

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle

La prise en charge du patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de la pression artérielle et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV). L'HTA est définie de façon consensuelle par une PAS ≥ 140 mmHg et/ou une PAD ≥ 90 mmHg, mesurées au cabinet médical, et confirmées (au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois).

TECHNIQUE DE MESURE DE LA PA AU CABINET MÉDICAL

- **minimum 2 mesures par consultation** (une mesure à chaque bras au cours de la 1^{re} consultation)¹
- **avec un appareil validé, un brassard adapté** à la taille du bras et placé sur le plan du cœur
- **chez un patient en position couchée** ou **en position assise** depuis plusieurs minutes
- **avec recherche systématique** d'une hypotension orthostatique (particulièrement sujet âgé, diabétique)

AUTOMESURE ET MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE SUR 24 HEURES (MAPA)

Ces compléments à la mesure conventionnelle permettent d'éviter les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut, plus rares (HTA masquée ou ambulatoire isolée) et, de s'assurer de la permanence de l'HTA.

L'« HTA blouse blanche » est définie par une PA au cabinet $\geq 140/90$ mmHg alors que la PA ambulatoire est $< 135/85$ mmHg : nécessite une surveillance annuelle

Indications automesure et MAPA

Avant de débiter un traitement :

- si PA entre 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, d'antécédent cardio ou cérébro-vasculaire, de diabète ou d'insuffisance rénale
- chez le sujet âgé (après s'être assuré de sa faisabilité)

¹ Si une asymétrie tensionnelle (différence de plus de 20 mmHg pour la PAS) est constatée, les mesures ultérieures seront effectuées sur le bras où la valeur tensionnelle la plus élevée a été observée.

À tout moment de la prise en charge :

- en cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique

Indications plus spécifiques à la MAPA :

- évaluer le mode de variation de la PA nocturne
- rechercher une variabilité inhabituelle de la PA
- dans les cas où l'automesure n'est pas réalisable

Automesure	135/85 mmHg
MAPA éveil	135/85 mmHg
MAPA sommeil	120/70 mmHg
MAPA 24 h	130/80 mmHg

Seuils de pression artérielle définissant une HTA pour les mesures hors cabinet médical (moyenne des mesures)

ÉVALUATION INITIALE

Objectif : identifier les facteurs de risque (FDR), une atteinte des organes cibles (AOC) et/ou une maladie cardio-vasculaire et rénale associée afin d'estimer le niveau de risque cardio-vasculaire (RCV) du patient et ne pas méconnaître une HTA secondaire.

Les examens complémentaires recommandés dans le cadre du bilan initial :

- créatininémie et estimation du DFG¹ (formule de Cockcroft et Gault)
- bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et quantification si positivité
- kaliémie (sans garrot)
- prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol (formule de Friedewald)
- ECG de repos

ÉVALUATION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

FACTEURS DE RISQUE UTILISÉS POUR ESTIMER LE RCV GLOBAL

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
- Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
- Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
 - ▶ infarctus du myocarde ou mort subite, avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin
 - ▶ infarctus du myocarde ou mort subite, avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin
 - ▶ AVC précoce (< 45 ans)
- Diabète (diabète traité ou non traité)
- Dyslipidémie
 - ▶ LDL-cholestérol \geq 1,60 g/l (4,1 mmol/l)
 - ▶ HDL-cholestérol \leq 0,40 g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe

1 DFG : débit de filtration glomérulaire. Formule de Cockcroft et Gault (ml/min) : $DFG = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids} / \text{créatininémie}] \times K$
Âge en années, poids en kg, créatininémie en $\mu\text{mol/l}$ et $K = 1,23$ pour les hommes et $1,04$ pour les femmes.

AUTRES PARAMÈTRES À PRENDRE EN COMPTE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPERTENDU

- Obésité abdominale (périmètre abdominal¹ > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC \geq 30 kg/m²)
- Sédentarité (absence d'activité physique régulière)
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)

ATTEINTE DES ORGANES CIBLES (AOC)

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Microalbuminurie : 30 à 300 mg/j ou 20 à 200 mg/l

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET RÉNALES

- IR (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 500 mg/j
- AIT et AVC
- Insuffisance coronarienne
- Artériopathie aorto-iliaque et des MI

Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA \geq 180/110 mmHg
0 FDR associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FDR associés	Risque moyen		
\geq 3 FDR et/ou AOC et/ou diabète Maladie cardio-vasculaire/rénale	Risque élevé	Risque élevé	

HTA SECONDAIRE

Recherche d'une HTA secondaire en présence d'un ou plusieurs facteurs suivants :

- l'évaluation initiale a fourni une orientation étiologique
- HTA chez le patient jeune (< 30 ans)
- HTA sévère d'emblée (\geq 180/110)
- HTA s'aggravant rapidement ou résistante à un traitement²

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE : MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

- limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j
- réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC (indice de masse corporelle) en dessous de 25 kg/m², ou à défaut, afin d'obtenir une baisse de 10 % du poids initial
- pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min, environ 3 fois par semaine
- limiter la consommation d'alcool à moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent par jour chez la femme
- régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale)
- arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique

1 La mesure de la circonférence abdominale est un élément du diagnostic clinique du syndrome métabolique.

2 HTA résistante est définie par une persistance de la PA au-dessus de l'objectif tensionnel malgré un traitement associant au moins 3 classes thérapeutiques (à doses adéquates) dont un diurétique thiazidique (sauf en cas d'insuffisance rénale).

Les mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus, quel que soit le niveau tensionnel, avec ou sans traitement pharmacologique associé.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Le bénéfice du traitement pharmacologique est avant tout dépendant de la baisse de la pression artérielle, quelle que soit la classe d'antihypertenseur utilisée.

Choix des antihypertenseurs

Cinq classes d'antihypertenseurs recommandées en première intention dans l'HTA essentielle non compliquée

- les diurétiques thiazidiques
- les bêtabloquants
- les inhibiteurs calciques
- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- les antagonistes de l'angiotensine II (ARAII)

Le choix du traitement sera fonction :

- des situations cliniques particulières (cf. infra) ;
- de l'efficacité et de la tolérance ;
- des comorbidités associées ;
- du coût du traitement et de sa surveillance, en sachant que le diurétique thiazidique fait partie des classes dont le coût journalier est le plus faible.

Stratégie d'adaptation du traitement médicamenteux

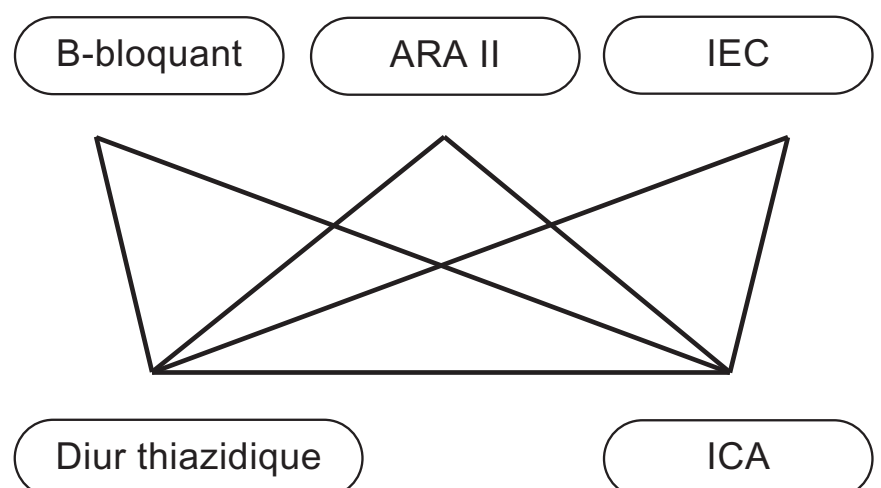
- Débuter par une monothérapie ou une association fixe d'antihypertenseurs à doses faibles (ayant l'AMM en première intention pour l'indication HTA)
- En cas de réponse tensionnelle insuffisante au traitement initial : bithérapie en deuxième intention dans un délai d'au moins 4 semaines
- Instaurer une bithérapie dans un délai plus court si :
 - ▶ PA \geq 180-110 mmHg
 - ▶ PA de 140-179/90-109 mmHg avec un RCV élevé

Après 4 semaines d'un traitement initial, en cas d'absence totale de réponse à ce traitement ou d'effets indésirables, il est recommandé de changer de classe thérapeutique.

Choix d'une association thérapeutique

Associations de classes thérapeutiques qui sont efficaces (effet additif ou potentialisation) et validées par les études cliniques :

- Bêtabloquant et diurétique thiazidique
- Diurétique thiazidique et IEC ou diurétique thiazidique et ARA II
- Bêtabloquant et inhibiteur calcique de type dihydropiridine
- Inhibiteur calcique et IEC ou inhibiteur calcique et ARA II
- Inhibiteur calcique et diurétique thiazidique



Objectifs tensionnels

HTA essentielle	PAS < 140 et PAD < 90 mmHg
HTA chez le diabétique	PAS < 130 et PAD < 80 mmHg
HTA et insuffisance rénale	PAS < 130 et PAD < 80 mmHg et protéinurie < 0,5 g/j

Décision de traitement

	PA 140-159 / 90-99 mmHg	PA 160-179 / 100-109 mmHg	PA ≥ 180/110 mmHg
O FDR CV	Risque faible MHD 6 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque moyen MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique
1 à 2 FDR CV	Risque moyen MHD 1 à 3 mois puis TTT pharmaco si objectif non atteint		
≥ 3 FDR CV et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé MHD et TTT pharmacologique		
Maladie cardio- cérébro-vasculaire ou rénale associée			

FDR CV : facteur de risque cardio-vasculaire – MHD : mesures hygiéno-diététiques – TTT : traitement – AOC : atteintes des organes cibles.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Choix du traitement antihypertenseur basé sur des essais contrôlés, en cas de situations particulières

Indications spécifiques	Classes thérapeutiques préférentielles
Sujet âgé, hypertension systolique	Diurétique thiazidique Inhibiteur calcique dihydropyridine de longue durée d'action
Néphropathie diabétique (type 1) à partir du stade de microalbuminurie	IEC ou ARA II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie diabétique (type 2) à partir du stade de microalbuminurie	ARA II ou IEC Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie non diabétique	IEC ou ARA II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Cardiopathie post IDM	IEC Bêtabloquant
Maladie coronarienne	Bêtabloquant Inhibiteur calcique de longue durée d'action
Insuffisance cardiaque systolique	Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse IEC (1 ^{re} intention) ou ARA II (en cas d'intolérance IEC) Bêtabloquant Antialdostérone (aux stades III et IV de la NYHA)
Hypertrophie ventriculaire gauche	ARA II Diurétique thiazidique
Antécédents d'accident vasculaire cérébral	Diurétique thiazidique Diurétique thiazidique et IEC

Paramètres et périodicité de la surveillance du patient hypertendu

Paramètres	Si HTA contrôlée non compliquée	Périodicité selon la situation
PA	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint
Interrogatoire et examen CV	3 à 6 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Kaliémie, créatininémie et calcul du DFG	1 à 2 ans	Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents. Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois)
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie
Exploration d'anomalie lipidique (EAL)	3 ans, si lipides initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie
ECG	3 ans	Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique