

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 4 mai 2021

[Le milieu hospitalier : inhospitalier pour normaliser la pression artérielle](#)

Prof. A. Pèchère

En 2016 l'oratrice présentait un article sur l'urgence hypertensive. C'était la même équipe et les mêmes méthodes. Conclusion: Plus de réadmissions à 7 et 30j chez les patients initialement hospitalisés vs ambulatoire.

Aujourd'hui, la question c'est de savoir s'il faut augmenter ou pas un traitement antihypertenseur chez un patient hospitalisé pour un motif non cardiaque.

[On nous présente une étude](#) de cohorte rétrospective sur 1 an.

- Sont inclus tout patient >18 ans admis pour une cause non-cardiaque
- exclus: maladie cardiovasculaire, AVC ou infarctus <1 mois, grossesse et séjours < 2j ou > 14j

L'issue primaire est l'apparition intra-hospitalière de:

- Insuffisance rénale aiguë
- Infarctus du myocarde
- AVC

L'issue secondaire mesure l'apparition de ces maladies à 30j et contrôle la pression artérielle à un an.

La cohorte comprend quelque 22'000 personnes et le score de propension associe 4520 patients avec des patients chez qui le traitement n'a pas été intensifié.

Résultats

Les deux bras sont assez bien équilibrés. 12% de FA, 13% de maladies coronariennes, 15% avec maladie rénale chronique. Il y a donc une petite base cardio-vasculaire, et les caractéristiques de pression artérielle sont précises et équilibrées.

On observe pour les patients chez qui on introduit un nouveau traitement (intensification), IV comme per os, une augmentation des infarctus et des insuffisances rénales aiguës. Et ce, pour tout intervalle tensionnel. Un mois plus tard, comme un an plus tard, les résultats sont les mêmes. Le contrôle tensionnel n'est pas amélioré par l'augmentation du traitement.

Cela renforce le besoin de faire des contrôles extra-hospitaliers et de maintenir une adhérence à travers le suivi et le lien thérapeutique.

Quelques faiblesses à noter, notamment que les augmentations de dose n'ont pas été incluses, ce qui pourrait cacher plus d'effets délétères. L'AVC et l'infarctus sont exclus de l'étude, mais ce n'est pas le cas de la FA et de l'insuffisance cardiaque qui pourraient aussi être traités avec des antihypertenseurs.

On conclut, hors atteinte d'organes, qu'un traitement conservateur de l'hypertension est associé à de meilleures issues cardiovasculaires.

L'augmentation de la pression artérielle serait donc un effet blouse blanche décuplé par les facteurs "inhospitaliers": la douleur, l'anxiété, les troubles du sommeil, la peur, la nausée, la variabilité lors de maladie aiguë...

On nous cite d'autres études qui vont dans ce sens:

- [Prescription d'anti-HTA à la sortie](#): ↑ des réadmissions à 30j
- [Hospitalisations non cardiaque](#): majoration du traitement à la sortie alors que 50% des HTA étaient contrôlés avant l'hospitalisation.

A noter que lors d'atteintes d'organe, ou de pression > 180/110, prendre un avis ou une mesure est nécessaire.

Comme quoi, parfois le mieux est l'ennemi du bien, et il vaut mieux ne rien faire...

