

Congrès d'automne SSMIG, Montreux 2018

Hypertension sous le signe de SPRINT

L'atelier sur l'hypertension du congrès d'automne de la SSMIG a été consacré aux nouvelles valeurs de tension artérielle ainsi qu'à leur saisie ayant émergé dans le cadre des résultats de l'étude SPRINT et ayant donné lieu à d'importantes discussions.

SPRINT a comparé une réduction plus forte de la tension artérielle à une valeur cible de 120mmHg avec une valeur de 140mmHg pour un groupe de patients standardisés. Le groupe avec 120mmHg a atteint le résultat primaire (infarctus du myocarde, syndrome coronaire aigu, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque et décès d'origine cardiovasculaire) avec une baisse du risque relatif de 25% par rapport au groupe avec 140mmHg.



PD Dr T. Dieterle

Comme l'a déclaré le **PD Dr Thomas Dieterle**, Bâle, la mortalité totale a été réduite de 27%, les décès dus à la maladie cardiovasculaire de 43% et l'insuffisance cardiaque de 38% (1). Les lignes directrices des États-Unis sont fondées sur ces nouvelles valeurs cibles, tandis que les lignes directrices européennes continuent de considérer 140mmHg comme étant la valeur seuil de l'hypertension.

Détermination de la tension artérielle dans SPRINT Les valeurs inférieures sont-elles vraiment meilleures ?

Un coup d'œil aux données les plus récentes nous apprend que la réduction de la tension artérielle est en effet associée à de meilleurs résultats, tant pour la maladie cardiovasculaire que pour la mortalité totale (2). Toutefois, cela ne s'applique pas aux patients âgés et fragiles (3). Pour ces derniers, ayant une tension artérielle de ≥ 160 mmHg, les lignes directrices européennes de 2016 recommandent une réduction des valeurs se situant entre 140 et 150mmHg (I/A). Pour les patients âgés de moins de 80 ans ainsi qu'en bonne condition physique, une tension artérielle cible de < 140 mmHg peut être envisagée si le traitement est bien toléré (IIb/C).

Conclusion

Suite à la publication des nouvelles directives américaines, le monde de l'hypertension recommande une nouvelle définition/classification plus forte de l'hypertension, de nouveaux seuils plus stricts pour le début du traitement, de nouvelles valeurs cibles plus agressives, une thérapie avec deux médicaments dès le début, une mesure plus précise de la tension artérielle, ainsi qu'une décision thérapeutique basée sur des directives de risque athérosclérotique pour toutes les tensions artérielles. Les quatre premiers points des nouvelles lignes directrices ont donné lieu à une discussion très émotionnelle sur leur sens et leur absurdité.

Définitions de l'hypertension dans les lignes directrices

Les «nouvelles» directives européennes définissent une tension artérielle optimale de < 120 et < 80 mmHg, une tension artérielle

normale entre 120-129 et/ou 80-84mmHg ainsi qu'une tension artérielle normale-élevée entre 130-139 et/ou 85-89mmHg. L'hypertension de grade 1 se situe entre 140-159 et/ou 90-99mmHg, celle du grade 2 entre 160-179 et/ou 100-109 mmHg, celle du grade 3 est à ≥ 180 et/ou ≥ 110 mmHg. L'hypertension systolique isolée est à ≥ 140 et < 90 mmHg.

Dans les directives américaines, la normotension se situe à $< 120 / < 80$ mmHg, la tension augmentée entre 120-129 / < 80 mmHg, le stade 1 de l'hypertension entre 130-139 / 80-89mmHg et le stade 2 à ≥ 140 ou ≥ 90 mmHg.

Comment obtenir des valeurs mesurées fiables ?

Dans la mesure ambulatoire de la tension artérielle, les valeurs suivantes prévalent pour l'état d'éveil: normal $< 135/85$, anormal $\geq 135/85$ mmHg; pour l'état endormi: normal $< 120/70$, anormal $\geq 120/70$; 24h: normal $< 130/80$ mmHg, anormal $\geq 130/80$ mmHg.

Le modèle «dipping» (baisse tensionnelle nocturne) comprend les valeurs suivantes: $< 0\%$ = dipping inverse/reverse, 0-10% = non-dipping, 10-20% = dipping, $> 20\%$ = dipping extrême/super dipping.

A domicile/automesure: Position assise, détendue

- ▶ Au moins 5 minutes de repos
- ▶ Le bras posé sur une base fixe
- ▶ Manchette au niveau du cœur
- ▶ Mesure prise sur le bras ayant la tension artérielle plus élevée
- ▶ Combien de fois? Au moins 2x le matin, 2x le soir
- ▶ Pendant au moins 7 jours

Valeur de référence? $< 135/85$ mmHg

Récolte des données mesurées? Journal de bord ou électronique

Important: Formation des médecins, du personnel soignant et des patients !

Diagnostic complet de l'hypertension artérielle

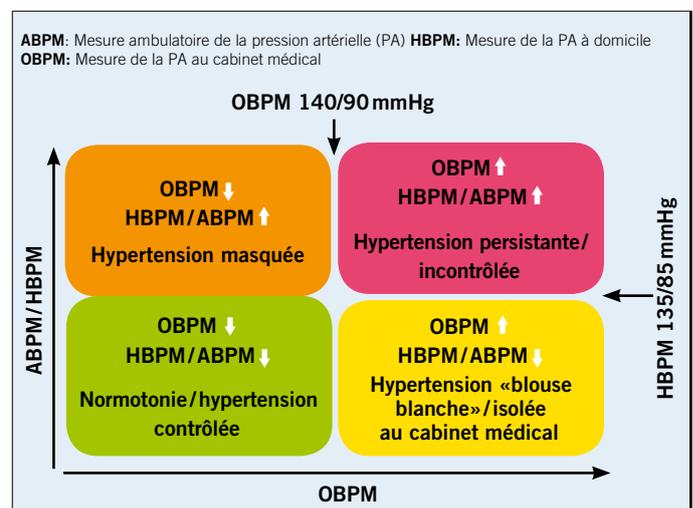


Fig. 1: Diagnostic de l'hypertension artérielle : (ABPM)/HBPM nécessaire

TAB. 1 Evaluation du risque cardiovasculaire par une nouvelle méthode (simplifiée?)

Stades de l'hypertension artérielle (HTA)	Autres facteurs de risque, décès, maladie	PA (mmHg) Classement			
		Élevée normale	Grade 1	Grade 2	Grade 3
Stade 1 (HTA non compliquée)	Aucun autre FR	Risque faible	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
	1 ou 2 FR	Risque faible	Risque modéré	Risque modéré à élevé	Risque élevé
	≥3 FR	Risque faible à modéré	Risque modéré à élevé	Risque élevé	Risque élevé
Stade 2 (HTA asymptomatique)	Décès, CKD grade 3, DM sans dommages d'organes	Risque modéré à élevé	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé à très élevé
Stade 3 (HTA symptomatique)	CVD symptomatique, CKD grade ≥4, DM avec dommages d'organes	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé

FR: Facteur de risque; CKD: Maladie rénale chronique; DM: Diabète sucré; CVD: Maladie cardiovasculaire.
Les cases rouges nécessitent un traitement immédiat.

Que faut-il prendre en considération en cas d'hypertension artérielle nouvellement découverte?

1. La tension artérielle est-elle vraiment élevée?
2. Cause? Primaire vs. Secondaire?
3. Risque cardiovasculaire? Autres facteurs de risque? Dommages aux organes liés à l'hypertension artérielle? Maladie cardiovasculaire/rénale évidente?
4. Traitement (quand, avec quoi, en quelle quantité?)

Causes de l'hypertension

Hypertension primaire/essentielle vs. hypertension secondaire

L'hypertension secondaire devrait être envisagée dans les cas suivants:

- l'hypertension est difficile à maîtriser/réfractaire au traitement
- très haute pression artérielle
- augmentation soudaine de la tension artérielle
- jeunes hypertendus («Early Onset Hypertension»-FH+)
- signes cliniques/symptômes de l'hypertension endocrinienne
- incidentalome
- parents du premier degré atteints d'hyperaldostérionisme
- suspicion élevée («sentiment instinctif»).

Les causes secondaires les plus courantes de l'hypertension varient selon l'âge (4). Entre 0-12 ans, la maladie rénoparenchymateuse et la coarctation sont les causes les plus fréquentes d'hypertension secondaire dans 70-85% des cas. Entre 12-18 ans ce sont ces mêmes causes qui prédominent dans 10-15% des cas. Entre 19 et 39 ans, ce sont, dans 5% des cas, l'hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie, la dysplasie fibromusculaire et la maladie rénoparenchymateuse. Entre 40 - 64 ans, ce sont le syndrome d'apnée obstructive du sommeil, la maladie de Cushing et le phéochromocytome qui sont les causes qui prédominent dans 8-12% des cas. Dès l'âge de 65 ans, la sténose athérosclérotique rénale, l'insuffisance rénale et l'hypothyroïdie représentent les causes les plus fréquentes de l'hypertension secondaire dans 17% des cas.

Hypertension endocrinienne

L'hyperaldostérionisme primaire survient avec une incidence de 1-10%. Le dépistage s'effectue en déterminant le rapport aldostérone/rénine.

Le dépistage du phéochromocytome (0,2%) est effectué en déterminant la présence de méthanéphrine libre dans le plasma ou les catécholamines dans l'urine dans les 24 heures.

La maladie de Cushing est détectée par le cortisol dans les urines de 24 heures. Le dépistage de l'acromégalie s'effectue par la détermination de l'IGF-1, celui de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie se fait par la TSH et celui de l'hyperparathyroïdie primaire par le Ca (albumine corrigée), PTH.

SAOS

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est un facteur de risque majeur d'hypertension. La prévalence du SAOS est d'environ 5%. Le diagnostic se fait par polysomnographie et par des questionnaires structurés.

Évaluation du risque cardiovasculaire

L'orateur a présenté le score de l'ESC (European Society of Cardiology) / EAS (European Atherosclerosis Society). Il a notamment souligné qu'un patient avec une tension artérielle de 189/110mmHg, s'il est jeune, non-fumeur et ne présente pas d'autres facteurs de risque, a une probabilité de 1% sur 10 ans

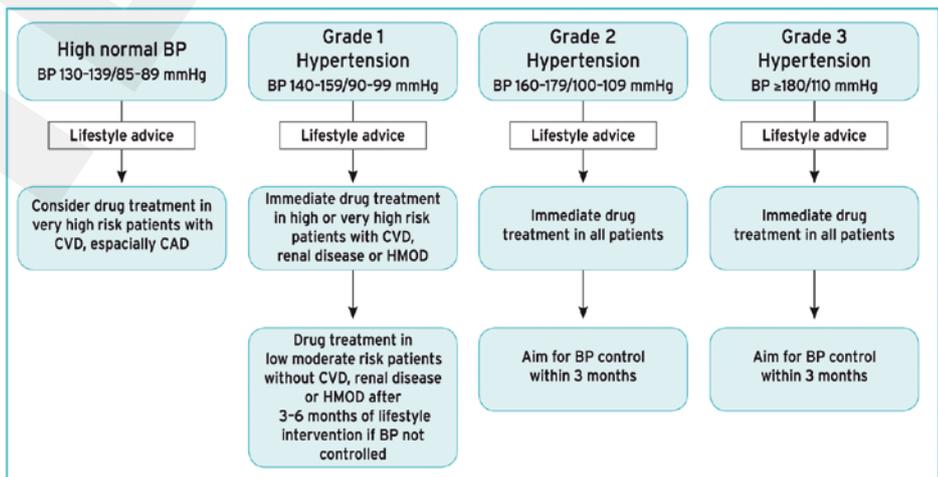


Fig. 2: Lignes directrices de l'ESC pour le traitement de l'hypertension artérielle

TAB. 2 Valeurs cibles recommandées pour la tension artérielle en 2018

Groupe d'âge	Objectifs thérapeutiques (au cabinet médical) relatifs à la PAS (mmHg)					PAD visée (mmHg)
	Hypertension	+Diabète sucré	+Maladie rénale chronique	+Maladie coronarienne	+Accident vasculaire cérébral / attaque ischémique transitoire	
18-65 ans	130 ou plus basse si toléré pas < 120	130 ou plus basse si toléré pas < 120	<140 bis 130 si toléré	130 ou plus basse si toléré pas < 120	130 ou plus basse si toléré nicht < 120	70-79
65-79 ans	130-139 (si toléré)	130-139 (toléré)	130-139	130-139	130-139	70-79
≥80 ans	130-139 si toléré	130-139 si toléré	130-139 si toléré	130-139 si toléré	130-139 si toléré	70-79
PAD moyenne (mmHg) au cabinet	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

PAD: Pression artérielle diastolique; PAS: Pression artérielle systolique

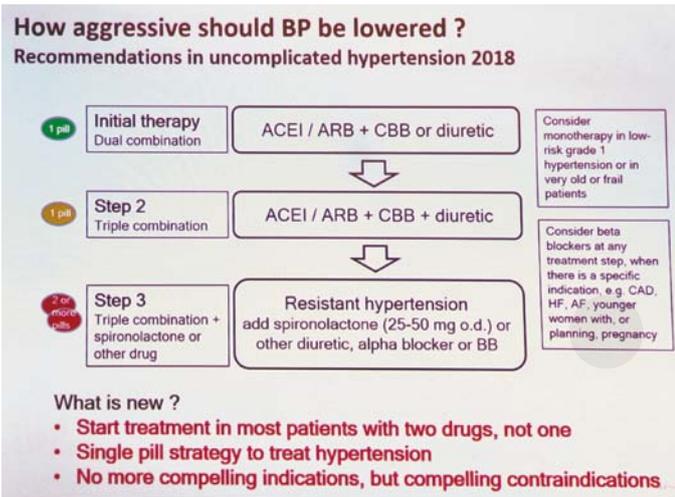


Fig. 3: Recommandations pour la prise en charge de l'hypertension non compliquée en 2018

d'avoir une maladie cardiaque mortelle, c.-à-d. un faible risque qui ne requiert aucune thérapie. Cependant la GSLA souligne que les facteurs de risque individuels particulièrement prononcés nécessitent une thérapie, même si la menace globale est faible. Une nouvelle méthode d'évaluation simplifiée est présentée au tableau 1.

Traitement de l'hypertension artérielle

Les lignes directrices de l'ESC proposent les recommandations suivantes (fig. 2.) : la définition de l'hypertension dépend de l'âge. Entre 18 et 79 ans, une tension artérielle systolique de ≥ 140 mmHg, indépendamment du diabète, des maladies rénales, de la maladie coronarienne, de l'AVC et de l'AIT, ainsi qu'une tension diastolique de ≥ 90 mmHg, sont considérées comme nécessitant un traitement. Pour les personnes âgées de ≥ 80 ans, présentant une tension artérielle de ≥ 160 mmHg et ≥ 90 mmHg, un traitement s'impose.

Devrions-nous viser des valeurs moins élevées au sein de SPRINT?

Les données SPRINT sont inapplicables en pratique. L'avantage incrémental de l'abaissement de la tension artérielle diminue avec la baisse de la valeur cible. La diminution de la tension artérielle sous traitement est associée à une incidence plus élevée d'effets secondaires indésirables graves et à l'abandon du traitement. Moins de 50% des patients atteignent une valeur cible inférieure à 140 mmHg pour la tension artérielle systolique. L'évidence des valeurs cibles abaissées de la tension artérielle est moins forte dans plusieurs sous-groupes importants de patients hypertendus

(patients plus âgés ou atteints de diabète, de néphropathie ou de la maladie coronarienne).

Dans quelle mesure faut-il abaisser la tension artérielle de façon agressive?

Les taux de contrôle de la tension artérielle demeurent généralement faibles, puisque que le contrôle est effectué chez moins de 50% des patients traités. La surveillance de la tension artérielle sera encore plus exigeante avec les nouvelles valeurs cibles. La plupart des patients ont besoin d'une thérapie combinée. En effet, la monothérapie n'est en général pas assez efficace. La monothérapie initiale et le concept de thérapie par paliers laissent trop de patients en monothérapie. La multithérapie est associée à une mauvaise observance du traitement. La combinaison de deux thérapies permet un traitement rapide, efficace, bien toléré et plus cohérent. L'association de plusieurs principes actifs dans une seule pilule permet une meilleure observance thérapeutique – les patients préfèrent prendre une seule pilule (de telles combinaisons sont disponibles en double ou triple thérapie).

Conclusion

Les principaux changements apportés aux lignes directrices sur l'hypertension en 2018 sont les suivants :

Diagnostic et dépistage :

- ▶ Le diagnostic de l'hypertension reste inchangé.
- ▶ Le diagnostic peut se baser sur la mesure de la pression artérielle au cabinet et/ou en ambulatoire ou à domicile.
- ▶ L'évaluation des risques est basée sur les cartes scores.

Traitement :

- ▶ Début du traitement en cas de tension artérielle $\geq 140/90$ mmHg (≥ 80 ans $\geq 160/90$ mmHg)
- ▶ Le traitement continue à être fondé sur des changements de mode de vie, mais la pharmacothérapie ne doit pas être retardée.
- ▶ Les valeurs cibles de la pression artérielle sont $< 130/90$ mmHg (hypertension non compliquée, pression artérielle systolique de 130 à < 140 mmHg chez les patients âgés).
- ▶ Le traitement doit commencer par une combinaison de deux médicaments ou par une stratégie monothérapeutique.
- ▶ Dans l'idéal ce sont les inhibiteurs de l'ECA ou les sartans, administrés avec un antagoniste du calcium ou un diurétique.

▼ Pr Walter F. Riesen

Source : Workshop Hypertension, Congrès d'automne SSMIG, Montreux 20-21.10.2018

Références:

1. SPRINT Research Group. N Engl J Med 2017;377(8):733-44
2. Bundy JD et al. JAMA Cardiol 2018;3(7):572-81
3. Denardo SJ et al. Am J Med 2010;123:719-26
4. Viera AJ Am Fam Physician 2010;82(12):1471-8