



## **PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE – VALEURS-CIBLES**

Ces guidelines reprennent l'essentiel des guidelines européennes et américaines actuelles. Le lecteur est invité à les consulter pour plus de détails.

L'hypertension artérielle est le facteur de risque numéro 1 pour l'AVC ischémique et hémorragique et un facteur de risque important pour les autres maladies vasculaires et cardiaques.

Etant donné l'importance de cette maladie, il est recommandé de prendre la tension à chaque visite avec examen physique au début aux 2 bras. Chez les sujets obèses un brassard plus large doit être utilisé. Il faut prendre la tension au repos en mettant le bras au niveau du cœur.

La moitié des sujets avec une tension entre 13,0-13,9/8,5-8,9 va développer une hypertension endéans des 2 ans suivants. Il faut les contrôler au moins une fois par an.

Plus que la moitié des patients avec une « white coat hypertension » vont développer une hypertension artérielle endéans les 6 mois. Il faut les contrôler tous les 3-6 mois.

On propose pour l'autocontrôle 3 mesures par jour pendant 3 jours avant la consultation médicale.

Chaque individu (sauf des rares exceptions comme p. ex. l'éclampsie, l'AVC aigu et les sujets âgés qui le tolèrent mal) devrait avoir une tension artérielle inférieure à 14/9 cmHg mesurée 2 fois conventionnellement (ou des valeurs moyennes de 24 heures de 13,0/8,0 cmHg ou des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg).

Des valeurs cibles plus basses dans des populations particulières ont été abandonnées, sauf après AVC lacunaire ou chez les diabétiques (voir tableau ci-dessous). On ne traite pas ici des conditions particulières.

Quelques jours avant la publication de ces guidelines, l'étude SPRINT est parue dans le New England Journal of Medicine. Dans cette étude 9361 patients avec un risque cardiovasculaire élevé ont été randomisés à des valeurs systoliques cibles inférieures soit à 14 soit à 12cmHg. Après une période d'observation médiane de 3.26 ans, il y avait une nette réduction d'un endpoint composé dans le groupe avec traitement intensif, surtout causé par une réduction d'insuffisance cardiaque (RRR -38%) de mort cardiovasculaire (-43%) et de mortalité de toute cause (-27%). Il n'y avait pas d'augmentation de chutes avec blessure sous le traitement intensif. Pour l'inclusion au moins un des critères suivants était nécessaire : âge  $\geq$  75 ans, insuffisance rénale chronique (filtration glomérulaire 20 – 59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), infarctus du myocarde, sténose artérielle  $\geq$  50% ou après intervention artérielle (coronaires, carotides, artères des membres inférieures), hypertrophie ventriculaire gauche (ECG ou échographie). Des critères d'exclusion importantes étaient âge <50 ans, diabète, AVC dans les antécédents, résidence dans une maison de soins. Pour les critères précis veuillez consulter l'appendice supplémentaire de l'étude. Pour le moment il n'est pas clair si l'on peut transférer cette recommandation sur d'autres populations.



	<b>Tension cible inférieure à</b>
<b>Population générale</b>	14/9 cmHg (Ia-IIb)  (correspond à des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg ou des valeurs moyennes de 24 heures de 13,0/8,0 cmHg au Holter tensionnel)
<b>Patients à haut risque cardiovasculaire, mais sans diabète et sans AVC, ne résidant pas dans une maison de soins</b>	12 cmHg systolique (Ib)
<b>Après AVC lacunaire</b>	13/8 cmHg (Ib)
<b>Diabétiques</b>	14/8,5 cmHg (Ia)  (et non inférieure à 13/8 comme dans les guidelines précédentes) (Ib)
<b>Sujets âgés qui tolèrent mal ces limites</b>	15 cmHg systolique (IIb)

En général, la prise de la tension artérielle par méthode conventionnelle soit par le patient lui-même soit par le médecin/une infirmière est suffisante. Dans les cas suivants, un enregistrement continu sur 24 heures peut être utile:

- Suspicion d'une résistance au traitement antihypertenseur
- suspicion de « white coat hypertension » pour obtenir des valeurs dans le milieu normal
- valeurs inconstantes
- suspicion d'hypertension nocturne
- suspicion d'hypotension sous traitement
- dysfonction autonome
- risque vasculaire élevé

Dès le diagnostic de l'hypertension les règles hygiéno-diététiques suivantes sont essentielles :

- arrêt du tabagisme
- poids idéal
- exercice physique
- alimentation équilibrée, notamment diminution de la consommation de sel. La réduction du sel diminue la tension, néanmoins une réduction d'événements cérébro-cardiovasculaires n'a pas pu être démontrée et est discutée.

On a observé des résultats probants dans l'ensemble des essais comparatifs versus placebo des grandes classes thérapeutiques d'antihypertenseurs: diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'IEC et sartans. Le choix de l'antihypertenseur reste individuel en fonction des comorbidités et des effets secondaires du produit en question. Chez les sujets de race noire, le traitement initial devrait comprendre un thiazide ou un antagoniste calcique. Chez le sujet jeune non-noir (<55 ans) un inhibiteur d'IEC ou un sartan et après AVC un sartan ou la combinaison inhibiteur d'IEC/diurétique sont particulièrement recommandés. Après la phase aiguë (environ une semaine) d'un AVC, la réduction de la pression artérielle est recommandée.



Les alpha-bloquants (p.ex. doxazosine) ne sont recommandés qu'en cas d'une hypertrophie de la prostate concomitante. Il n'y a pas d'étude ayant démontré une efficacité d'aliskiren sur les endpoints cliniques.

Fréquemment une combinaison de différents médicaments sera nécessaire pour obtenir les valeurs cibles. La combinaison d'un IEC avec un sartan n'est pas recommandée. L'utilisation de 2 ou 3 médicaments dans un comprimé (« polypill ») est encouragée pour améliorer l'adhérence des patients.

Un ECG, la fonction rénale (créatinine) et un test pour protéinurie (à la bandelette) devraient être fait chez chaque individu hypertendu. D'autres examens complémentaires à la recherche d'une atteinte des organes cibles (ETT, EDVC, fond d'œil...) chez un sujet hypertendu sont à envisager en fonction du contexte clinique (âge, symptômes, comorbidités, réponse au traitement...).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mancia G et al.:2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension - The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) J. Hypertens. 2013, 31:1281–1357
2. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>
3. Zhang P-Y : Review of new hypertension guidelines. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2015; 19 (2): 312-3154
4. Kernan WN et al: Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke 2014;45:00-00
5. The SPRINT Research Group : A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1511939>

### *Groupe de travail*

Dr Dirk W. DROSTE	médecin spécialiste en neurologie au CHL, chargé de la rédaction de la présente recommandation
Dr René METZ	coordinateur du groupe de travail, membre du Conseil scientifique, médecin spécialiste en neurologie au CHL
Dr Louis BOISANTE	médecin spécialiste en cardiologie au CHEM
Dr Simone STEIL	Direction de la Santé
Dr Marc WALDBILLIG	médecin-généraliste

Les membres ne déclarent pas de conflits d'intérêts.