

ACTUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (1)

J.M. KRZESINSKI (2)

RÉSUMÉ : L'International Society of Hypertension et l'Organisation Mondiale de la Santé ont publié récemment de nouvelles directives de prise en charge de l'hypertension artérielle basées sur des observations épidémiologiques montrant que le traitement est encore insuffisant en dépit d'un nombre grandissant de classes thérapeutiques antihypertensives.

Ces instances ont rappelé que le but du traitement est de réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires et pour ce faire, de normaliser la pression artérielle (pression devant être en dessous de 140/90 mmHg et même plus bas chez les diabétiques et chez les insuffisants rénaux). Une approche globale de tous les facteurs de risque doit être considérée en même temps que l'abaissement de la pression artérielle.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé et la Société Internationale d'Hypertension ont publié récemment de nouvelles directives dans la prise en charge de l'hypertension artérielle (1).

Ces nouvelles données s'inscrivent dans le contexte d'un certain nombre d'observations venant, d'une part, de l'étude HOT publiée récemment (2) et qui avait démontré qu'un traitement intensif pour abaisser la pression artérielle chez des patients hypertendus est associé à une réduction importante des événements cardio-vasculaires. Le maximum de bénéfice était observé pour une pression diastolique atteinte < 83 mmHg et une pression systolique atteinte ≤ 138 mmHg. D'autre part, les observations épidémiologiques et notamment américaines ont constaté, avec relative déception, qu'à peine un quart des patients hypertendus atteignaient sous traitement des valeurs de pression artérielle en dessous de 140/90 mmHg (3).

Ces données, constatées d'ailleurs en Belgique, soulèvent la nécessité d'une meilleure prise en charge de l'hypertension artérielle surtout vu le nombre d'accidents vasculaires cérébraux ou d'événements coronariens fréquents, voire en augmentation, en raison notamment du vieillissement de la population.

(1) Exposé présenté lors des Journées d'Enseignement postuniversitaire de la Faculté de Médecine de l'ULg de mai 1999.

(2) Professeur de Clinique, Agrégé de Faculté, Chef de Service, Médecine Interne, CHU Ourthe-Ambève et Agrégé du Service de Néphrologie et Hypertension artérielle (Pr. G. Rorive), Département de Médecine Interne, CHU Liège.

NEW GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF HYPERTENSION

SUMMARY : The International Society of Hypertension and the World Health Organisation have recently published new guidelines for the management of hypertension. Epidemiologic studies have shown that management of hypertension still remains unsatisfactory. The aim of the treatment is to reduce the cardiovascular morbidity and mortality by normalizing blood pressure. The target blood pressure under treatment must be less than 140/90 mmHg, and even lower for diabetic or chronic renal failure patients. In parallel, all cardio-vascular risk factors have to be corrected to decrease the global cardio-vascular risk.

KEYWORDS : Hypertension - Treatment

CONFIRMATION DE L'HYPERTENSION

La première démarche dans l'évaluation clinique de l'hypertension est de confirmer le caractère chronique de l'élévation de la pression artérielle et de déterminer son niveau. En effet, trop souvent, l'augmentation de pression artérielle est considérée comme hypertension alors qu'elle pourrait simplement être le reflet d'un malaise temporaire. Ensuite, il faut identifier une éventuelle étiologie, déterminer l'existence et quantifier l'importance des répercussions viscérales de l'hypertension, chercher les facteurs de risque cardio-vasculaire associés et connaître les complications cliniques déjà présentes.

Le tableau I montre la classification et définition des divers niveaux tensionnels.

On remarquera que la pression artérielle est considérée comme optimale si elle est inférieure à 120/80 mmHg, normale si elle est inférieure à 130/85 mmHg, normale élevée entre 130-139 mmHg pour la systolique, 85-89 mmHg pour la diastolique. Au-delà de ces valeurs, on parlera d'hypertension, répartie en 3 grades : grade 1, grade 2, grade 3 selon les valeurs de pression artérielle dépassant 140/90 mmHg.

TABLEAU I. CLASSIFICATION ET DÉFINITION DES DIVERS NIVEAUX TENSIONNELS

Catégorie	Pression systolique (mmHg)	Pression diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale élevée	130 - 139	85 - 89
Hypertension grade 1 (légère)	140 - 159	90 - 99
Sous-groupe : "borderline"	140 - 149	90 - 94
Hypertension grade 2 (modérée)	160 - 179	100 - 109
Hypertension grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
Hypertension systolique isolée	≥ 140	< 90
Sous-groupe : "borderline"	140 - 149	< 90

COMMENT METTRE AU POINT LE PATIENT HYPERTENDU?

Tout d'abord, l'*anamnèse* est capitale cherchant une hérédité hypertensive ou un décès de parent pour cause cardio-vasculaire. L'histoire de l'augmentation de la pression artérielle doit être définie, son ancienneté, ses caractéristiques, ses traitements et ses symptômes. Le style de vie du patient doit être connu (activité physique, tabagisme, profession) ainsi que les facteurs d'environnement pouvant participer à l'augmentation de pression artérielle ou à l'amplification du risque cardio-vasculaire (alimentation, stress).

La prise de médicaments est bien sûr à connaître.

L'*examen clinique* doit être complet mesurant la pression artérielle en position couchée (après un minimum de 5 minutes), assise et debout aux deux bras, associée à une étude vasculaire, cardiaque, abdominale, neurologique et pulmonaire.

Pour les *examens de laboratoire*, ce qui est absolument recommandé et indispensable c'est, d'une part, la recherche d'une anomalie urinaire (réactions et sédiment urinaires) et d'autre part, au niveau sanguin, la détermination de la kaliémie, de la créatinémie, de la glycémie à jeun et du cholestérol total. De façon optionnelle et selon les situations, on pourra demander un bilan lipidique plus complet, un dosage d'acide urique, des hormones thyroïdiennes, surrénaliennes ou des catécholamines urinaires.

Sur le plan des examens paracliniques, sont requis l'ECG et le fond d'œil. A discuter selon les situations, pourront être réalisés l'échocardiogramme, l'écho duplex des vaisseaux du cou, l'échographie abdominale ou rénale.

QUELS SONT LES FACTEURS QUI INFLUENT LE PRONOSTIC ?

Tout d'abord, il convient de rechercher les *facteurs de risque cardio-vasculaire* : à côté de la pression élevée (grade 1 à 3), l'âge des patients est important (pour les hommes, un âge

au-delà de 55 ans et, pour les femmes, un âge au-delà de 65 ans constituent un risque cardio-vasculaire), le tabagisme, une hypercholestérolémie (cholestérol total > à 6,5 mmol/l ou 250 mg/dl), la présence d'un diabète, d'antécédents héréditaires de maladie cardio-vasculaire.

Les *complications tissulaires liées au niveau de pression artérielle* sont aussi à objectiver : hypertrophie ventriculaire gauche, protéinurie et/ou légère augmentation de la créatinémie, fond d'œil altéré, mise en évidence de plaques d'athérosclérose par ultrasons ou radiographie.

Enfin, l'existence de *pathologies déjà présentes* au moment de la prise en charge telles que complications cérébro-vasculaires, cardio-vasculaires, néphropathie ou rétinopathie hypertensive avancée.

Ceci permet de définir un risque cardio-vasculaire et de stratifier ce risque pour apprécier le pronostic.

Le tableau II montre l'importance de cette stratification, où, pour un même grade d'hypertension, selon la présence ou non de ces facteurs de risque ou maladies associées, le risque peut varier de façon importante et, pour un même niveau de présence de facteurs de risque ou maladies associées, les valeurs de pression artérielle influencent le pronostic de façon considérable.

Il est nécessaire d'établir un risque absolu d'événement cardio-vasculaire à 10 ans et de connaître les effets possibles du traitement anti-hypertenseur sur ce risque, à savoir connaître les événements cardio-vasculaires prévenus chez 1.000 patients/année traités, avec abaissement de la pression artérielle de 10/5 mmHg ou 20/10 mmHg, le but du traitement étant avant tout de réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires (tableau III).

INITIATION DU TRAITEMENT (TABLEAU IV)

Lorsque la pression artérielle est mesurée de façon répétée au-delà de 140/90 mmHg, il convient de rechercher les facteurs de risque associés, les complications cliniques associées et les répercussions viscérales. Pendant cette

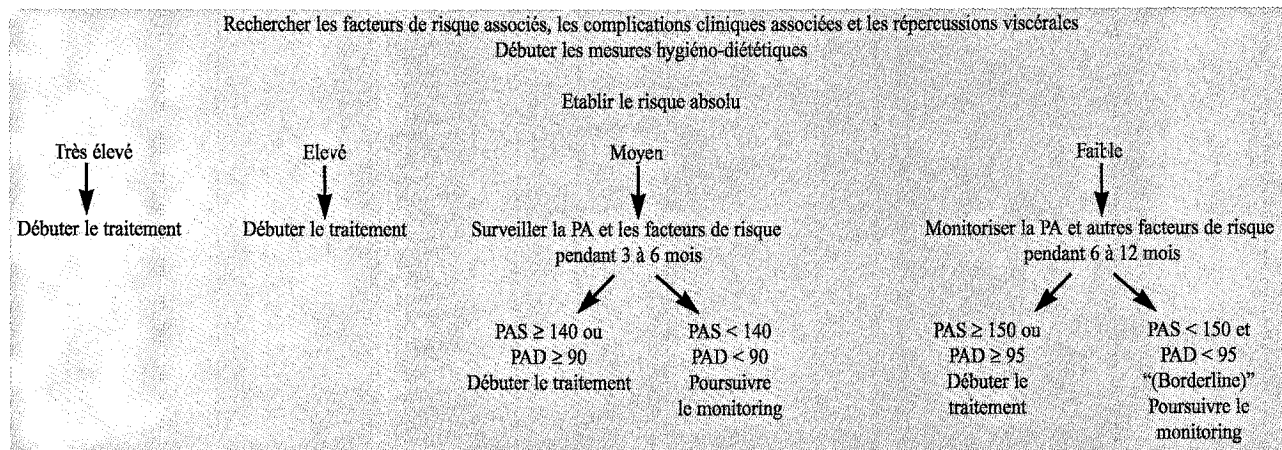
TABLEAU II. STRATIFICATION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE POUR APPRÉCIER LE PRONOSTIC

Autres facteurs de risque et/ou maladie associée	PA (mmHg)		
	Grade 1 (HTA légère) PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grade 2 (HTA modérée) PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grade 3 (HTA sévère) PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
I. Aucun autre facteur de risque	peu de risque	risque modéré	haut risque
II. 1-2 facteurs de risque	risque modéré	risque modéré	très haut risque
III. 3 (ou plus) facteurs de risque ou répercussion de l'HTA ou diabète	haut risque	haut risque	très haut risque
IV. Pathologies associées cardio-vasculaires ou rénales	très haut risque	très haut risque	très haut risque

TABLEAU III. EFFETS DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR SUR LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE.

Groupe patients	Risque absolu (événements CV à 10 ans)	Événements CV prévus/1000 patients-année suite à un abaissement de PA de :	
		10/5 mmHg	20/10 mmHg
Faible risque	< 15 %	< 5	< 9
Risque moyen	15 - 20 %	5 - 7	8 - 11
Haut risque	20 - 30 %	7 - 10	11 - 17
Très haut risque	> 30 %	> 10	> 17

TABLEAU IV. INITIATION DU TRAITEMENT PAS 140-180 mmHg OU PAD 90-110 mmHg À PLUSIEURS OCCASIONS (HTA DE GRADE 1 ET 2).



phase d'exploration, il est indispensable de débuter les mesures hygiéno-diététiques et d'établir le risque absolu du patient. Si le risque est élevé ou très élevé, il faut débuter le traitement médicamenteux. Si le risque est moyen, il faudra dans un premier temps surveiller la pression artérielle et les facteurs de risque pendant 3 à 6 mois. Si le risque est faible, il faudra surveiller la pression artérielle et les autres facteurs de risque pendant plus de 6 mois.

Pour le risque moyen, si la pression artérielle systolique après cette période d'observation est inférieure à 140/90 mmHg, on poursuit le monitoring. Si, par contre, la pression artérielle est supérieure ou égale à 140/90 mmHg, on débutera le traitement.

Si le risque est faible, après la période d'observation de 6 à 12 mois, si la pression artérielle est inférieure à 150/95 mmHg, on poursuivra la surveillance. Par contre si elle est supérieure ou égale à 150/95 mmHg on débutera le traitement.

Ce traitement médicamenteux fait appel à toutes les classes thérapeutiques qui constituent des premiers choix. Il est nécessaire d'individualiser le traitement en fonction de l'histoire clinique, des facteurs de risque associés et des pathologies déjà présentes.

Le tableau V explique ce choix individualisé avec les contre-indications, relatives et absolues et les indications formelles ou à discuter des différentes classes thérapeutiques.

Les principes d'utilisation sont :

- le recours à des doses faibles ("start low"), de molécules à longue durée d'action;
- une augmentation très progressive des posologies si la réponse de la PA est partielle ("go slow") avec une bonne tolérance des faibles doses.

Il faut rester simple et, si deux molécules doivent être associées, on recourra à deux catégories médicamenteuses différentes.

Pour ce qui est des mesures hygiéno-diététiques, celles-ci ont pour but d'abaisser la pression artérielle, de réduire le besoin en agents antihypertenseurs en potentialisant leur effet, de réduire d'autres facteurs de risque, par exemple le tabagisme, et de tenter une prévention primaire de l'hypertension (éviter la prise de poids par exemple), et des pathologies associées dans les populations à haut risque (action sur la glycémie, sur l'hyperlipémie).

Ces mesures hygiéno-diététiques, individuelles, comprennent si nécessaire l'arrêt du tabagisme, la réduction du poids, une limitation de la consommation d'alcool et d'apport en sodium (5 à 6 g de NaCl/jour). Une stimulation de l'activité physique est particulièrement importante. Un régime riche en fruits, en légumes et enrichi en poissons est conseillé.

Le but du traitement d'un patient hypertendu est, rappelons-le, tout d'abord de réduire au maximum le risque de morbidité et de mortalité

TABLEAU V. DIRECTIVES POUR SÉLECTIONNER LES AGENTS MÉDICAMENTEUX ANTIHYPERTENSEURS.

Classe de médicaments	Indications absolues	Indications relatives	Contre-indications absolues	Contre-indications relatives
Diurétiques	Décompensation cardiaque Patients âgés Hypertension systolique	Diabète	Goutte	Dyslipidémie Impuissance
β-bloquants	Angor Post-infarctus Tachyarythmie	Décompensation cardiaque Grossesse Diabète	Asthme et BPCO Trouble de conduction	Dyslipidémie Sportifs de haut niveau Artériopathie
IEC	Décompensation cardiaque Dysfonction ventriculaire gauche Post-infarctus Néphropathie diabétique		Sténose d'artère rénale bilatérale Hyperkaliémie Grossesse	
Antagonistes calciques	Angor Patients âgés Hypertension systolique	Artériopathie	Troubles conductifs cardiaques	Décompensation cardiaque congestive
α-bloquants	Hypertrophie prostatique	Intolérance au glucose Dyslipidémie		Hypotension orthostatique
Antagonistes AII	Toux engendrée par les IEC	Décompensation cardiaque	Grossesse Sténose d'artère rénale bilatérale Hyperkaliémie	

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion; Antagonistes AII : antagonistes des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II

cardio-vasculaire. Il est donc important d'agir sur tous les facteurs de risque détecté (tabagisme, obésité, diabète, hyperlipémie).

Le but tensionnel sera de restaurer un niveau normal de pression artérielle, c'est-à-dire une pression en dessous de 140/90 mmHg si le patient est âgé de plus de 60 ans, en dessous de 130/85 mmHg si le patient est plus jeune ou atteint 60 ans. S'il existe un diabète ou une insuffisance rénale avec faible protéinurie (< 1 g/24 heures), cette pression cible doit être inférieure à 130/80 mmHg. Pour une insuffisance rénale avec protéinurie dépassant le gramme/24 heures et hypertension, le niveau cible de pression artérielle recherché est inférieur à 125/75 mmHg.

SUIVI DU TRAITEMENT (TABLEAU VI)

Lorsque le traitement médicamenteux antihypertenseur est initié, associé aux règles hygiéno-diététiques, si le but tensionnel est atteint après 3 mois et que le patient est à haut ou très haut

risque, on continue à renforcer les mesures hygiéno-diététiques et on monitorise la pression artérielle et les facteurs de risque de 3 mois en 3 mois. Si le risque est faible et modéré le patient sera revu 2 fois/an.

Si le but tensionnel n'est pas atteint après 3 mois, on intensifiera les mesures hygiéno-diététiques. Si la réponse de la pression artérielle est partielle, on peut augmenter la posologie des médicaments ou ajouter un agent d'une autre classe ou encore changer pour une combinaison à faibles doses.

Par contre, si la pression artérielle n'a pas subi la moindre modification, on va changer le médicament ou combiner avec de faibles doses de médicaments d'autres classes.

S'il survient des effets secondaires, on changera de médication ou on combinera à faibles doses des médicaments d'autres classes, ou encore, on réduira la posologie du premier médicament et on ajoutera un médicament d'une autre classe.

TABLEAU VI. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ANTIHYPERTENSEUR INITIÉ

But tensionnel atteint		But non atteint après 3 mois	Survenue d'effets secondaires
Haut et très haut risque (A)	Risque faible et modéré (B)		
<ul style="list-style-type: none"> • A revoir tous les 3 mois • Monitoriser la PA et les facteurs de risque • Renforcer les mesures hygiéno-diététiques 	<ul style="list-style-type: none"> A revoir 2 fois/an + idem (A) 	<ul style="list-style-type: none"> - Si pas de réponse, changer la médication ou combiner à faible dose des médicaments d'autres classes - Si réponse partielle, augmenter la posologie, ajouter un agent d'une autre classe ou changer pour une combinaison à faible dose Intensifier les mesures hygiéno-diététiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Changer de médication ou combiner à faible dose des médicaments d'autres classes • Réduire posologie et ajouter un médicament d'une autre classe
		Echec Référer le patient au spécialiste	

En cas d'hypertension résistante au traitement ou d'échec dans la correction des effets secondaires, on réfèrera le patient au spécialiste.

LE PROBLÈME DE L'HYPERTENSION RÉFRACTAIRE

Cette hypertension peut être définie par la résistance à l'abaissement de pression artérielle lorsque 2, voire 3, molécules antihypertensives sont introduites dans le traitement. Parmi ces médicaments, un diurétique doit constituer la base de l'association.

Il peut s'agir, pour expliquer cette résistance au traitement, d'un problème de taille du brassard, d'une hypertension de consultation, d'un non-suivi des mesures hygiéno-diététiques, de prise d'agents pharmacologiques qui augmentent la pression artérielle, d'une mauvaise adhésion au traitement ou d'une hypertension secondaire qui n'avait pas été suspectée au départ.

Ici, s'indique particulièrement la réalisation d'un Holter de pression artérielle. Les autres indications de ce Holter sont les symptômes suggestifs d'hypotension, une hypertension de consultation avec un faible risque cardio-vasculaire avant de décider d'initier un traitement ou l'existence de grandes variabilités de pression artérielle à différentes visites.

EN CONCLUSION

Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que l'hypertension artérielle reste une pathologie exposant le patient à haut risque cardio-vasculaire. Il a fallu de façon arbitraire définir un seuil de pression dite anormale, mais la grande incidence de complications (athéroscléreuses) survient pour l'hypertension dite légère appelée actuellement de "grade 1".

Dans un travail récent Wright et Weinstein (4) ont montré qu'un abaissement chez un sujet de 35 ans de 2 à 6 mmHg pour la diastolique (passant de 90 à 94 mmHg à 88 mmHg) permet d'augmenter l'espérance de vie de 1 an (cet abaissement peut être obtenu par les moyens hygiéno-diététiques). Si le niveau de pression artérielle diastolique passe de plus de 105 mmHg à 88 mmHg, l'espérance de vie est accrue de plus de 5 ans.

Il est nécessaire d'intensifier notre prise en charge médicale (en accord avec Berlowitz et coll.) (5) en expliquant au patient l'importance d'un bon contrôle de la pression artérielle et d'une approche de tous les facteurs de risque cardio-vasculaire. L'utilisation des molécules de

façon raisonnable et raisonnée en terme d'association et de doses permettra certainement de diminuer les effets secondaires et d'améliorer l'adhésion du patient au traitement, problème qui semble très important et qui pourrait expliquer pourquoi les sartans sont, dès leur arrivée sur le marché, proposés en première ligne pour le traitement de l'hypertension artérielle en raison de leur excellente tolérance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guidelines Subcommittee - 1999 World Health Organisation.— International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertension*, 1999, **17**, 151-183.
2. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al.— Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet*, 1998, **351**, 1755-1762.
3. Berlowitz DR, Ash SA, Hickey EC et al.— Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *New Engl J Med*, 1998, **339**, 1957-1963.
4. Wright JC, Weinstein MC. — Gains in life expectancy from medical interventions - Standardizing data on outcomes. *New Engl J Med*, 1998, **339**, 380-386.
5. Burt VL, Cutler JA, Higgins M et al. — Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult US population - Data from the Health Examination Surveys 1960 to 1991. *Hypertension*, 1995, **26**, 60-69.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.M. Krzesinski, Service de Médecine Interne, CHU Ourthe-Ambève, 4130 Esneux