

H. Van Viet*, C. De Jaeger*, P. Chevalier*, R. Asmar**,
J. Leylavergne*, M. Safar**, R. Rullière*

Fausses et vraies hypertensions artérielles du sujet âgé

Les erreurs diagnostiques et leurs solutions potentielles

True and false arterial hypertension in elderly subjects Diagnostic errors and potential solutions

Arterial hypertension has the same definition in elderly people as in young adults. Epidemiologically, it has clearly been demonstrated that in the elderly it is a risk factor of morbidity and cardiovascular mortality. The international reference method for measuring blood pressure is by auscultation and mercury manometer. However, this indirect measurement is the source of many errors due to the material or the observer, or inherent in the method. A typical example of this is pseudohypertension in the elderly. Several solutions are offered to improve the reliability of indirect blood pressure measurement, the most convincing one being the use of scientifically validated autonomous instruments relying on the oscillometry system. Ambulatory blood pressure measurement is interesting, being of diagnostic, therapeutic and probably prognostic value, but all this has to be confirmed in elderly subjects.

Presse Méd., 1989, 18, pp. 1293-1296.

« *Primum non nocere* »

L'hypertension artérielle (HTA) est définie, selon l'Organisation mondiale de la santé, par une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou par une pression artérielle diastolique (PAD) (en phase V de Korotkoff) supérieure ou égale à 95 mmHg. L'HTA systolique pure est définie par une PAS supérieure ou égale à 160 mmHg et une PAD inférieure à 90 mmHg. Ces chiffres arbitraires sont les valeurs limites, en terme de risque vasculaire, déterminées pour l'ensemble de la population en Occident. Chez le sujet âgé (par convention ayant plus de 65 ans), il faut souligner deux particularités : premièrement, cette définition de l'HTA reste la même, contrairement aux idées-reçues ;

deuxièmement, la physiopathologie de l'HTA est particulière à cet âge, ce qui a deux effets : incidence notablement plus élevée de l'HTA systolique pure (jusqu'à 30 p.100 des sujets de plus de 75 ans [22]), emploi de mesures thérapeutiques appropriées [8].

Des études épidémiologiques sérieuses ont montré, chez le sujet âgé, que l'élévation des chiffres tensionnels, au-delà de 160/95 mmHg et plus particulièrement au-delà de 180 mmHg pour la PAS, était corrélée avec une plus forte mortalité et une plus forte morbidité d'origine cardiovasculaire : l'HTA n'est ni bénigne, ni « physiologique » à cet âge (étude de Framingham [22], Hypertension detection and follow-up program cooperative group [17], European working party on high blood pressure in the elderly [1], Systolic hypertension in the elderly program [46], étude de Forette et coll. [12]). Ces mêmes études ont également montré l'effet bénéfique du traitement antihypertenseur sur ces deux paramètres. A l'opposé, des publications rapportent les effets secondaires dus à des traitements trop « efficaces », parfois catastrophiques sur la circulation cérébrale à cet âge [3, 18]. La pratique clinique quotidienne nous confirme l'existence de cette pathologie iatrogène, et tout particulièrement l'hypotension orthostatique, facilitée par une diminution de la sensibilité du baroréflexe. D'autre part, on voit encore trop souvent des malades traités pour des chiffres tensionnels élevés, alors que cette constatation a été faite ponctuellement, immédiatement au décours d'un malaise, d'une chute ou d'un accident vasculaire cérébral, le médecin prenant la conséquence pour la cause.

Entre le défaut et l'excès dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle, où se situe le salut de la personne âgée ? Il convient d'examiner de façon critique les méthodes à l'aide desquelles on porte le diagnostic.

LA MESURE « CLASSIQUE » DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Qu'en est-il de la mesure de la pression artérielle ? Depuis Riva-Rocci (1896) qui inventa le brassard pneumatique et Korotkoff (1905) la méthode auscultatoire, différentes techniques de mesure indirecte et directe (intra-artérielle) ont été employées. Pourtant, près d'un

* Service de Médecine interne,
** Centre de Diagnostic,
Hôpital Broussais, 96, rue Didot, F 75614 Paris Cedex 14.

siècle après, à l'aube du troisième millénaire, la méthode auscultatoire avec manomètre à mercure, mesure indirecte au niveau de l'artère humérale, reste encore la méthode de référence internationale [24, 38]. Elle est préférable à la mesure avec manomètre anaéroïde, certes plus facile à transporter et moins fragile, mais nécessitant un étalonnage fréquent et souvent négligé. Cependant, il convient de rappeler que cette méthode, simple et pratique, reste entachée de nombreuses causes d'erreurs : dues au matériel ou à l'observateur et susceptibles d'amélioration [9, 24, 35, 38, 41], mais, ce qui est plus grave, également intrinsèques à la méthode.

Parmi les causes d'erreurs « améliorables », on peut citer : niveau de mercure insuffisant dans la colonne, erreur de zéro, position non verticale de la colonne ; impropriété du filtre à air au sommet de la colonne et au niveau de la valve de contrôle ; valve incontinentale ou ne permettant pas de contrôler la vitesse de chute du mercure (normalement de 2 mm/seconde) ; dégonflage trop rapide du brassard ; brassard non adapté à la circonférence du bras [33], notamment chez l'obèse [7, 21, 29] ; défaut de concentration mentale, position instable, défaut d'acuité visuelle ou auditive de l'observateur ; stéthoscope usagé ; erreur d'interprétation des bruits (notamment en cas de trou auscultatoire) ; erreur de lecture (défaut de parallaxe) ; subjectivité de l'observateur, autoinfluençant sa propre lecture [35] : « digit preference » (tendance à trouver zéro pour le dernier chiffre, par exemple 140 au lieu de 142 mmHg), connaissance des mesures antérieures, idée préconçue d'une pression « normale » selon l'âge ; position incorrecte du bras ou du malade ; variations « physiologiques » : digestion, stimulants (café, tabac...), température ambiante, saison... ; on en rapproche l'effet « blouse blanche » (« white coat hypertension ») [27], véritable réaction d'alarme face au médecin, qui majore les chiffres.

La pseudo-hypertension est une entité à part. C'est une cause d'erreur intrinsèque à la méthode « classique ». Non spécifique puisqu'elle peut toucher le diabétique [26, 42, 45] ou l'insuffisant rénal [19, 26, 42], elle fut essentiellement décrite chez le sujet âgé. Ce terme, inventé par Tagushi et Suwangool [47] traduit le fait que les chiffres de PAS et de PAD au brassard soient anormalement élevés, donc surestimés (que cette mesure indirecte soit faite par la méthode auscultatoire, ou, pour la PAS seule, par la méthode palpatoire ou par effet Doppler), par rapport à la pression réelle dans l'artère. L'explication est une sclérose importante de celle-ci (maladie de Mönckeberg ou médiocalcose), la rendant incompressible. La mesure par cathéter intra-artériel redresse le diagnostic. Dans la littérature, nombreuses sont les observations de pseudo-hypertensions [2, 7, 11, 16, 19, 23, 25, 26, 31, 42-45, 47, 49, 51]. Dans certains cas, on ne peut qu'être frappés par les erreurs thérapeutiques qui découlent des erreurs diagnostiques, avec des conséquences allant de la simple chute tensionnelle au collapsus dramatique avec troubles neurologiques, voire même arrêt cardiaque...

En fait, cette surestimation concerne soit des sujets

authentiquement hypertendus (le terme « pseudo-hypertension » n'est alors pas véritablement approprié), soit des sujets normotendus. La prévalence d'un tel phénomène n'est pas connue avec précision, faute d'étude épidémiologique. Finnegan et coll. [11], chez 53 volontaires âgés sains, non hypertendus, ont trouvé 17 surestimations ; Spence et coll. [43], chez 24 hypertendus âgés, ont trouvé 12 pseudo-hypertensions ; Messerli [31], chez 24 hypertendus âgés, a trouvé 22 pseudo-hypertensions, avec des surestimations allant de 10 à 54 mmHg. Dans cette dernière série, cet auteur propose une manœuvre clinique discriminante, la manœuvre d'Osler. La manœuvre d'Osler est réalisée en gonflant le brassard du tensiomètre au-delà de la pression artérielle systolique et en palpant soigneusement l'artère humérale ou radiale en aval. Si l'une de ces deux artères demeure nettement palpable (au lieu d'être normalement collabée) malgré l'abolition des pulsations, le patient est considéré « Osler-positif ». Pour Messerli, une manœuvre positive permet de reconnaître les sujets les plus exposés à cette surestimation, et est corrélée aux paramètres de baisse de compliance artérielle, notamment la vitesse de l'onde de pouls. Si cette manœuvre a le mérite de la simplicité, il semble que malheureusement elle ne soit pas fiable, en raison de sa non-reproductibilité entre les observateurs [40].

Quoi qu'il en soit, tous ces auteurs ont le mérite de soulever le problème de la pseudo-hypertension, et de nous rendre perplexes vis-à-vis de nos traitements et vis-à-vis des études épidémiologiques, faites en référence à des mesures sphygmomanométriques auscultatoires.

COMMENT AMÉLIORER LA FIABILITÉ DE LA MESURE INDIRECTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE CHEZ LE SUJET ÂGÉ ?

On peut l'améliorer en se plaçant dans les meilleures conditions de mesure pour éviter tous les biais cités précédemment, en éliminant l'observateur « humain », pour deux raisons : mesure objective des chiffres, absence de réaction d'alarme chez le malade ; c'est-à-dire remplacer l'homme par la machine. Ceci implique donc des mesures à l'aide d'appareillages autonomes [48] dont la fiabilité a été préalablement reconnue par des études comparatives sérieuses, soit avec des sphygmomanomètres à mercure (mais on a vu leurs limites), soit – beaucoup mieux – avec des mesures simultanées intra-artérielles [6]. Différents appareils de mesure sont disponibles actuellement. Ils diffèrent selon qu'ils sont semi-automatiques ou automatiques, éventuellement utilisables pour l'automesure à domicile, non portatifs ou portatifs (ce qui a un intérêt pour des mesures ambulatoires, par opposition aux mesures « occasionnelles », nous le reverrons) et selon qu'ils utilisent la méthode auscultatoire ou oscillométrique. Il faut d'emblée souligner le fait qu'il existe un véritable marché « sauvage » des autotensiomètres, avec des appareils de toute provenance, non toujours scientifiquement validés et vendus au grand public. Différents auteurs ont déjà tiré le signal

d'alarme et fait remarquer qu'intérêt médical et intérêt commercial ne coïncidaient pas toujours [30, 32]. Le recours reste, pour ce problème de santé publique, le législateur.

Les appareils de mesure semi-automatique utilisent la méthode auscultatoire ; le malade gonfle lui-même le brassard, les bruits de Korotkoff sont transformés en signal visuel (cadran, signal lumineux, affichage digital) et notés sur un inscripteur ; ces différents systèmes ont fait, mais non tous, l'objet d'études de validation, mais le plus souvent en référence à la méthode auscultatoire sphygmomanométrique. En revanche, ces systèmes ont l'avantage de leur moindre coût. Citons, par exemple, l'appareil Remler M2000 (Remler Corp.) [14]. Les appareils de mesure automatique utilisent les méthodes auscultatoire et oscillométrique, exclusivement ou en association. Le gonflage (par un compresseur ou une cartouche de gaz) et le dégonflage sont automatiques. Là aussi, ces différents systèmes ont fait, mais non tous, l'objet d'études de validation. En cas de pseudo-hypertension, certains auteurs ont trouvé une bonne correspondance entre mesure sanglante et mesure indirecte oscillométrique [13]. Il est logique de penser que seuls les appareils utilisant la méthode oscillométrique soient fiables, chez le sujet âgé aux artères rigides. Soulignons que cette méthode avait été vantée par Pachon dès 1909 ! Citons, de façon non exhaustive : le Dinamap SX (Critikon Inc.) (non portatif), l'Infrasonde SR2 (Sphygmometrics Inc.) (non portatif), le Spacelab SBM 5200 (Spacelab Inc.) (portatif) [15], le HP 530B (Philips) (non portatif), le Bard Sentron (non portatif) [21]... qui sont tous des appareils à méthode oscillométrique.

L'AVENIR : LA MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ?

Comment juger ponctuellement une grandeur qui varie constamment chez un même individu ? Chez le sujet âgé comme ailleurs, un nombre restreint de mesures, « occasionnelles », même fiables, mais faites au mauvais moment peuvent faire croire à tort à une hypertension artérielle. Depuis une quinzaine d'années, de très nombreuses équipes se sont intéressées à la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Le Remler fut d'abord utilisé, puis, grâce aux améliorations technologiques, d'autres appareils portatifs plus performants et surtout moins encombrants virent le jour. Les conclusions actuelles de ces études sont les suivantes : la MAPA est fiable (bien qu'ayant les limites de la méthode auscultatoire si celle-ci est exclusivement employée) [5, 15, 34, 39] ; elle est reproductible [20] ; elle a permis de mieux connaître la variabilité de la PA sur tout le nyctémère [5, 34, 37] et de définir des valeurs de référence par tranche d'âge ; elle a un intérêt diagnostique, notamment en cas de chiffres limites [39, 50] ; elle a un intérêt thérapeutique [39, 50] ; elle a probablement un intérêt pronostique [28], car elle est bien corrélée au retentissement cardiovasculaire (par exemple, l'hypertrophie ventriculaire gauche échographique [10], la vélocité de l'onde de

pouls [4]), et, pour la seule étude disponible [36], elle est bien corrélée à la morbidité et à la mortalité d'origine cardiovasculaire. Néanmoins, ce dernier point mérite des confirmations ultérieures. Enfin, notons qu'aucune étude ne concerne spécifiquement le sujet âgé. Actuellement, la mesure ambulatoire de la pression artérielle est certes intéressante, mais elle reste encore un outil à manier avec extrême prudence. Compte tenu de ses résultats, encore partiels étant donné le manque de recul (des études prospectives sont en cours), et du coût de l'examen (non remboursé), on s'accorde à dire, pour le moment, que seules l'HTA limite et l'HTA résistante au traitement peuvent justifier son emploi.

CONCLUSION

Si l'hypertension artérielle du sujet âgé reste un incontestable facteur de risque vasculaire, plusieurs principes doivent toutefois être respectés. Il faut tenir compte des défauts de la mesure classique pour ne pas porter de diagnostic erroné, et éventuellement faire appel à une technique plus fiable, la méthode oscillométrique. Il faut traiter l'HTA en commençant par des doses faibles puis progressives, pour éviter les variations brutales, sans vouloir baisser la PA systolique en deçà de 160-140 mmHg. Il faut enfin surveiller les malades pour éviter que leur existence ne soit assombrie par les effets indésirables du traitement, avant tout l'hypotension orthostatique. L'avenir nous dira si la mesure ambulatoire de la pression artérielle a un grand intérêt à cet âge.

Références

1. Amery A., Brixko P., Clément D. et coll. : Efficacy of antihypertensive drug treatment according to age, sex, blood pressure and previous cardiovascular disease in patients over the age of 60. *Lancet*, 1986, *ii*, 589-592.
2. Anderson G., Smith A.C. : Pseudohypertension. *Anesthesia*, 1985, *40*, 815-816.
3. Anonyme : Dangerous antihypertensive treatment. *Br. Med. J.*, 1979, *2*, 228-229.
4. Asmar R.G., Brunel P.C., Pannier B.M., Lacolley P.J., Safar M.E. : Arterial distensibility and ambulatory blood pressure monitoring in essential hypertension. *Am. J. Cardiol.*, 1988, *61*, 1066-1070.
5. Brunel P., Asmar R., Pannier B., Safar M. : Comparaison entre mesure ambulatoire et occasionnelle de la pression artérielle. *Ann. Cardiol. Angiol.*, 1987, *86*, 393-397.
6. Bruner J.M., Krenis L.J., Kunsman J.M. : Comparison of direct and indirect methods of measuring arterial blood pressure. *Med. Instrum.*, 1981, *15*, 11-21.
7. Chamontin B., Garros Y., Salva P., Ollier S., Thierry F., Salvador M. : Fausses hypertensions rebelles : artères calcifiées, gros bras et erreurs de mesure de la pression artérielle. *Arch. Mal. Cœur*, 1988, *81*, (Suppl. HTA), 306.
8. Chobanian A.V. : Pathophysiologic considerations in the treatment of the elderly hypertensive patient. *Am. J. Cardiol.*, 1983, *52*, 49D-53D.
9. Conceicao S., Ward M.K., Kerr D.N. : Defects in sphygmomanometers : an important source of error in blood pressure recordings. *Br. Med. J.*, 1976, *1*, 886-888.
10. Devereux R.B., Pickering T.G., Harshfield G.A. et coll. : Left ventricular hypertrophy in patients with hypertension : importance of blood pressure response to regularly recurring stress. *Circulation*, 1983, *68*, 470-476.

11. Finnegan T.P., Spence J.D., Wong D.G., Wells G.A. : Blood pressure measurement in the elderly : correlations of arterial stiffness with difference between intra-arterial and cuff pressures. *J. Hypertens.*, 1985, 3, 231-235.
12. Forette F., De La Fuente X., Golmard J.L., Henry J.F., Hervy M.P. : Risque d'accident vasculaire cérébral chez le sujet âgé hypertendu. Résultats d'une surveillance longitudinale de 10 ans. *Presse Méd.*, 1983, 12, 3036-3038.
13. Gaba S., Bocquentin J.L., Janbon C. : Médiocalcose et mesure de la tension artérielle : comparaison des méthodes auscultatoire et oscillométrique de mesure de tension artérielle. *Arch. Mal. Cœur*, 1988, 81 (Suppl. HTA), 313.
14. Gould B.A., Horning R.S., Kieso A., Aliman D.G., Cashman P., Raftery E.B. : Evaluation of the Remler M2000 blood pressure recorder comparison with intraarterial blood pressure recording both at hospital and at home. *Hypertension*, 1984, 6, 209-216.
15. Graettinger W.F., Lipson J.L., Cheung D.G., Weber M.A. : Validation of portable noninvasive blood pressure monitoring devices : comparison with intra-arterial and sphygmomanometer measurements. *Am. Heart J.*, 1988, 116, 1155-1160.
16. Hla K.M., Feussner J.R. : Screening for pseudohypertension. A quantitative, noninvasive approach. *Arch. Intern. Méd.*, 1988, 148, 673-676.
17. Hypertension detection and follow up program cooperative group : Persistence of reduction in blood pressure and mortality of participants in the Hypertension detection and follow up program. *JAMA*, 1988, 259, 2113-2222.
18. Jackson G., Piercianowski T.A., Mahon W., London J. : Inappropriate antihypertensive therapy in the elderly. *Lancet*, 1976, ii, 1317-1318.
19. Jacobs L.J., Mantel N., Myerburg R.J., Sheps D.S. : Pseudohypertension due to diffuse vascular calcification in chronic renal failure. *Ann. Int. Med.*, 1979, 90, 353-355.
20. James G.D., Pickering T.G., Yee L.S., Harshfield G.A., Riva S., Laragh J.H. : The reproducibility of average ambulatory, home, and clinic pressures. *Hypertension*, 1988, 11, 545-549.
21. Julien J., Pagny J.Y., Jeunemaitre X., Fouqueray B., Plouin P.F., Corvol P. : Comparaison de trois techniques de mesure de la pression artérielle chez l'obèse. *Arch. Mal. Cœur*, 1988, 81 (Suppl. HTA), 241-245.
22. Kannel W.B., Dawbert T.R., Mac Gee D.L. : Systolic blood pressure, arterial rigidity and risk of stroke : the Framingham study. *JAMA*, 1981, 245, 1225-1229.
23. Keenan W.F. : Pseudohypertension mimicking hypertensive emergency (letter). *JAMA*, 1981, 246, 1088.
24. Kirkendall W., Feinleib M., Freis E.D., Mark A.L. : American heart association committee report. Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers. *Circulation*, 1980, 62, 1146A-1155A.
25. Laskin J.L., Paulus D., Bethea H.L. : Pseudohypertension due to medial calcific sclerosis. *J. Am. Dent. Assoc.*, 1980, 100, 384-385.
26. Littenberg B., Wolfberg C. : Pseudohypertension masquerading as malignant hypertension. Case report and review of the literature. *Am. J. Med.*, 1988, 84, 539-542.
27. Mancia G., Bertinieri G., Parati G. et coll. : Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet*, 1983, ii, 695-698.
28. Mann S., Mollar-Craig M.W., Raftery E.B. : Superiority of 24-hour measurement of blood pressure over clinic values in determining prognosis in hypertension. *Clin. Exp. Hypertens.*, 1985, A7, 279-282.
29. Maxwell M.H., Waks A.U., Schroth P.C., Karam M., Dornfeld L.P. : Errors in blood pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. *Lancet*, 1982, ii, 33-35.
30. Ménard J. : La pression artérielle en automesure : pour le meilleur et pour le pire. *Méd. Card. Vasc.*, 1981, 12, 29.
31. Messerli F.H. : Osler's maneuver, pseudohypertension and true hypertension in the elderly. *Am. J. Med.*, 1986, 80, 906-910.
32. O'Brien E., Peetie J.C., Littler W.A., De Swiet M. : Standards for blood pressure measuring devices. *Br. Med. J.*, 1987, 294, 1245-1246.
33. O'Callaghan W., Fitzgerald D.J., O'Malley K., De Swiet E. : Accuracy of indirect blood pressure measurement in the elderly. *Br. Med. J.*, 1983, 286, 1545-1546.
34. Padfield P.L., Lindsay B.A., Mc Laren J.A., Pirie A. : Changing relation between home and clinic blood pressure measurements : do home measurements predict clinic hypertension ? *Lancet*, 1987, ii, 322-324.
35. Patterson H.R. : Sources of error in recording the blood pressure of patients with hypertension in general practice. *Br. J. Med.*, 1984, 289, 1661-1664.
36. Perloff D., Sokolow M., Cowan R. : The prognostic value of ambulatory blood pressure. *JAMA*, 1983, 249, 2792-2798.
37. Pickering T.G. : The influence of daily activity on ambulatory blood pressure. *Am. Heart J.*, 1988, 116, 1141-1145.
38. Poggi L., Andre J.L., Mallion J.M., Plouin P.F., Safar M. : Mesure clinique de la pression artérielle. Recommandations. Société française d'hypertension artérielle. *Arch. Mal. Cœur*, 1988, 81 (Suppl. HTA), 13-20.
39. La pression artérielle en ambulatoire. Données actuelles. *Arch. Mal. Cœur*, 1987, 80 (n° special), 9-72.
40. Prochazka A.V., De Roin S., Holdcroft C., Lima M., Martel R. : Observer variation in Osler's maneuver. *Clin. Res.*, 1987, 35, 756.
41. Safar M. : Doit-on traiter toutes les hypertension artérielles ? *Ann. Cardiol. Angéiol.*, 1981, 30, 449-453.
42. Sheckman P., Klassen G. : Pseudohypertension secondary to a non-compressible brachial artery. *Can. Med. Assoc. J.*, 1974, 111, 1227-1228.
43. Spence J.D., Sibbald W.J., Cape R.D. : Direct, indirect and mean blood pressures in hypertensive patients : the problem of cuff artefact due to arterial wall stiffness, and a partial solution. *Clin. Invest. Med.*, 1980, 2, 165-173.
44. Sprague D.J., Kim D.I. : Pseudohypertension due to Monckeberg's arteriosclerosis. *Anesth. Analg.*, 1978, 57, 588-589.
45. Storey P.J., Thorpe R.J. : Pseudohypertension : the radiologist's role. *Australas Radiol.*, 1985, 29, 232-233.
46. Systolic hypertension in the elderly program research group. SHEP : Antihypertensive efficacy of chlorthalidone. *Am. J. Cardiol.*, 1985, 913-920.
47. Tagushi J.T., Suwangool P. : « Pipe-stem » brachial arteries. A cause of pseudohypertension. *JAMA*, 1974, 228, 733.
48. Tiffi C.P. : Are the days of sphygmomanometer past ? *Arch. Intern. Med.*, 1988, 148, 518-519.
49. Vardan S., Mookherjee S., Warner R., Smulyan H. : Systolic hypertension. Direct and indirect blood pressure measurements. *Arch. Intern. Med.*, 1983, 143, 935-938.
50. Waeber B., Petrillo A., Nussberger J. et coll. : Are some hypertensive patients overtreated ? A prospective study of ambulatory blood pressure recording. *Lancet*, 1987, ii, 732-734.
51. Wallace C.T., Carpenter F.A., Evins S.C., Mahaffey J.E. : Acute pseudohypertensive crisis. *Anesthesiology*, 1976, 43, 588-589.

Article reçu le : 7.02.89.
 Avis du Comité de lecture le : 7.04.89.
 Bon à tirer de l'auteur le : 5.06.89.

RÉSUMÉ

Fausse et vraies hypertension artérielles du sujet âgé Les erreurs diagnostiques et leurs solutions potentielles

L'hypertension artérielle chez le sujet âgé garde la même définition que chez l'adulte jeune. Épidémiologiquement, il est largement démontré qu'elle est, sur ce terrain, un facteur de risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. La méthode de mesure qui sert de référence internationale est la mesure auscultatoire avec manomètre à mercure. Cependant, cette mesure indirecte reste entachée de nombreuses causes d'erreurs, soit liées au matériel ou à l'observateur, soit intrinsèques à la méthode. Chez le sujet âgé, la pseudo-hypertension en est l'exemple-type. Plusieurs solutions sont proposées pour améliorer la fiabilité de la mesure indirecte, la plus convaincante étant l'utilisation d'appareils autonomes, scientifiquement validés, utilisant la méthode oscillométrique. La mesure ambulatoire de la pression artérielle ouvre une perspective intéressante, elle a un intérêt diagnostique, thérapeutique et probablement pronostique, l'ensemble de ces points restant à confirmer chez le sujet âgé.

Presse Méd., 1989, 18, pp. 1293-1296.