

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

Mardi 8 janvier 2019

Hôpital cantonal de Genève

## Recommandations européennes 2018 : l'hypertension dans tous ses états

Pre A. Péchère

Comme nous l'annonce déjà depuis un moment Yuval Noah Harari (21 leçons pour le XXI<sup>e</sup> siècle - Yuval Noah Harari – Payot) nous ne sommes que des algorithmes et allons bientôt être remplacé par des machines...donc de vous retranscrire en ce début d'année, les nouvelles recommandations pour le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) ne va faire que d'amener de l'eau à son moulin...et ça me déprime rien que de penser à la tâche qui m'attends...

Mais quand faut y aller...faut y aller....

On retiendra que l'HTA reste le numéro un parmi les facteurs de mortalité et de morbidité précoce...elle touche 35-40% de la population adulte mondiale...dont seuls 40% sont traités, et seule la moitié d'entre eux atteignent la valeur cible recherchée...soit 140/90 mmHg.

On retiendra encore que l'évidence de l'utilité d'un traitement est hypersolide...des centaines de milliers de patients dans des centaines d'études randomisées contrôlées ont montré pour chaque diminution de 10 mmHg de la TA syst. ou de 5 mmHg de TA diast. Une diminution de 35% des accidents cardiovasculaires (AVC), de 20% des accidents cardiovasculaires et des infarctus, et de 40% de l'insuffisance cardiaque...

Fin 2017, les américains ont déclaré hypertendue toute personne ayant une TA supérieur à 120/80 mmHg ce qui a jeté un froid chez les européens...qui eux ont gardés en 2018 les chiffres de 140/90 mmHg comme la norme au cabinet médical, et de 135/85 mmHg pour la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou par automesure à domicile.

(On nous glisse une page de pub pour le site de la swiss society of hypertension [http://www.swisshypertension.ch/public/links/links\\_english.html](http://www.swisshypertension.ch/public/links/links_english.html) )

Il est important d'intégrer les valeurs de TA dans une évaluation du risque cardiovasculaire global...

P.ex.

- **risque très élevé** lors de cardiopathie ischémique, de Diabète de type II (DMII) avec atteinte des organes cibles (AOC), de maladie rénale chronique (IRC) avec clearance < 30ml/.

- **risque élevé** : hypercholestérolémie > 8mmol/l, HTA stade 3 (> 180/110 mmHg), DMII sans autre facteur de risque cardiovasculaire (FRCV), hypertrophie du ventricule gauche (HVG), IRC avec clearance entre 30 et 59 ml/.

- **risque modéré** : HTA stade 2 (160-179/100-109 mmHg), score GSLA <5% (<https://www.gsla.ch/calcul-du-risque/calculateur-de-risque-du-gsla> ).

- **risque faible** : score GSLA < 1%

Pour rechercher l'AOC...l'ECG, l'US cardiaque, la clearance à la créatinine et la microalbuminurie...pour pousser un peu plus loin, l'US rénal, le doppler carotidien, le fonds d'œil...

Le score calcique coronarien a une valeur prédictive moyenne, tout comme l'IRM cérébrale...

Il faudrait penser à une HTA secondaire si :

- le patient est jeune (< 40ans)
- lors de déstabilisation aiguë d'une HTA
- lors d'HTA de stade 3 ou/et résistante au traitement
- lors d'AOC marquée
- lors d'hypokaliémie
- lors de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)
- lors d'histoire familiale ou signes suggérant un phéochromocytome
- lors d'infections urinaires hautes dans l'enfance
- lors de prise d'AINS, d'antidépresseurs, de drogues, de vasoconstricteurs, de réglisse, de chimiothérapie, de corticoïdes ou d'immunomodulateurs.
- lors d'hypercalcémie ou d'hyperthyroïdie
- lors de troubles hypertensifs durant la grossesse et de pré-éclampsie

Les mesures hygiéno-diététiques (MHD) retardent la survenue d'une HTA, retardent le début du traitement, diminuent le risque CV, augmentent l'efficacité des traitements...mais est très difficile à initier et à maintenir...

Elles constituent à...

- réduire le sel à < 5g/j
- augmenter la prise de potassium et manger méditerranéen
- maintenir un indice de masse corporelle < 25 kg/m<sup>2</sup>
- faire 30 min. d'activité physique 5-7 jours par semaine
- arrêter le tabac
- diminuer l'alcool à < 14U / semaine pour les hommes et < 8U/ semaine pour les femmes (1 U c'est 125ml de vin ou 250 ml de bière)...

Pour commencer le traitement en 2018 on se reporte au tableau ci-dessous :

FRCV, AOC, Maladie associée	Pression artérielle (mmHg)			
	Normale hte PAS 130-139 PAD 85-89	Stade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Stade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Stade 3 PAS ≥180 PAD ≥110
∅ autre FR	∅ TTT	MHD et TTT après 3-6 mois	MHD + TTT	MHD + TTT
1-2 FR	MHD ∅ TTT	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT
≥ 3 FR	MHD ∅ TTT	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT
AOC, MRC st. 3, DM II sans AOC	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT
MCV, MRC st. ≥ 4, DM+ AOC	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT	MHD + TTT

(MCV c'est maladie cardiovasculaire, MRC c'est maladie rénale chronique ; les autres abréviations vous devriez être capable de les déchiffrer...).

Il semble que lors d'antécédents d'AVC hémorragiques, la cible peut être abaissée à < 130 mmHg mais < de 120 mmHg...

Les américains semblent être plus énergiques et recommander une cible < 130/80 mmHg lorsque le risque est augmenté, ou le sujet âgé de plus de 65 ans...mais une fois de plus, ça dépend à quel américain on le demande...et si on demande à un européen...

Par exemple pour une femme de 63 ans avec une TA de 151/86 mmHg

- american heart assoc. 130/80 mmHg + médicaments
- american assoc. of family phys. 150/90 + pas de médicaments
- european soc.of cardiology: 140/90 + médicaments

En gros, lorsqu'il y a risque, en Europe on vise < 130 mmHg mais > 120 mmHg si le patient a moins de 65 ans (pour les IRC on reste entre 140 et 130 mmHg).

Après 65 ans, on ne fait plus de zèle et on ne descend pas en dessous de 140 mmHg

Les sujets âgés ne devraient pas (trop) nous intimider...et une TA de 150/80 est toujours associée à une baisse de mortalité, d'AVC, d'insuffisance cardiaque...mais on sera attentif malgré tout à l'orthostatisme, à l'atteinte rénale, et aux autres traitements...

Pour le sujet âgé et très âgé les recommandations sont les suivantes :

## Cibles tensionnelles du **sujet âgé et très âgé**

### Initiation du traitement antihypertenseur selon les valeurs cliniques

Recommandations	Classe	Niveau Evidence
Âgés <i>fit</i> > 80 ans, TT antiHTA + MHD si TAS $\geq$ 160 mmHg et bien toléré	I	A
> 65 ans et < 80 ans, TT antiHTA + MHD, si TAS 140-159 mmHg et bien toléré	I	A
Fragile âgé, considérer TT antiHTA si toléré	IIb	B
L'âge avancé $\geq$ 80 ans n'est pas un motif d'interruption du traitement antiHTA, si toléré	III	A

Pour les DMII la cible c'est < 130mmHg mais > 120 mmHg...

Pour ce qui est de l'adhérence thérapeutique...c'est 33% d'interruption à 6 mois, 41% à 1 an et 50% à 5 ans...

50% des HTA résistantes au traitement ne prennent pas leur traitement...

(De quoi nous faire réfléchir...)

Pour ce qui est du choix de traitement...on retiendra que...

- les bêta-bloquants préviennent moins bien les AVC
- les anticalciques sont moins bons dans l'insuffisance cardiaque
- les IEC sont meilleurs que les sartans pour diminuer la mortalité
- les thiazide-like (chlorthalidone) sont meilleurs que les thiazides

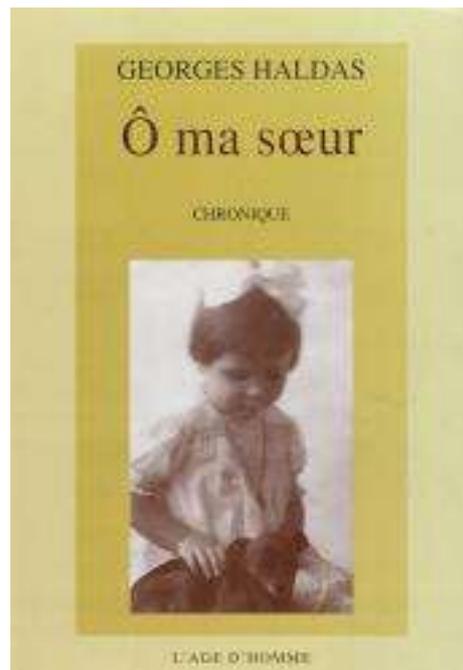
Les combinaisons sont recommandées :

Sartans + anticalciques ou diurétiques seuls au début

Sartans + anticalciques + diurétiques ensuite

Sartans + anticalciques + diurétiques avec en plus spironolactone ou alpha-bloquant ou anti-HTA central.

Pour sortir des algorithmes et toucher à un peu plus de finesse et de poésie je vous recommande de Georges Haldas « Ô ma sœur » découvert pendant ces vacances...un trésor d'analyse des non-dits entre un frère et une sœur...



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)