

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) Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357

Y a-t-il une place pour la gestion personnalisée d'une HTA?

JM Krzesinski

CHU Liège- ULg

EPU 1 octobre 2013

Cas clinique

- Madame BP, âgée de 40 ans, de race noire, est employée dans une entreprise en difficulté.
- Elle vous consulte car se dit stressée.

Cas clinique suite 1

- AH: Sa maman vient de décéder d'un infarctus du myocarde à 63 ans (HTN et hypercholestérolémique)
- AP: lithiasis rénale oxalo-calcique avec hypercalciurie
- Ne fume pas, ne pratique pas de sport, consomme rarement de l'alcool.
- Aime les chips

Examen clinique

- Taille 164 cm, poids 64 Kg, IMC 22 Kg/m²
- Périmètre abdominal 80 cm.
- PA aux 2 bras **160/100** mmHg, à **3 reprises** lors de la visite
- Pouls 80/min, REBV
- Artères perçues en périphérie, pas de souffle vasculaire audible.
- Vous lui proposez un bilan de santé et une automesure de PA pendant 1 semaine.

Examens complémentaires

- ECG: Normal, pas d'HVG diagnostiquée
- Biologie sanguine:
Hémogramme N, Glycémie 95 mg/dl,
Créatinine 0,85 mg/dl (MDRD >60 ml/min), K 3.8 mmol/l; Na
140 mmol/l; Ac Urique N
Cholestérol total 220 mg/dl, HDL chol 60 mg/dl, Tg 140 mg/dl
et LDL 130 mg/dl
- RUSU: Pas d'anomalies décelées

L'automesure confirme l'HTA

- PA moyenne 156/96 mmHg

Question 1

Vous avez confirmé l'HTA, il faut calculer le risque cardiovasculaire. Cela va modifier

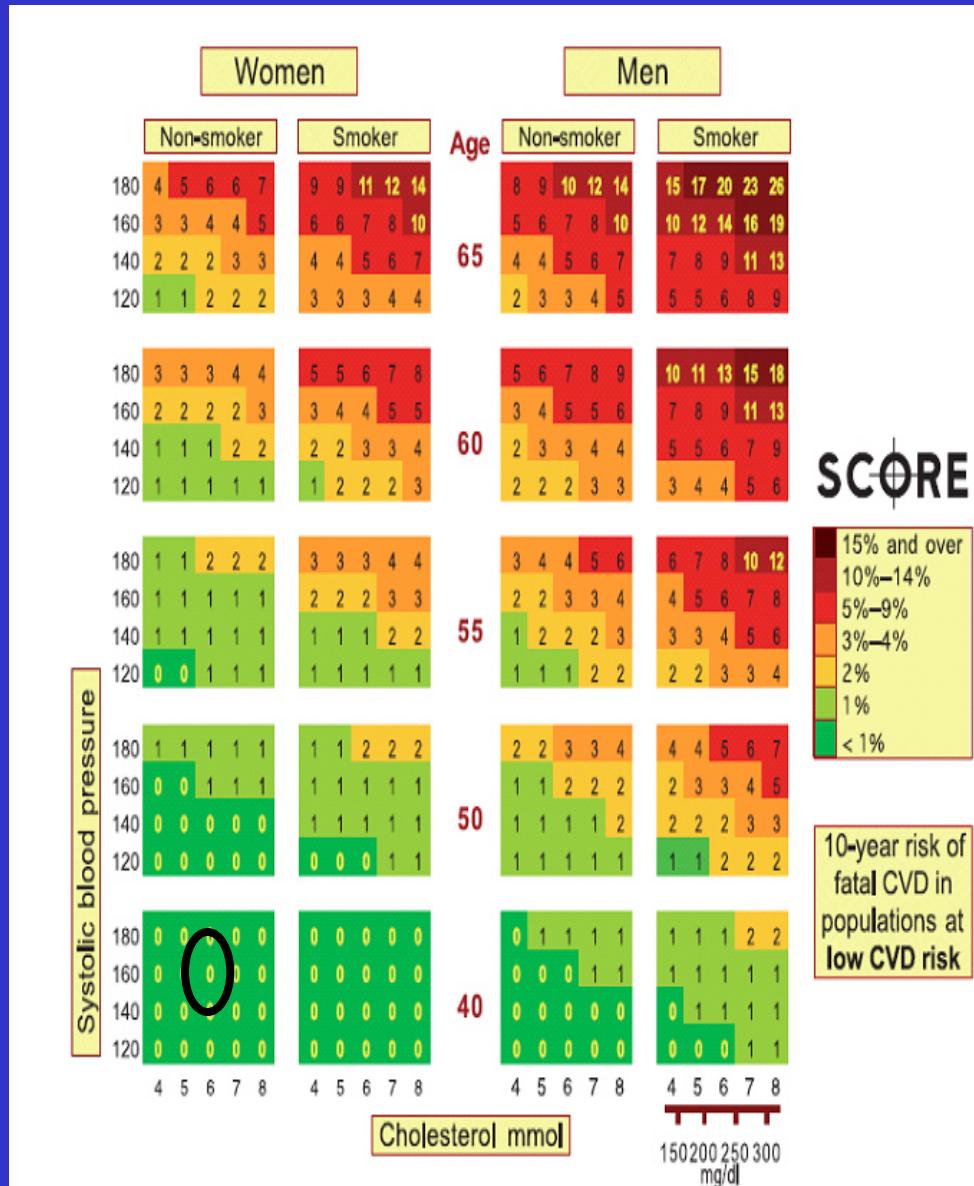
- 1. Le type de règles hygiéno-diététiques proposé
- 2. Le moment d'introduction du traitement antiHTA
- 3. La cible tensionnelle à viser
- 4. La dose de la mono ou bithérapie antiHTA
- 5. Le besoin de rechercher une HTA secondaire

Total cardiovascular risk assessment

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In asymptomatic subjects with hypertension but free of CVD, CKD, and diabetes, total CV risk stratification using the SCORE model is recommended as a minimal requirement.	I	B
As there is evidence that OD predicts CV death independently of SCORE, a search for OD should be considered, particularly in individuals at moderate risk.	IIa	B
It is recommended that decisions on treatment strategies depend on the initial level of total CV risk.	I	B

Risque selon SCORE

- Femme de 40 ans
- BMI normal
- Mesures de PA au cabinet de consultation
- Brassard adapté
- 160/100 mmHg à 3 reprises
- Cholestérol tot 220 mg%
- Nécessité de raisonner en terme de risque CV
- Risque de mortalité à 10 ans < 1% !



Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP \geq 180 or DBP \geq 110
No other RF	• No BP Intervention	• Lifestyle changes for several months • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
1–2 RF	• Lifestyle changes • No BP Intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
\geq 3 RF	• Lifestyle changes • No BP Intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
OD, CKD stage 3 or diabetes	• Lifestyle changes • No BP Intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
Symptomatic CVD, CKD stage \geq 4 or diabetes with OD/RFs	• Lifestyle changes • No BP Intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90

Question 2

Quelle règle H-D lui prescrire en priorité?

- Réduction du NaCl à < 6g/j
- Activité physique statique (power training)
3X/sem 1h
- Technique de relaxation (biofeedback)
1X/sem
- Régime hypocalorique hyperprotéiné
- Rien, car cela ne marche pas

Question 3

Face à cette personne restant hypertendue malgré plusieurs semaines de suivi des règles H-D, vous lui prescrivez

- 1. une monothérapie par IEC
- 2. une monothérapie par BBl
- 3. une monothérapie par AC
- 4. un diurétique thiazide
- 5. une bithérapie avec un ISRA et AC pour atteindre la cible le plus vite possible

Effets du traitement antihypertenseur sur les évènements cardiovasculaires dans les études prospectives

Fig. 1.13 Linear association between BP reduction and coronary heart disease events in the hypertension trials⁸

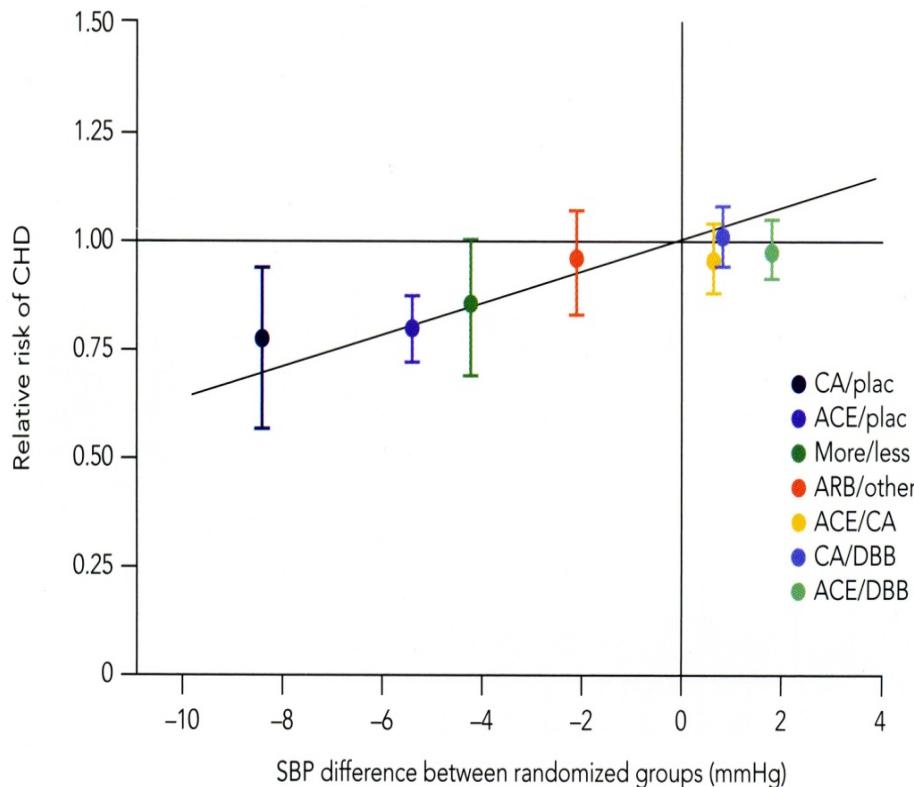
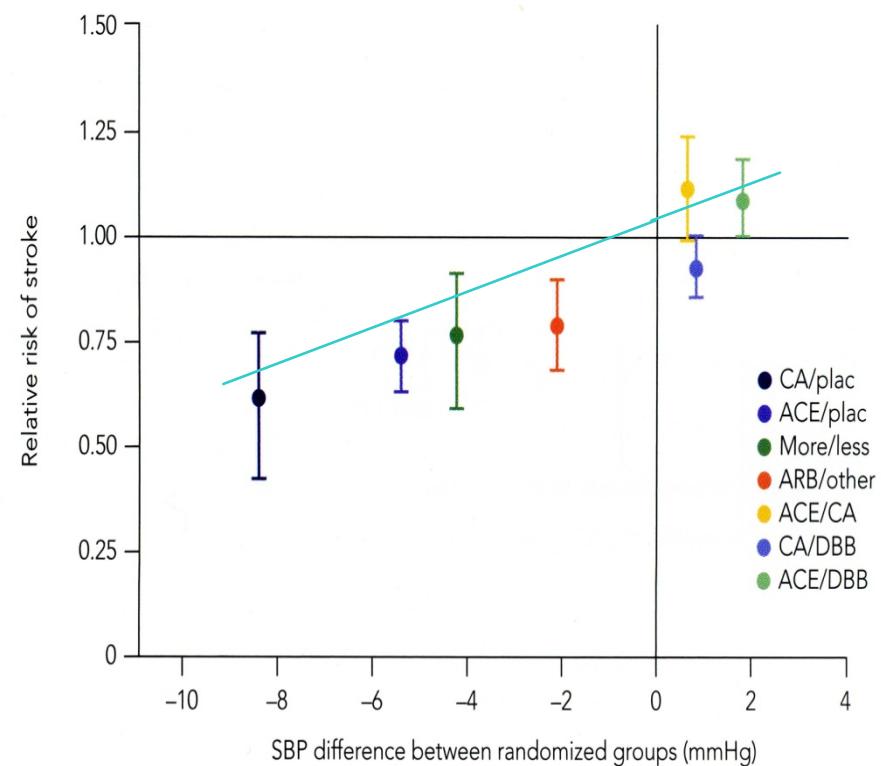


Fig. 1.14 Linear association between BP reduction and stroke events in the hypertension trials⁸

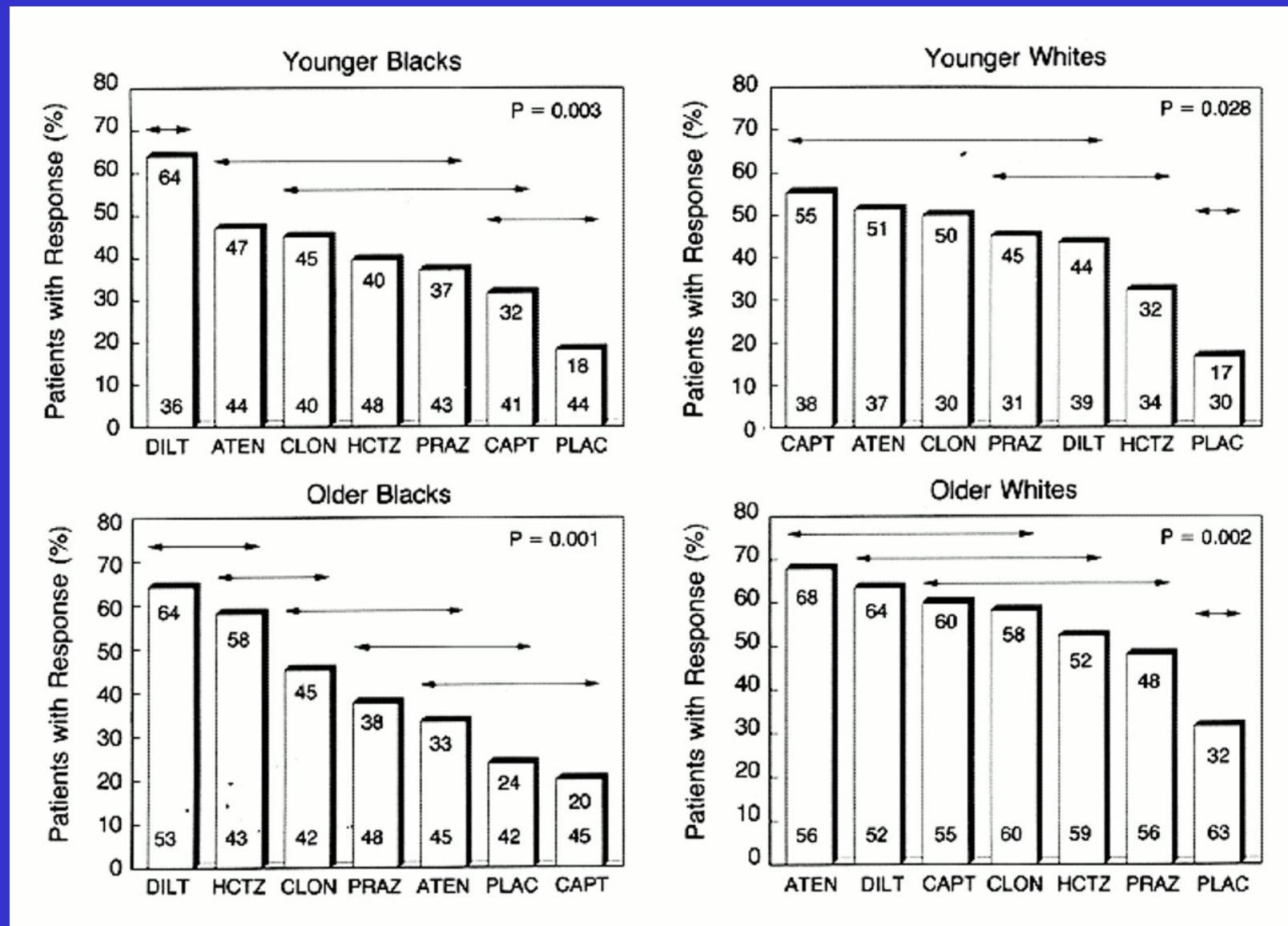


Coronaropathie

AVC



Younger Black and White Patients, Older Black and White Patients with Responses



Question 4

Si vous n'arrivez pas à la cible de PA (<140/90 mmHg), vous

- 1. ne faites rien car la patiente tolère bien
- 2. augmentez la dose sans changer le médicament
- 3. associez avec un AC en n'oubliant pas les mesures H-D
- 4. changez le type de diurétique (les diurétiques de l'anse sont plus puissants)
- 5. changez de famille de molécules en privilégiant le blocage du SRA

Cas clinique suite 3

Attitude thérapeutique en premier:

- Règles hygiéno-diététiques
- Suivi à 2 mois, cible PA à atteindre < 140/90 mmHg
- Si PA toujours au-dessus des normes: traiter avec antiHTA
 - Premier choix:
 - Si monothérapie : AC, diurétique, IEC, BBl
 - Si bithérapie, faible dose association diurétique et AC.

CONCLUSION:

Gestion personnalisée de l'HTA:oui mais selon des règles générales à appliquer chez tous!

- Valider le caractère permanent de l'HTA
- Rechercher une cause éventuelle
- Chercher les FR associés et les complications
- Toujours stimuler les règles H-D
- Définir le moment du traitement selon le risque CV
- Choisir la molécule selon les caractéristiques du patient
- Adapter le traitement pour atteindre une PA<140/90!
- Rechercher la mauvaise observance, si résistance.