

Hypertension artérielle essentielle chez l'adulte

Recommandations pour la pratique
clinique

HAS - Actualisation 2005

Hypertension artérielle

- 13,5 % actes médicaux
- 11 millions de personnes en France
- Prévalence (>20 ans) : 16,5%
- Facteurs de risque important dans les maladies cardio-vasculaires (1° cause de mortalité en France : 180000 décès/an soit 32% des décès dont 25% affecte des personnes de moins de 75 ans)

Niveau de PA et risque CV

« La prise en charge du patient hypertendu repose à la fois

- sur les valeurs de la pression artérielle (PA)
- et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV) »

- L'augmentation du risque de morbi-mortalité CV est directement lié à l'élévation de la PA selon une relation continue à partir de 115/75 mmHg (grade B)
- Au delà de 50 ans, le risque est surtout lié à la PA systolique
 - **Relation continue = pas de seuil précis d'HTA**

Définition de l'HTA

**PAS \geq 140 mmHg
et/ou
PAD \geq 90 mm Hg**

Mesurées au cabinet médical
Confirmées

- au minimum par deux mesures par consultation,
- au cours de trois consultations successives
- sur une période de 3 à 6 mois

Si PA \geq 180/110 mmHg : 2 mesures par consultations-2 consultations rapprochées

Technique de mesure de la PA

- Avec un appareil validé, un brassard adapté à la taille du bras et placé sur le plan du cœur
- Chez un patient en position couché ou en position assise depuis plusieurs minutes
- Minimum de deux mesures par consultation , à qq minutes : résultat = moyenne des 2
- une mesure à chaque bras au cours de la première consultation, puis du côté le plus élevé si plus de 20 mmHg d'écart
- Avec recherche systématique d'une hypotension orthostatique (en particulier sujet âgé, diabétique) : chute de plus de 20mmHgde PAS et/ou 10 de PAD
- Appareil à mercure ou électronique validé (AFFSAPS)

Automesure et MAPA

= en dehors du cabinet médical

- Eviter les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche)
- ou par défaut, plus rares (HTA masquée ou ambulatoire isolée)
- s'assurer de la permanence de l'HTA

Meilleure valeur pronostique que mesure au cabinet

L'HTA blouse blanche est définie par une PA au cabinet $\geq 140/90$ alors que la PA ambulatoire est $< 135/85$: nécessite une surveillance annuelle car risque particulier d'HTA permanente

Indications automesure et MAPA

Avant de débiter un traitement : pour éviter l'effet blouse blanche et s'assurer de la permanence de l'HTA

- Si PA comprise entre 140-179 de maxima et 90-109 de minima 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)
- ***A tout moment de la prise en charge :***
 - En cas d'HTA résistante
 - dans l'évaluation thérapeutique

Indications plus spécifiques

- **de la MAPA**
 - Evaluer 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
- **De l'automesure**
 - Éducation thérapeutique du patient : améliore l'observance

L'automesure tensionnelle

- Conditions optimales: règles des 3
 - 3 mesures consécutives en position assise
 - Le matin et le soir
 - Pendant 3 jours
 - En période d'activité habituelle

 - De préférence appareil de mesure humérale, validé

Seuils de PA définissant HTA pour les mesures hors cabinet médical (moyenne des mesures)

- Auto-mesure 135/85 mmHg
- MAPA éveil 135/85 mmHg
- MAPA sommeil 120/70 mmHg
- MAPA 24 heures 130/80 mmHg

Evaluation initiale : Objectifs

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)

et ne pas méconnaître une HTA secondaire

Examens complémentaires recommandés dans le cadre du bilan initial

- Créatininémie et estimation du DFG (Cockcroft et Gault)
- Bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et quantification si positive
- Kaliémie (sans garrot)
- Glycémie à jeun,
- Cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol (formule de Friedewald)
- ECG de repos

Evaluation risque cardio-vasculaire : facteurs de risque utilisés

- Age (> 50 ans chez l'homme et >60 ans chez la femme)
- Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de trois 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^o 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^o degré de sexe féminin
 - AVC précoce (< 45 ans)
- Diabète (traité ou non traité)
- Dyslipidémie
 - LDL-cholestérol $\geq 1,60$ g/l
 - HDL-cholestérol $\leq 0,40$ g/l quel que soit le sexe

Autres paramètres

- Obésité abdominale (périmètre abdominal >102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme) ou obésité IMC ≥ 30)
- Sédentarité
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et plus de 2 verres/j chez la femme)

Atteinte des organes cibles (AOC)

- **Hypertrophie ventriculaire gauche**
 - Echocardiographie pas chez tous les hypertendus
 - si HTA symptomatique (douleur, dyspnée)
 - souffle cardiaque ou
 - si anomalie de l'ECG
- **Microalbuminurie** : 30 à 300 mg/j ou 20 à 200 mg/l

Maladies cardio-vasculaires et rénales

- Insuffisance rénale (DFG < 60 ml/mn) ou protéinurie > 500 mg/j
- AIT et AVC
- Insuffisance coronarienne
- Artériopathie aorto-iliaque et des membres inférieurs

Stratifications des niveaux de risque cardio-vasculaire

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

Décisions de traiter

Risque faible

MHD 6 mois

puis traitement pharmacologique si objectif non atteint

Risque moyen

MHD 1 à 3 mois

puis traitement pharmacologique si objectif non atteint

Risque élevé

MHD et traitement pharmacologique

Recherche HTA secondaire

- Si 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 traitement

Principales causes d'HTA secondaires

- Alcool
- HTA iatrogène (AINS, contraception OP, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux, etc..)
- HTA toxique (réglisse, ecstasy, amphétamines, cocaïne)
- Maladies rénales, insuffisance rénale
- Sténose de l'artère rénale
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Hyperaldostéronisme primaire
- Phéochromocytome
- Coarctation de l'aorte passée inaperçue
- Rares formes monogéniques d'HTA

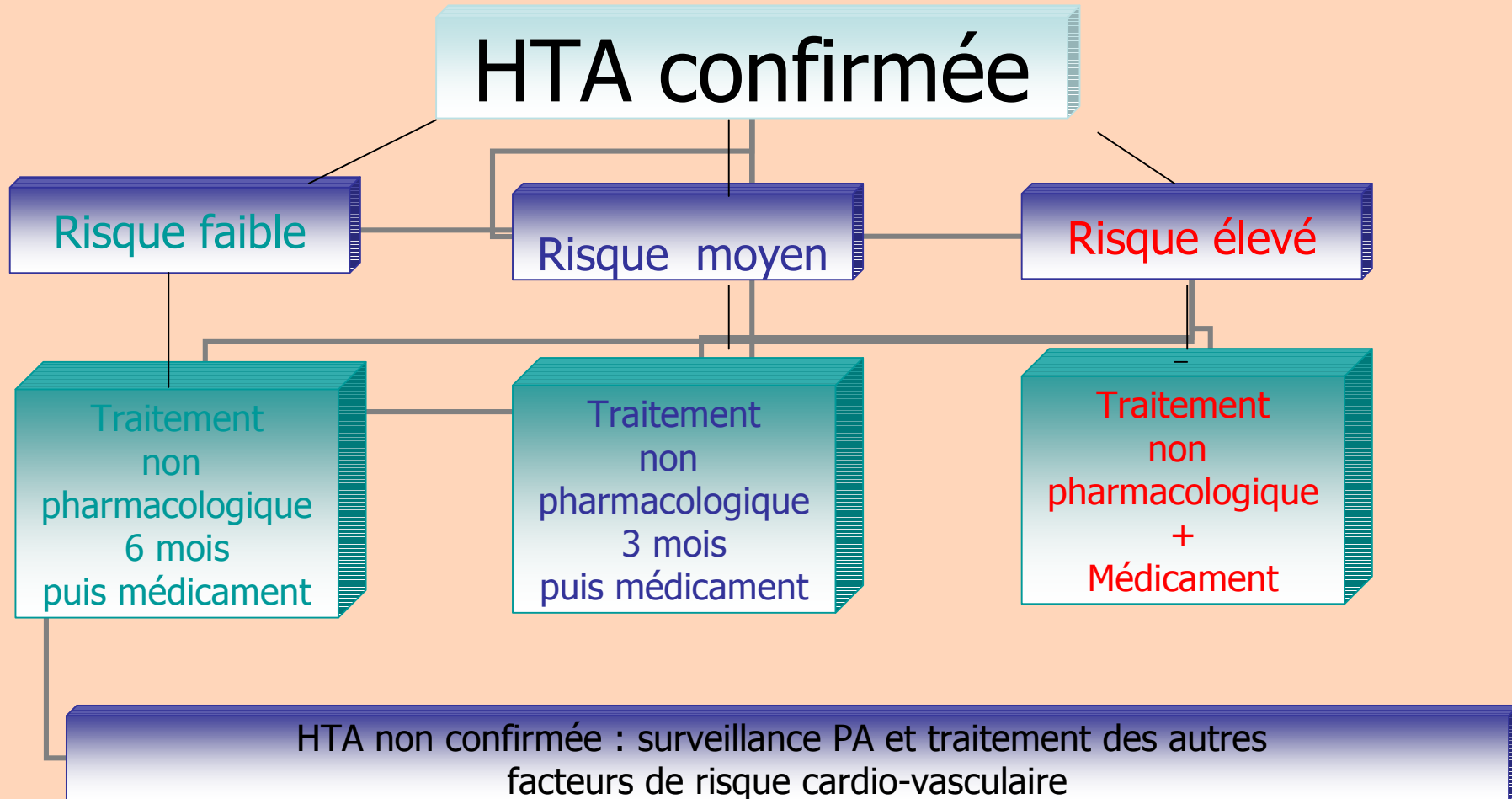
Stratégies thérapeutiques de première intention

Objectifs thérapeutiques

HTA essentielle :

- ramener les chiffres tensionnels en dessous de 140 mmHg pour la PAS et 90 mmHg pour la PAD
 - Diabétique : PA < 130/80 mmHg
 - Insuffisant rénal : PA < 130/80 mm Hg et protéinurie < 0,50 g/l

Prise en charge initiale



Traitement non pharmacologique : règles hygiéno-diététiques

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

D'autant plus efficaces dans le cadre d'une éducation thérapeutique avec information du patient et objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient

Hiérarchiser les mesures et les étaler dans le temps, dès l'instauration de la prise en charge

Traitement non pharmacologique : règles hygiéno-diététiques

- Limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j
- Réduction du poids en cas de surcharge pondérale, IMC < 25 ou, à défaut, baisse de 10% du poids initial
- activité physique régulière, adaptée au patient, d'au moins une demi-heure, environ 3 x/semaine
- moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent chez la femme
- Régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (d'origine animale)
- Arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique

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 (grade A)

Antihypertenseurs

5 classes d'antihypertenseurs sont recommandés en 1^o intention dans l'HTA essentielle non compliquée (grade A):

- diurétiques thiazidiques
- β -bloquant
- Inhibiteurs calciques
- IEC
- Antagonistes de l'angiotensine II (ARAII)

Choix du traitement antihypertenseur

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 les diurétiques thiazidiques 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 1^o intention

En cas de réponse tensionnelle insuffisante au traitement initial dans un délai d'au moins 4 semaines
Augmenter les doses ou bithérapie

Instaurer une bithérapie dans un délai plus court si:
PA \geq 180/110 mm Hg
PA de 140-179/90-109 mm Hg avec un RCV élevé

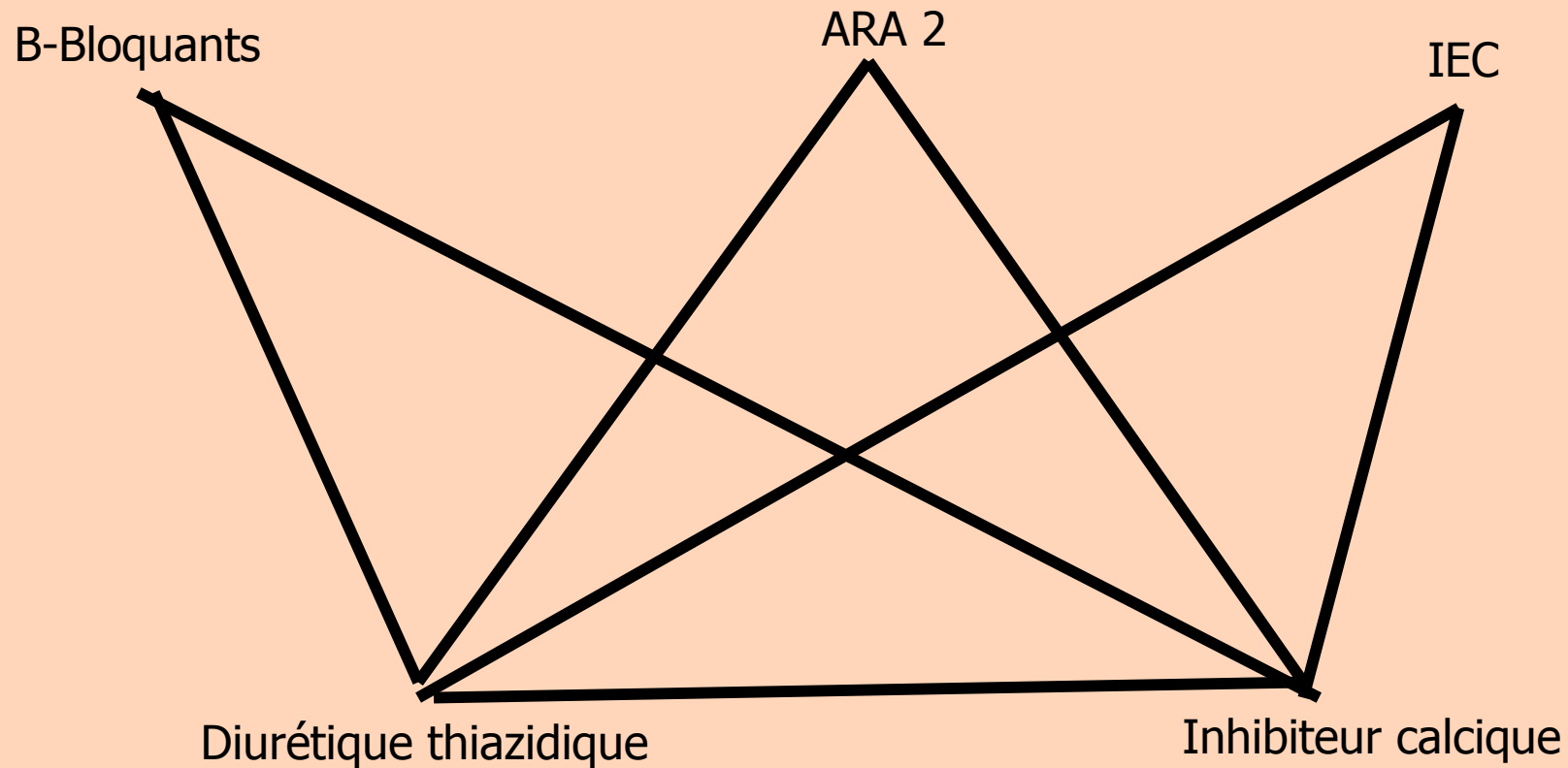
Après quatre semaines d'un traitement initial, en cas d'absence totale de réponse à ce traitement ou d'effets indésirables, il est recommandé de changer de classe thérapeutique

Stratégies thérapeutiques de deuxième intention

Bithérapie antihypertensive

- Instaurée dans un délai d'au moins 4 semaines, en cas de réponse insuffisante au traitement initial
- Dans un délai plus court si :
 - Risque élevé (PA \geq 180-110 mmHg quel que soit le nombre de FDR associés ou PA comprise entre 140-179/90-109 mmHg et plus de 3 FDR)
 - et/ou AOC et/ou diabète et/ou maladie cardiovasculaire/rénale

Choix d'une association thérapeutique



Effets additifs sur la baisse tensionnelle

Trithérapie

- En cas d'échec de la bithérapie, le recours à une trithérapie antihypertensive est nécessaire.
- Elle doit comprendre
 - 3 classes thérapeutiques à doses adéquates
 - dont un diurétique thiazidique.
 - et des mesures hygienodiététiques
- Si la PA reste au dessus de l'objectif tensionnel, il faut évoquer une HTA résistante dont le diagnostic doit être confirmé par une MAPA ou une automesure

Facteurs d'HTA résistante

- Observance insuffisante
- Erreurs de mesure de la PA (brassard non adapté à la taille du bras)
- Cause iatrogène (stéroïdes, AINS, contraceptifs oraux, antidépresseur)
- Consommation excessive d'alcool
- Apnées du sommeil
- Surcharge volémique (rétention hydrique liée à une insuffisance rénale, consommation de sel excessive, doses de diurétiques inadaptées)
- Doses des antihypertenseurs inadaptées

Suivi

Si PA équilibrée :

- **une consultation**
 - tous les six mois
 - tous les trois mois si RCV élevé
- **BU, kaliémie, créatininémie (DFG)** tous les ans si fonction rénale N
- **Glycémie, EAL, ECG** tous les 3 ans si initialement Nx et hors contexte évocateur

- La fréquence des contrôles est adaptée au patient,
 - en fonction des FDR et des comorbidités associés,
 - de la qualité de l'observance du patient
 - et du niveau tensionnel

Suivi : objectifs

Surveiller

- le niveau tensionnel (adapter le traitement / PA)
- la tolérance au traitement
- l'observance
- l'apparition de nouveaux FDR
- l'apparition ou l'aggravation de complications cardiovasculaires (coronarienne, rénale, vasculaire)

HTA et patients âgés

- L'HTA systolique isolée ou pure (PAS \geq 140 et PAD $<$ 90 mmHg) est plus fréquente chez le patient âgé et doit être prise en charge (grade A)
 - de 60 à 80 ans, diminue l'incidence
 - des événements cardiovasculaires,
 - l'insuffisance cardiaque,
 - les AVC
 - et le risque de démence (grade A)
 - Patients âgés de plus de 80 ans, bénéfique sur la prévention des AVC (grade B)

HTA et patients âgés

- Objectif théorique du traitement : PA < 140/90 mm Hg mais doit être modulé en fonction du niveau initial
 - Pour PAS >180 mmHg, une diminution de 20 à 30 mmHg est acceptable
 - Au-delà de 80 ans, l'objectif thérapeutique
 - est une PAS < 150 mmHg,
 - en l'absence d'hypotension orthostatique (grade B)

HTA et patients âgés

- Le traitement non médicamenteux est efficace
- mais certaines mesures sont difficiles à mettre en œuvre (réduction pondérale, activité physique) ou non recommandée (restriction sodée)
- initié par une monothérapie à faible dose, surtout après 80 ans.
 - En première intention : diurétique thiazidique ou ICA de type dihydropyridine de longue durée d'action (grade A)
- **En cas d'antécédent d'AVC et à distance de la phase aiguë**, un diurétique thiazidique ou une association diurétique thiazidique/IEC diminue le risque de récurrence (grade A)

HTA et patients âgés de plus de 65 ans

- Surveillance répétée de la fonction rénale (créatininémie, DFG)
 - à l'instauration du traitement puis 2 fois/an
 - si médicaments à potentiel néphrotoxique comme les AINS
- baisse de la PA progressive avec recherche d'une hypotension orthostatique
- A partir de 80 ans, pas plus de trois antihypertenseurs

HTA et diabète

- Deux objectifs principaux :
 - Prévention cardiovasculaire
 - Néphroprotection

La baisse de la PA associée à un contrôle strict de la glycémie permet de réduire le risque de survenue de complications micro- et macrovasculaires ou leur aggravation (grade A)

- Objectif tensionnel: PA < 130/80 mmHg

HTA et diabète

5 classes thérapeutiques (IEC, ARA II, diurétique thiazidique, b-bloquant cardiosélectif, ICA)

- Les IEC dans le diabète de type 1
 - les ARA II dans le diabète de type 2
- ont montré un effet néphroprotecteur, à partir du stade de microalbuminurie (grade B)
- Chez les diabétiques de type 2 ayant d'autres FDR, les IEC à doses suffisantes, pourraient apporter une protection cardiovasculaire spécifique (grade B)

HTA et dyslipidémie

- Mesures non médicamenteuses pendant trois mois
- En prévention primaire, une statine est proposée
 - Si un autre FDR (non diabétique), pour LDL-CT < 1,6g/l
 - Si deux autres FDR (non diabétique), pour LDL-CT < 1,3 g/l
 - Si diabète, pour LDL-CT < 1,3 g/l
 - Si diabète + un autre FDR et/ou atteinte rénale et/ou microalbuminurie, pour LDL-CT < 1 g/l

Antiagrégants plaquettaires ?

- Pas recommandé si risque CV faible à moyen
- Pas recommandé si risque Cv élevé , mais non diabétique
- Recommandé
 - si prévention secondaire (cardiovasculaire, cérébrovasculaire ou rénale) ou diabétique :AAS 75 mg/j
 - Quand PA contrôlée car risque hémorragique cérébral

HTA et pathologie cardio-vasculaire

- hypertendu coronarien : β -bloquant, IEC ou ICA (grade B)
- insuffisant cardiaque par dysfonction systolique,
 - un IEC ou en cas d'intolérance, un ARA II (grade A),
 - un diurétique de l'anse ou un thiazidique (grade B)
 - et un β -bloquant ayant l'AMM dans cette indication (grade A) sont bénéfiques
 - Antialdostérones à faibles doses en association (stade NYHA III et IV), en l'absence d'insuffisance rénale et d'hyperkaliémie

Surveiller fonction rénale et kaliémie

HTA et insuffisant rénal

- Définition : DFG < 60ml/mn
- Contrôle tensionnel strict est recommandé pour prévenir ou ralentir l'évolution vers une IR terminale et assurer la prévention des complications cardiovasculaires (grade B)
- Objectifs : PA < 130/80 mm Hg et protéinurie < 0,50 g/l

HTA et insuffisant rénal

- En première intention, sont recommandées les classes thérapeutiques qui agissent sur le système rénine-angiotensine
 - IEC,
 - en cas d'intolérance, ARA II,
 - associé à un diurétique thiazidique ou à un diurétique de l'anse en fonction de la sévérité de l'atteinte rénale
- En cas d'IR sévère (DFG < 30 ml/mn), un diurétique de l'anse est indiqué (grade A)

Points-clés

- Définir une "cible opérationnelle" :
 - HTA permanente de plus de 140mmHG de PAS /90mmHg
 - Confirmés éventuellement par Auto-mesures - MAPA
- Evaluer le risque cardio-vasculaire global
- Evaluation initiale : Facteurs de Risques - Atteintes d'Organe Cibles- maladies cardio-vasculaires, cérébrovasculaires ou rénales
- Traiter
 - Mesures hygiéno-diététiques recommandées chez tous les patients hypertendus
 - Le bénéfice du traitement pharmacologique est avant tout dépendant de la baisse de la PA

*"Il n'y a plus d'hypertendus ou
d'hypercholestérolémiques, il y a des
patients à risque cardio-vasculaire"*