

Tableau 1. Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

Messages clés	Sources : intitulé, auteur ou promoteur, date.				Niveau de recommandations
	Poussée hypertensive de l'adulte Afssaps mai 2002 et <i>NHS management of hypertension in adults in primary care; review nov 2009</i>	Le consensus de 1994 Joint Committee FMU actualisation HTA au service accueil urgence 2005	Guide d'implémentation dépistage et suivi HTA en milieu clinique. INSB Québec 2008 et programme éducatif canadien sur l'HTA (PECH)	Prise en charge des patients adultes atteints d'HTA Actualisation et synthèse des recommandations HAS 2005	R, RN, O
La réalité d'une hypertension (PA > 140/90) se vérifie par 2 mesures lors de 3 contrôles ou consultations différent(e)s, au cabinet. Chez un sujet assis, après 5 minutes de repos, dos maintenu, bras sur table, jambes non croisées, vessie vide, immobile, relaxé, ne parlant pas, brassard huméral de taille adaptée, correctement placé.	Avant de porter un diagnostic d'HTA répéter les contrôles tensionnels <i>To identify hypertension (persistent raised blood pressure > 140/90) two subsequent clinic appointments from 2 readings under best conditions available. Arm support is very important.</i>	Pour vérifier une pression artérielle, multiplier les mesures au cours d'une même consultation ou de consultations répétées Gr A.	La mesure de la PA est la moyenne de 2 lectures à au moins une minute d'intervalle.	L'HTA doit être mesurée au cabinet médical et confirmée par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives sur une période de 3 à 6 mois.	R
L' automesure résulte de la moyenne de 3 prises réalisées à 1-2 min d'intervalle, Son évaluation se fait à partir des résultats de 2 prises/j pendant une semaine. Hypertension > 135/85.	<i>Use Ambulatory BP monitoring if white coat effect is suspected.</i>		La valeur de référence par automesure à domicile est PAS 135 PAD 85 mmHg.	Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical afin de s'assurer de sa permanence en dessous de 179/109.	R
Le délai de consultation médicale lors de la découverte d'HTA entre PAS 160-179 et PAD 100-109 varie en fonction du RCV entre plus d'un mois et dans la journée.		Pas de traitement immédiat mais TA à contrôler dans l'heure pour une HTA légère ou modérée, en dessous de 179-109, donner des conseils de surveillance et de consultation médicale.		La décision de la prise en charge dépend des chiffres tensionnels et du RCV global. Entre 160-179/100-109 et 0 à 2 facteurs de risque, le risque est moyen.	R
L' évaluation du risque cardio-vasculaire est nécessaire en cas d'hypertension dès TA > 140/90, afin de pouvoir différer une consultation médicale au-delà de 24 heures.	<i>Health professionals should be using the latest CVD risk assessment charts as listed in the current BNF or another validated risk assessment tool, to assess CVD risk.</i>			RCV global faible si 140 < PAS < HTA < 159 et 90 < PAD < 99, sans facteur de risque supplémentaire ; si associée à 1 ou 2 facteurs de risque le RCV est moyen.	R

Tableau 1 (suite). Exemple de tableau comparatif des recommandations sources et des messages clés : découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé.

Une PA > 180-110, contrôlée à 2 reprises, signe une HTA avérée, sévère, et nécessite un FO.	Le FO est indispensable pour confirmer l'absence de retentissement clinique de l'HTA sévère (> 180-110) à très sévère au stade 3 (G B). <i>Refer immediatly if the patient had TA>180/110 with signs of papilloedema and or retinal hemorrhage</i>	Les stades 3 et 4 (<i>hypertension sévère actuelle</i>) ne peuvent être considérés comme isolés qu'en cas de FPO normal.		Diagnostic d'HTA posé au-delà de 180-110, lors de la deuxième visite d'évaluation. Le niveau de risque cardio-vasculaire est élevé en présence d'une TA > 180/110, de diabète ou de maladie cardio-vasculaire ou rénale associée.	R
Une découverte de TA ≥ 180/110 nécessite repos et réévaluation à court terme (quelques heures).	En cas d'élévation tensionnelle ≥ 180/110 il est recommandé de contrôler ce niveau élevé de PA : repos et réévaluation à court terme (quelques heures).	Une consultation dont le délai devrait être rapproché : dans la semaine au stade 3 et dans la journée au stade 4.		En cas de PA >180/110 il est recommandé de confirmer par 2 mesures par consultation au cours de 2 consultations rapprochées.	R
Urgence hypertensive au-dessus de 210-120, et/ou en présence de signes de souffrance viscérale (convulsions, céphalées, douleurs abdominales), nécessite une médicalisation dans l'heure.	Si souffrance viscérale grave et récente déficit neurologique aigu, OAP, dissection aortique, éclampsie urgence hypertensive : prise en charge hospitalière sous surveillance semi-continue de la PA.	Recommande pour le stade 4 (TA > 210-120) une mise sous surveillance et un traitement dans l'heure.	Urgence hypertensive en cas de PAD > 130, ou de signes d'encéphalopathie, dissection Ao, d'IVG aiguë ou d'ischémie aiguë (convulsions, céphalées, douleurs abdominales).		R
La baisse de la PA en urgence doit se faire sous surveillance médicale hospitalière , pas de nifédipine ni d'autre médicament par voie orale ni sublinguale.	L'urgence thérapeutique hypertensive grade 3 justifie l'hospitalisation (Gr A) En cas de déficit neurologique : ne pas faire baisser la TA lors de la prise en charge initiale (Gr A).				R RN

* JN Fiessenger, N Postel-Vinay, G Bobrie : L'automesure tensionnelle. Recommandations de la commission IV des maladies cardio-vasculaires. Communiqué adopté le 9 mars 2010