



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

VERSION LONGUE // MISE À JOUR 2020

# RAPPELS : LES VALEURS CIBLES DE LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

Valeurs cibles de la TA	
Population générale	<b>≤ 14/9 cmHg (Ia-IIb)</b> Envisager d'instaurer un traitement médicamenteux si la TA est entre 13/8cmHg et 14/9 cmHg, s'il est bien toléré
Patients à haut risque cérébro-cardio-vasculaire	<b>≤ 13/8 cmHg (Ib)</b>
Patients âgés et fragiles avec haut risque cérébro-cardio-vasculaire	<b>≤ 14/9 cmHg (IIb),</b> Essayer d'obtenir une TA ≤ 13/8 cmHg, si elle est bien tolérée (absence de vertiges orthostatiques, de fatigue etc.)

## DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

- **L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque des AVC** ischémiques et hémorragiques et un facteur de risque important des autres maladies vasculaires, surtout de l'insuffisance cardiaque.
- **Il est recommandé de mesurer la tension artérielle au début de l'examen clinique et à chaque bras.**

Rappels des conditions de mesures de la TA :

- 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.
- Les classifications des grades d'hypertension (grades I et II) diffèrent suivant les guidelines européennes et américaines, nous déconseillons de les utiliser pour éviter la confusion.
- **La moitié des patients présentant une tension artérielle systolique entre 13,0 et 13,9 cmHg et diastolique entre 8,5 et 8,9 cmHg vont développer une hypertension artérielle** endéans 2 ans. Il faut contrôler la TA de ces patients au moins une fois par an.

- **Plus que la moitié des patients avec un effet « blouse blanche » « white coat hypertension » lors de la mesure de la TA vont développer une hypertension artérielle endéans 6 mois.** Il faut contrôler la TA de ces patients tous les 3 à 6 mois.
- Si le patient réalise un **autocontrôle tensionnel**, il faut lui demander de faire **4 mesures par jour à intervalles réguliers pendant 3 jours avant la consultation médicale**. Pour suivre l'évolution de la TA, un carnet décrivant de manière détaillée le mode de mesure et les valeurs systoliques et diastoliques de la tension nous semble important à faire réaliser au patient (1- 4).
- Chaque individu (sauf de rares exceptions comme l'éclampsie, l'AVC aigu et pour les sujets âgés et fragiles qui le tolèrent mal) devrait avoir :
  - une TA inférieure à 14/9 cmHg, mesurée 2 fois conventionnellement,
  - ou des valeurs moyennes sur 24 heures de 13,0/8,0 cmHg, (Holter tensionnel)
  - ou des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg. (Holter tensionnel)

Des valeurs cibles plus basses dans des populations particulières ont été abandonnées.

L'AVC aigu ou la grossesse ne font pas l'objet de ces recommandations (1-4).

- **Nous recommandons de débiter un traitement antihypertenseur médicamenteux chez un sujet sans risque cérébro-cardio-vasculaire élevé présentant une TA entre 13/8 et 14/9 cmHg.**

Cette recommandation repose sur les conclusions de l'étude SPRINT (5). Dans cette étude, 9.361 patients présentant un risque cardiovasculaire élevé ont été randomisés en 2 bras de traitement selon la valeur cible de la TA systoliques à atteindre, à savoir TA inférieure soit à 14 cmHg, soit à 12 cmHg. Après une période d'observation médiane de 3,26 ans, une nette réduction des cas d'insuffisance cardiaque (-38%), de morts cardiovasculaires (-43%) et de la mortalité toutes causes (-27%) a été mise en évidence dans le groupe traité de manière plus intensive (TA visée < 12 cmHg). Il n'y avait pas d'augmentation des chutes avec blessure sous le traitement intensif.

Remarque : Pour rappel, la mesure automatique de la tension élimine la présence du médecin (unattended automatic measurement) et annule donc « l'effet blouse blanche ». Dans l'étude SPRINT, la TA est prise par automesure, éliminant ainsi l'effet « blouse blanche », ce qui pourrait être un biais de mesure par rapport aux études antérieures. Malgré ce risque de biais de mesure, **nous recommandons de suivre les conclusions de l'étude SPRINT et d'avoir pour valeurs cibles une TA inférieure à 13/8 cmHg, si cela est bien toléré.**

- **La population âgée à haut risque cérébro-cardio-vasculaire devrait avoir une TA < 14/9 cmHg**, éventuellement même < 13/8 cmHg si cela est bien toléré (absence d'effets secondaires comme des vertiges orthostatiques, une fatigue etc.)
- **Pour des valeurs initiales de TA supérieures à 14/9 cmHg, nous recommandons une bithérapie à bas dosage d'emblée si elle est bien tolérée, vu le moindre risque d'effets indésirables et la complémentarité des effets hypotenseurs.**

Remarques :

Pour des valeurs de départ entre 13/8 et 14/9 cmHg une monothérapie initiale peut suffire.

#### LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

La baisse de la tension par un antihypertenseur est d'autant plus importante que la valeur de départ de la TA est haute (Ausgangswertgesetz, Loi de la valeur initiale de Josef Wilder) (6).

- **Pour diagnostiquer une hypertension artérielle, la mesure de la TA par méthode conventionnelle, par le patient, par un médecin ou un(e) infirmier(ère) est généralement suffisante.**
- Un enregistrement continu sur 24 heures peut être utile dans les situations cliniques suivantes :
  - suspicion de résistance au traitement antihypertenseur,
  - suspicion d'effet « blouse blanche » « *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 d'hypertension posé, une/des modification(s) d'habitudes de vie doivent être discutées avec le patient :
  - arrêt du tabagisme,
  - mise en place d'un régime alimentaire en cas de surpoids et d'obésité,
  - reprise d'un exercice physique régulier,
  - adaptation de l'alimentation, notamment surveillance de la consommation de sel (surtout chez les sujets noirs). La réduction des apports sodés diminue la TA.  
Remarque : la réduction des apports sodés n'entraîne pas de réduction d'évènements cérébro-cardiovasculaires.
- Après la phase aiguë d'un AVC (environ une semaine), une réduction de la TA pour atteindre les valeurs cibles est recommandée.
- Un bilan cardiaque et rénal doit être réalisé chez chaque individu présentant une hypertension artérielle, il comprend au minimum :
  - un ECG,
  - un bilan biologique de la fonction rénale (créatinine),
  - un test urinaire à la recherche d'une protéinurie (à la bandelette).

D'autres examens complémentaires à la recherche d'une atteinte des organes cibles (échographie cardiaque transthoracique, écho-Doppler des vaisseaux du cou, fond d'œil...) chez un sujet hypertendu sont à envisager en fonction du contexte clinique (âge, symptômes, comorbidités, réponse au traitement...).

# PHARMACOTHÉRAPIE DE L'HYPERTENSION (1, 8, 9)

## Messages-clés

- Les 4 classes pharmacothérapeutiques ayant démontré un effet favorable sur la morbi-mortalité sont les diurétiques thiazidiques et apparentés, les médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (IECA et sartans), les inhibiteurs calciques et les bêtabloquants.
- Le traitement le plus approprié est à choisir au cas par cas, en fonction des caractéristiques du patient.
- Pour obtenir la baisse tensionnelle escomptée, il est souvent nécessaire d'associer plusieurs principes actifs appartenant à des classes différentes.

Les classes pharmacothérapeutiques utilisées en première ligne sont les suivantes :

- Les diurétiques thiazidiques et apparentés ;
- Les médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (SRA) :
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)
- Les antagonistes de l'angiotensine II (sartans).
- Les inhibiteurs calciques
- Les bêtabloquants

Ces classes ont montré un bénéfice sur la mortalité ou, à défaut, sur la morbidité cardiovasculaire. Pour une valeur de diminution tensionnelle donnée, l'effet bénéfique semble être comparable entre les différentes classes, avec cependant des différences à prendre en compte. D'autre part, le traitement est à choisir au cas par cas en fonction des caractéristiques du patient, tels que les valeurs tensionnelles initiales, les comorbidités, l'âge, les traitements concomitants et la tolérance. Puisqu'il s'agit d'un traitement à long terme, il faut tenir compte des risques liés à l'exposition au long cours (**recommandation forte, niveau de preuve élevé**).

- Les diurétiques thiazidiques et apparentés ont démontré une réduction de la mortalité toutes causes et des événements cardiovasculaires. Ils sont recommandés chez tout patient présentant une hypertension non compliquée et chez les patients âgés présentant une hypertension systolique. L'indapamide et la chlortalidone sont particulièrement recommandées (**recommandation forte, niveau de preuve élevé**).

Pour l'hydrochlorothiazide (HCTZ), des études pharmaco-épidémiologiques récentes ont montré un risque accru de cancer de la peau non mélanocytaire de type carcinome basocellulaire et carcinome épidermoïde de la peau ou des lèvres, lors de l'exposition à des doses cumulées croissantes. L'Agence européenne des médicaments a émis

les recommandations suivantes pour les patients qui prennent de l'HCTZ seul ou en association (7) :

- Vérification régulière de la peau afin de détecter toute nouvelle lésion ou modification de lésion existante ;
- Examen médical des lésions suspectes ;
- Limitation de l'exposition aux rayons UV et protection adéquate en cas d'exposition solaire ;
- Modification du traitement antihypertenseur en cas d'antécédents de cancer non mélanocytaire de la peau.

▪ Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (SRA) :

Pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), on a démontré une baisse de la mortalité toutes causes, ce qui n'est pas le cas des antagonistes de l'angiotensine II (sartans). Ces derniers sont cependant mieux tolérés que les IECA (moindre risque d'angioœdème ; pas de toux, éventuellement moins de risque de cancer de poumon, (10)).

Les IECA et les sartans sont recommandés chez les patients présentant une dysfonction ventriculaire gauche (p.ex. après un infarctus du myocarde) ou en cas de micro- ou de macroalbuminurie (diabétique et non diabétique) (**recommandation forte, niveau de preuve élevé**).

Les sartans peuvent être proposés aux patients qui développent une toux persistante sous IECA (**recommandation forte, niveau de preuve élevé**).

- Pour les bêtabloquants, les données sur la mortalité sont limitées; ils semblent moins efficaces pour prévenir les AVC. Ils sont recommandés en cas d'angine de poitrine, après un infarctus du myocarde, en présence de fibrillation auriculaire ainsi qu'en cas d'insuffisance cardiaque (en association avec d'autres médicaments).
- Pour les antagonistes du calcium (inhibiteurs calciques), les données sur la mortalité sont également limitées. Par rapport aux autres antihypertenseurs, ils semblent avoir un effet plus marqué sur les AVC mais ils seraient moins efficaces en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque. Ils sont recommandés chez les patients âgés présentant une hypertension systolique et en cas de d'angine de poitrine stable (**recommandation forte, niveau de preuve élevé**).
- Chez les personnes d'origine africaine, les antagonistes du calcium et les diurétiques sont plus efficaces que les autres classes pharmaco-thérapeutiques.
- Associations de plusieurs antihypertenseurs :
  - En cas de réponse thérapeutique insuffisante, une association de deux voire trois antihypertenseurs faiblement dosés est habituellement préférable à une augmentation de la dose d'une monothérapie donnée, vu le moindre risque d'effets indésirables et la complémentarité des effets hypotenseurs. Une bithérapie est à envisager d'emblée en première intention dans les situations cliniques où les monothérapies sont souvent insuffisantes, p.ex. en cas d'hypertension modérée à sévère ou de risque cardiovasculaire élevé motivant un contrôle tensionnel strict (**recommandation forte, niveau de preuve faible**).
  - De nombreuses associations libres et fixes sont disponibles. L'association IECA + sartan est à éviter. Les associations fixes favorisent l'observance mais rendent plus difficiles les ajustements de doses.

- La place des antihypertenseurs centraux (clonidine, méthyldopa, moxonidine) et des alpha1-bloquants (prazosine, térazosine) dans la stratégie thérapeutique de l'hypertension est limitée, vu le manque de données sur la morbi-mortalité et les effets indésirables potentiellement graves. Il s'agit de traitements de dernière ligne, ajoutés aux autres antihypertenseurs en cas de réponse thérapeutique insuffisante. La térazosine est également indiquée en cas d'hyperplasie bénigne de la prostate. La méthyldopa est surtout utilisée dans l'hypertension artérielle pendant la grossesse (**recommandation forte, niveau de preuve intermédiaire**).
- L'aliskiren n'a démontré aucun bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire, mais expose à des effets indésirables potentiellement graves. En conséquence cette substance n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique de l'hypertension artérielle.

## BIBLIOGRAPHIE

1. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH): 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension / European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104
2. Whelton PK et al: 2017 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: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 71:1269-1324.
3. Bakris G, et al: ACC/AHA versus ESC/ESH on hypertension guidelines. JACC 2019, 73: 3018-3126
4. Chopra HK et al.: Recent Guidelines for Hypertension. Circ Res. 2019;124:984-986
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>
6. Messerli FH et al: Wilder's principle: pre-treatment value determines post-treatment response. Eur Heart J. 2015 36:576-579
7. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-3-6-september-2018-prac-meeting\\_en-0.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-3-6-september-2018-prac-meeting_en-0.pdf)
8. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T114476, Hypertension Medication Selection and Management; [updated 2018 Dec 04,]. Available from <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114476>. Page consultée le 07.05.2020
9. Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Répertoire commenté des médicaments. Chapitre 1.1. Hypertension. [www.cbip.be](http://www.cbip.be). Page consultée le 07.05.2020
10. Hicks BM et al: Angiotensin converting enzyme inhibitors and risk of lung cancer: population based cohort study BMJ 2018: 363:k420

## GROUPE DE TRAVAIL

### GT Risques vasculaires :

**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

**M. Marcel BRUCH**, membre du Conseil scientifique, Direction de la Santé

**M. Yves BRUCH**, membre du Conseil scientifique, Contrôle médical de la sécurité sociale

**Dr Louis BOISANTE**, médecin spécialiste en cardiologie au CHEM

**Dr Simone STEIL**, Direction de la Santé

**Dr Marc WALDBILLIG**, médecin-généraliste

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](http://conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)  
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225