

POINTS CLÉS À PROPOS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dr Antoine Humbert | Médecin chef de service, Département de médecine, RHNe

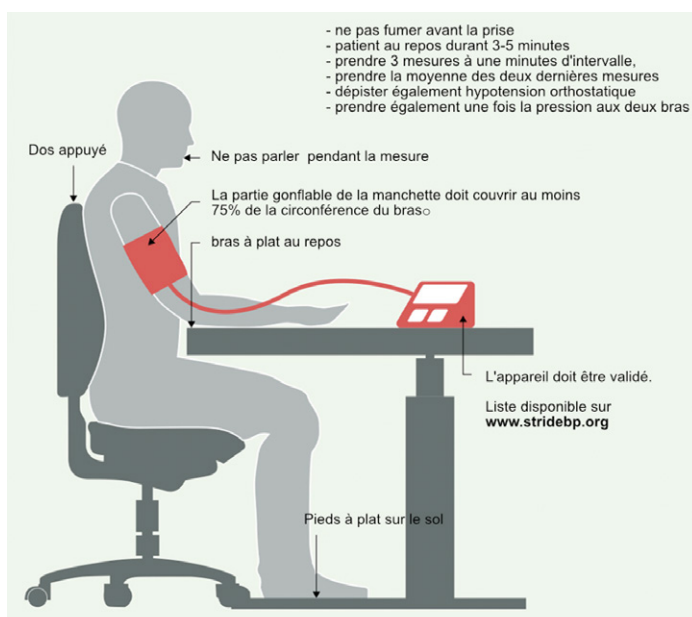
QUELQUES VÉRITÉS PREMIÈRES...

- Le risque cardiovasculaire augmente au-delà de 115/75 mmHg.
- On estime qu'une personne sur trois est hypertendue et que 18% des événements cardiovasculaires de la population sont attribuables à l'hypertension.
- L'hypertension artérielle est le facteur de risque cardiovasculaire modifiable le plus important.
- Malheureusement, moins de 50% de la population hypertendue traitée parvient à avoir une pression dans la cible.
- Le degré d'hypertension, le temps passé à être hypertendu ainsi que la variabilité de l'hypertension sont des facteurs de risque cardiovasculaire additifs indépendants.

MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- La PA se mesure assis, le dos soutenu, après 5 minutes de repos, avec une manchette adaptée (surface gonflable doit prendre au moins 75% de la circonférence du bras). (cf figure 1)
- Si la mesure de la pression au cabinet est un bon moyen de dépistage chez les patients sans comorbidité, elle ne suffit pas pour dépister une HTA chez les patients à risque d'évènement cardiovasculaires. Il existe en effet un risque significatif d'hypertension artérielle masquée (= pression normale au cabinet, augmentée à domicile) chez les patients diabétiques, obèse ou insuffisants rénaux. Ce n'est pas non plus la mesure recommandée pour monitorer l'efficacité d'un traitement.
- Des automesures de pression à domicile ou une MAPA (= Mesure ambulatoire sur 24 heures de la pression artérielle) sont dans ce cas recommandés. La MAPA a l'avantage de mesurer la pression artérielle nocturne qui corrélée le plus étroitement à la mortalité cardio-vasculaire.
- Certains bracelets connectés ont des algorithmes capables de déterminer la pression artérielle centrale à partir de la forme de l'onde de pouls. S'ils ont à mon avis un avenir prometteur, ils ne sont pas encore validés (ils n'ont en particulier pas été corrélés avec les valeurs de MAPA) et restent encore expérimentaux.

Figure 1 : prise de pression artérielle



Dr Antoine Humbert | Médecin chef de service, Département de médecine, RHNe

CIBLE DE PRESSION ARTÉRIELLE ? (cf tableau 1)

- Suite à la publication de l'étude SPRINT (NEJM 2015 et 2021) qui montrait une diminution de la mortalité de 10% dans un groupe de patients avec une cible tensionnelle à 120/70mmHg versus 140/80 mmHg, les recommandations américaines ont été adaptées en conséquence. Les recommandations européennes restent pour l'instant plus conservatrices car la méthode de mesure effectuée dans cette étude diffère du standard et mène à une mesure de pression artérielle 10 mmHg plus basse.
- On estime qu'une diminution de 10 mmHg de PA systolique confère une diminution de 25% de risque d'AVC, 16% de maladie coronarienne et 25% d'insuffisance cardiaque.
- Chez les patients âgés de plus de 75 ans, de plus en plus d'évidences montrent qu'une cible tensionnelle agressive (<130/70mmHg) a un impact favorable sur la morbi-mortalité cardiovasculaire. On peut néanmoins se satisfaire de pressions plus élevées en cas de déclin cognitif, de patient fragiles, d'hypertension systolique isolée avec une diastolique <60mmHg, d'hypotension orthostatique ou de patients très âgés déjà au bénéfice d'une trithérapie hypotensive.

MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

- Un kilogramme de perdu, 1mmHg de gagné !
- 1g de sel/ jour en moins= 1mmHg de gagné !
- Un régime méditerranéen permet une diminution de 1mmHg
- Un régime végétarien diminuerait jusqu'à 5mmHg la pression artérielle systolique.
- Trois exercices/semaine aérobie de 40 min chacun permettent de diminuer la pression systolique de 4 mmHg environ.

TRAITEMENT (cf tableau 2)

- Il faut privilégier une association en comprimé unique notamment afin d'améliorer la compliance qui est malheureusement souvent mauvaise.
- Chez les patients à faible risque cardiovasculaire, il est raisonnable de donner une chance aux mesures hygiéno-diététiques durant quelques mois avant d'introduire un traitement médicamenteux.
- Chez les patients à haut risque cardiovasculaire, il est recommandé de commencer directement un traitement médicamenteux combiné (en plus des mesures hygiéno-diététiques) comprenant une association IEC (ou sartan) et un anticalcique.
- En deuxième ligne on ajoutera un thiazidé (ou thiazide-like comme la chlorthalidone). La spironolactone peut être ajoutée en troisième ligne pour autant que la fonction rénale et la kaliémie le permettent.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE SECONDAIRE

- Un dépistage d'hypertensions artérielle secondaire doit être effectué
 - > chez tout patient hypertendu <30 ans, en particulier chez les patients non obèse, sans histoire familiale et d'ethnie non-africaine, ou avec un mode d'apparition inhabituel.
 - > chez les patients avec hypertension artérielle résistante.
- Il comprend principalement un dépistage d'un hyperaldostérionisme primaire, sténose des artères rénales, recherche de médicament hypertenseur, éventuellement SAOS, phéochromocytome, Cushing, dysthyroïdie...

// POINTS CLÉS À PROPOS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dr Antoine Humbert | Médecin chef de service, Département de médecine, RHNe

EN RÉSUMÉ

- Il est conseillé de prendre 1x par an la pression de tous les patients âgés de >18 ans, et d'effectuer une MAPA de dépistage chez tous les patients à risque cardio-vasculaire augmenté.
- Malgré l'impact majeur de l'hypertension artérielle sur la morbi-mortalité cardiovasculaire, seuls 50% des patients hypertendus parviennent à contrôler leur profil tensionnel de manière adéquate, certainement suite à un traitement insuffisamment dosé et à un manque de compliance.
- Les cibles tensionnelles ont diminué au vu de l'impact favorable, même chez la population âgée, lorsque l'on vise une cible tensionnelle <130/80 mmHg
- Il est recommandé d'initier immédiatement un traitement pharmacologique combiné, en plus des mesures hygiéno-diététiques, chez les patients hypertendus à haut risque cardio-vasculaire ou s'ils présentent une pression artérielle >160/100mmHg.

Tableau 1 : cible de pression artérielle

Recommandations	Pression au cabinet [mmHg]	Pression à domicile [mmHg]	MAPA [mmHg]
American cardiology association	<130/80	<130/80	<125/75
European SC, ISH	<140/90	<135/85	<130/80

NB :

Optimal si <130/80 mmHg | Ne pas viser en dessous de 120/70 mmHg | Chez >65 ans:>140/90 ok: à individualiser en fonction de la fragilité

Tableau 2 : Algorithme de traitement médicamenteux (à adapter à chaque situation clinique)

- 1) Dosage faible IEC/sartan + anticalcique
- 2) Dosage maximum IEC/sartan + anticalcique
- 3) Ajouter un thiazide (ou thiazide-like comme la chlorthalidone)
- 4) Ajouter spironolactone

NB :

- Attention si femme avec projet de procréation (pas d'IEC sartan)
- Maladie rénale chronique avec eGFR <45 ml/min : attention à spironolactone
- Beta bloqueur à réserver en cas Insuffisance cardiaque avec FE abaissée concomittante ou d'angor.