

RECOMMANDATIONS DE L'ESH-ESC 2003 POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE*

A. PERSU (1), J.M. KRZESINSKI (2), P. VAN DE BORNE (3)**

RÉSUMÉ : Les modalités du traitement de l'hypertension artérielle sont régulièrement adaptées.

Cet article résume les recommandations publiées en 2003 par les sociétés européennes de cardiologie et d'hypertension artérielle.

La décision d'instaurer un traitement antihypertenseur doit tenir compte non seulement du niveau tensionnel, mais aussi du risque cardiovasculaire global.

INTRODUCTION

Ces recommandations sont le résumé de celles détaillées par le comité d'experts, nommé par l'ESH et l'ESC, disponibles pour les lecteurs qui préfèrent une évaluation plus critique des preuves (1). Elles ont été rédigées en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles concernant les questions abordées, dans un esprit plus éducatif.

HTA ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL

CLASSIFICATION DE L'HTA

La relation continue entre le niveau de pression artérielle (PA) et le risque cardiovasculaire justifie une définition souple de l'HTA, en accord avec les preuves actuelles concernant le risque global et la disponibilité des antihypertenseurs efficaces et bien tolérés (Tableau I).

STRATIFICATION DE L'HTA

Une approche simple de stratification du risque cardiovasculaire global est proposée dans le tableau II. Les termes de risque faible, modéré, élevé et très élevé indiquent un risque absolu de maladie cardiovasculaire à dix ans inférieur à 15 %, 15-20 %, 20-30 % et supérieur à 30 %, respectivement (critères de Framingham), ou un risque de maladie cardiovasculaire fatale à dix ans inférieur à 4 %, 4-5 %, 5-8 % et supérieur à 8 % (critères SCORE). Ces catégories peuvent aussi être utilisées comme indicateurs de risque relatif,

(1) Service de Néphrologie, Cliniques Universitaires Saint Luc (UCL)

(2) Service de Néphrologie, CHU Liège (ULG)

(3) Service de Cardiologie, Hôpital Erasme (ULB)

* Cet article paraîtra simultanément dans le Tijdschrift voor Geneeskunde et dans le Louvain Médical (Adapté d'après HTA-info N°15, mai 2004)

Avec l'accord de la Société Française d'HTA)

** Pour le Comité Belge de lutte contre l'Hypertension (www.belhypcom.be)

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN GENERAL PRACTICE

SUMMARY : Guidelines for the management of arterial hypertension are regularly updated. This article summarizes the last international guidelines in this field published last year.

The decision to initiate an antihypertensive treatment will not only depend on blood pressure levels, but also on global cardiovascular risk assessment.

KEYWORDS : Hypertension - Treatment - Guidelines - Cardiovascular risk

le risque étant multiplié par environ 1,5 pour le passage d'une catégorie à la suivante.

FACTEURS INFLUENÇANT LE PRONOSTIC

Les décisions concernant la prise en charge des patients hypertendus reposent rarement sur les seules valeurs de la PA; elles prennent également en compte la présence ou l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, d'atteinte des organes cibles, de diabète, de maladies rénales ou cardiovasculaires, ainsi que les antécédents de chaque patient (Tableau III).

ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

OBJECTIFS

Mesurer les valeurs de PA.

Identifier les causes d'HTA secondaire.

Rechercher les autres facteurs de risque cardiovasculaire, l'atteinte des organes cibles, les maladies associées et concomitantes.

TABLEAU I : DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES NIVEAUX DE PRESSION ARTÉRIELLE (EN MMHG)

Catégorie	Systolique	Diastolique
Optimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
HTA grade 1 (légère)	140-159	90-99
HTA grade 2 (modérée)	160-179	100-109
HTA grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90

Quand les PA systolique et diastolique sont dans des catégories différentes, la catégorie la plus élevée doit être prise en compte. L'HTA systolique isolée peut aussi être classée en fonction des valeurs de PAS (grades 1, 2 et 3), à condition que PAD < 90 mmHg.

TABLEAU II : STRATIFICATION DU RISQUE POUR QUANTIFIER LE PRONOSTIC

	Pression artérielle (mmHg)				
	Normale	Normale haute	Grade 1	Grade 2	Grade 3
Autres facteurs de risque et antécédents pathologiques	PAS 120-129 ou PAD 80 – 84	PAS 130-139 ou PAD 85-89	PAS 140-159 ou PAD 90–99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Aucun autre facteur de risque	Risque moyen	Risque moyen	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Risque ajouté élevé
1 ou 2 facteurs de risque	Risque ajouté faible	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Risque ajouté modéré	Risque ajouté très élevé
3 ou plus de facteurs de risque ou AOC ou diabète	Risque ajouté modéré	Risque ajouté élevé	Risque ajouté élevé	Risque ajouté élevé	Risque ajouté très élevé
Conditions cliniques associées	Risque ajouté élevé	Risque ajouté très élevé	Risque ajouté très élevé	Risque ajouté très élevé	Risque ajouté très élevé

AOC: atteinte des organes cibles – PAS: pression artérielle systolique –PAD: pression artérielle diastolique.
Des mesures répétées de la PA sont nécessaires pour la stratification.

MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Au cabinet

Lorsque vous mesurez la PA dans votre cabinet :

- Avant la mesure, le patient doit rester assis pendant quelques minutes.
- Utilisez un appareil de mesure validé.
- Mesurez la PA au moins à deux reprises, espacées par 1 à 2 minutes.
- Utilisez un brassard standard (12-13 x 35 cm), et un plus large pour les patients obèses.
- Placez le brassard au niveau du coeur.
- Dégonflez le brassard lentement (2 mmHg/sec).
- Mesurez également la PA en position debout pour les patients âgés et diabétiques.

MESURE AMBULATOIRE DE LA PA:

Dans quel contexte?

- Variabilité inhabituelle des mesures de PA au cabinet.
- Différence marquée entre les mesures de PA au cabinet et les automesures.
- PA élevée au cabinet sans atteinte des organes cibles.
- Résistance aux traitements antihypertenseurs.
- Symptômes suggestifs de chutes tensionnelles ou de pics hypertensifs.
- Suspicion d'apnée du sommeil.

AUTOMESURE TENSIONNELLE

Avantages:

- Aide à la décision médicale.

- Meilleure acceptation du traitement par le patient.

Inconvénients:

- Anxiogène.
- Incitation à l'automédication.

Il convient d'utiliser des appareils d'automesure validés (liste: www.dablededucational.com) à brassard huméral.

MISE EN GARDE : SEUILS DE NORMALITÉ

Mesure ambulatoire de 24 heures : <125/80 mmHg (135/85 mmHg le jour; 120/70 mmHg la nuit)

Automesure : 135/85 mmHg

HTA ISOLÉE DE CONSULTATION

(HTA "blouse blanche")

- PA élevée au cabinet médical (\geq 140/90 mmHg).
- PA ambulatoire ou automesures normales (PA ambulatoire 24 heures < 125/80 mmHg, auto mesure < 135/85 mmHg).

Ces patients ont un risque cardiovasculaire moindre par rapport aux patients présentant une PA élevée à la fois au cabinet, en ambulatoire ou automesure. Cependant, cette condition ne semble pas entièrement anodine, et ces patients nécessitent un suivi rapproché.

TABLEAU III : FACTEURS INFLUENÇANT LE PRONOSTIC

Facteurs de risque cardiovasculaire	Atteinte des organes cibles (AOC)
<ul style="list-style-type: none"> - Niveaux de PA systolique et diastolique - Homme > 55 ans - Femme > 65 ans - Tabagisme - Dyslipidémie (cholestérol total > 6,5 mmol/l; > 250 mg/dl * ou HDL-cholestérol H < 1,0 ; F < 1,2 mmol/l; H < 40 ; F < 48 mg/dl) - Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire (âge < 55 ans H; < 65 ans F) - Obésité androïde (tour de taille ≥ 102 cm H; ≥ 88 cm F) : - Protéine C-réactive ≥ 1 mg/dl : 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertrophie ventriculaire gauche électrocardiogramme: Sokolow-Lyon > 38 mm Cornell > 2440 mm x ms; échocardiogramme: (IMVG H ≥ 125 ; F ≥ 110g/m²) - Épaississement des parois artérielles à l'échographie (épaisseur intima-média carotidienne ≥ 0,9 mm) ou plaque d'athérome - Augmentation discrète de la créatininémie (H 115-133; F 107-124 μmol/l; H 1,3-1,5; F 1,2-1,4 mg/dl) - Microalbuminurie (30-300 mg/24 heures; albumine/créatinine H ≥ 22; F ≥ 31 mg/g; H ≥ 2,5; F ≥ 3,5 mg/mmol)
Diabète sucré	Conditions cliniques associées
<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie à jeun ≥ 7,0 mmol/l (≥ 126mg/dl) - Glycémie postprandiale > 11,0 mmol/l (≥ 198 mg/dl) 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie cérébrovasculaire : AVC ischémique ou hémorragique, accident ischémique transitoire - Maladie cardiaque : infarctus du myocarde, angor, revascularisation coronaire, insuffisance cardiaque congestive - Maladie rénale : néphropathie diabétique, insuffisance rénale (créatinine H > 133 ; F > 124 μmol/l ; H > 1,5 ; F > 1,4 mg/dl) protéinurie (> 300 mg/24 heures) - Maladie vasculaire périphérique - Rétinopathie avancée : hémorragies ou exsudats, œdème papillaire
<p>H: hommes - F: femmes - IMVG: index de masse ventriculaire gauche * des taux plus bas de cholestérol total et de LDL-cholestérol peuvent indiquer une augmentation du risque, mais ne sont pas pris en compte dans la stratification.</p>	

ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE : QUE DOIT-ON FAIRE EN PLUS DE LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ?

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Examen physique

Signes évocateurs d'HTA secondaire.

Signes d'atteinte des organes cibles (cerveau, rétine, cœur, artères périphériques).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Examens systématiques

- Glycémie plasmatique (de préférence à jeun).
- Cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides sériques à jeun.
- Créatininémie.
- Acide urique sérique.

- Kaliémie.

- Hémoglobine et hématocrite.

- Analyse d'urine (bandelette urinaire et culot).

- Electrocardiogramme.

Examens recommandés

- Echocardiogramme.

- Échographie artères carotides (et fémorales).

- Glycémie plasmatique postprandiale (si glycémie à jeun ≥ 6,1 mmol/l ou 110 mg/l).

- Protéine C-réactive (méthode haute sensibilité).

- Microalbuminurie (essentielle chez les diabétiques).

- Quantification de la protéinurie si bandelette urinaire positive.

- Fond d'œil (si l'HTA est sévère).

Examens complémentaires (effectués par des spécialistes)

- HTA compliquée.
- Suspicion d'HTA secondaire.

RECHERCHE D'ATTEINTE DES ORGANES CIBLES

- L'atteinte des organes cibles est importante pour déterminer le risque cardiovasculaire global du patient hypertendu (Tableau II).
- Rechercher soigneusement les organes atteints.
- Lorsque l'on hésite sur le choix thérapeutique, les échographies cardiaque et carotidienne ainsi que le dosage de microalbuminurie peuvent aider à définir avec plus de précision le risque global du patient hypertendu et à choisir le traitement.

QUAND DÉBUTER UN TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR ? (TABLEAU IV)

On décide d'initier un traitement anti-hypertenseur en fonction de deux critères:

- Niveau de PA systolique et diastolique
- Niveau global du risque cardiovasculaire.

Ce dernier sera évalué en utilisant la méthode de stratification proposée plus haut (Tableau II). Chez le patient présentant une HTA légère à modérée, présentant moins de 3 facteurs de risque, sans atteinte d'organe-cible, diabète ou condition clinique associée, l'utilisation du système SCORE adapté à la Belgique (De Backer, en préparation) constitue une alternative valable.

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- Obtenir une réduction maximale du risque cardiovasculaire global.
- Traiter non seulement l'HTA, mais aussi tous les facteurs de risque réversibles (tabagisme, dyslipidémie, diabète, etc.) et les pathologies associées.
- Faire passer la PA systolique et diastolique au-dessous de 140/90 mmHg.
- Obtenir des valeurs inférieures à 130/80 mmHg chez les diabétiques.
- Obtenir une PA systolique inférieure à 140 mmHg peut être difficile chez les personnes âgées.

BÉNÉFICES DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

De nombreux essais concernant des traitements antihypertenseurs comparés au placebo ont montré que la diminution de la PA réduisait la mortalité totale et la mortalité cardiovasculaire, les accidents vasculaires cérébraux, les événements coronariens.

Des bénéfices ont été mis en évidence chez les patients ayant une HTA systolique-diastolique; chez les patients âgés ayant une HTA systolique isolée.

On a observé des résultats probants dans des essais comparatifs versus placebo pour l'ensemble des grandes classes thérapeutiques d'antihypertenseurs:

- Diurétiques.
- Bêtabloquants.

TABLEAU IV : INITIATION D'UN TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

	Pression artérielle (mm Hg)				
	Normale	Normale haute	Grade 1	Grade 2	Grade 3
Autres facteurs de risque et antécédents médicaux	PAS 120-129 ou PAD 80-84	PAS 130-139 ou PAD 85-89	PAS 140-159 ou PAD 90-99	PAS 160-179 ou PAD 100-109	PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
Aucun autre facteur de risque	Pas d'intervention sur la PA	Pas d'intervention sur la PA	Règles hygiéno-diététiques pendant plusieurs mois, puis traitement médicamenteux, si le patient préfère et dispose des moyens financiers	Règles hygiéno-diététiques pendant plusieurs mois, puis traitement médicamenteux	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques
1 ou 2 facteurs de risque	Règles hygiéno-diététiques	Règles hygiéno-diététiques	Règles hygiéno-diététiques pendant plusieurs mois, puis traitement médicamenteux	Règles hygiéno-diététiques pendant plusieurs mois, puis traitement médicamenteux	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques
3 ou plus de facteurs de risque ou atteinte des organes cibles ou diabète	Règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques
Pathologies associées	Règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques	Traitement médicamenteux immédiat et règles hygiéno-diététiques

PAS: pression artérielle systolique -PAD: pression artérielle diastolique. Des mesures répétées de la PA sont nécessaires pour la stratification.

- Inhibiteurs calciques.
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC).
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

RÈGLES HYGIËNO-DIÉTÉTIQUES

Des mesures hygiéno-diététiques doivent être prises le cas échéant pour tous les patients, y compris pour ceux ayant une PA normale/normale haute et des facteurs de risque supplémentaires, et pour les patients qui nécessitent un traitement médicamenteux.

L'objectif est de réduire la PA et de contrôler les autres facteurs de risque.

Les mesures hygiéno-diététiques qui réduisent la PA ou le risque cardiovasculaire sont les suivantes:

- Arrêt du tabagisme.
- Perte de poids.
- Réduction de la consommation d'alcool. (Hommes : $\leq 20-30$ g ethanol/jour; Femmes : $\leq 10-20$ g ethanol/jour).
- Exercice physique.
- Diminution de la consommation de sel. ($< 6g/24h$).
- Augmentation de la consommation de fruits et légumes.

- Diminution de la consommation de graisses saturées et totales.

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

PRINCIPES DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le traitement doit être administré graduellement, et la PA cible obtenue progressivement. Pour atteindre la PA cible, une multithérapie est nécessaire chez de nombreux patients.

Le traitement peut être initié avec une faible dose d'un médicament unique ou d'une association de deux médicaments. Les associations de deux médicaments qui se sont révélées efficaces et bien tolérées sont indiquées dans la figure 1. Les associations les plus rationnelles sont représentées par des traits pleins. Les rectangles indiquent les classes thérapeutiques qui sont apparues bénéfiques dans des essais comparatifs.

CHOIX DES MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS

Les bénéfices principaux sont liés à la diminution de la PA elle-même.

Cependant, des classes thérapeutiques spécifiques peuvent différer pour certains effets ou pour des groupes de patients particuliers.

Les effets indésirables observés chez les patients varient selon les médicaments.

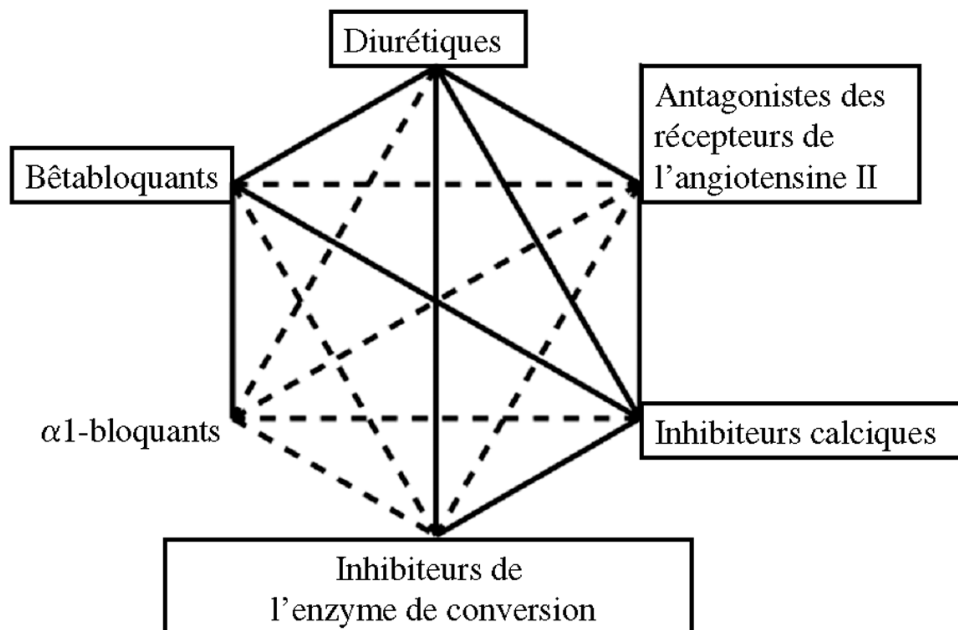


Fig. 1 : Associations possibles de différentes classes d'antihypertenseurs. Parmi les inhibiteurs calciques, seules les dihydropyridines peuvent être associées aux bêtabloquants. Les classes d'antihypertenseurs encadrées sont celles dont le bénéfice a été démontré dans des essais cliniques contrôlés.

Les principales classes thérapeutiques d'anti-hypertenseurs (diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II) sont aussi bien utilisées pour débiter un traitement que lors du suivi.

L'approche consistant à utiliser préférentiellement une seule classe thérapeutique est de moins en moins d'actualité, car il est souvent nécessaire de faire appel à au moins deux médicaments en association pour atteindre la PA cible.

Le choix des médicaments sera influencé par de nombreux facteurs, y compris:

- L'expérience du patient avec les médicaments antihypertenseurs.
- Le coût des médicaments (ne doit pas prévaloir sur la tolérance et l'efficacité individuelles).

- Le profil de risque, l'atteinte des organes cibles, les maladies cardiovasculaires ou rénales ou le diabète.

- La préférence du patient.

Utilisez des médicaments ou des préparations à longue durée d'action, efficaces pendant vingt-quatre heures, administrés en une prise quotidienne.

Le médecin doit adapter le choix des médicaments à chaque patient, en tenant compte de tous ces facteurs ainsi que de la préférence du patient (voir tableau V pour les indications et contre-indications spécifiques).

Il faut prêter une attention particulière aux événements indésirables, et même aux symptômes subjectifs, car ils peuvent être une cause importante de non-observance. Il faut toujours demander au patient s'il y a eu des événements

TABLEAU V : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES D'ANTIHYPERTENSEURS

Classe	Indications	Contre-indications	
		Absolues	Relatives
Diurétiques (thiazidiques)	Insuffisance cardiaque congestive; hypertension chez le sujet âgé; HTA systolique isolée; hypertension chez les patients d'origine africaine	Goutte	Grossesse
Diurétiques (de l'anse)	Insuffisance rénale; insuffisance cardiaque congestive		
Diurétiques (antialdostérone)	Insuffisance cardiaque congestive; post-infarctus du myocarde	Insuffisance rénale	
Bêtabloquants	Angine de poitrine; post-infarctus du myocarde; insuffisance cardiaque congestive; grossesse; tachyarythmies	Asthme; bronchopneumopathie chronique obstructive; bloc auriculoventriculaire (grade 2 ou 3)	Maladie vasculaire périphérique; intolérance au glucose; athlètes et patients ayant une activité sportive
Inhibiteurs calciques (dihydropyridines)	Patients âgés; HTA systolique isolée; angine de poitrine; maladie vasculaire périphérique; athérosclérose de la carotide; grossesse		Tachyarythmies; insuffisance cardiaque congestive
Inhibiteurs calciques (vérapamil, diltiazem)	Angine de poitrine; athérosclérose de la carotide; tachycardie supraventriculaire	Bloc auriculoventriculaire (grade 2 ou 3); insuffisance cardiaque congestive	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC)	Insuffisance cardiaque congestive; dysfonctionnement du ventricule gauche; post-infarctus du myocarde; néphropathie non diabétique, néphropathie diabétique de type 1; protéinurie	Grossesse; hyperkaliémie; sténose bilatérale de l'artère rénale	
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (antagonistes AT1)	Néphropathie diabétique de type 2; microalbuminurie diabétique; protéinurie; hypertrophie ventriculaire gauche; toux induite par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	Grossesse; hyperkaliémie; sténose bilatérale de l'artère rénale	
Alphabloquants	Hyperplasie prostatique; hyperlipidémie	Hypotension orthostatique	Insuffisance cardiaque congestive

indésirables, et si les médicaments ou les doses ont été changés en conséquence.

APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

PERSONNES ÂGÉES

- Un traitement antihypertenseur peut aussi réduire les événements cardiovasculaires chez les patients plus âgés présentant une HTA systolique isolée.
- La réduction de la PA doit être graduelle, surtout chez les patients fragiles.
- Mesurez la PA également en position debout pour évaluer les effets posturaux.
- Adaptez le traitement en fonction de la maladie et des facteurs de risque concomitants (fréquents chez les personnes âgées).
- Utilisez deux ou trois médicaments si nécessaire.
- Chez les patients de plus de 80 ans, les bénéfices de l'instauration d'un traitement antihypertenseur restent à prouver.

PATIENTS DIABÉTIQUES

- Encouragez les patients à adopter des règles hygiéno-diététiques (en particulier perte de poids et réduction de la consommation de sel en cas de diabète de type 2).
 - Objectif tensionnel : PA inférieure à 130/80 mmHg.
- Une multithérapie est le plus souvent requise. Tous les médicaments antihypertenseurs peuvent être utilisés, généralement en association.
- En cas de micro- ou de macroalbuminurie associée, l'introduction dans ces associations d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour le diabète de type 1 ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II pour le diabète de type 2 a un effet néphroprotecteur.
- Un dosage de la microalbuminurie doit être effectué chez tous les diabétiques de type 1 et de type 2, car c'est une indication de traitement antihypertenseur, quelle que soit la PA; on prescrira en particulier un antagoniste du système rénine-angiotensine.

PATIENTS PRÉSENTANT DES ANTÉCÉDENTS DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

Le risque de récurrence d'accident vasculaire cérébral diminue chez les patients qui ont eu précédemment un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire, s'ils

reçoivent un traitement antihypertenseur (diurétiques et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine), même si leur PA se trouve dans une fourchette normale ou normale haute. En revanche, on ne sait toujours pas s'il faut diminuer la PA à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

Plusieurs médicaments antihypertenseurs se sont révélés bénéfiques dans le décours d'un infarctus du myocarde.

En cas d'insuffisance cardiaque congestive, les diurétiques, et, en particulier, les diurétiques anti-aldostérone, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, se sont montrés bénéfiques.

PATIENTS PRÉSENTANT UN DYSFONCTIONNEMENT RÉNAL

La protection de la fonction rénale chez les diabétiques nécessite un contrôle strict de la PA (à moins de 130/80 mmHg). Il semble également prudent de réduire fortement la PA chez les patients ayant une néphropathie non diabétique.

La protéinurie doit être ramenée autant que possible à des valeurs proches de la normale. Pour diminuer la protéinurie, il faut introduire un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ou une association des deux).

Pour atteindre l'objectif tensionnel, il faut en général une multithérapie, avec un diurétique (diurétique de l'anse si clairance de la créatinine < 30 ml/min), un inhibiteur calcique et d'autres médicaments antihypertenseurs.

Envisagez une prise en charge thérapeutique intégrée (antihypertenseurs, statines, traitement antiplaquettaire, etc.).

HTA PENDANT LA GROSSESSE

Pour les femmes enceintes ayant une HTA préexistante:

- Traitement non pharmacologique lorsque la PA est de 140-149/90-99 mmHg.
- Perte de poids contre-indiquée (associée à une diminution du poids néonatal).
- Aspirine à faible dose chez les femmes présentant des antécédents de prééclampsie précoce.

Les seuils pour initier un traitement antihypertenseur sont les suivants:

- PA systolique égale à 140 mmHg ou PA diastolique égale à 90 mmHg en cas d'HTA gestationnelle ou préexistante avec lésion organique.

- Les seuils dans les autres cas sont: 150/95 mmHg.

- En cas de PA systolique \geq 170 ou diastolique \geq 110 mmHg confirmée chez une femme enceinte, une hospitalisation d'urgence est nécessaire.

Le méthildopa, le labétalol, les inhibiteurs calciques et (bien que moins efficaces) les bêta-bloquants sont les médicaments de choix. Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II sont contre-indiqués.

HTA RÉSISTANTE

Définition:

On parle d'HTA résistante lorsque les mesures hygiéno-diététiques et une association d'au moins trois médicaments appartenant à des classes différentes administrés aux doses adéquates, dont un diurétique, n'ont pas abaissé suffisamment la PA systolique et diastolique.

Causes:

- Cause secondaire insoupçonnée.
- Observance insuffisante du traitement.
- Prise de médicaments qui augmentent la PA (stéroïdes, médicaments anti-inflammatoires, contraceptifs oraux, cocaïne, etc.).
- Règles hygiéno-diététiques non suivies ou modifiées (prise de poids, alcool, etc.).
- Surcharge volémique (dose diurétique insuffisante, insuffisance rénale, consommation de sel importante).
- Apnée du sommeil.
- Fausse HTA (par exemple, petit brassard sur de gros bras, HTA isolée au cabinet médical).

MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS

En dépit d'efforts importants pour la diagnostiquer et la traiter, l'HTA reste toujours une cause majeure de morbidité et de mortalité à travers le monde, et les objectifs tensionnels ne sont que rarement atteints. Il est donc souhaitable d'améliorer cette situation pour le moins insatisfaisante. Cela nécessite la participation de tous les professionnels de santé, depuis les responsables gouvernementaux jusqu'aux médecins eux-mêmes.

Ces recommandations ont été élaborées et distribuées pour aider à améliorer la prise en charge de l'HTA dans la pratique courante de la médecine, tout en sachant qu'il est plus facile de préparer des recommandations sur un état pathologique que de traiter des patients.

On s'est gardé d'établir des règles rigides, et c'est à chaque médecin qu'incombe bien évidemment la responsabilité de la prise en charge des patients, dont les caractéristiques personnelles, médicales et culturelles sont fort différentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guidelines Committee - 2003 European Society of Hypertension.— European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*, 2003, **21**, 1011-1053.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Docteur A. Persu, Service de Néphrologie, Cliniques Universitaires Saint Luc - Avenue Hippocrate 10 - 1200 Bruxelles, Belgique
Tél. 02/764.18.55 Fax 02/764.28.36