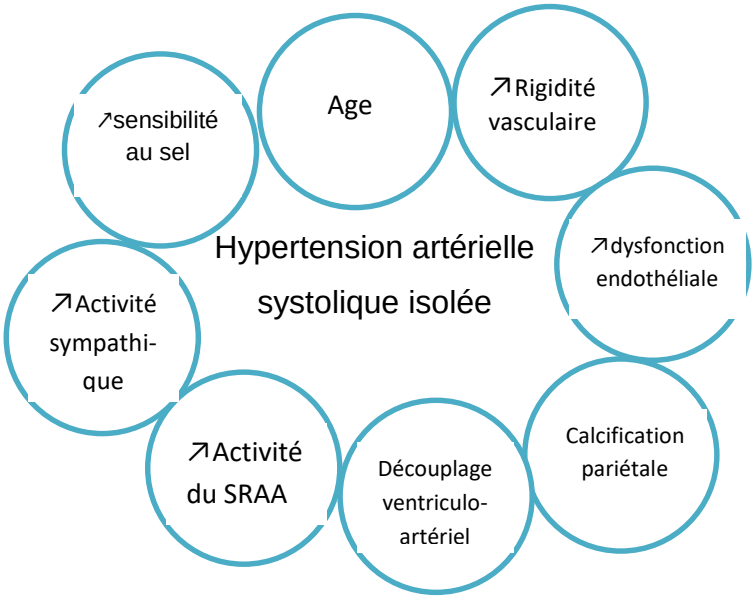


Figure 1 : <u>Les déterminants de l'HTA systolique isolée</u>

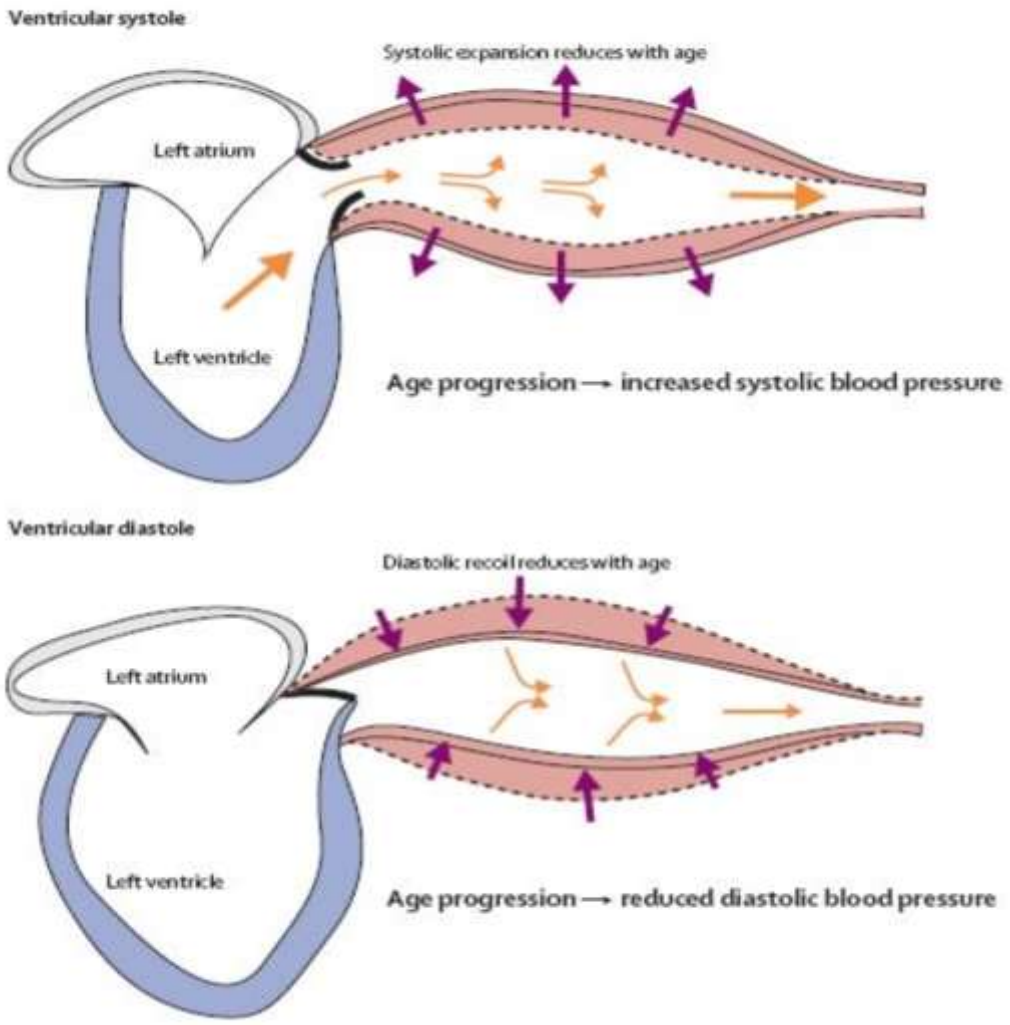


Figure 2 : <u>Physiopathologie de l'HTA systolique</u>

3.4/ Classification

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'HTA est classée en plusieurs grades selon les chiffres tensionnelles.

GRADES	PAS (mmHg) PAD (mmHg)
Optimale	< 120 et < 80
Normale	120-129 et/ou 80-84
Normale haute	130-139 et/ou 85-89
Grade 1	140-159 et/ou 90-99
Grade 2	160-179 et/ou 100-109
Grade 3	≥ 180 et/ou ≥ 110
HTA systolique isolée	>140 et < 90

Tableau 1 : Classification de l'HTA

3.5/ SIGNES [7, 12]

3.5/1/ Les signes d'orientation de l'HTA chez le sujet âgé

Dans la plupart des HTA, les symptômes sont absents ou non spécifiques (céphalées, sensations de mouches volantes, vertiges). La dyspnée d'effort, en général trop peu marquée pour attirer l'attention, peut être la traduction d'une hypertrophie ventriculaire gauche avec un certain degré d'insuffisance « diastolique ». Dans les HTA très sévères, les céphalées peuvent être atroces, accompagnées de soif et d'amaigrissement.

3.5/2/ La mesure de pression artérielle

Compte tenu de la variabilité de la PA, il importe de multiplier les mesures avant tout diagnostic d'HTA.

- La mesure clinique de la PA

Le plus souvent, l'HTA est reconnue par la mesure tensionnelle systématique en consultation. Elle se fait par méthode auscultatoire, grâce à un sphygmomanomètre, le patient étant depuis plusieurs minutes (10-15mn) en position assise ou couchée, au calme. Le brassard doit être assez large pour entourer au moins les deux tiers du bras, et la poche pneumatique bien centrée sur l'artère humérale. Le brassard est gonflé jusqu'à une valeur supérieure à la pression artérielle systolique présumée, puis dégonflé progressivement pour déterminer la pression artérielle systolique (apparition des sons) et la pression artérielle diastolique (disparition totale des sons). Elle doit être prise aux 2 bras.

Chez certains sujets âgés, dont les artères sont très calcifiées, la pression artérielle est impossible à mesurer de façon fiable avec un brassard. En cas de fibrillation auriculaire, la mesure est moins précise car l'arythmie entraîne des fluctuations de la pression artérielle systolique et elle peut diminuer l'efficacité hémodynamique du cœur. La mesure est systématiquement répétée. Elle est vérifiée aux deux bras et complétée par une mesure en position debout à la recherche d'une hypotension orthostatique.

- La mesure ambulatoire et l'auto-mesure de la PA

La mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) consiste à mesurer la pression artérielle du patient au moins toutes les 30 minutes (ou mieux tous les quarts d'heure) pendant 24 heures dans son environnement habituel, grâce à un moniteur validé, avec là encore, un brassard adapté. Pour une meilleure interprétation des chiffres recueillis, on demande au patient de tenir un agenda de ses activités.

L'auto-mesure tensionnelle à domicile consiste à demander au patient de mesurer lui-même sa pression artérielle avec un appareil validé. Une éducation doit lui être donnée au préalable. On recommande de réaliser 3 mesures matin et soir pendant 5 à 7 jours, dont on calcule la moyenne, et d'imprimer les résultats. Les mesures multiples et intempestives doivent être déconseillées.

Avec ces méthodes de mesure, la limite supérieure de la normale (moyenne des mesures) est fixée à 135/85mmHg.

La pression artérielle est variable et influencée par l'environnement du patient, ce qui a conduit à développer ces techniques qui donnent des chiffres de pression artérielle généralement plus bas que les mesures en consultation. Elles permettent de dépister l'HTA de consultation, dite encore HTA de la blouse blanche. Dans ce cas, la pression artérielle est habituellement élevée en consultation et habituellement normale en ambulatoire ou à domicile.

La mauvaise concordance entre les chiffres de la PA de consultation et les mesures de la PA réalisées par MAPA ou par auto-mesure caractérise l'HTA du sujet âgé.

Son analyse reposera sur les chiffres de PAS et PAD moyennes sur les 24 heures, et sur les périodes de jour et de nuit ainsi que sur la cinétique des chiffres tensionnels sur le nycthémère.

Les valeurs de référence de la MAPA sont 135/85 mm Hg pour les périodes d'activité et 120/70 mm Hg pendant le repos nocturne.

L'HTA du sujet âgé est caractérisée essentiellement par une élévation de la PA systolique :

*HTA systolique isolée : PAS ≥ 140 et PAD < 90 mmHg,

*HTA à prédominance systolique.

Une élévation importante de la PA diastolique chez un sujet âgé doit faire craindre une HTA secondaire.

- Causes d'erreur de la mesure de pression artérielle

Chez la personne âgée, les calcifications de la paroi artérielle (médiacalcose) rendent l'artère incompressible.
L'obésité importante du bras entraîne une surestimation tensionnelle, qu'on peut éviter en prenant la pression artérielle à l'avant-bras.
La pression artérielle peut être sous-estimée en cas de déshydratation ou d'anémie, ou en cas d'insuffisance ventriculaire gauche sévère.
Très souvent, la pression artérielle est surestimée, soit à l'occasion d'événements anormaux (épistaxis, accident vasculaire cérébral, crise d'angor, œdème aigu du poumon) soit à cause de l'effet blouse blanche.
Ce phénomène s'observe plus souvent chez les sujets âgés émotifs et prédisposés à l'angoisse.

Il faut donc s'assurer qu'il existe une HTA permanente avant de la traiter et ne jamais tenir compte de chiffres occasionnellement élevés.
En cas d'insuffisance aortique, il y a une élévation de la pression artérielle systolique et une baisse de la pression artérielle diastolique.
En revanche, si la PAS est régulièrement supérieure à 175 mm Hg et la PAD à 80 mm Hg, on admet en général le diagnostic d'HTA en présence d'une d'insuffisance aortique.
Les dernières recommandations de la Société Européennes de Cardiologie (ESC 2024) proposent une nouvelle classification, correspondant à la PA de consultation et elles fournissent les équivalences en pression artérielle ambulatoire **[13]**.

	PA non élevée	Elévation de la PA	HTA
Mesure de consultation	PA < 120/70 mmHg	PAS : 120 – 139 mmHg PAD : 70 – 89 mmHg	PA ≥ 140/90 mmHg
Mesure à domicile	PA < 120/70 mmHg	PAS : 120 – 134 mmHg PAD : 70 – 84 mmHg	PA ≥ 135/85 mmHg
MAPA de 24h	PA < 115/65 mmHg	PAS : 115 – 129 mmHg PAD : 65 – 79 mmHg	PA ≥ 130/80 mmHg
MAPA diurne	PA < 120/70 mmHg	PAS : 120 – 134 mmHg PAD : 70 – 84 mmHg	PA ≥ 135/85 mmHg
MAPA nocturne	PA < 110/60 mmHg	PAS : 110 – 119 mmHg PAD : 60 – 69 mmHg	PA ≥ 120/70 mmHg

Tableau 2 : Classification de l'élévation de la pression artérielle (PA) et de l'hypertension artérielle (HTA)

3.6/ Les complications [11, 12]

Faute d'un dépistage suffisamment précoce, d'un suivi, d'une observance thérapeutique convenable, voire d'une reconnaissance de la maladie hypertensive, des complications cardiovasculaires vont intervenir.

Il s'agit soit de complications directes de l'HTA, soit par l'intermédiaire d'une accélération de l'athérosclérose.

- « Complications dites spécifiques »

• **La cardiomyopathie hypertrophique** d'origine hypertensive caractérisée par une hypertrophie des parois myocardiques, l'altération de la fonction de remplissage VG (fonction diastolique), et par une dilatation auriculaire constitue un facteur de risque indépendant de morbidité et de mortalité cardiovasculaire chez l'hypertendu, et s'avère arythmogène.

• **La lacune** est la complication cérébrale caractéristique de l'HTA, avec un aspect de micro-infarctus sur la tomodensitométrie.

• **Au niveau du rein,** on parle de néphro-angiosclérose. Il s'agit de la néphropathie induite par l'HTA, avec glomérulosclérose dont l'hypertension intra glomérulaire paraît être un déterminant essentiel.

Ces lésions peuvent conduire à l'insuffisance rénale terminale mais l'abaissement de la PA diastolique est en mesure de ralentir la vitesse de détérioration de la fonction rénale.

- Complications liées à l'athérosclérose

• **l'insuffisance coronaire :** La cardiomyopathie hypertrophique peut expliquer à elle seule, par augmentation des besoins en oxygène du myocarde, une symptomatologie angineuse, mais il faut faire la part d'une insuffisance coronaire autonome.

• **Les AVC constitués**, d'origine ischémique plus souvent qu'hémorragique, ou transitoire conduisent à la recherche d'un athérome

carotidien ou vertébral, voire d'une possible origine embolique à point de départ cardiaque.

• A**rtériopathie des membres inférieurs.**

- HTA maligne

L'HTA maligne se définit comme étant une PAD supérieure à 120mmHg avec au fond d'œil un stade 3 selon la classification de KIRKENDAL. Elle s'observe plus volontiers en milieu néphrologique, ou chez des hypertendus négligés.

Il s'agit de patients présentant un fond d'œil au stade IV avec une PA diastolique généralement > 120 mmHg (critère non exclusif) dans un contexte d'encéphalopathie hypertensive, d'insuffisance ventriculaire gauche sévère, d'insuffisance rénale progressive avec protéinurie et éventuellement anémie hémolytique.

Il existe chez ces patients une ischémie rénale majeure, et un hyperréninisme qui n'exclura pas secondairement la recherche d'une cause.

3.7/ DIAGNOSTIC

3.7/1/ Diagnostic positif

Le diagnostic repose sur la mesure répétée de la PA lors d'un examen systématique ou d'une consultation pour des manifestations neurosensorielles, ou à l'occasion d'une complication. De façon fortuite ou devant des symptômes caractéristiques de l'HTA, la PA sera mesurée.

Les conditions de mesures doivent être respectées et le diagnostic sera retenu si la PA est ≥ 140/90 mmHg.

3.7/2/ Diagnostic étiologique

Il faut distinguer 2 étapes dans l'enquête étiologique :

- la première, systématique, est avant tout clinique et ne comporte que quelques éléments para cliniques essentiels ;
- la seconde, plus lourde, n'est mise en œuvre que si la première a révélé un élément d'orientation vers une cause possible.

- **Interrogatoire**

L'interrogatoire recherche la présence de facteurs exogènes ou endogènes favorisant la survenue ou l'aggravation d'une HTA : consommation de réglisse et produits apparentés, consommation excessive d'alcool, alimentation riche en sel (ingesta à évaluer par la natriurèse des 24 h [1 g de NaCl = 17 mmol de sodium]) ou au contraire pauvre en potassium et magnésium, surpoids, syndrome dépressif, sédentarité, antécédents familiaux d'HTA, certains médicaments (anorexigènes, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la mono-amine-oxydase [IMAO], corticoïdes, AINS, β2-mimétiques, ciclosporine, érythropoïétine, certains collyres et décongestionnants nasaux [phénylpropanolamine]), prise de toxiques (cocaïne, amphétamines…). Il précise d'éventuels antécédents uronéphrologiques : douleurs lombaires (à irradiation descendante, de coliques néphrétiques, ou ascendante, per mictionnelles évoquant un reflux), pollakiurie, dysurie, brûlures mictionnelles, infections urinaires récidivantes ou non, bactériologiquement authentifiées, notion ancienne d'une protéinurie ou d'une hématurie, antécédents tuberculeux ou streptococcique, notion d'un traitement par des médicaments néphrotoxiques, antécédents de traumatisme lombaire, d'intervention lombo-abdominale, antécédents goutteux.

On recherche enfin des manifestations fonctionnelles de la série médullosurrénale : HTA paroxystique, céphalées, sueurs, palpitations…

- **Examen clinique**

Il doit être le plus complet possible incluant la mesure de toutes les constantes.

- **Paraclinique**

Le bilan paraclinique minimal à réaliser lors du bilan initial d'un hypertendu se compose des examens suivants :

• à titre systématique : glycémie à jeun, cholestérol total, HDL-cholestérol et triglycérides à jeûn, créatinine plasmatique, kaliémie sans garrot, uricémie, NFS, bandelette urinaire, l'ECG ;

• éventuellement : protéine C-réactive ; écho-doppler cardiaque et vasculaire périphérique ; recherche de micro-albuminurie (systématique chez le diabétique) ; protéinurie (si la bandelette urinaire est positive) ; uricémie, fond d'œil en cas d'HTA sévère.

Ces examens complémentaires de base permettront:

- D'apprécier le retentissement de la maladie hypertensive,
- De détecter d'autres facteurs de risque,
- De rechercher des arguments en faveur d'une origine donnée.

3.8/ TRAITEMENT [3, 14, 15, 16]

Le choix du traitement médicamenteux doit être adapté à la situation clinique de chaque patient en tenant compte des pathologies associées et des polymédications particulièrement fréquentes chez le sujet âgé. Tous les médicaments des familles suivantes peuvent être utilisés :

diurétiques thiazidiques, antagonistes calciques, IEC, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII), β-bloquants.
Les diurétiques de l'anse ne sont pas recommandés dans le traitement de l'HTA du sujet âgé, en dehors de la présence d'une insuffisance cardiaque ou d'une insuffisance rénale très sévère.
Les recommandations internationales, européennes ou françaises indiquent **« *qu'en l'absence d'indications particulières, les classes thérapeutiques recommandées en première intention chez le sujet âgé sont les diurétiques thiazidiques ou les inhibiteurs calciques de type dihydropyridine de longue durée d'action (grade I)* ».**
L'adaptation thérapeutique peut se faire selon la stratégie dite des « paniers thérapeutiques » basée sur le principe que pour un même sujet, l'action anti-hypertensive est comparable entre les médicaments d'un même « panier thérapeutique ».
- Le premier panier comporte les β-bloquants, les IEC et les ARA II;
- Le second, les diurétiques thiazidiques et les antagonistes calciques.
Chez le patient âgé, il est recommandé de commencer par un médicament du panier 2 (diurétique thiazidique ou inhibiteur calcique) pour lequel il existe un plus grand nombre de données de morbi-mortalité après 60 ans et qui apparaît plus efficace sur la baisse de la PAS à cet âge.
En cas d'échec de la monothérapie, on passera à une bithérapie en ajoutant au médicament initial, un médicament de l'autre panier (panier 1).
L'association de deux médicaments du panier 2 (c'est-à-dire la combinaison diurétique + inhibiteur calcique) est aussi possible : peu efficace chez les adultes jeunes, elle est intéressante car elle met en présence les 2 classes les plus efficaces chez les personnes âgées.
En général, la bithérapie permet de contrôler près de 70 % des patients.

Enfin, en cas de résistance à une bithérapie, on envisage une trithérapie qui comprend en règle: 1 médicament du panier 1 associé aux 2 médicaments du panier 2.
D'une façon générale, en dehors des indications spécifiques (insuffisance coronaire et insuffisance cardiaque), les β-bloquants seront moins prescrits chez le sujet âgé que chez l'hypertendu de moins de 65 ans du fait de leur moindre efficacité sur le contrôle de la PAS.

→ **Objectif thérapeutique [3, 12, 24]**

La Société française de l'HTA et la Société européenne de l'HTA et de cardiologie, mais aussi les données de plusieurs études récentes préconisent de faire la différence entre le patient fragile et le patient robuste. Chez les robustes hypertendus, comme chez les plus jeunes, la cible tensionnelle est inférieure à 140/90 mmHg.
Pour les patients fragiles, l'objectif est d'avoir une PAS entre 140 et 150 mmHg. Pour simplifier le message, il faut oublier la PAD et ne parler que de PAS chez le sujet âgé fragile.

- **Patients âgés fragiles**

Pour les patients très fragiles, la PAS doit être autour de 150 mmHg.
La Société européenne de cardiologie définit les patients fragiles comme les patients hospitalisés en gériatrie, vivant en Ehpad, souffrant d'hypotension orthostatique
ou ceux qui ont une espérance de vie réduite. Les recommandations françaises vont dans le même sens. Ainsi, on donne comme objectif une PAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique, et de ne pas dépasser trois antihypertenseurs pour éviter des effets de iatrogénie.

- **Patients âgés non fragiles**

Pour les patients âgés non fragiles, deux études randomisées **[17, 18]** sont en faveur d'un objectif plus strict de PAS < 140 mmHg.
L'atteinte de l'objectif thérapeutique doit être particulièrement progressive, notamment chez les individus fragiles.
Une règle à respecter chez l'hypertendu âgé est de ne pas dépasser la prescription de plus de 3 antihypertenseurs (dont un diurétique thiazidique) et de se contenter de la baisse tensionnelle obtenue avec ces thérapeutiques.
NB : Faut-il oui ou non prescrire un traitement antihypertenseur chez les sujets ≥ 80 ans ;
L'étude HYVET (2008) **[20]**.
L'objectif de l'étude était de chercher à démontrer le bénéfice du traitement antihypertenseur chez 3845 sujets de 80 ans et plus, ayant une hypertension artérielle systolique avec à l'inclusion PAS> ou=160 mmHg (PAS moyenne = 173 mmHg). L'objectif tensionnel restait raisonnable à cet âge avec une PAS/PAD <150/80 mmHg ;
Cette population, bien que très âgée (83,5 ans en moyenne) restait en très bonne santé : seulement 12 % d'antécédents cardiovasculaires, 7 % de diabétiques. Deux tiers des patients recevaient des traitements antihypertenseurs. Les traitements ont été arrêtés pendant 2 mois avant de débuter l'étude. Les patients ont été randomisés entre placebo ou traitement actif, un diurétique, de l'indapamide (1,5 mg), avec si nécessité (74 % des patients au final) possibilité d'ajouter, un IEC, du périndopril (2 ou 4 mg). L'étude a été arrêtée prématurément après 2 ans de suivi en raison d'une réduction significative de la mortalité dans le groupe traitement.

Dans le groupe traité, la PA était en moyenne de 144/78 mmHg, versus 161/84 mmHg dans le groupe placebo. Soit une différence de 17/6mmHg entre les deux groupes.
Le groupe traité était associé à une diminution nette des évènements cardiovasculaires de34%, d'une réduction de 30% des AVC dans leur ensemble, de 39% des AVC mortels et de 64% des insuffisances cardiaques. Mais le résultat majeur est la mise en évidence d'une réduction significative de la mortalité totale de 21 % dans le groupe traitement. Les résultats indiquent qu'il suffit de traiter 40 sujets hypertendus de 80 ans ou plus pendant 2 ans pour prévenir un décès.
Cette étude permet de conclure que même pour les catégories les plus âgées de la population, le traitement antihypertenseur ne prévient pas seulement la morbidité cardiovasculaire mais aussi prolonge la vie.
Les études menées chez les patients de plus de 80 ans hypertendus-notamment HYVET en 2008 -ont indiqué qu'instituer un traitement chez ces patients permettait de réduire la morbidité voire la mortalité cardiovasculaire, en diminuant notamment la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, de poussée d'insuffisance cardiaque, de cardiopathie ischémique et même de démence. Les bénéfices du traitement étant indéniables, la mise en route du traitement antihypertenseur chez les patients âgés hypertendus n'est donc plus à remettre en cause.

3.8/4/ Indications

- HTA systolique non compliquée : Les diurétiques thiazidiques, les inhibiteurs calciques de demi-vie longue.
- HTA systolique associée à d'autres pathologies :
* Insuffisance cardiaque : diurétiques thiazidiques, ARAII ; parfois furosémide, glifozine

* Infarctus du myocarde : ß bloquants, IEC surtout si dysfonction systolique.
- HTA+ Diabète+ Protéinurie : IEC ou ARAII associés à un thiazidique.
- AVC : Diurétique thiazidique + IEC.
- Angor : ß bloquants ou inhibiteur calcique.

3/8/5/ Surveillance

Tout au long du suivi, la recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique. Une attention toute particulière doit être prêtée au risque rénal, notamment en cas de prescription de médicaments à potentiel néphrotoxique et de polymédication.

La surveillance de l'ionogramme, de la créatinine sanguine et de sa clairance est particulièrement importante, notamment en cas de prescription de diurétiques ou de bloqueurs du système rénine angiotensine. Elle se fait au minimum tous les 6 mois et lors de chaque événement aigu.

Les règles de prescriptions spécifiques aux sujets âgés doivent toujours être respectées. Les traitements associés sont à prendre en compte, quels que soient leur mode d'administration ou leur indication (par exemple, prises associées de collyre β-bloquant prescrit par l'ophtalmologue, d'α-bloquant prescrit par l'urologue ou d'AINS prescrits par le rhumatologue).

Enfin, la recherche du retentissement de l'HTA sur les organes cibles (cœur, cerveau, rein) doit comprendre chez le patient âgé la détection de troubles cognitifs plus fréquents que dans la population âgée non hypertendue.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1/ Cadre et lieu d'étude

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 322462 km^2 pour une population de 29 389 150 habitants, dont 75,6% de jeunes de moins de 35 ans **[19, 20]**. La ville de Bouaké, située à 350 km d'Abidjan, la capitale économique du pays, est le chef-lieu de la région du Gkêkê. La population de Bouaké est estimée à 832 371 habitants. C'est la deuxième ville la plus peuplée de la Côte d'Ivoire et la troisième commune après Abobo et Yopougon **[21]**. La ville possède un Centre Hospitalier Universitaire, un Etablissement Public National (EPN) à caractère industriel et commercial. Bâti sur une superficie de 23 hectares, il a été créé en 1964. D'abord Hôpital Central, puis Hôpital Départemental, et enfin Centre Hospitalier Régional (CHR), il est devenu un CHU le 14 Décembre 1994, dans le cadre de la décentralisation des hautes expertises médicales et pour accompagner la nouvelle Université de Bouaké. Son fonctionnement a été adapté aux évolutions, notamment par le décret 98-383 du 30 Juin 1998 **[22]**. Le CHU de Bouaké a une triple vocation : soins, enseignement et recherche dans le domaine de la santé. Il est situé au cœur de la ville de Bouaké, dans le quartier Odienékorani, en face de la préfecture et du Lycée Classique 1 de Bouaké, sur la voie principale menant à l'aéroport. Le CHU dispose de plusieurs services médicaux, chirurgicaux et médico-biologiques, dont le Service des Maladies Cardiovasculaires et Thoraciques. Ce service possède 6 lits, réalise 309 hospitalisations annuelles avec une durée moyenne de séjours de cinq (5) jours, et effectue 5 598 consultations en moyenne par an.

Le personnel soignant est composé de 15 médecins, 12 à vocation médicale et 3 chirurgiens cardio-thoraciques. Les 12 médecins cardio-

vasculaires comprennent 1 professeur titulaire, 3 maitres de conférences agrégés, 1 maitre-assistant, 4 assistants chefs de clinique, 1 assistant hospitalier, 1 médecin cardiologue et un D.E.S.
L'équipe paramédicale est composée de 2 infirmiers spécialisés, 4 infirmiers diplômés d'état, 4 aides-soignants et de 3 assistants d'hygiène.
L'unité de consultation du service a servi de cadre d'étude.

4.2/ Période et type d'étude:
Il s'agissait d'une étude cohorte cas-témoin allant de Juillet 2024 à Décembre 2024, soit une durée de 6 mois.

4.3/ Population d'étude :
Patients suivis dans le Service de cardiologie du CHU de Bouaké de Janvier 2022 à Décembre 2024 et âgés de 65 ans et plus.

- **Critères d'inclusion** :

Cas. Patients âgés de 65 ans et plus chez lesquels la pression artérielle systolique était ≥ 140 et la pression artérielle diastolique < 90 mmHg à deux reprises
Témoins Patients âgés de 65 ans et plus chez lesquels la pression artérielle était ≥ 140 et la pression artérielle diastolique ≥90 mmHg à deux reprises

Tous les patients devaient avoir effectué le bilan initial et de surveillance exigés pour l'étude (ECG, NFS, glycémie, créatinémie, échocardiographie).

- **Critères de non inclusion** :

N'ont pas été inclus dans notre étude

- Suivis de moins de 24 mois ou perdus de vue transitoire pendant la période d'étude
- HTA secondaire
- Données insuffisantes

➢ **Critères de définition**

On parle d'hypertension artérielle grade 1 si : PAS : 140-159 mmHg et/ou PAD : 90-99 mmHg ; grade 2 : PAS : 160-179mmHg et/ou PAD : 100-109mmHg ; Grade 3 : PAS ≥ 180mmHg et/ou PAD ≥110 mmHg ; HTA systolique isolé : PAS ≥ 140mmHg et PAD < 90 mmHg.

4.4/ Recueil et analyse des données

Nous avons examiné tous les dossiers des patients âgés de plus de 65 ans suivis dans le service de cardiologie.

Les données de l'interrogatoire, de l'examen physique, des examens complémentaires ont été mentionnées sur une fiche d'enquête préétablie.

Le traitement des données s'est fait sur le logiciel Word et la saisie sur le logiciel Epi-info 3.5.1. L'analyse sur le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Science) et la comparaison des variables a été faite à l'aide du test chi 2.

4-5 Aspects éthiques

Le présent travail est une étude rétrospective, les données ont été recueillies sur les dossiers du service de cardiologie du CHU de Bouaké.

Les principes de l'anonymat et de la confidentialité par rapport aux informations sur les patients ont été respectés.

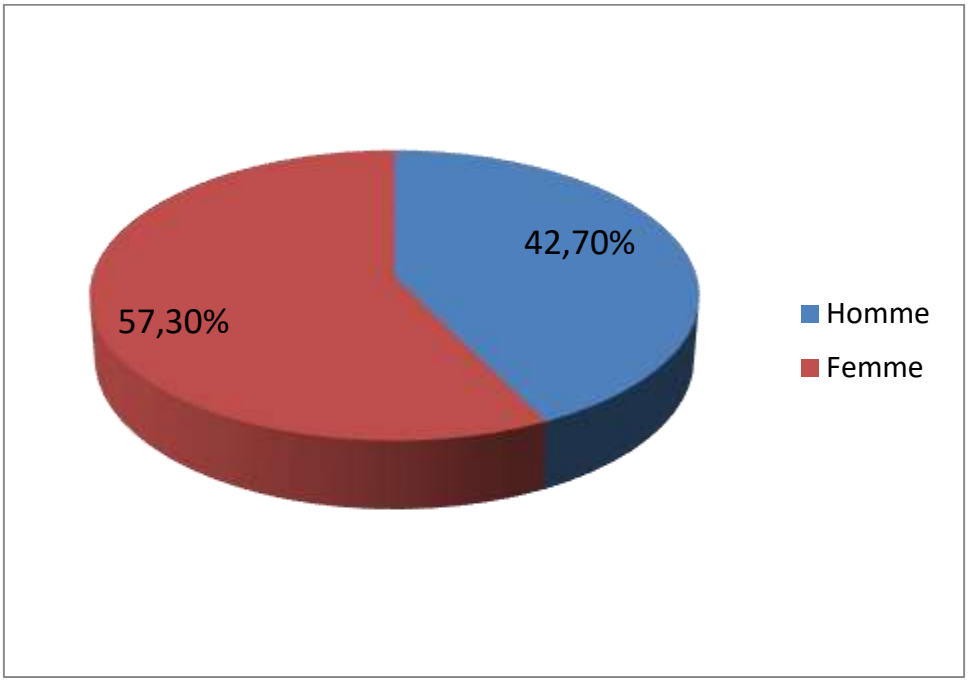
Les fiches d'enquête remplies n'ont fait l'objet d'aucune divulgation.

Le calcul du risque cardiovasculaire (RCV) global a été effectué avec le score de Framingham proposé par la Société Canadienne de Cardiologie.

RESULTATS

5. RESULTATS :

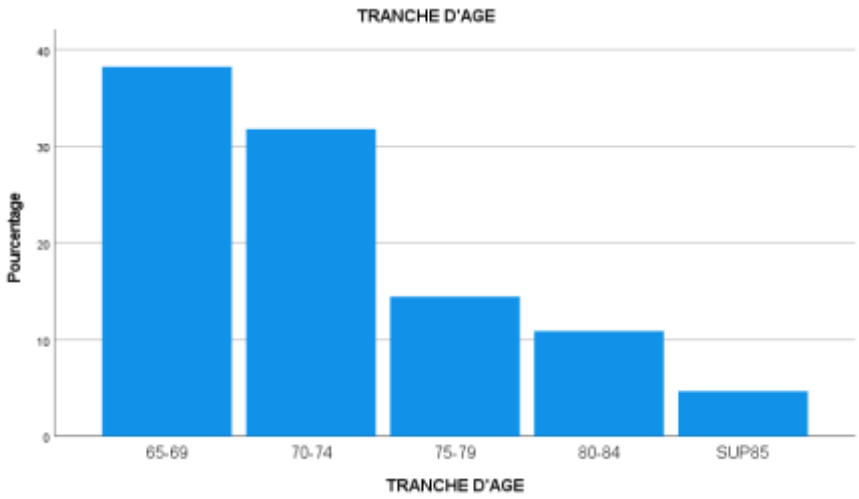
I. Caractéristiques sociodémographiques :



Graphique I : Répartition des patients selon le sexe

Dans 57,3% des cas les patients étaient de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,34.

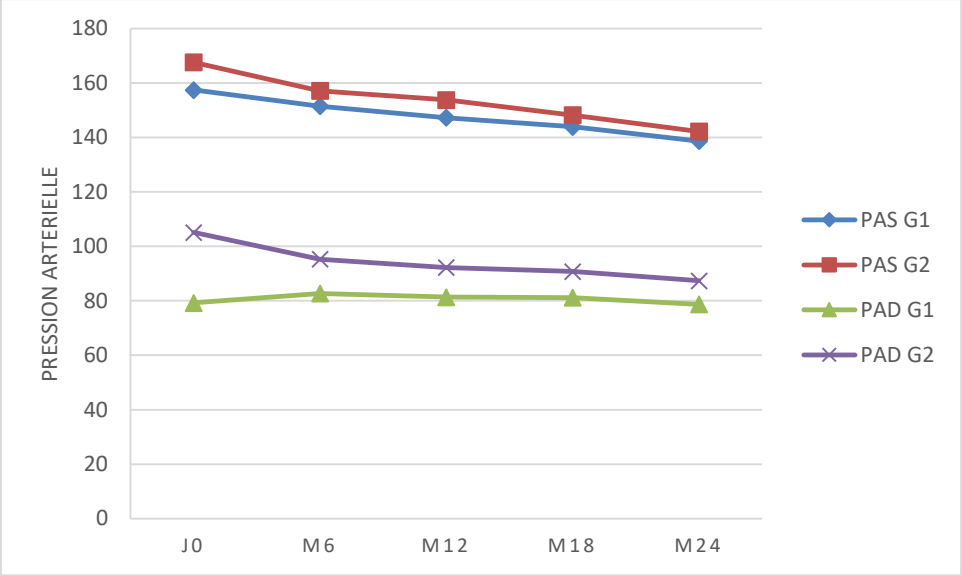
Tranche d'âge



Graphique II : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Les patients dont l'âge était compris entre 65 – 69 ans étaient majoritaires

II. Caractéristiques cliniques :



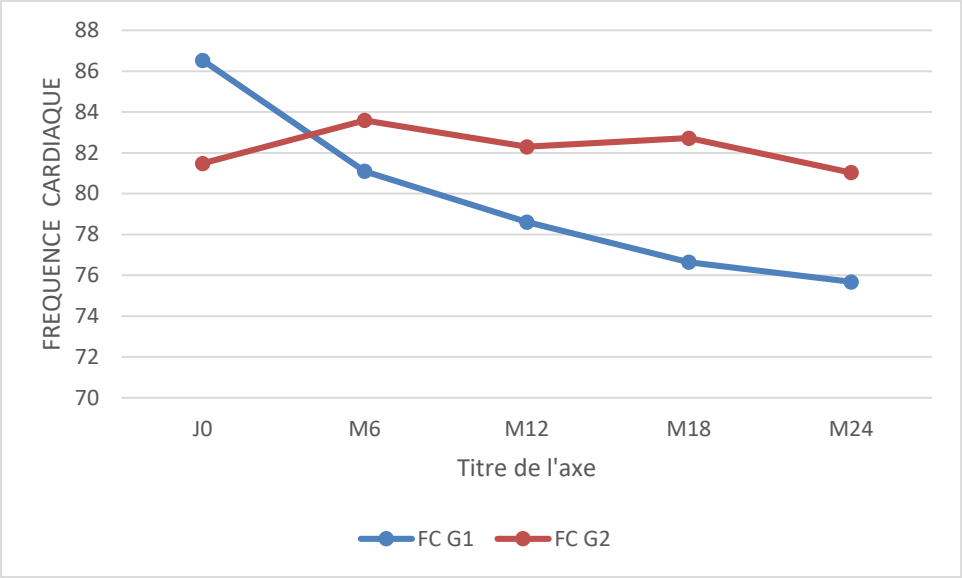
Graphique III: Evolution de la pression artérielle (PA)

Répartition de la PA sur la période d'étude

A l'admission La pression artérielle systolique moyenne était significativement plus élevée dans le groupe sans HTA systolique de même que la pression artérielle diastolique ($p<0,05$)

Quoique la pression artérielle systolique ait progressivement baissé dans les 2 groupes, celle du groupe HTA systolique était restée toujours significativement la plus basse.

Par contre, la pression artérielle diastolique dans le groupe HTA systolique isolée était restée plutôt stable contrairement à celle de l'autre groupe qui avait connu une baisse.



Graphique IV : Evolution fréquence cardiaque (FC)

Répartition de la FC sur la période d'étude

La Fréquence cardiaque des patients présentant une HTA systolique plus élevée au départ a connu une baisse progressive sur les 24 mois contrairement à la fréquence cardiaque de l'autre groupe qui avait tendance à stagner.

	SEXE			
HTA systolique	M	F	Total	p
Non	123	162	285	0,782
	43.2%	56.8%	100.0%	
Oui	69	96	165	
	41.8%	58.2%	100.0%	
Total	192	258	450	
	42.7%	57.3%	100.0%	

Tableau 3 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le sexe

La répartition selon le sexe était comparable dans les 2 groupes avec une prédominance du sexe féminin.

HTA Systolique	AGE	
OUI	74.15	7.416
NON	71.79	5.926

Tableau 4 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'âge

Les patients présentant une HTA systolique isolée étaient significativement plus âgés que les autres hypertendus; 74,15 ± 7,4 ans vs 71,8 ± 5,9 ans, p < 0,001

	Tranche d'âge						
HTA systolique	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Total	
Non	117	97	42	21	8	285	P=0,002
	41.1%	34.0%	14.7%	7.4%	2.8%	100.0%	
Oui	55	46	23	28	13	165	
	33.3%	27.9%	13.9%	17.0%	7.9%	100.0%	
Total	172	143	65	49	21	450	
	38.2%	31.8%	14.4%	10.9%	4.7%	100.0%	

Tableau 5 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et les tranches d'âge

La répartition par tranche montrait une proportion plus élevée de sujet de plus de 85 ans dans le groupe HTA systolique (p= 0,002)

	Diabète			
HTA systolique	non	oui	Total	p
Non	252	33	285	0,276
	88.4%	11.6%	100.0%	
Oui	140	25	165	
	84.8%	15.2%	100.0%	
Total	392	58	450	
	87.1%	12.9%	100.0%	

Tableau 6 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le diabète

La proportion du diabète était comparable dans les 2 groupes

	Obésité			
HTA systolique	non	oui		p
Non	223	62	285	0,027
	78.2%	21.8%	100.0%	
Oui	143	22	165	
	86.7%	13.3%	100.0%	
Total	366	84	450	
	81.3%	18.7%	100.0%	

Tableau 7 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'obésité

La proportion de l'obésité était plus fréquente dans le groupe qui n'avait pas d HTA systolique isolée.

	HTA familiale			
HTA systolique	non	oui		p
Non	206	79	285	0,81
	72.3%	27.7%	100.0%	
Oui	121	44	165	
	73.3%	26.7%	100.0%	
Total	327	123	450	
	72.7%	27.3%	100.0%	

Tableau 8 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'HTA familiale

La proportion du HTA familiale était comparable dans les 2 groupes

	Alcool			
HTA systolique	non	oui		p
Non	255	30	285	0,94
	89.5%	10.5%	100.0%	
Oui	148	17	165	
	89.7%	10.3%	100.0%	
Total	403	47	450	
	89.6%	10.4%	100.0%	

Tableau 9 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'alcool

La proportion de l'alcool était comparable dans les 2 groupes

	Tabac			
HTA systolique	0	1		p
Non	260	25	285	0,124
	91.2%	8.8%	100.0%	
Oui	157	8	165	
	95.2%	4.8%	100.0%	
Total	417	33	450	
	92.7%	7.3%	100.0%	

Tableau 10 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le tabac

La proportion du tabac était comparable dans les 2 groupes, avec une forte proportion chez les autres hypertendus

	Dyslipidémie			
HTA systolique	0	1		p
Non	229	56	285	0,39
	80.4%	19.6%	100.0%	
Oui	138	27	165	
	83.6%	16.4%	100.0%	
Total	367	83	450	
	81.6%	18.4%	100.0%	

Tableau 11 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le sexe

La proportion de dyslipidémie était comparable dans les 2 groupes

	GRADE HTA				
HTA systolique	1.00	2.00	3.00	Total	p
Non	68	89	128	285	< 0,0001
	23.9%	31.2%	44.9%	100.0%	
Oui	102	44	19	165	
	61.8%	26.7%	11.5%	100.0%	
Total	170	133	147	450	
	37.8%	29.6%	32.7%	100.0%	

Tableau 12 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le grade d'HTA

Les HTA systoliques isolées étaient le plus souvent de grade 1 alors que les autres HTA étaient surtout de grades 2 ou 3, p < 0,0001

	Antécédent de Complications			
HTA systolique	0	1	Total	p
Non	169	116	285	0,196
	59.3%	40.7%	100.0%	
Oui	108	57	165	
	65.5%	34.5%	100.0%	
Total	277	173	450	
	61.6%	38.4%	100.0%	

Tableau 13 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et la complication initiale

Les complications initiales étaient comparables dans les 2 groupes.

	Antécédents d'AVC			
HTA systolique	0	1		p
Non	260	25	285	0,43
	91.2%	8.8%	100.0%	
Oui	154	11	165	
	93.3%	6.7%	100.0%	
Total	414	36	450	
	92.0%	8.0%	100.0%	

Tableau 14 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'AVC

Les complications initiales à type d'AVC étaient comparables dans les 2 groupes

	Antécédents d'insuffisance cardiaque			
HTA systolique	0	1		p
Non	223	62	285	0,061
	78.2%	21.8%	100.0%	
Oui	141	24	165	
	85.5%	14.5%	100.0%	
Total	364	86	450	
	80.9%	19.1%	100.0%	

Tableau 15 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'insuffisance cardiaque

Les complications initiales à type d'insuffisance cardiaque étaient comparables dans les 2 groupes

	Risque cardiovasculaire global				
HTA systolique	1.00	2.00	3.00		p
Non	21	116	148	285	.559
	7.4%	40.7%	51.9%	100.0%	
Oui	17	65	83	165	
	10.3%	39.4%	50.3%	100.0%	
Total	38	181	231	450	
	8.4%	40.2%	51.3%	100.0%	

Tableau 16 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le RCV global

La répartition selon le RCV global était comparable dans les 2 groupes, avec une prédominance du RCV élevé.

III. Caractéristiques paracliniques :

1. Electrocardiogramme (ECG)

	Effectif	Pourcentage
Hypertrophie ventriculaire gauche	171	38%
Hypertrophie atriale gauche	110	24,4%
ACFA	10	2,2%

Tableau 17 : Répartition des patients selon le résultat de l'ECG

L'hypertrophie ventriculaire gauche était la plus représentée avec 38%.

2. Echocardiographie

HTA	Effectif	Pourcentage
Hypertrophie concentrique	27	6%
Remodelage concentrique	18	4%
Hypertrophie excentrique	13	2,9%
Bourrelet septal sous aortique	116	25,8%
Hypertrophie atriale gauche	114	25,3%

Tableau 18 : Répartition selon les stigmates échographiques de l'HTA

La manifestation échographique de l'HTA la plus retrouvé était le bourrelet septal sous aortique suivi de l'hypertrophie atriale gauche.

3. Biologie

- Glycémie

	Effectif	Pourcentage
Basse	18	4%
Normale	363	80,7%
Haute	69	15,3%
TOTAL	350	100%

Tableau 19 : Répartition selon la glycémie

L'hyperglycémie était retrouvée dans 15,3% des cas

- créatininémie

	Effectif	Pourcentage
Basse	5	1,1%
Normale	363	80,7%
Haute	82	18,2%
TOTAL	350	100%

Tableau 20 : Répartition selon la créatininémie

18,2% des patients présentaient une hypercréatininémie

- Uricémie

	Effectif	Pourcentage
Basse	126	28%
Normale	219	48,7%
Haute	105	23,3%
TOTAL	350	100%

Tableau 21 : Répartition selon l'acide urique

23,3% des patients présentaient une hyperuricémie

- Kaliémie

	Effectif	Pourcentage
Basse	39	8.7%
Normale	411	91.3%
TOTAL	350	100%

Tableau 22: Répartition selon la kaliémie

Une hypokaliémie était retrouvée dans 8,7% des cas

- Cholestérol total

	Effectif	Pourcentage
Normale	276	61.3%
Haute	174	38.7%
TOTAL	350	100%

Tableau 23: Répartition selon le cholestérol total

Une hypercholestérolémie était retrouvée dans 38,7% des cas

- LDL-cholestérol

	Effectif	Pourcentage
Normale	394	87.6%
Haute	56	12.4%
TOTAL	350	100%

Tableau 24: Répartition selon le LDL-cholestérol

Une hyperLDL-cholestérolémie était retrouvée dans 12,4%% des cas

- HDL cholestérol

	Effectif	Pourcentage
Normale	391	86.9%
Haute	59	13.1%
TOTAL	350	100%

Tableau 25: Répartition selon le HDL-cholestérol

Une hyperHDL-cholestérolémie était retrouvée dans 13,1%% des cas

- Triglycérides

	Effectif	Pourcentage
Normale	407	90.4%
Haute	43	9.6%
TOTAL	350	100%

Tableau 26: Répartition selon le taux de triglycérides

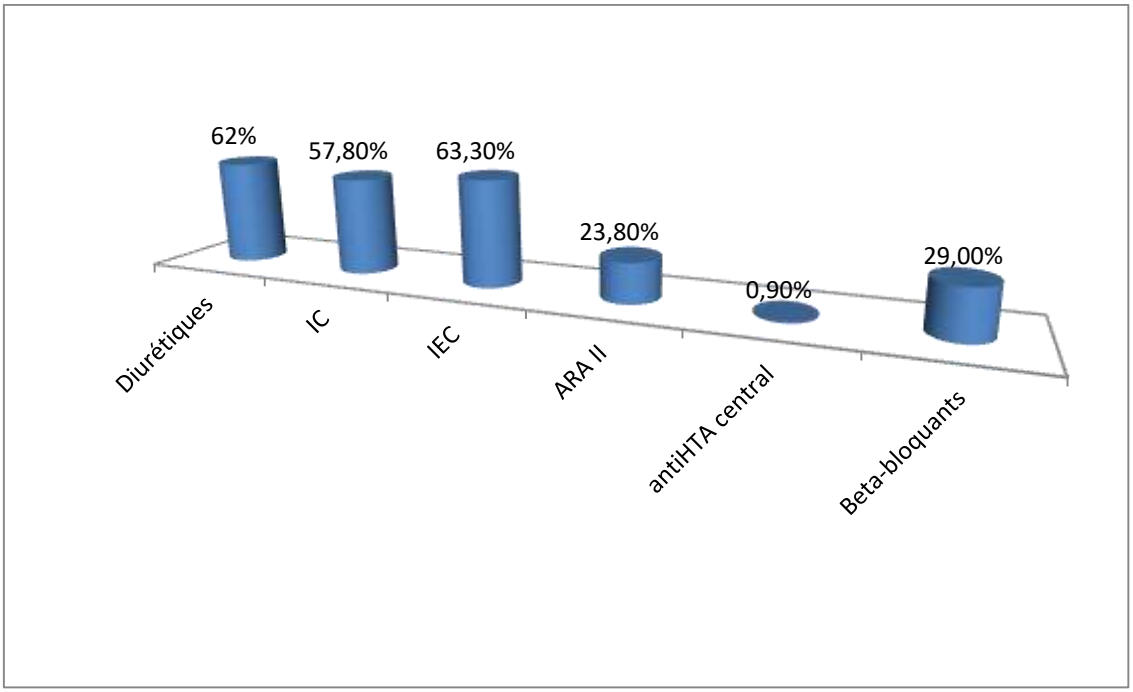
Une hypertriglycéridémie était retrouvée dans 9,6 %% des cas

IV. Caractéristiques thérapeutiques :

HTA systolique	Nombre d'antihypertenseurs 1	2	3 OU PLUS	Total	
Non	24	165	96	285	P=0,087
	49.0%	65.2%	64.9%	63.3%	
Oui	25	88	52	165	
	51.0%	34.8%	35.1%	36.7%	
Total	49	253	148	450	
	10.8%	56.2%	33%	100.0 %	

Tableau 27 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et le type de traitement

Le nombre d'antihypertenseurs était comparable dans les 2 groupes, avec une prédominance de la bithérapie



Graphique V: Répartition des patients selon la classe thérapeutique

Les IEC constituaient la classe thérapeutique la plus prescrite

	Effectif	Pourcentage
IEC + DIU	188	53%
IEC + IC	100	22,2%
DIU + IC	48	10,6%
ARA II + DIU	60	13,3

AUTRES : BB + IC ; BB + DIU ; ARA II + IC

Tableau 28 : Répartition des patients selon l'association thérapeutique

L'Association inhibiteur de l'enzyme de conversion et diurétique thiazidique était plus prescrite 53%.

	Objectif atteint			
HTA systolique	0	1		p
Non	72	213	285	0,084
	25.3%	74.7%	100.0 %	
Oui	30	135	165	
	18.2%	81.8%	100.0 %	
Total	102	348	450	
	22.7%	77.3%	100.0 %	

Tableau 29 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et l'efficacité thérapeutique

La répartition selon l'efficacité thérapeutique était comparable dans les 2 groupes, avec 77,3% d'objectif thérapeutique atteint.

	Survenue de Nouvelles complications			
HTA systolique	0	1		p
Non	247	38	285	0,86
	86.7%	13.3%	100.0%	
Oui	142	23	165	
	86.1%	13.9%	100.0%	
Total	389	61	450	
	86.4%	13.6%	100.0%	

Tableau 30 : Répartition des patients selon l'HTA systolique et la survenue de nouvelles complications

La survenue de nouvelles complications était comparable dans les 2 groupes.

13,6% des patients ont présenté une complication sous thérapie.

Complications	Effectif	Pourcentage
AVC	5	1,1%
Insuffisance cardiaque	10	2,2%
Artériopathie	7	1,6%
Néphropathie	12	2,7%
Cardiopathie dilatée	24	5,3%
Hypotension orthostatique	12	2,7%

Tableau 31: Répartition selon les complications survenues sous thérapie

La cardiopathie dilatée était la plus retrouvé, 5,3%, suivie de l'hypotension orthostatique et de la néphropathie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Durant la période de Juillet 2024 à Décembre 2024, nous avons colligé 450 hypertendus âgés de 65 ans et plus suivis au service de cardiologie, avec une prévalence de 36% de l'HTA systolique isolée. Iklo Coulibaly trouvait une prévalence de 6,1% à l'institut de Cardiologie d'Abidjan **[26]**. Abdoulaye Cissoko au CHU Gabriel Touré trouvait une prévalence de 50,7% **[4]**; ceci pourrait s'expliquer par sa population plus grande.
Au cours de cette étude nous avons observé une prédominance féminine 258 patientes (57,3%), 192 hommes (42,7%) avec sexe ratio de 1,34 en faveur des femmes. Ce résultat a été observé par Abdoulaye Cissoko qui avait trouvé un ratio femmes/hommes de 1,17.
La tranche d'âge de 65-69 ans a été prédominante 33% avec comme âge moyen 74,15 ± 7,4 ans. Cette observation est sensiblement identique à celle de Iklo Coulibaly qui trouvait 72 ans ± 5,9 à Abidjan.
La pression artérielle systolique (PAS) élevée est fortement associée au développement d'un futur évènement cardiovasculaire. La relation est linéaire et graduelle ; telle le démontre plusieurs études **[8, 13, 17, 29, 34, 35, 36].**
L'HTA systolique présentait les mêmes facteurs de risque cardiovasculaires que les autres HTA en dehors de l'obésité qui était moins fréquent (13,8% vs 21,8%, p = 0,027) avec un RCV globale comparable. Cela s'explique par la diminution des activités quotidiennes avec l'âge **[29].**
Cissoko a décrit le tabagisme comme premier facteur de risque cardiovasculaire à 22,7% et la sédentarité comme deuxième facteur de risque à 19%. Etant donné que nous avons mené une étude rétrospective il se pourrait que les informations concernant la notion de

tabagisme n'aient pas bien été précisées par certains patients qui souvent le cachent ; ce qui pourrait expliquer cette différence.
L'HTA systolique représente 36% de la population, suivie de l'HTA grade 3. Ce qui pourrait expliquer la fréquence des complications retrouvées 38,4%.
L'HTA systolique prédominait, apanage du sujet âgé, venant corroborer le travail de plusieurs études **[30, 31, 32]**.
L'hypertrophie ventriculaire gauche a été retrouvée dans 38% des cas. Cissoko **[4]** retrouvait 58%, ce qui pourrait être lié à son effectif plus grand.
La cardiomyopathie hypertensive a été la plus représentée avec 64%. Ce résultat a été observé par TRAORE.B **[2]**.
L'hypercréatininémie a été retrouvées dans 18,8% des cas, ce résultat a été observé par d'autres études **[33, 4],** cela pouvait s'explique par la diminution de la fonction rénale avec l'âge.
L'ampleur du bénéfice potentiel et le nombre de personnes concernées font du traitement de l'HTA systolique une des grandes priorités de la prévention cardiovasculaire chez le sujet âgé **[14, 17, 36]**
Sur la thérapeutique, leur traitement était comparable ; les molécules les plus utilisées sont les IEC (63,3%), les diurétiques (62%) et les IC (57,8%). Cette préférence s'explique par la disponibilité de ces produits et leur efficacité démontrée par les recommandations de sociétés savantes et d'autres études **[34, 35, 36].**
Nos résultats diffèrent de ceux de la littérature qui montrent que les diurétiques thiazidiques, et/ou les inhibiteurs calciques sont les antihypertenseurs de première intention prescrits chez le sujet âgé **[2, 13,15, 20, 28]**. Cette différence s'expliquerait par le fait que la majorité des patients sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion avant d'être

éligible à l'étude, n'ont pas bénéficié de changement thérapeutique dans le suivi.

La bithérapie avec 56,20% a été le choix thérapeutique le plus utilisé. Ce résultat a été constaté par certaines études **[3, 15, 20, 35, 36].**

L'association synergique d'un IEC et d'un diurétique était majoritaire avec 53%. Cela pouvait s'expliquer par l'accessibilité de ces produits et leurs moindres coûts et surtout la préférence des IEC au cours de l'atteinte cardiaque.

Une hypotension orthostatique d'origine iatrogène était retrouvée chez 12 patients (2,7%).

L'objectif thérapeutique était atteint chez 77,3% des patients quel que soit le groupe d'HTA. Nos résultats étaient supérieurs à ceux de Cissoko (58,6%) **[4]** et de Iklo Coulibaly (57,5%) **[26].**

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. CONCLUSION

Les résultats de notre étude montrent une prévalence élevée de l'HTA chez les personnes âgées, portant plus sur l'HTA systolique isolée.
L'HTA systolique présentait les mêmes facteurs cardiovasculaires que les autres HTA en dehors de l'obésité qui était moins fréquente, avec un RCV globale comparable et une prédominance du sexe féminin.
L'HTA du sujet âgé reste insuffisamment contrôlée.
La présence d'antécédents ou la survenue de complications ou de comorbidités impose encore plus de prudence. Il n'est pas question de baisser les bras, mais de tenter de corriger plus encore les facteurs de risque cardiovasculaires identifiés, y compris le mode de vie.
Les indications préférentielles de tel ou tel médicament obéissent aux règles générales et sont guidées par la présence de comorbidités et donc la difficulté des polyprescriptions et des effets adverses possibles.
La surveillance clinique et biologique doit cependant être rigoureuse devant la fréquence des accidents iatrogènes.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

- **Au ministère de la santé**

- Mener la couverture maladie universelle à son apogée afin de d'assurer une couverture des antihypertenseurs

- Subventionner la réalisation du bilan minimum OMS en cas d'hypertension artérielle chez tout sujet âgé hypertendu.

- Former et recycler les médecins généralistes pour la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Aux médecins :

- Informer, éduquer les patients sur les dangers de l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires des personnes âgées.

- Expliquer aux personnes âgées hypertendues l'importance d'une bonne observance thérapeutique.

- Promouvoir un contrôle régulier de la pression artérielle.

- Sensibiliser le personnel sur la bonne tenue des dossiers des patients hospitalisés.

- Exiger dès l'hospitalisation la réalisation du bilan minimum OMS en cas d'hypertension artérielle.

Aux personnes âgées hypertendues

- Encourager une bonne observance thérapeutique

- Promouvoir le contrôle bihebdomadaire de la pression artérielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Girerd X, Hypertension du sujet âgé. Rev Méd Interne 2004, 25: S349-S350.
2. Traoré BM. Hypertension artérielle du sujet âgé au CHU de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse, Méd, Bamako,2007 ; n°173.
3. Hypertension artérielle chez le sujet âgé. De multiples répercussions. Dr Elena Chidlovskii. 2022
4. Abdoulaye Cissoko, HTA chez les personnes âgées de 60 ans et plus en consultation dans le service de cardiologie du CHU GT, 2012
5. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: Meta analysis of outcome trials. Lancet 2000, 355(9207):865-872.
6. Dr CHAYA Nadège, hypertension artérielle du sujet âgé : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au cours des cinq dernières années au service de médecine interne. Mémoire 2014.
7. Acho Jean Kevin, Koné Salifou, Kouassi Lauret, koné Famoussa, Yapa Gnadou Stéphane ; Maladies non transmissibles et comorbidités chez les séniors dans le service interne du CHU de Bouaké ; Rev int sc méd Abj_ RISM 2023 ; 25, 1 : 72-77
8. O. Hanon. Prise en charge de l'hypertension artérielle chez le sujet très âgé. Presse Med 2006; 35(6): 1047-53.
9. Physiopathologie de l'hypertension artérielle essentielle. Encyclopédie Médico-chirurgicale 11-301-A-20
10. Safar ME, London GM. The arterial system in human hypertension. In textbook of hypertension.1994; Swales JD, Editor. London: Blackwell Scientific pp.85-102
11. Arnal H, Wierzba C B. L'hypertension artérielle du sujet âgé. Attitude en odontologie. Actualités Odonto-Stomatologiques 2007;240:407-420

12. Société Européennes de Cardiologie ; recommandations 2024
13. Hanon O. Traitement de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées. Neurol-Psychiatr-Gériat 2007, 7(38): 30-37.
14. Rédaction Prescrire. Traiter l'hypertension artérielle des patients de plus de 80 ans. Rev Prescrire 2008, 28(301) : 851
15. Guillaume CP, Miget P, Aubry C, Gueguen R., Steyer E, Bénétos A. Contrôle de la pression artérielle par le traitement antihypertenseur chez le sujet âgé de 60 ans et plus. Rev Med Intern 2006; 27 : 285-290.
16. The SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med 2015 ; 373 : 2103-16.
17. Zhang W, Zhang S, Deng Y et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. N Engl J Med 2021; 385 : 2588-91.
18. Beckett S, Peters R, Fletcher E et al, Treatment of hypertension in patients 80 years of age and older. N. Engl J Med 2008 ; 358: 1887-1898.
19. **Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2021.** [consulté le 20 Octobre 2024] ; Disponible sur https://plan.gouv.ci/assets/fichier/RGPH2021-RESULTATS-GLOBAUX-VF.pdf
20. **Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH).** Résultats globaux définitifs 2021. [consulté le 20 Octobre 2024] Disponible sur https://www.caidp.ci/uploads/7113b93cc641ba78c591c9f79a4c729.pdf

21. **Institut National de Statistique (INS)**, Région du Gbêkê, 2021 [consulté le 20 Octobre 2024]. Disponible sur http://www.ins.ci/documents/rgph/GBEKE.pdf

22. **Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké,** [consulté le 30 Octobre 2024. Disponible sur http://www.chubouake.com

23. M. Fourati, F. Ben Mrad, N. Kaffel, L. Trabelsi, MAbid ; les facteurs de risques cardiovasculaires chez le sujet âgé, analyse de 150 cas.

24. Société Française de documentation et de recherche en médecine générale ; hypertension du sujet âgé : aspect pratique.

25. Intza Hernandorena, Henri bailly, Mathieu Piccoli, Maelle Beurnardeau, Adrien Cohen ; Hypertension du sujet âgé, Gériatrie, Hopital Broca, Université Paris Dercartes, Paris

26. Coulibaly Iklo, pathologies cardiaques du sujet agé observées à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), 2011

27. Sur G, Sur M, Kudor-Szabadi L, et al. – Arterial Hypertension-Prevalence of Risk factors and Morbide Associations that increase Cardiovascular risk. *Maedica*2010; 5:34-41.

28. Prospective Studies Collaboration Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360: 1903-13.

29. MacMahon S, Petro R, Cuttler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R, Godwin J, Dyer A, Stamler J. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335: 765-74.

30. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu
D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008; 358: 1887–98.

31. COULIBALY.J Evaluation de la connaissance des malades hypertendus à propos de l'HTA dans le service cardiologie du CHU G-T 210 cas : Bamako 2008, N_ 586

32. Waeber B., Burnier M., Nussbergerger J., Brunner H. R., médecine et hygiène, Traitement de l'hypertension artérielle chez la personne âgée

33. SHEP Collaborative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension : final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA 1991; 265: 3255-64.

34. Muntner, P., et al. **(2017)**. "Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Adults: United States, 2003-2014." *NCHS Data Brief*, No 220. Cette étude met en évidence l'importance de la pression systolique dans le contrôle de l'hypertension.

35. Wang, J. G., et al. (2018). "Systolic blood pressure and cardiovascular risk: A review of the evidence." *Journal of Hypertension*, 36(1), 5-12. Cet article examine les liens entre la pression systolique et le risque cardiovasculaire.

36. Kearney, P. M., et al. (2005). "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data." *European Heart Journal*, 26(5), 504-512.

37. Chobanian, A. V., et al. (2003). "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure." *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
38. Matsui, Y., et al. (2014). "Systolic blood pressure and the risk of cardiovascular events in patients with hypertension." *Hypertension Research*, 37(8), 676-682.
39. Meyer, T., et al. (2020). "Systolic blood pressure as a predictor of cardiovascular events in older adults." *Journal of the American College of Cardiology*, 75(10), 1234-1241.

ANNEXES

HYPERTENSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE ISOLE DU SUJET AGE
ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

FICHE D'ENQUETTE N° ☐

Age
Sexe

Date de la première consultation.....…; **âge à la consultation**……

Date de la dernière consultation……

Ancienneté de l'HTA : ☐ **Complications** : OUI ☐ NON ☐

☐ AVC
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Artériopathie
☐ Néphropathie
☐ Cardiopathie dilatée

Facteur de risque

☐ Diabète ☐ Alcool
☐ Obésité ☐ Tabac
☐ HTA familial ☐ Dyslipidémie

Examens physique

Poids ☐ kg

PO(Homme : <102=1 ; ≥102= 2) et Femme : <88=1 ; ≥88= 2)

Taille ☐ cm

IMC (<17.99 = 1 ; [18– 24.99]=2 normale ; [25 – 29.99]=3 ; ≥30=4)

PA : 1ère consultation : ---------- mmHg
PA Ce jour : ([PAS <140 OU PAD<90]=0 controlee; PAS [140-159] ou PAD[90-99] = 1 ; PAS [160-179] ou PAD[100 - 109] =2 ; [PAS ≥180 ou PAD ≥110] =3; [PAS ≥140 ou PAD <90] =4)

FC : 1ère consultation (<60 = 1 ; [60– 100]=2 normale ; >100=3)

FC Ce jour : (<60 = 1 ; [60– 100]=2 normale ; >100=3) batt/mn

HTA : ☐ grade 1 ☐ grade 2 ☐ grade 3 ☐ HTA systolique

<u>Examens para cliniques</u>

- <u>Imagerie</u>
- Electrocardiogramme
  - HVG : OUI ☐ NON ☐
  - HAG : OUI ☐ NON ☐
  - Rythme : Sinusal ☐ non Sinusal ☐

- Echographie cardiaque
  - Cardiomyopathie : OUI ☐ NON ☐
  - Hypertrophie concentrique : OUI ☐ NON ☐
  - Remodelage concentrique : OUI ☐ NON ☐
  - Hypertrophie excentrique : OUI ☐ NON ☐
  - Bourrelet septal sous aortique : OUI ☐ NON ☐
  - Hypertrophie ventriculaire : OUI ☐ NON ☐
  - Hypertrophie atriale : OUI ☐ NON ☐

- <u>Biologie</u>
  - Dans le sang

- Glycémie (<0.69 = 1 ; [0.7 – 1.1]=2 normale ; >1.11=3)

- Créatinine (Homme : <7 ; [7 – 13]=2 normale ; >13=3) et Femme : <6 ; [6 – 11]=2 normale ; >11=3)
- Kaliémie (<3.5 = 1 ; [3.5 – 5.5]=2 normale ; >5.5=3)
- Uricémie (Femme : <30 ; [30 – 50]=2 normale ; >50=3) et Homme : <40 ; [40 – 60]=2 normale ; >60=3)

Cholestérol total (>1,6= 2 ; Autres= 1)

LDL cholestérol (>2= 2 ; Autres= 1normale)

- HDL cholestérol (>0,4= 1 normale ; Autres= 2)

- Triglycérides (>1,5= 2 ; Autres= 1 normale)

- Hématocrite -------

- Dans les urines

  - Protéinurie de 24 H -------

Evaluation du RCV : Faible ☐ Modéré ☐ Elevé ☐

Nombre d'antiHTA prescrits ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Traitement changé : OUI ☐ NON ☐ Nombre de fois ☐

Evolution

- 6mois : PA ---------- mmHg FC :
- 12 mois : PA ---------- mmHg FC :
- 18 mois : PA ---------- mmHg FC :
- Final : PA ---------- mmHg FC :
-

Survenue de complications : OUI ☐ NON ☐

Complications :
- ☐ AVC
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Artériopathie
- ☐ Néphropathie
- ☐ Hypotension orthostatique
- ☐ Cardiopathie dilatée

Objectif thérapeutique atteint : OUI ☐ NON ☐

<u>Traitement actuel</u> :

……
……

Classe thérapeutique :
- Diurétique
- BB
- Ica
- ARA II
- IEC
- Antihypertenseur central
- Gliflozine

Résume:

L'HTA systolique isolée est une forme d'HTA fréquemment rencontrée chez le sujet âgé, mais peu de données en Afrique subsaharienne sont disponibles pour cette forme clinique d'HTA.

L'objectif de ce travail était de revisiter cette affection au regard de l'évolution des pratiques diagnostiques et thérapeutiques.

Nous avons réalisé une étude rétrospective longitudinale portant sur des patients hypertendus âgés de plus de 65 ans, suivis dans le service de cardiologie du CHU de Bouaké. Nous avons comparés les patients avec HTA systolique isolée versus HTA systolo-diastoliques au niveau des données épidémiologiques, cliniques et évolutifs sur une période de 24 mois.

Nous avons comparé dans une population de 450 sujets âgés (57,3% de femmes), 165 HTA systoliques isolées versus 285 autres hypertensions. L'HTA systolique augmentait avec l'âge ($p < 0,05$), présentant les mêmes facteurs cardiovasculaires que les autres HTA en dehors de l'obésité qui était moins fréquent (13,8% vs 21,8%, $p = 0,027$) avec un RCV globale comparable. Cependant, le grade des patients HTA systoliques est significativement moins élevé que celui des autres HTA ($p < 0,001$).

Sur la thérapeutique, leur traitement était comparable, sans nous permettre de noter une baisse plus importante des chiffres tensionnels sur les 2 ans. L'objectif thérapeutique a été atteint chez 77,3% des patients, sans différence significative entre les deux groupes.

L'HTA systolique quoique moins fréquente que les autres HTA reste l'apanage du sujet âgé et s'avère mieux contrôlée que ces dernières.