

Hypertension artérielle- Up date en 2013

Anne-Françoise Allaz
Service de Réhabilitation
Antoinette Pechère-Bertschi
Unité d'Hypertension



www.swisshypertension.ch

07.04.2013

Les examens complémentaires de base comprennent:

Na, K Créatininémie, bandelette urinaire ± sédiment, microalbuminurie (rapport microalb/créat spot U)	HTA sec? Recherche d'une atteinte rénale
Bilan lipidique (CT, HDL, LDL, trigly), glycémie	Stratification du risque CV
Selon le cas : TSH, ac. urique	
ECG	Recherche de signes d'ischémie, d'ancien infarctus, d'HVG

Anamnèse

Famíliale

HTA, diabète, dyslipidémie, accident vasculaire cérébral, maladie cardiovasculaire, insuffisance rénale.

Personnelle

- Evolution de la pression artérielle (p.ex. grossesse) et du poids
- Hygiène de vie: tabac, consommation d'alcool, activité physique/sport, habitudes alimentaires/consommation sodium, surcharge professionnelle et privée
- Ronflement, apnées observées, somnolence diurne (syndrome des apnées du sommeil)
- Facteurs de risque et complications cardiovasculaires
- Affection rénale
- Médicaments antihypertenseurs
- Substances pressives: contraceptifs oraux, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, corticostéroïdes, cyclosporine, sympathomimétiques, gouttes nasales, érythropoïétine, anabolisants, cocaïne, réglisse.



Quel dépistage pour l'hyperaldo I ?

- Kaliurie > 30 mmol/24h
- Dépistage : (8h00, à jeun !) aldostérone plasmatique/activité rénine plasmatique; aldostéronurie 24h (Na, K , créat)
- **Cave:** médicaments (arrêt 2-8 semaines!), apports sodium et potassium
- Spécialiste : tests de provocation (furosémide, surcharge saline)
- Si pathologique : CT coupes fines surrénales, RMN

Dépistage du phéochromocytome

- Méta- et normétanéphrines dans urines de 24h (sensibilité 97-100% /spécificité 93-99%)
- Dosage plasmatique méta- normétanéphrines (sensibilité 84-92 % /spécificité 81-96%); **libres** (sens 99 %/ spéc 89%)
- Si pathologique: CT, RMN, scintigramme nor-iodo-cholestérol

Clin Chem. 2006 Nov;52(11):2060-4

Seuils de valeurs de pression artérielle « normale»

Au cabinet (clinique) :	< 140/90 mmHg
Automesure :	< 135/85 mmHg
Valeurs ambulatoires 24h (MAPA):	
jour + nuit:	< 130/80 mmHg
jour (éveil):	< 135/85 mmHg
nuit (sommeil):	diminution (dipping) de 10-15% versus valeurs diurnes ou 120/70 mmHg



2007, ESH-ESC guidelines

Possibilités diagnostiques avec la MAPA (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle) et l'automesure

MAPA TA domicile	Pression artérielle au cabinet	
	< 140/90 mm Hg	≥ 140/90 mm Hg
< 135/85 mm Hg	Normotension (N)	Hypertension Blouse blanche
≥ 135/85 mm Hg	Hypertension masquée (MH)	Hypertension (H)



Indications de la MAPA ??

- « blouse blanche »
- Suspicion d'HTA nocturne
- Rythme circadien
- Résistance au traitement
- Dysautonomie
- Grossesse
- Labilité
- Hypotension
- Syndrome des apnées du sommeil
- HTA sévère au cabinet sans atteinte d'organe cible
- Chronothérapie
- Diabète



Comparaison MAPA/automesure

Paramètre	MAPA	Automesure
Valeur pronostique cardiaque, rénale, cérébrale	++++	+++
Détection blouse blanche	+++	++
HTA masquée	+++	++(+)
Rythme circadien, tension nocturne	++++	-
Pic matinal	++++	++
Variabilité	++++	+
Monitoring du traitement	+	++++
Coût	+++	+
Implication du patient	+	+++
Education du patient	+	+++



Journal of Hypertension 2008, 26:1505–1530

Performances de la **mesure clinique (cabinet) et de l'automesure à domicile**, comparées à la MAPA (seuil 135/85mmHg) pour le diagnostic de l'hypertension

	Sensibilité		Spécificité	
	% (95% IC)	Relatif (95% IC)	% (95% IC)	Relatif
Mesure clinique (cabinet) (140/90)	74.6 (60.7 à 84.8)	1.00 (référence)	74.6 (47.9 à 90.4)	1.00 (référence)
Automesure à domicile (135/85)	85.7 (78.0 à 91.0)	1.15 (0.95 à 1.39), P=0.16	62.4 (48.0 à 75.0)	0.79 (0.40 à 1.55), P=0.49

J Hodgkinson; *BMJ* 2011;342

Gold standard

MAPA

Automesure

utilisation complémentaire et non compétitive

Evaluation initiale
Information extensive sur le profil nyctéméral
Meilleure stratification du risque CV

suivi au long terme de tous les sujets

Mesure clinique

Standard; limitations: estimation imprécise de la « vraie charge tensionnelle », prédiction sous-optimale du risque CV

Médicaments antihypertenseurs

Inhibiteur de l'ECA
Antagoniste de l'Ang II

Antagoniste du Ca⁺⁺

Inhibiteur de la rénine*

Bêta-bloquant

Diurétique

- Antihypertenseur 1^{er} choix
- Antihypertenseur 2^{ème} choix

Commentaires des experts:
www.swisshypertension.ch

* Résultats morbidité/mortalité non encore disponibles



Effet attendu du doublement de la dose d'un antihypertenseur

Faible

Modéré

Important

**Bêta-bloquant
IEC**

**ARA2
IDR**

**Inhibiteur calcique
Diurétique**



IDR : Inhibiteur direct de la rénine
ARA2 : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2
IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

Choix du médicament en fonction des co-morbidités

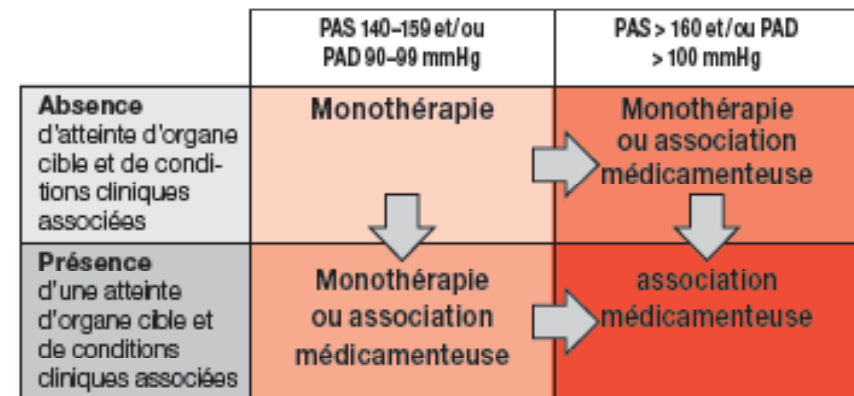
Condition	Antihypertenseur préférentiel
Coronaropathie	β -bloquant, IECA, anti-calcique, antagoniste de l'angiotensine II
Insuffisance cardiaque	IECA, diurétique, β -bloquant, antagoniste de l'angiotensine II, antagoniste de l'aldostérone
Asthme et pneumopathies obstructives chroniques	Eviter β -bloquant (avis pneumo!)*
Dyslipidémie	Antagoniste de l'angiotensine II, anti-calcique, IECA,
Protéinurie, microalbuminurie, néphropathie diabétique	Antagoniste de l'angiotensine II, IECA, inhibiteur de la rénine
Intolérance glucose	IECA, antagoniste de l'angiotensine II, anti-calcique
Diabète	IECA, antagoniste de l'angiotensine II, anti-calcique, β -bloquant
Grossesse	α -méthildopa, labétalol, β -bloquant, anticalcique (dihydropyridine), d'hydralazine
Etat hypercinétique, trémor, migraine	β -bloquant



Causes d'hypertension résistante au traitement

Causes possibles	Evaluation	Mesure à prendre
Erreur de mesure de la pression artérielle	Contrôler l'état et la position du brassard et le bon fonctionnement de l'appareillage (en cas de mesure par oscillométrie)	Corriger l'erreur
Hypertension de cabinet	Monitoring de la pression artérielle ambulatoire, automesure	Eviter de surtraiter
Syndrome des apnées du sommeil	Anamnèse, étude du sommeil, MAPA: Non-clipper	Baisse de poids en présence d'obésité Consultation spécialisée
Abus d'alcool, prise d'hormones, d'AINS ou de réglisse	Anamnèse	Arrêter les substances pressives
Traitement prescrit inefficace	Association d'anti-hypertenseurs à doses adéquates	Ajuster le traitement: évaluation de l'observance
Mauvaise observance: thérapeutique, effets indésirables	Anamnèse	Instruire et motiver le patient, associer de petites doses de médicaments, automesure
Obésité	Habitudes alimentaires, emploi d'un brassard de taille adaptée à la circonférence du bras	Conseils diététiques, renforcement des activités physiques
Excès de sel (> 6 g/jour)	Natriurèse/24 heures (>100 mmol/l)	Réduire le sel alimentaire; diurétiques
Rétention hydrosodée	Examen clinique, médicaments retenant le sodium (AINS), insuffisance rénale	Contrôle de la fonction rénale, arrêt de médicaments retenant le sodium
Hypertension secondaire	Voir plus haut, investigations selon le cas	Traiter selon le cas

*AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens



Si résistance à bloqueur du système rénine+ AC + Diur: ajouter β bloquant, ou anti-aldostérone, α bloquant ou sympatholytique d'action centrale



Facteurs de risque cardiovasculaires et traitement anti-hypertenseur

Autres FRCV ou comorbidité	Normale ¹ : systolique 120-129 et/ou diastolique 80-84	Normale haute ¹ : systolique 130-139 et/ou diastolique 85-89	HTA stade I ¹ : systolique 140-159 et/ou diastolique 90-99	HTA stade II ¹ : systolique 160-179 et/ou diastolique 100-109	HTA stade III ¹ : systolique ≥ 180 et/ou diastolique ≥ 110
Pas d'autres FRCV	Pas d'intervention sur la PA	Pas d'intervention sur la PA	MHD plusieurs mois, puis MEDIC**	MHD plusieurs mois, puis MEDIC	MEDIC et MHD
1-2 FRCV	MHD	MHD	MHD plusieurs mois, puis MEDIC	MHD plusieurs mois, puis MEDIC	MEDIC immédiat + MHD
≥ 3 FRCV ou AOC ou diabète	MHD	MEDIC et MHD	MEDIC et MHD	MEDIC et MHD	MEDIC immédiat + MHD
Conditions cliniques associées	MEDIC et MHD	MEDIC immédiat + MHD	MEDIC immédiat + MHD	MEDIC immédiat + MHD	MEDIC immédiat + MHD

Risque CV absolu à 10 ans: ■ < 15%, ■ 15 - 20%, ■ 20 - 30%, ■ > 30%

¹Pression artérielle en mmHg

FRCV: facteur de risque cardiovasculaire; HTA: hypertension artérielle; MHD: mesures hygiéno-diététiques; MEDIC: traitement médicamenteux; **selon préférence patient et moyens financiers à disposition; AOC: atteinte d'organes cibles

²Conditions cliniques associées: Maladie cérébrovasculaire, Maladie cardiaque, Maladie rénale, Artériopathie périphérique, Rétinopathie stades III-IV



Si résistance à bloqueur SRAA+ AC + Diur

- Diurétique « puissant » : chlorthalidone 25-50 mg ou indapamide, combiné anse + spironolactone
- Ou
- ajouter βbloquant, ou anti-aldostérone, αbloquant ou sympatholytique d'action centrale



Classification de l'hypertension (adultes > 18 ans)^{1,2}

Classe	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	120 - 129 et/ou	80 - 84
Normale haute	130 - 139 et/ou	85 - 89
Stade I (légère)	140 - 159 et/ou	90 - 99
Stade II (modérée)	160 - 179 et/ou	100 - 109
Stade III (sévère)	≥ 180 et/ou	≥ 110

¹ Moyenne de trois mesures effectuées à plusieurs occasions (semaines, mois)

² HTA «blouse blanche»: HTA uniquement au cabinet
HTA masquée: HTA uniquement en dehors du cabinet



HTA chez l'enfant

- HTA systolique:
1 - 17 ans: > 100 + (âge x 2) mmHg
- HTA diastolique:
1 - 10 ans: > 60 + (âge x 2) mmHg
11 - 17 ans: > 70 + âge mmHg



But du traitement*

En général: < 140/90 mmHg

Diabète et néphropathies:
< 130/80 mmHg

HTA systolique Isolée*: < 150 mmHg

*Cave: *chez la personne âgée et très âgée en l'absence
d'hypotension orthostatique



Références, adresses utiles

- www.swisshypertension.ch
- Recommandations Européennes (résumé)
<http://www.eshonline.org/guidelines.html>
- Demande de MAPA :
- Mme Myriam Paschoud, 022 37 29 325
- Conseil aux patients pour la prescription d'appareils
d'automesure, cours d'éducation pour malades
hypertendus : Mme Florence Burri , 022 37 27 419.