Hypertension artérielle

Recommandations 2013 des sociétés européennes d'hypertension et de cardiologie

La nouveauté principale des recommandations européennes est l'utilisation du système des niveaux d'évidence pour définir leur pertinence. Le présent article fournit un résumé de ces recommandations auquel s'ajoutent quelques réflexions qui réflètent notre pratique quotidienne.

Die wichtigste Neuheit der europäischen Empfehlungen ist die Verwendung des evidenzbasierten Systems zur Bestimmung ihrer Relevanz. Dieser Artikel enthält eine Zusammenfassung dieser Empfehlungen sowie einige Gedanken, die unsere tägliche Praxis reflektieren.

Pr Yves Allemann
Berne

Les dernières recommandations des sociétés européennes d'hypertension et de cardiologie ont été publiées en 2013. Si a priori on peut penser que la rédaction de telles recommandations est simple et bien on se trompe car les nouvelles données accumulées depuis 2007, date des avant-dernières recommandations, représentent une énorme quantité de matière scientifique qu'il faut filtrer et interpréter correctement. La preuve que ce travail peut s'avérer difficile nous a été fournie par les sociétés savantes des Etats-Unis qui n'ont pas réussi à publier des directives communes sur le même sujet ce qui, non seulement a provoqué une polémique dans le milieu médical (américain surtout) mais a également déstabilisé un certain nombre de praticiens. S'il est difficile de faire de bonnes recommandations, il est tout aussi difficile de faire un résumé d'un pavé de quelques 75 pages et 700 références. C'est pour cette raison que la plupart des recommandations importantes et pratiques ont été résumées sous forme de tableaux dans le présent article (cf. les deux pages suivantes). La nouveauté majeure des recommandations européennes actuelles est l'utilisation du système des niveaux d'évidence pour définir leur pertinence. Nous y avons ajouté quelques commentaires qui reflètent notre pratique quotidienne et n'engagent que nous.

TAB. 1 **Définition de l'HTA en fonction de la technique et du lieu de mesure**

Technique/Lieu de mesure	PA systolique (mmHg)	PA diastolique (mmHg)
Cabinet	≥140	≥90
MAPA		
– 24 heures	≥130	≥80
– éveil (diurne)	≥135	≥85
– sommeil (nocturne)	≥120*	≥70*
Auto-mesures	≥135	≥85

HTA: hypertension artérielle; MAPA: mesure ambulatoire de la pression artérielle; PA: pression artérielle; *: le statut de „dipper" est défini comme une baisse de la PA (systolique ou diastolique) nocturne de 10–20 mmHg par rapport à la valeur moyenne diurne. Si la valeur est <10 mmHg: „non-dipper". Si valeur >20 mmHg: „extreme dipper".

TAB. 2 **Investigations à effectuer pour la stratification du risque cardiovasculaire**

Investigations à effectuer de routine
• Hémoglobine et hématocrite
• Cholestérol total, LDL-C, HDL-C, triglycérides
• Glucose
• Créatinine, filtration glomérulaire estimée
• Sodium, potassium, acide urique
• Urines (spot): sédiment et recherche d'une protéinurie/microalbuminurie
• ECG

Mesure de la pression artérielle et diagnostic de l'hypertension

L'évaluation initiale d'un patient avec une hypertension doit: 1) confirmer le diagnostic de l'hypertension artérielle; 2) détecter les causes d'hypertension artérielle secondaire et 3) évaluer le risque cardiovasculaire global du patient (autres facteurs de risque, atteinte d'organes cibles, antécédents cardiovasculaires).

Pour ce qui est de la mesure de la pression artérielle, nous sommes adeptes de la mesure à l'extérieur du cabinet médical, soit par auto-mesures, soit, idéalement pour poser le diagnostic d'hypertension artérielle (HTA), par mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Les valeurs critiques qui définissent une HTA sont donc dépendantes de la technique de mesure (Tab. 1). D'autre part, le diagnostic d'une HTA respectivement l'initiation de son traitement médicamenteux tiendra compte de l'âge et des comorbidités d'un patient (voir ci-dessous).

Mis à part les symptômes, signes cliniques ou perturbations biochimiques évidentes pouvant suggérer une forme secondaire d'HTA, il faudra, dans les cas moins clairs, songer à cette possibilité en cas d'absence d'anamnèse familiale pour une HTA, un âge <30 ans, un degré d'HTA 2 ou 3 au moment du diagnostic ainsi que lors d'une résistance au traitement.

TAB. 3 **Stratification du risque CV en fonction du degré de pression artérielle, des FRCV, des atteintes d'organes cibles et des comorbidités. Recommandations du type de traitement à initier en fonction du risque CV**

	Pression artérielle (PA, mmHg)			
	Normal/élevée PAS 130-139 et PAD 85-89	**HTA degré 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**HTA degré 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**HTA degré 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110**
Aucun FR	Pas d'intervention	RCV faible • Lifestyle (qq mois) • TTT si PA ≥ 140–90 malgré lifestyle	RCV modéré • Lifestyle (qq semaines) • TTT si PA ≥ 140/90	RCV élevé • Lifestyle • TTT immédiat
1-2 FR	RCV faible • Lifestyle	RCV modéré • Lifestyle (qq semaines) • TTT si PA ≥ 140-90 malgré lifestyle	RCV modéré à élevé • Lifestyle (qq semaines) • TTT si PA ≥ 140/90	RCV élevé • Lifestyle • TTT immédiat
≥ 3 FR	RCV faible à modéré • Lifestyle	RCV modéré à élevé • Lifestyle (qq semaines) • TTT si PA ≥ 140-90 malgré lifestyle	RCV élevé • Lifestyle (qq semaines) • TTT immédiat	RCV élevé • Lifestyle • TTT immédiat
AO, IRC stade 3 ou diabète	RCV modéré à élevé • Lifestyle	RCV élevé • Lifestyle • TTT immédiat	RCV élevé • Lifestyle • TTT immédiat	RCV élevé à très élevé • Lifestyle • TTT immédiat
MCV, IRC ≥ stade 4 ou diabète avec AO/FR	RCV très élevé • Lifestyle	RCV très élevé • Lifestyle • TTT immédiat	RCV très élevé • Lifestyle • TTT immédiat	RCV très élevé • Lifestyle • TTT immédiat

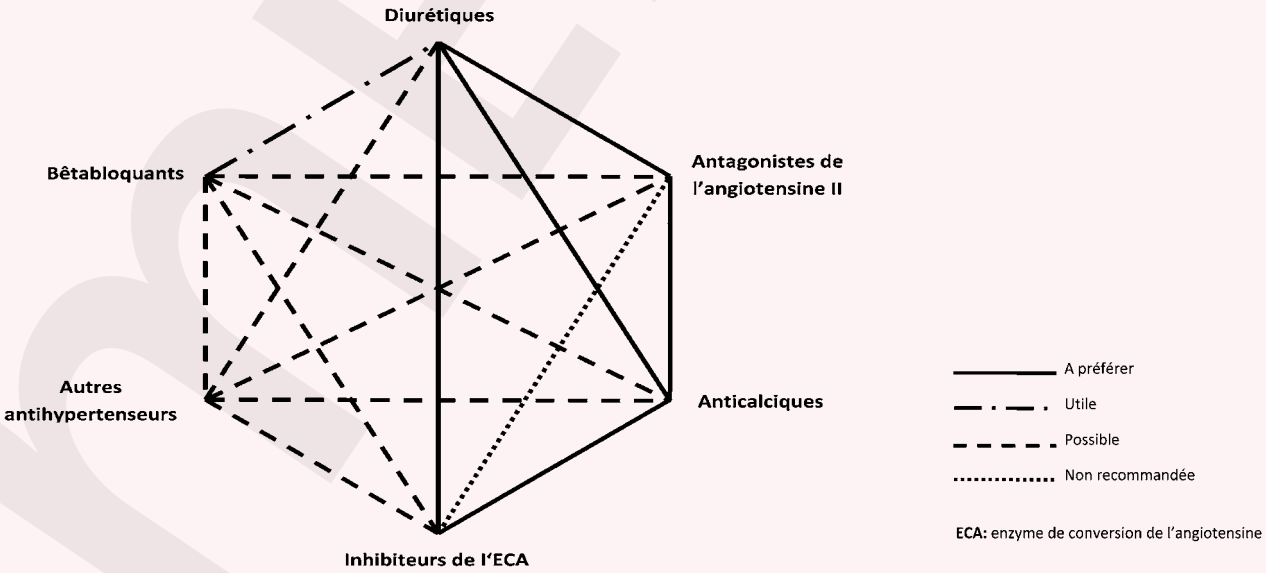
AO: atteinte d'organe; CV: cardiovasculaire; FR: facteur de risque; HTA: hypertension artérielle; IRC: insuffisance rénale chronique; MCV: maladie cardiovasculaire avérée; qq: quelques; RCV: risque cardiovasculaire; TTT: traitement médicamenteux

TAB. 4 **Seuil de traitement et pression artérielle cible en fonction de l'âge**

Pression systolique (en fonction de l'âge)	**Seuil de traitement**	**Cible**
< 70 ans	≥ 140/90 mmHg	**< 140 mmHg**
≥ 70 ans, BSH	≥ 140–160 mmHg	**< 140 mmHg si ttt bien toléré, sinon 140–150 mmHg**
≥ 70 ans, moins BSH	≥ 160 mmHg	**< 140 mmHg si ttt bien toléré, sinon 140–150 mmHg**
> 80 ans	≥ 160 mmHg	**140–150 mmHg si ttt bien toléré**
Pression diastolique (quel que soit l'âge)		
Diabète absent	≥ 90 mmHg	**< 90 mmHg**
Diabète présent	≥ 90 mmHg	**< 85 mmHg**

HTA: hypertension artérielle; ttt: traitement; BSH: bonne santé habituelle

FIG. 1 **Classes d'antihypertenseurs et associations médicamenteuses recommandées**



TAB. 5 **Classes médicamenteuses à préférer dans certaines conditions spécifiques**

Conditions	Classes thérapeutiques
Atteinte d'organe asymptomatique	
• HVG	IECA, AA, A-Ca
• Athérosclérose	IECA, AA, A-Ca
• Microalbuminurie	IECA, AA
• Atteinte rénale	IECA, AA
Atteinte d'organe avérée	
• AVC	Pas de préférence
• IDM	BB, IECA, AA
• Angor	BB, A-Ca
• IC	D, BB, IECA, AA, A-Aldo
• Anévrisme de l'aorte	BB
• FA, prévention	AA, IECA, BB, A-Aldo
• FA, contrôle de la FC	BB, A-Ca de type non-dihydropyridine
• IR terminale/protéinurie	IECA, AA
• Artériopathie périphérique	IECA, A-Ca
Autres conditions	
• HTA systolique isolée	D, A-Ca
• Syndrome métabolique	IECA, AA, A-Ca
• Diabète sucré	IECA, AA
• Grossesse	Methyldopa, BB, A-Ca
• Race noire	D, A-Ca

AA: antagonistes de l'angiotensine II; A-Aldo: antagonistes de l'aldostérone; A-Ca: anatagonistes du calcium; AVC: accident vasculaire cérébral; BB: bétabloquants; D: diurétiques; FA: fibrillation auriculaire; FC: fréquence cardiaque; HTA: hypertension artérielle; HVG: hypertrophie ventriculaire gauche; IC: insuffisance cardiaque; IDM: infarctus du myocarde; IECA: inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; IR: insuffisance rénale

TAB. 6 **Traitement des facteurs de risque associés chez le patient hypertendu**

• Statine

Recommandée si:
– risque cardiovasculaire > faible: Valeur cible LDL: <3.0 mmol/L
– prévention secondaire: Valeur cible LDL: <1.8 mmol/L

• Antiplaquettaire (aspirine)

Recommandé si :
– prévention secondaire
– insuffisance rénale > modérée
– risque cardiovasculaire > modéré
NB: la pression artérielle doit être contrôlée avant initiation du traitement

• Diabète

Valeur cible HbA1c recommandée:
– < 7.0%
– chez l'hypertendu diabétique âgé et frêle: <7.5–8.0%

FIG. 2 **Recommandations britanniques 2011 pour le traitement d'une hypertension artérielle nouvellement diagnostiquée**

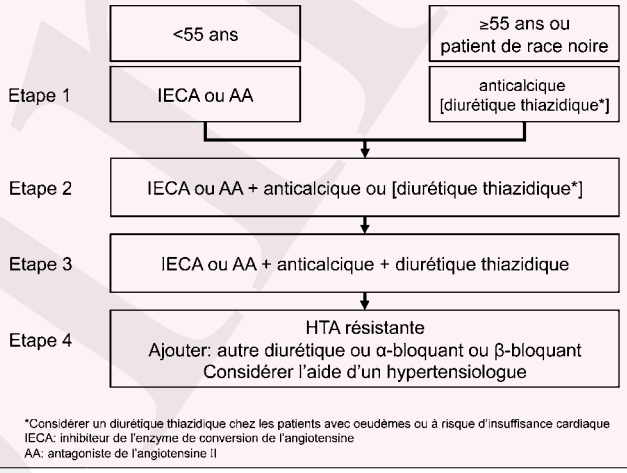
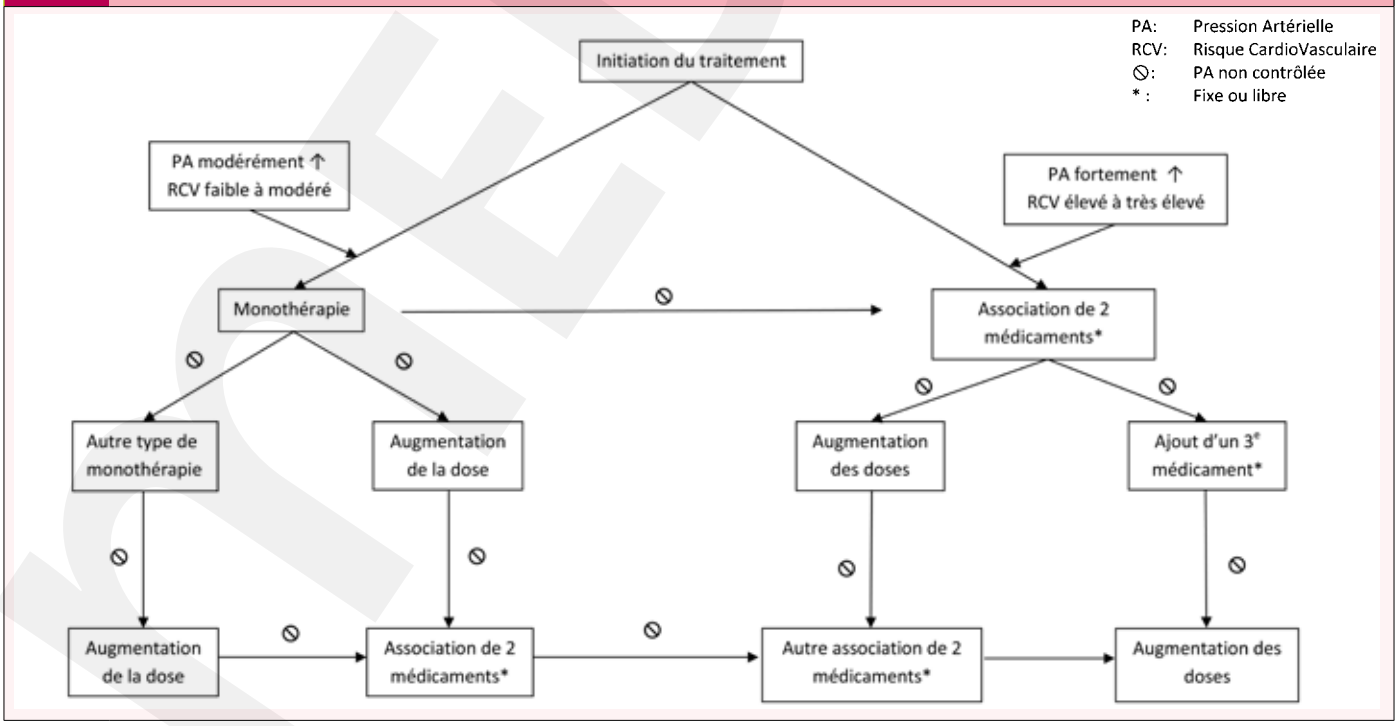


FIG. 3 **Aide au choix entre monothérapie ou association médicamenteuse pour l'initiation du traitement antihypertenseur et pour l'atteinte des valeurs cibles**



Stratification du risque: âge, facteurs de risque et comorbidités

Les investigations à effectuer pour la stratification du risque sont résumées dans le tableau 2 alors que le calcul du risque s'effectue soit à l'aide du tableau 3 soit à l'aide d'un autre calculateur de risque (internet, app, autre).

Qui traiter et quelles valeurs cibles appliquer?

L'initiation du traitement va dépendre de 2 variables principales: le risque cardiovasculaire global du patient (Tab. 3) et son âge (Tab. 4). Probablement à dessein, les auteurs des recommandations n'ont pas défini clairement à partir de quel âge une personne était « âgée ». Dans le tableau 4, nous avons, arbitrairement et par souci de clarté et de simplification, fixé la limite à 70 ans pour « âgé » alors que le terme « très âgé » s'applique aux individus de plus de 80 ans.

Comment traiter ?

Les guidelines ont mis un accent important sur les mesures hygiéno-diététiques bien connues de tous et par conséquent pas récapitulées ici. Par rapport aux mesures alimentaires, le recours aux conseils d'une diététicienne est, à notre avis, fortement recommandable, les habitudes et croyances alimentaires des patients (et de leur cuisinière ou vice versa) étant très souvent fausses et fantaisistes.

Du point de vue du traitement médicamenteux, le schéma sous forme d'hexagone des guidelines européennes (Fig. 1) nous paraît peu clair. On trouve également dans les recommandations un tableau (Tab. 5) résumant les types de médicaments à préférer dans des conditions particulières, certes utile, mais dont la majorité du contenu est connu et se résume, pour le 80% des indications, à l'emploi d'un inhibiteur du système rénine-angiotensine et/ou d'un anticalcique. Plus pragmatique et simple d'emploi, l'algorithme proposé par les recommandations britanniques reçoit notre préférence (Fig. 2). Un arbre décisionnel (Fig. 3) aide à déterminer s'il vaut mieux initier le traitement par une monothérapie ou d'emblée par une combinaison médicamenteuse (si possible fixe).

Traiter les facteurs de risque associés

Enfin, il ne faut pas, s'il existe une indication, omettre le traitement des facteurs de risques associés (Tab. 6).

Pr Yves Allemann
Clinique universitaire et policlinique de cardiologie
Inselspital, 3010 Berne
yves.allemann@insel.ch

Dr David Cerny
Dr Emrush Rexhaj
Dr Stefano Rimoldi
Pr Urs Scherrer
Dr Rodrigo Moldano Soria
Dr Robert von Arx
Clinique universitaire de cardiologie
Inselspital, 3010 Berne

Références:

1. 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; 31:1281-357
2. Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B; Guideline Development Group. Management of hypertension: summary of NICE guidance. BMJ 2011; 343:d4891

Message à retenir

- Le diagnostic d'HTA devrait, dans la majorité des cas, être confirmé par des mesures de pression artérielle effectuées à l'extérieur du cabinet, notre préférence allant à la MAPA
- L'initiation du traitement médicamenteux doit tenir compte de l'âge, des facteurs de risque et des comorbidités associées
- En cas d'absence d'anamnèse familiale pour une HTA, un âge < 30 ans, un degré d'HTA 2 ou 3 au moment du diagnostic ainsi que lors d'une résistance au traitement, il faut évoquer la possibilité d'une HTA secondaire
- Le choix de la classe thérapeutique pour l'initiation d'un traitement médicamenteux comprend les inhibiteurs du système rénine-angiotensine, les anticalciques, les diurétiques et les bétabloquants. En fonction des comorbidités, une classe peut ou doit être favorisée par rapport aux autres
- Les valeurs cibles à atteindre dépendent de l'âge, de l'état de santé général et de la présence ou non d'un diabète (Tab. 4)

Take-Home Message

- Die Diagnose eines Bluthochdrucks sollte in den meisten Fällen durch Messungen des Blutdrucks außsserhalb der Arztpraxis bestätigt werden. Wir geben der ambulanten Blutdruckmessung den Vorzug
- Beim Beginn einer medikamentösen Therapie sind das Alter, Risikofaktoren und assoziierte Begleiterkrankungen zu berücksichtigen
- In Abwesenheit einer Familiengeschichte für Bluthochdruck, Alter <30 Jahren, ein Grad 2 oder 3 Bluthochdruck bei der Diagnose und bei Behandlungsresistenz muss die Mögliochkeit einer sekundären Hypertonie erwogen werden
- Die Auswahl der therapeutischen Klasse für den Beginn einer medikamentösen Behandlung umfasst Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Systems, Kalziumantagonisten, Diuretika und Beta-Blocker. Je nach Begleiterkrankung kann oder sollte eine Klasse gegenüber den anderen begünstigt werden
- Die Zielwerte hängen vom Alter, dem allgemeinen Gesundheitszustand und dem Vorhandensein oder Fehlen von Diabetes ab. (Tab. 4)