



PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE – VALEURS-CIBLES

Ces guidelines reprennent l'essentiel des guidelines européennes et américaines actuelles. Le lecteur est invité à les consulter pour plus de détails.

L'hypertension artérielle est le facteur de risque numéro 1 pour l'AVC ischémique et hémorragique et un facteur de risque important pour les autres maladies vasculaires et l'insuffisance cardiaque.

Etant donné l'importance de cette maladie, il est recommandé de prendre la tension à chaque visite avec examen physique au début aux 2 bras. Chez les sujets obèses un brassard plus large doit être utilisé. Il faut prendre la tension au repos en mettant le bras au niveau du cœur.

La moitié des sujets avec une tension entre 13,0-13,9/8,5-8,9 va développer une hypertension endéans des 2 ans suivants. Il faut les contrôler au moins une fois par an.

Plus que la moitié des patients avec une « white coat hypertension » vont développer une hypertension artérielle endéans les 6 mois.

Il faut les contrôler tous les 3-6 mois.

On propose pour l'autocontrôle 3 mesures par jour pendant 3 jours avant la consultation médicale.

Chaque individu (sauf des rares exceptions comme p. ex. l'éclampsie, l'AVC aigu et les sujets âgés qui le tolèrent mal) devrait avoir une tension artérielle inférieure à 14/9 cmHg mesuré 2 fois conventionnellement (ou des valeurs moyennes de 24 heures de 13,0/8,0 cmHg ou des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg).

Des valeurs cible plus basses dans des populations particulières ont été abandonnées, sauf après AVC lacunaire ou dans les diabétiques (voir tableau ci-dessous). On ne traite pas ici des conditions particulières comme l'AVC aigu ou la grossesse.

Quelques jours avant la publication de ces guidelines, l'étude SPRINT est parue dans le New England Journal of Medicine. Dans cette étude 9361 patients avec un risque cardiovasculaire élevé ont été randomisés à des valeurs systoliques cible inférieurs soit à 14 soit à 12cmHg. Après une période d'observation médiane de 3.26 ans, il y avait une nette réduction d'un endpoint composé dans le groupe avec traitement intensif, surtout causé par une réduction d'insuffisance cardiaque (RRR -38%) de mort cardiovasculaire (-43%) et de mortalité de toute cause (-27%). Il n'y avait pas d'augmentation de chutes avec blessure sous le traitement intensif. Pour l'inclusion au moins un des critères suivants était nécessaire : âge \geq 75 ans, insuffisance rénale chronique (filtration glomérulaire 20 – 59 ml/min/1.73m²), infarctus du myocarde, sténose artérielle \geq 50% ou après intervention artérielle (coronaires, carotides, artères des membres inférieures), hypertrophie ventriculaire gauche (ECG ou échographie). Des critères d'exclusion importantes étaient âge <50 ans, diabète, AVC dans les antécédents, résidence dans une maison de soins. Pour les critères précis veuillez consulter l'appendice supplémentaire de l'étude. Pour le moment il n'est pas clair si l'on peut transférer cette recommandation sur d'autres populations.



	Tension cible inférieure à
Population générale	14/9 cmHg (Ia-IIb) (correspond à des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg ou des valeurs moyennes de 24 heures de 13,0/8,0 cmHg dans le Holter tensionnel)
Patients à haut risque cardiovasculaire, mais sans diabète et sans AVC, ne résidant pas dans une maison de soins	12 cmHg systolique (Ib)
Après AVC lacunaire	13/8 cmHg (Ib)
Diabétiques	14/8,5 cmHg (Ia) (pas inférieure à 13/8 comme dans les guidelines précédentes) (Ib)
Sujets âgés qui tolèrent mal ces limites	15 cmHg systolique (IIb)

En général, la prise de la tension artérielle par méthode conventionnelle soit par le patient lui-même soit par le médecin/une infirmière est suffisante. Dans les cas suivants, un enregistrement continu sur 24 heures peut être utile:

- Suspicion d'une résistance au traitement antihypertenseur
- suspicion de « white coat hypertension » pour obtenir des valeurs dans le milieu normal
- valeurs inconstantes
- suspicion d'hypertension nocturne
- suspicion d'hypotension sous traitement
- dysfonction autonome
- risque vasculaire élevé

Dès le diagnostic de l'hypertension les règles hygiéno-diététiques suivantes sont essentielles :

- arrêt du tabagisme
- poids idéal
- exercice physique
- alimentation équilibrée, notamment diminution de la consommation de sel. La réduction du sel diminue la tension, néanmoins une réduction d'évènements cérébro-cardiovasculaires n'a pas pu être démontrée et est discutée.

On a observé des résultats probants dans l'ensemble des essais comparatifs versus placebo des grandes classes thérapeutiques d'antihypertenseurs: diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'IEC et sartans. Le choix de l'antihypertenseur reste individuel en fonction des comorbidités et des effets secondaires du produit en question. Dans les sujets de race noire, le traitement initial devrait comprendre un thiazide ou un antagoniste calcique. Chez le sujet jeune non-noir (<55 ans) un inhibiteur d'IEC ou un sartan et après AVC un sartan ou la combinaison inhibiteur d'IEC/diurétique sont particulièrement recommandés. Après la phase aiguë (environ une semaine) d'un AVC, la réduction de la pression artérielle est recommandée.



Les alpha-bloquants (p.ex. doxazosine) ne sont recommandés qu'en cas d'une hypertrophie de la prostate concomitante. Il n'y a pas d'étude ayant démontré une efficacité d'aliskiren sur les endpoints cliniques.

Fréquemment une combinaison de différents médicaments sera nécessaire pour obtenir les valeurs cible. La combinaison d'un IEC avec un sartan n'est pas recommandée. L'utilisation de 2 ou 3 médicaments dans un comprimé (« polypill ») est encouragée pour améliorer l'adhérence des patients.

Un ECG, la fonction rénale (créatinine) et un test pour protéinurie (à la bandelette) devraient être fait chez chaque individu hypertendu. D'autres examens complémentaires à la recherche d'une atteinte des organes cible (ETT, EDVC, fond d'œil...) dans un sujet hypertendu sont à envisager en fonction du contexte clinique (âge, symptômes, comorbidités, réponse au traitement...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Mancia G et al.:2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension - The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) J. Hypertens. 2013, 31:1281–1357
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
3. Zhang P-Y : Review of new hypertension guidelines. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2015; 19 (2): 312-3154
4. Kernan WN et al: Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke 2014;45:00-00
5. The SPRINT Research Group : A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1511939>

Groupe de travail

Dr Dirk W. DROSTE médecin spécialiste en neurologie au CHL,
chargé de la rédaction de la présente recommandation

Dr René METZ coordinateur du groupe de travail,
membre du Conseil scientifique,
médecin spécialiste en neurologie au CHL

Dr Louis BOISANTE médecin spécialiste en cardiologie au CHEM

Dr Simone STEIL Direction de la Santé

Dr Marc WALDBILLIG médecin-généraliste

Les membres ne déclarent pas de conflits d'intérêts.