

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 6 février 2018

Hôpital cantonal de Genève

## Recommandations américaines 2018 sous haute tension

Dre A. Péchère Bertschi

Le pavé c'est « 2017 Guideline for High Blood Pressure in Adults, Nov 13, 2017 | Melvyn Rubenfire, MD, FACC, ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017;Nov 13:[Epub ahead of print] ».

Je vais essayer d'être succinct...

Le 1<sup>er</sup> truc c'est que depuis nov. 2017, aux USA...si on a une TA syst entre 130-139 mmHg et une TA diast entre 80-89mmHg on est hypertendu et que l'on doit être traité...

Que si on a une TA syst 120-129 avec une TA diast < 80 mmHg on a une TA élevée...

Ok...l'HTA reste le « killer no1 » avant le tabac, et l'obésité (qui sont les promoteurs d'une HTA).

Ok...il y a en 2015 1.6 milliard d'hypertendus, et 10'326'000 décès liés directement à l'HTA...

Ok...on sait que moins de 50% de HTA traitées atteignent la cible de 140/90...

Et on sait aussi que les citoyens, les femmes, les niveaux sociaux éduqués sont mieux traités que le campagnards, les hommes, et les niveaux socio-économiques bas...

Mais il faut réaliser qu'avec les nouvelles définitions US, la population hypertendue va passer de 32% à 48%...que 49% des blancs et 59% des noirs seront hypertendus...bref que l'HTA deviendra « la norme »...

31 millions de citoyens US vont avoir besoin d'une prise en charge de leur TA.

4.2 millions vont avoir besoin d'un (nouveau) traitement

29 millions vont devoir intensifier leur traitement...

Et pourquoi tout ceci...à cause de l'étude SPRINT...

« A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control  
The SPRINT Research Group, N Engl J Med 2015; 373:2103-2116 »

Cette étude randomisée contrôlée, chez des non-diabétiques avec une TA >130mmHg avec un risque cardiovasculaire augmenté (10%), comparait l'obtention de valeurs de TA en dessous de 120mmHg (traitement intensif) à des valeurs en dessous de 140mmHg (traitement standard).

Avec pour résultat une diminution significative de la mortalité, des infarctus ...etc...

Ce que je retiens, c'est que la mesure de la TA dans cette étude se faisait par une machine automatique, après que le patient ait passé seul un bon moment dans un local isolé, sans soignant...et que jamais cette méthode n'a été validée comme correspondant à la réalité...

Et qu'il aurait fallu recalibrer ces mesures avec des valeurs plus hautes (cf bas de l'image)

## SPRINT : *why unattended measure of BP?*

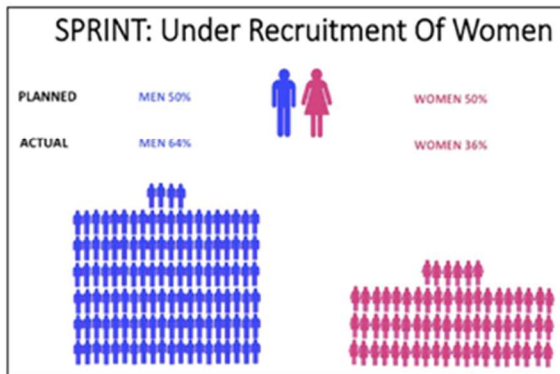
- SPRINT, étude magnifique, mais ne clarifie pas la cible tensionnelle idéale en raison de la **méthode de mesure clinique de la PA, encore jamais utilisée dans toutes les autres études randomisées contrôlées.**
- → mesures automatiques dans un local isolé, sans soignant.
- → *unattended measure*: valeurs non seulement plus basses que les valeurs cliniques classiques, mais aussi plus basses que l'automesure à domicile.
- Ainsi les valeurs rapportées dans SPRINT ont été recalibrées à TAS 130-140 (intense) vs 140-150 (standard).
- A aucun moment les recommandations américaines ne se positionnent par rapport à cette méthode inhabituelle de mesure de la pression artérielle

	Automatique unattended	Office (clinique)	Home self	Pearson coeff r	Pearson coeff r
				Home vs autom	Home vs office
PAS	128±22	144±22	138±18	0.65	0.62
PAD	75±11	82±1	79±8	0.868	0.6

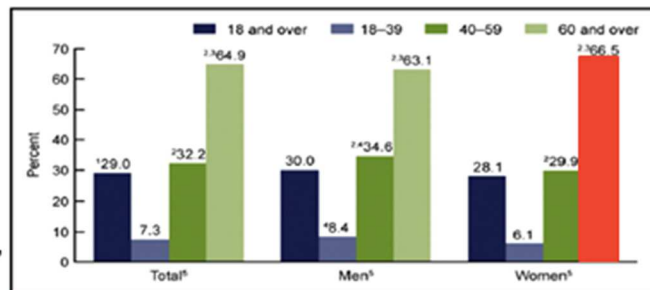
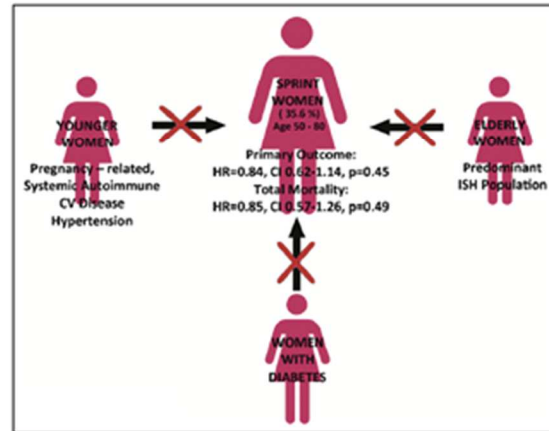
BLOOD PRESSURE, 2016 VOL. 25, NO. 4, 228-234

Ensuite...au lieu d'avoir 50% de femmes et 50% d'hommes comme il est recommandé dans toutes les études...cette étude comporte 64% d'hommes et 36% de femmes...

# SPRINT: Cherchez la femme



17 millions de femmes américaines étaient éligibles pour SPRINT



The American Journal of Medicine (2016) 129, 1030-1036

.....

Pour le reste, la MAPA (mesure ambulatoire de la TA) dans les nouvelles recommandations US commence (à retardement) à trouver sa place...

Pour les molécules de 1<sup>er</sup> choix, les bêtabloquants ont plutôt été délaissés au profit des autres classiques (IEC, Sartans, Diurétiques, Anticalciques)...

(ça c'est les recommandations européennes anciennes)

Etapes	
1	A (<55ans) ou C (≥55 ans, ou noirs)
2	A + C*
3	A + C + D (B)
4	A + C + D + (B) titrer/ajouter diurétique **
5	A + C + D + (B) + E

A: IECA ou sArtan  
B: Béta-Bloqueur  
C: anti-Calcique  
D: Diurétique  
E: Exotique

Anti-calcique préféré, mais considérer thiazide-like si OMI, risque IC

E: Exotique: spironolactone, amiloride, moxonidine, doxazosine,



Les recommandations européennes sont attendues pour cet été...On peut s'attendre à plus de conservatisme chez nous...

## Prédiction (!) recommandations européennes ESH/ESC 2018

Population	But TA mmHG	Remarques
Général	<140/90	
Sujet risque	< 130/80	
≥ 80 ans	< 140/80 mais > TAS 130	Âgé fit Surveillance !!!
Diabète	<140/80 (130 prév. AVC)	
IRC ØprotU	<140/80 (130)	
IRC+protU	<130/90	



Hypertension in Very Old, Frail Subjects. Hypertension 2016;67(5):820-5

On s'étonnera toujours de cette différence entre les USA et l'Europe...mais on sait que le marché est juteux, et qu'en faisant varier des limites de normalité...on peut sans doute tenter de refaire monter quelques marches à « America First »

