

**Attention:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 2 décembre 2014

Hôpital cantonal de Genève

**HTA nouvelles recommandations européennes**

Pr. A. Péchère

L'hypertension artérielle (HTA) reste la condition la plus fréquemment rencontrée en médecine de 1<sup>er</sup> recours. En 2008 on parlait d'1 milliard d'hypertendus, et de 9,4 millions de décès par an par sa faute.

A Genève on estime que 30-45% de la population est hypertendue, avec après 65 ans 66-70% de la population qui l'est.

Toujours à Genève un peu moins de la moitié (49%) des hypertendus sont correctement traités, mais dans les pays en voie de développement c'est pas plus de 10% qui le sont.

Il faut souligner la grosse différence Est/ Ouest avec en Suisse et en France par exemple, 659 AVC/ 100'000 habitants après 75 ans contre 3966 AVC / 100'000 après 75 ans en Russie.

Si une hypertension est bien traitée, les AVC diminuent de 44 % et les maladies cardiovasculaires de 35%.

L'objectif de ces nouvelles directives est d'obtenir une tension normale chez 75% des hypertendus...

Toutes les données de cet exposé sont à retrouver dans «2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension.» [J Hypertens.](#) 2013 Oct;31(10):1925-38.

A partir d'un cas prétexte d'une femme de 54 ans venant pour un check up, normotendue et sans facteurs de risques cardiovasculaire (FRCV) chez laquelle on voit une HVG (hypertrophie ventriculaire gauche) à l'ECG, on nous parle de l'HTA masquée, et de la nécessité d'aller regarder les autres organes cibles à part le cœur, qui sont les yeux et les reins...

Le risque CV est doublé et le risque d'AVC triplé par rapport au normotendu, lors d'HTA masquée.

Après la TA mesurée au cabinet, il y a l'automesure (AM) par le patient et la MAPA (Mesure ambulatoire de la pression artérielle).

L'AM a obtenu un regain de popularité ces derniers temps surtout depuis qu'un groupe français (?) a récemment publié la validité de 2 mesures matin et soir pendant 6 jours d'affilées par rapport à la MAPA.

Pour les anglais, la MAPA est la suite logique d'un examen clinique au cabinet («Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study» [Kate Lovibond](#) , The Lancet, [Volume 378, Issue 9798](#) ).

Actuellement, pour les américains (JNC8) les recommandations considèrent qu'après 60 ans une PAS (pression artérielle systolique) de 150 mmHg est acceptable y compris pour les diabétique et les maladies rénales chroniques. Pour les plus jeunes c'est 140/90mmHg pour tout le monde (mais tout le monde n'est pas d'accord...).

Pour ce qui est des traitements, c'est pour les «Blancs» hydrochlorothiazide (HCTZ), inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARAI) ou anticalciques (AC).

Je retiens que ...

Chez les coronariens hypertendus il n'y a pas vraiment de préférence de traitement mais que le plus important est de descendre la PAS en dessous de 140mmHg (cf étude INVEST).

Chez le diabétique hypertendu aussi, il faut arriver à une PAS < 140 mmHg lorsqu'il n'y a pas de protéinurie, et < 130 mmHg lorsqu'il y a une protéinurie. (étude ACCORD).

Chez le sujet âgé avec une PAS > 160 mmHg il faudrait viser entre 140 et 150 mmHg.

S'il est en forme est a moins de 80 ans , on peut viser < 140 mmHg si le traitement est bien toléré.

Le risque CV global mérite cependant d'être évalué (cf sujet de mardi dernier)...

[http://journals.lww.com/jhypertension/pages/imagegallery.aspx?year=2013&issue=10000&article=00002&ImageId=F3\\_1&WT.mc\\_id=EMxALLx20100222xxFRIEND](http://journals.lww.com/jhypertension/pages/imagegallery.aspx?year=2013&issue=10000&article=00002&ImageId=F3_1&WT.mc_id=EMxALLx20100222xxFRIEND) (voir tableau ad hoc...)

Un mot aussi sur les problèmes d'hypertension durant la grossesse...

Pour ce qui est des traitements c'est toujours HCTZ, Beta bloquants, IEC, ARAII, AC, et autres que l'on peut associer comme on veut **sauf le double blocage du système rénine angiotensine qui est interdit...**

Pour l'HTA rénovasculaire, on ne dilate plus l'artère rénale sténosée (cf étude CORAL)...

En ce qui concerne la dénervation de l'artère rénale les différentes études SIMPLICITY ont montré qu'il n'y avait pas de différence entre les «dénervés» et les «placebos»...mais il semblerait que les «dénervés» ne l'étaient pas assez en

«profondeur»...donc peut-être qu'il y a encore un futur pour cette technique chancelante...

Pour finir, on nous recommande chez les personnes âgées de bien mesurer aussi la TA en position debout, car l'on sera surpris de découvrir des «orthostatisme» impressionnant qui calmeront rapidement nos ardeurs hypotensives...

On retiendra donc surtout que les objectifs s'assouplissent mais que ce n'est pas pour autant qu'il faut relâcher la pression sur ceux ci...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan [ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD [colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)