

Traitement

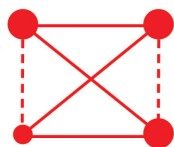
I. Approche non pharmacologique (mesures hygiéno-diététiques)

- Arrêt tabagisme
 - Limitation de la consommation d'alcool
 - Régime « pauvre en sel » (≤ 6 g NaCl/jour \approx natriurie/24 heures < 100 mmol) et riche en fruits et légumes
 - Entraînement physique : marche, vélo, natation, ski de fond, course à pied, ...
 - Contrôle du poids corporel
- Ces mesures accompagnent tout traitement pharmacologique

II. Si pression artérielle $\geq 140/90$ mm Hg après mesures hygiéno-diététiques :

Médicaments antihypertenseurs

Bloqueur du système rénine-angiotensine (BSRA)



Antagoniste du Ca⁺⁺

Bêta-bloquant

Diurétique

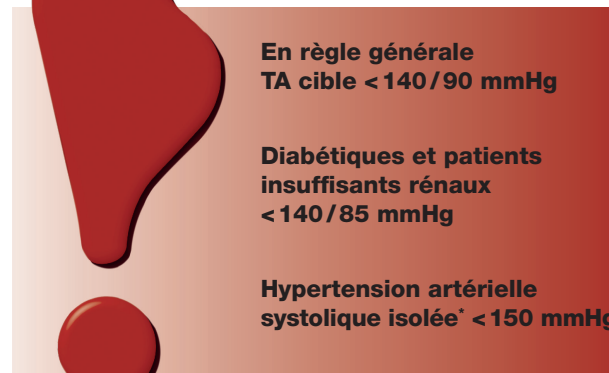
- antihypertenseur de 1^{re} choix
- antihypertenseur de 1^{re} intention pour certaines indications.

Niveau de risque	PAS 140 – 159 e/o PAD 90 – 99 mmHg	PAS ≥ 160 e/o PAD ≥ 100 mmHg
Léger à modéré	Monothérapie	Monothérapie ou thérapie combinée
Elevée à très élevée	Monothérapie ou thérapie combinée	Thérapie combinée

En cas de résistance à un traitement comportant un bloqueur du système rénine-angiotensine, un diurétique et un antagoniste du calcium, envisager l'ajout d'un β -bloquant, d'un anti-aldostérone, d'un α -bloquant ou d'un sympatholytique d'action centrale.

Cave: Contre-indications et interactions médicamenteuses. Utiliser les diurétiques à faible dose (attention à l'hypokaliémie).

Cible de traitement



* Egalement valable pour les personnes âgées en l'absence d'hypotension orthostatique

Choix du médicament en fonction des co-morbidité

Condition	Antihypertenseur préférentiel
Maladie coronarienne	β -bloquant, Bloquer du RAAS, anti-calcique
Insuffisance cardiaque	Bloqueur du RAAS, diurétique, β -bloquant, antagoniste de l'aldostérone
Asthme et pneumopathies obstructives chroniques	Bloqueur du RAAS, anti-calcique, diurétique
Dyslipidémie	Bloqueur du RAAS, anti-calcique
Protéinurie, microalbuminurie, néphropathie diabétique	Bloqueur du RAAS
Intolérance glucose	Bloqueur du RAAS, anti-calcique
Diabète	Bloqueur du RAAS, anti-calcique, β -bloquant
Grossesse	Contre-indication à l'utilisation des bloqueur du RAAS: α -méthylodopa, labétalol, β -bloquant, anti-calcique (dihydropyridine), dihydralazine CAVE : diurétiques
Etat hypercinétique, trémor, migraine	β -bloquant

Hypertension artérielle résistante

Définition:

Valeurs PA au cabinet $> 140/90$ mmHg malgré une triple thérapie antihypertensive à dose efficace incluant un diurétique. Une pseudo-résistance doit être exclue par une mesure ambulatoire de la pression artérielle ambulatoire sur 24 h.

Traitement:

Exclure un mauvaise observance thérapeutique, adapter le traitement médicamenteux

Dénervation rénale et stimulation baroreflexe:

Traitement non encore validé; l'indication doit être posée par un centre de référence et dans le cadre d'un essai clinique.

Causes d'hypertension résistante au traitement

Causes possibles	Evaluation	Mesure à prendre
Erreur de mesure de la pression artérielle	Manchette, technique de mesure	Adapter la manchette, corriger la technique
HTA « blouse blanche »	MAPA ou automesure	Eviter de surtraiter
Syndrome des apnées du sommeil	Anamnèse, MAPA (non-dipper), étude du sommeil	Baisse du poids en présence d'obésité, avis spécialisée
Abus d'alcool, prise d'hormones, d'AINS ou de réglisse	Anamnèse	Arrêter les substances pro-hypertensives
Traitement prescrit inefficace	Association d'anti-hypertenseurs à doses adéquates	Ajuster le traitement, en particulier les diurétiques
Mauvaise observance thérapeutique, effets indésirables	Anamnèse	Entretiens motivationnels, contrôles fréquents, mesure ambulatoire de la pression artérielle, automesure, prescrire des associations fixes
Obésité	Habitudes alimentaires, emploi d'un brassard de taille adaptée à la circonférence du bras	Contôle du poids, renforcement des activités physiques
Excès de sel (> 6 g/jour)	Natriurèse/24 heures (> 100 mmol/j)	Réduire le sel alimentaire ; diurétiques
Rétention hydrosodée	Examen clinique, médicaments retenant le sodium (AINS), insuffisance rénale	Contrôle de la fonction rénale, arrêt de médicaments retenant du sodium
Hypertension secondaire	Voir plus haut, investigations selon le cas	Traiter selon le cas

*AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens



www.swisshypertension.ch

HYPERTENSION ARTERIELLE

Recommandations pour les médecins
Avis d'experts n'engageant pas la responsabilité
légale de la SSH

2015

L'hypertension (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire important

Pour l'insuffisance cardiaque, la maladie coronarienne, la fibrillation auriculaire, l'insuffisance rénale chronique, l'accident vasculaire cérébral, la démence, l'anévrisme et la dissection aortique, et l'artériopathie occlusive (périphérique et cérébrale).

Autres facteurs de risque

- Tabagisme, obésité, sédentarité
- Diabète sucré
- Anamnèse familiale d'accidents cardiovasculaires
- Dyslipidémie
- Age : homme >55 ans, femme >65 ans

Signes d’atteinte d’organes cibles

- Athérosclérose
- Hypertrophie du ventricule gauche
- Microalbuminurie (30 – 300 mg 24 h) ou protéinurie
- Débit de filtration glomérulaire diminué (eGFR<60 ml/min/m²)
- Pression pulsée élevée
- Vitesse de l'onde de pouls augmentée
- Rétinopathie hypertensive

Conditions de mesure de la pression artérielle (PA)

- Assis (3 – 5 minutes), environnement calme
- Manchette adaptée à la circonférence du bras (> 33 cm = grande manchette). (Manchette ou appareil au poignet à hauteur du cœur)
- Procéder à 2 mesures au minimum (attendre 1 à 2 minutes entre chaque mesure), répéter les mesures en cas d'arythmie.
- Lors de la première consultation, mesurer la PA aux deux bras (objectiver une éventuelle asymétrie), prendre en compte les valeurs les plus élevées.
- Méthode de mesure auscultatoire: décompresser la manchette à une vitesse de 2 mmHg/sec; PA diastolique: Phase V (disparition du bruit), Phase IV (assourdissement du bruit) dans des cas particuliers (femmes enceintes, etc.)
- Rechercher une hypotension orthostatique chez les personnes âgées en prenant également une PA debout (2 mesures séparées entre 1 et 3 min.)
- Les appareils de mesure de la PA doivent être validés (www.dableducational.org) et calibrés.

Pression artérielle normale

- Au cabinet : < 140/90 mmHg
- Domicile (automesures): < 135/85 mmHg
- MAPA 24 heures : < 130/80 mmHg
- MAPA jour/éveil: < 135/85 mmHg
- MAPA nuit/sommeil: < 120/70 mmHg
- Dipping : > 10–15% de la moyenne de jour

MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle

Classification de l'hypertension (adultes ≥ 18 ans)'

Catégories	Systolique (mmHg)		Diastolique (mmHg)
Normale	<140	et	<90
Hypertension de stade 1 (légère)	140 – 159	et/ou	90 – 99
Hypertension de stade 2 (modérée)	160 – 179	et/ou	100 – 109
Hypertension de stade 3 (sévère)	≥ 180	et/ou	≥ 110
Hypertension systolique isolée	≥ 140	et	<90

HTA «blouse blanche» : HTA uniquement au cabinet, **PA HTA masquée : PA au cabinet normale, HTA ambulatoire**

¹ Moyenne de deux à trois mesures à des jours, semaines ou mois différents.

HTA chez l'enfant

HTA systolique:	
1 à 17 ans :	> 100 + (âge x 2) mmHg
HTA diastolique:	
1 à 10 ans :	> 60 + (âge x 2) mmHg
11 à 17 ans :	> 70 + âge mmHg

Hypertension artérielle systolique isolée chez de jeunes adultes

Exige des investigations et des contrôles réguliers **mais pas** nécessairement de prise en charge médicamenteuse.

Anamnèse

Familliale

HTA, diabète, dyslipidémie, accident vasculaire cérébral, maladie cardiovasculaire, insuffisance rénale.

Personnelle

- Evolution de la pression artérielle (p.e. grossesse) et du poids.
- Hygiène de vie : tabac, consommation d'alcool, activité physique/sport, habitudes alimentaires/consommation du sel
- Surcharge professionnelle et privée
- Ronflement, apnées observées, somnolence diurne (syndrome des apnées du sommeil).
- Facteurs de risque et complications cardiovasculaires.
- Affection rénale.
- Médicaments antihypertenseurs.
- Substances augmentant la PA: contraceptifs oraux, anti-inflammatoires non-stéroïdiens, corticostéroïdes, cyclosporine, sympathomimétiques, gouttes nasales, érythropoïétine, anabolisants, cocaïne, réglisse

Examen clinique

- Examen complet, palpations des pouls, recherche de souffles vasculaires (abdominal,..), circonférence abdominale et/ou rapport taille/hanche (en position debout).
- Fond d'œil : seulement chez les diabétiques et hypertension de stade 3 (sévère)

Bilan de base

- Sang (*à jeun) : Formule sanguine (Hb,Ht), glucose*, cholestérol* (total et HDL), triglycérides*, LDL-cholesteroI*, sodium , potassium, créatinine et eGFR, acide urique.
- Urines : Sédiment, microalbuminurie (albumine/créatinine)

- Electrocardiogramme (ECG)

Hypertrophie ventriculaire gauche

- ECG
- Echocardiographie

Quand investigter une HTA secondaire ?

- HTA sévère
- HTA resistente
- Patient < 30 ans
- Anamnèse familiale native

Investigations en cas de suspicion d’hypertension secondaire

1. Atteinte rénale parenchymateuse ?

Investigations :

- Créatinine plasmatique et calcul du débit de filtration glomérulaire (eGFR)
- Sédiment urinaire et microalbuminurie, protéinurie/24 heures
- Ultrasonographie rénale dans certains cas

2. HTA rénovasculaire ?

À rechercher en cas de :

- HTA sévère ou réfractaire
- Augmentation de la créatinine plasmatique sous IECA ou antagonistes de l'angiotensine II
- Présence d'un souffle abdominal, athéromathose diffuse, œdème aigu du poumon « flash »
- Investigations: Ultrasonographie ou imagerie des artères rénales

3. Hyperaldostéronisme primaire ?

À rechercher en cas de :

- HTA sévère ou réfractaire, indépendant de K-sérique
- HTA et hypokaliémie

Investigations :

→ Consultation spécialisée

4. Phéochromocytome ?

À rechercher en cas de :

- Céphalées + sudations + palpitations

Investigations :

→ Consultation spécialisée

5. Hypothyroïdie (hyperthyroïdie) ?

Investigations :

- TSH (T3, T4 libre)

6. Cushing ?

- Phénotype suggestif

Investigations :

- Taux salivaire du cortisol à minuit, cortisolurie/24 heures
 - Test à la dexaméthasone (dose adaptée au poids)
- Consultation spécialisée

7. Syndrome d’apnée du sommeil ?

À rechercher en cas de :

- Ronflement + Apnée + Somnolence diurne (score d'Epworth)
- HTA résistante

Investigations recommandées :

- Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24h
- Oxymètre nocturne

→ Consultation spécialisée

Prise en charge antihypertensive en fonction de la catégorie de risque cardiovasculaire*

Facteurs de risques autres que l'HTA, atteinte d'organes cibles, maladies cardiovasculaires	0	Pas de mesure particulière	Normal Systolique <140 et diastolique <80	Hypertension de stade 1 Systolique 140 – 159 et / ou diastolique 90 – 99	Hypertension de stade 2 Systolique 160 – 179 et / ou diastolique 100 – 109	Hypertension de stade 3 Systolique ≥ 180 et / ou diastolique ≥ 110
	1 à 2	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
	≥ 3	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie durant plusieurs semaines, puis médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
Atteinte des organes cib-les. eGFR 30-60, diabète		Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90
Maladie cardiovasculaire symptomatique, eGFR <30, DM avec atteinte d'organe cible		Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie. Pas de mesure particulière	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90	Améliorer le style de vie + médicaments. TA cible <140/90

Risque CV absolu à 10 ans :

 vert fatible

 jaune moyen

 orange élevée

 rouge très élevées

*Pression artérielle en mmHg