

Annexe 8. Actualisation des connaissances, *reminders* : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé

Groupe pluriprofessionnel de pilotage 2008-2009

1. La pression artérielle doit être mesurée en cabinet et l'HTA confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.
2. L'hypertension artérielle est confirmée lorsque en cabinet PAS > 140 et PAD > 90, mais en auto-contrôle PAS > 135 et PAD > 85.
3. La cible PA chez le diabétique et l'insuffisant rénal est de PAS 130 PAD 80.
4. À partir de 80 ans, la PAS cible est de 150 mmHg.
5. Une HTA > 180/110 doit être confirmée et amène à rechercher les signes de souffrance viscérale en particulier par un fond d'œil.
6. En l'absence de rétinopathie (stades II, III) au FO, l'HTA sévère (stade 3) est considérée comme isolée ; ne nécessite pas de traitement en urgence mais un contrôle tensionnel dans l'heure, une consultation médicale dans la semaine en cas de RCV moyen, dans la journée si RCV élevé ou d'estimation impossible.
7. En présence de signes de rétinopathie, nécessité d'hospitalisation et d'un traitement immédiat.
8. La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière (pas de nifépidine par voie orale ni sublinguale).
9. Souffrance viscérale : AVC, insuffisance cardiaque congestive, cardiopathie ischémique, dissection aortique, éclampsie.
10. La pré-éclampsie sévère : PAS sup à 160 et PAD sup à 110 en cours de grossesse, est une urgence hypertensive.
11. FO : œdème papillaire, hémorragie, exsudats rétiens signent la gravité et une prise en charge aux urgences hospitalières.
12. L'urgence hypertensive met en jeu le pronostic vital, à très court terme.
13. Examens complémentaires requis : estimation débit de filtration glomérulaire, kaliémie sans garrot, bandelette urinaire, glycémie, chol total, HDL, LDL, triglycérides et ECG de repos.
14. HTA toxiques réglisse, ecstasy, amphétamines, cocaïne.
15. OH : consommation excessive d'alcool : homme > 3 unités/j, femmes > 2 unités/j sans pause hebdomadaire.
16. En cas de surpoids $25 < \text{IMC} < 30$ ou d'obésité $\text{IMC} > 30$ la cible est une perte de poids de 10 pour cent.
17. Surpoids entre 25 et 30 : obésité au-dessus, Alimentation variée type régime méditerranéen recommandée, avec perte de poids entre 5 et 10 % en cas d'obésité.
18. La cible LDL varie selon le risque cardio-vasculaire global, en dessous de 1,6 g/l, il s'abaisse en fonction des facteurs de risque associés.
19. Le diabète est un risque vasculaire majeur. La cible LDL se situe autour de 1 g/l.
20. En cas de prévention secondaire (ou de diabète) la cible LDL se situe autour de 1 g/l.
21. HTA iatrogène : AINS, contraception orale, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux.
22. Étiologies d'HTA à rechercher chez les jeunes : sténose artère rénale, phéochromocytome, hyperaldostérionisme primaire, coarctation aorte.
23. L'apnée du sommeil, étiologie curable de l'HTA, est à rechercher systématiquement.
24. Consommation de sel recommandée inférieure à 6 g/j soit une cuillère à thé = 5 ml.
25. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS et le plus proche possible des recommandations.
26. La diététique est à personnaliser en fonction des préférences patients, la référence étant la pyramide du régime type méditerranéen.
27. Si l'IMC est supérieur à 25, une perte de poids de 5 pour cent est suffisante pour diminuer le RCV.
28. Activité physique recommandée entre 30 et 60 min/j 3 fois/semaine en plus des activités de la vie courante. Le type est à adapter selon le patient. Gain attendu : PAS – 5 mm ; PAD - 3,7 mm.
29. Le tabagisme est un facteur de risque majeur, dont l'arrêt est à négocier prioritairement.
30. L'éducation thérapeutique repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi-même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème.