

# Gestion d'une HTA

JM Krzesinski  
CHU Liège- ULg  
CBH 22/2/2014

# Cas clinique

- Madame BP, âgée de 40 ans, employée dans une entreprise en difficulté, vous est référée pour PA élevée notée en consultation de médecine du travail : 164/102 mmHg.
- Que proposez-vous?

Devant cette augmentation de PA, que proposez-vous?

- Recontrôler au cabinet 3X puis si + traiter
- Faire une MAPA et si + traiter
- Initier un traitement puis vérifier la PA par automesure
- Interroger d'abord la patiente sur son histoire

## Blood pressure MANAGEMENT, history, and physical examination

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref. <sup>c</sup>
It is recommended to obtain a comprehensive <u>medical history</u> and <u>physical examination</u> in all patients with hypertension to verify the diagnosis, detect causes of secondary hypertension, record CV risk factors, and to identify OD and other CVDs.	I	C	-
Obtaining a family history is recommended to investigate familial predisposition to hypertension and CVDs.	I	B	143, 144
Office BP is recommended for screening and diagnosis of hypertension.	I	B	3
It is recommended that the diagnosis of hypertension be based on at least <u>two BP measurements per visit</u> and on at least <u>two visits</u> .	I	C	-
It is recommended that all hypertensive patients undergo palpation of the pulse at rest to determine heart rate and to search for arrhythmias, especially atrial fibrillation.	I	B	62, 63
Out-of-office BP should be considered to confirm the diagnosis of hypertension, identify the type of hypertension, detect hypotensive episodes, and maximize prediction of CV risk.	IIa	B	89, 90, 103, 105, 109, 113, 117
For out-of-office BP measurements, ABPM or HBPM may be considered depending on indication, availability, ease, cost of use and, if appropriate, patient preference.	IIb	C	-

Histoire de la patiente

PA au cabinet  
2X/visite au  
moins 2x

Mesurer la PA en  
dehors de la  
consultation pour  
confirmer

# Cas clinique suite 1

- AH: Sa maman vient de décéder d'un infarctus du myocarde à 63 ans (HTA et hypercholestérolémie)
- AP: poids de naissance 3Kg à terme, toxémie lors de la seule grossesse, il y a 15 ans
- Episode de lithiase urinaire calcique il y a 5 ans.
- Ne fume pas, ne pratique pas de sport, consomme rarement de l'alcool, mange peu de fruits ou de légumes.
- Par contre, aime les chips.

# Examen clinique

- Taille 164 cm, poids 74 Kg, IMC 28 Kg/m<sup>2</sup>
- Périmètre abdominal 90 cm, celui du bras 30 cm.
- PA aux 2 bras **156/98** mmHg, à **2 reprises** lors de la visite
- Pouls 80/min, REBV
- Artères perçues en périphérie, pas de souffle vasculaire audible.
- Confirmation souhaitable Automesure vs MAPA

## Comment pratiquer l'automesure?

- Choisir un appareil avec le label CE
- Mesurer après les repas
- Mesurer au bras G ou D en position assise
- Mesurer 3x/j 3j de suite 1X/mois
- Mesurer dès qu'un malaise survient

# Consensus européen et validé en Belgique

[www.belhypcom.be](http://www.belhypcom.be)

TABLEAU III. MODALITÉS POUR UNE BONNE PRATIQUE D'AUTOMESURE

Ne pas mesurer sa pression artérielle	<ul style="list-style-type: none"><li>- lors d'un malaise</li><li>- juste après avoir fumé ou mangé</li><li>- avant 5 minutes de repos, assis inconfortablement</li></ul>
Effectuer	<ul style="list-style-type: none"><li>- 2 mesures, matin et soir (les mesures du 1<sup>er</sup> jour seront exclues).</li></ul>
Noter ou enregistrer les valeurs	<ul style="list-style-type: none"><li>- sans les sélectionner</li><li>- à montrer au médecin qui sera seul juge</li></ul>

Technique de mesure idéalement au bras, brassard adapté.

Technique de mesure irréprochable avec un appareil validé

Diagnostic : mesures 7 jours de suite

Suivi : mesures 1 à 2 fois/semaine



# Pratique de l'automesure chez la patiente

- Revient 1 semaine plus tard chez son médecin
- Moyennes de PA à domicile: 150/94 mmHg
- Donc **confirmation de l'hypertension**
- (PA N < 135/85 mmHg)

# Calcul du risque CV

- Selon l'ESH: risque ajouté élevé
- Selon SCORE: 0% de mort dans les 10 ans

# Comment gérer? Rechercher:

- Etiologie à l'HTA
- Facteurs de Risque et complications associées

# Quels examens proposer chez cette patiente?

- FO
- Echocardiogramme
- Doser les catécholamines urinaires/24h
- Bilan lipidique complet avec lipoprotéine(a)
- Glycémie et HbA1C
- Microalbuminurie
- Aldostérone / activité rénine

# Etiologies de l'HTA

- Dans la majorité des cas, **HTA essentielle**
- Ici, hérédité hypertensive positive, augmentation progressive de la PA car pas de symptômes.
- Problème d'AP de dysgravidie

## Stratégie du traitement de l'HTA en 2014: toujours basée sur le calcul du risque CV

- L'HTA, tueur silencieux, est généralement associée à de nombreux autres facteurs de risque CV.
- Il faut préciser le niveau de risque CV en tenant compte de la valeur de PA et des autres F.R. pour décider le moment et le type de traitement !

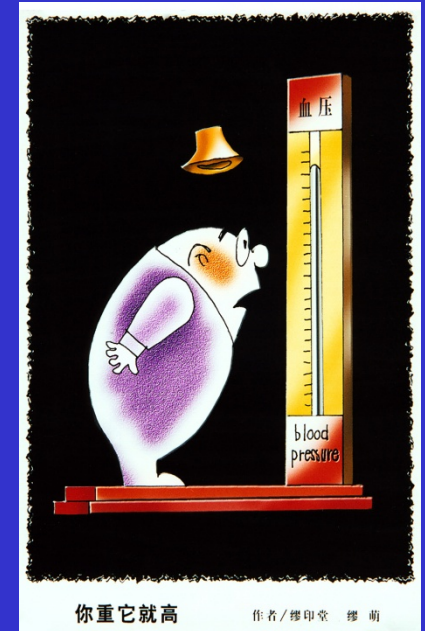
# Examens complémentaires

- ECG: Normal, pas d'HVG diagnostiquée
- Biologie sanguine:  
Glycémie à jeun 104 mg/dl,  
Créatinine 0,85 mg/dl (MDRD >60 ml/min),  
K 3.8 mmol/l; Na 140 mmol/l  
Cholestérol total 240 mg/dl, HDL chol 45 mg/dl, Tg  
170 mg/dl et LDL calculé 160 mg/dl
- RUSU: Pas d'anomalies
- Urines de 24h: diurèse 1,3l, Natriurèse 220 mmol (13g NaCl), calciurie 375 mg (5 mg/kg)

# Résumé du problème

- HTA confirmée, sans HVG
- Obésité abdominale
- Glycémie limite haute
- Elévation des Triglycérides
- Abaissement du HDL Chol
- Par ailleurs hypercholestérolémie
- Apport sodé et calciurie accrus, fonction rénale normale

SM





## 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

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 ≥180 or DBP ≥110
No other RF		Low risk	Moderate risk	High risk
1–2 RF	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
≥3 RF	Low to moderate risk	Moderate to high risk	High risk	High risk
OD, CKD stage 3 or diabetes	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Symptomatic CVD, CKD stage ≥ 4 or diabetes with OD/RFs	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; DBP = diastolic blood pressure; HT = hypertension; OD = organ damage; RF = risk factor; SBP = systolic blood pressure.

Stratification of total CV risk in categories of low, moderate, high and very high risk according to SBP and DBP and prevalence of RFs, asymptomatic

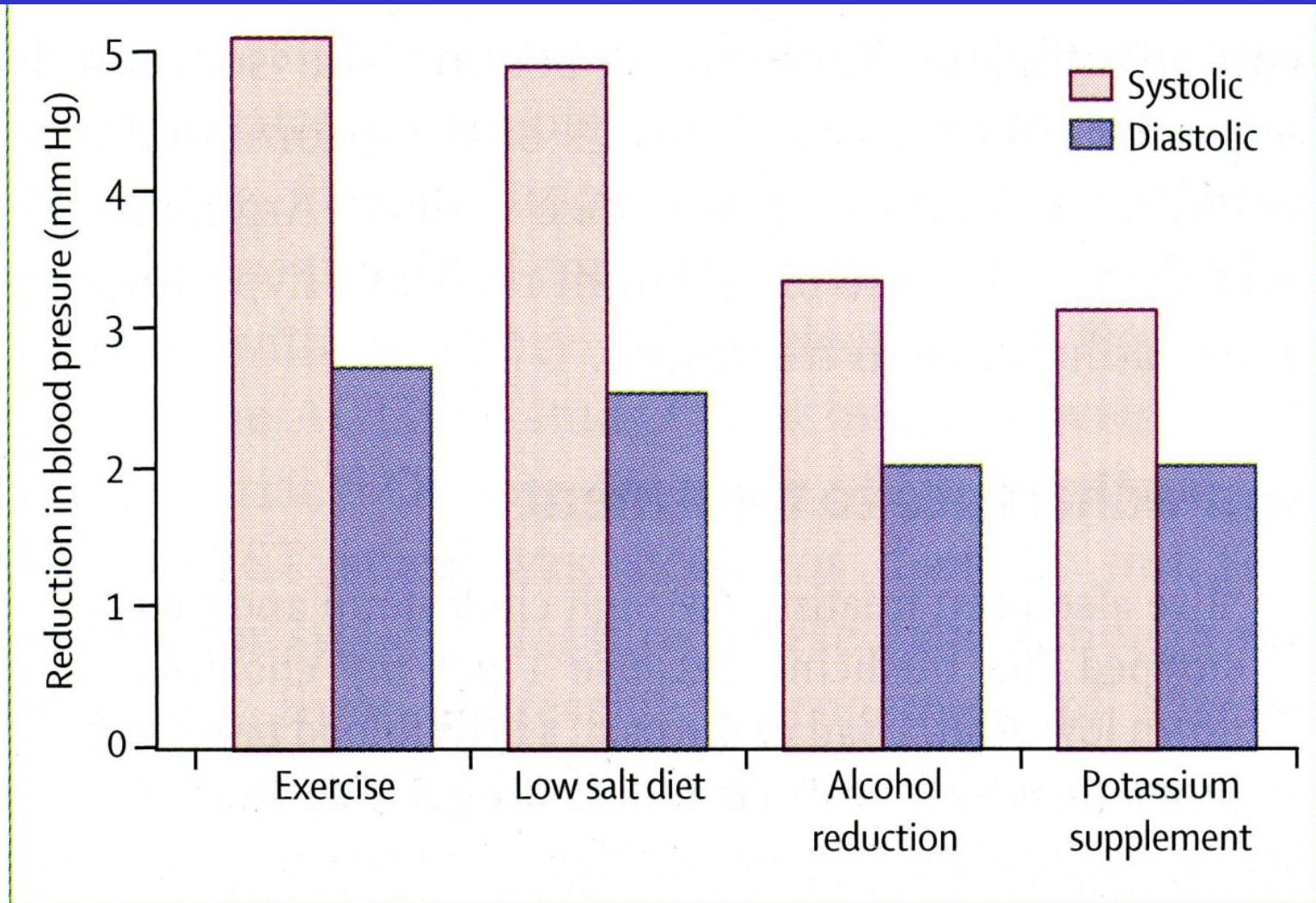
# Prise en charge

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

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 ≥180 or DBP ≥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
≥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 ≥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

# Prise en charge non médicamenteuse: le plus efficace ici est (outre la perte de poids)

- La restriction sodée
- L'exercice physique
- La consommation de fruits et de légumes +>
- La réduction de 5 à 1 verre(s) d'alcool/jour



**Figure 3: Estimated decrease in blood pressure mediated by non-pharmacological intervention in hypertension<sup>56-59</sup>**

# Changements de mode de vie

- Les mesures hygiéno-diététiques visant à réduire le PA ou à diminuer le risque CV sont **TOUJOURS** à appliquer:
  - arrêter de fumer: **NON fumeuse**
  - perdre du poids (ou le stabiliser): **à stimuler**
  - réduire sa consommation d'alcool: déjà faible
  - pratiquer une activité physique: **à stimuler**
  - réduire sa consommation en sel: **à stimuler**
  - augmenter sa consommation en fruits et légumes et réduire sa consommation en graisses saturées: **à stimuler**

# Prise en charge médicamenteuse?

Que faire chez cette patiente?

- Traiter son HTA: monothérapie ou combinaison
- Traiter aussi sa dyslipémie: statine ou fibrates
- Traitement aussi par anti-agrégant ?

# Objectifs du traitement

- Chez les patients hypertendus, l'objectif principal consiste à réduire au maximum le risque cardiovasculaire global
- Cet objectif implique un traitement visant à normaliser la pression artérielle et à contrôler tous les facteurs de risque réversibles associés
- La pression artérielle cible est  $< 140/90$  mmHg, voire plus basse, si toléré, chez tous les patients hypertendus de  $< 80$  ans.

# Cas clinique suite 3

Attitude thérapeutique en premier (cible PA < 140/90):

- Règles hygiéno-diététiques
- Suivi à 1 mois et si PA toujours au-dessus des normes: traiter avec antiHTA
- Premier choix:
  - Si monothérapie : BBl, AC, diurétique ou IEC
  - Si bithérapie: faible dose IEC + diurétique ou AC.



# Suivi de la patiente

- Revient après un mois
- A perdu 2 Kg, tente de marcher 30 min/j
- A réduit sa consommation de sel.
- PA 146/94 mmHg, donc non encore à la cible
- Placée sous association fixe lisinopril-HCTZ 1/2 c/j (choix d'une association IEC-diurétique vu l'hypercalciurie)
- Rdv pris 2 mois plus tard

# Suivi à 3 mois

- Reprise de 1 Kg
- Tousse sous IEC
- Mais PA normalisée (138/88 mmHg)

Que proposer?

## A 3 mois

- Biologie de contrôle : glycémie 105 mg/dl, cholestérol tot 210 mg/dl, LDL 130 mg/dl,
- K 4 mmol/l
- Décision de prescription d'un sartan (vu toux sous IEC) avec un AC (vu troubles lipidiques) et renforcement diététique!

# Visite à 3 mois

- **Discussion pour une statine:** Etude ASCOT- lipides: **10 mg atorvastatine** chez l'HT avec 3 FR associés: résultats positifs à savoir réduction de 36% des décès CV (Lancet 2005), à discuter ici!

## Bon à savoir

### STATINES EN PREVENTION PRIMAIRE: UNE REVUE COCHRANE

[Déjà paru dans la rubrique « Bon à savoir » sur notre site Web le 28/1/11]

Selon une revue Cochrane récente concernant les statines en prévention primaire, le bénéfice absolu en termes de morbidité et de mortalité est trop faible et les incertitudes trop grandes pour pouvoir en recommander un usage systématique. Ce message correspond tout à fait avec l'article paru dans les Folia de février 2011.

## Treatment of risk factors associated with hypertension

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref. <sup>c</sup>
It is recommended to use statin therapy in hypertensive patients at moderate to high CV risk, targeting a low-density lipoprotein cholesterol value <3.0 mmol/L (115 mg/dL).	I	A	649, 652
When overt CHD is present, it is recommended to administer statin therapy to achieve low-density lipoprotein cholesterol levels <1.8 mmol/L (70 mg/dL).	I	A	654

Antiplatelet therapy, in particular low-dose aspirin, is recommended in hypertensive patients with previous CV events.

I

A

Aspirin should also be considered in hypertensive patients with reduced renal function or a high CV risk, provided that BP is well controlled.

IIa

B

Aspirin is not recommended for CV prevention in low-moderate risk hypertensive patients, in whom absolute benefit and harm are equivalent.

III

A

# Visite à 3 mois

- Faible dose d'aspirine?
- Pas d'intérêt en prévention primaire (Lancet 2009; 373:1849)
- Risque hémorragique!

## Visite à 6 mois (sous olmesartan et amlodipine)

- A perdu 2 Kg
- Se sent bien, fait un peu de sport
- PA au cabinet, assise: **132/84 mmHg**
- Biologie à jeun: **glycémie 95 mg/dl**, cholestérol tot 195 mg/dl, Tg 140 mg/dl, HDL chol 55 mg/dl, **LDL chol calculé 110 mg/dl**
- RDV proposé 3 mois plus tard, encouragement pour les règles H-D et pour la persistance de la prise du médicament 1/j le matin.



# Suivi de la patiente: capital!

- Le suivi doit être fréquent pour juger de l'efficacité du contrôle tensionnel et des effets secondaires potentiels liés au traitement.
- L'encouragement pour modifier aussi les autres facteurs de risque est essentiel pour la protection CV au long cours.

# Gestion de l'HTA: résumé

- Valider l'HTA
- Rechercher une cause éventuelle
- Chercher les FR associés et les complications déjà présentes
- Définir le traitement selon le risque CV
- Vérifier et adapter le traitement pour atteindre la cible fixée! EVITER l'INERTIE
- Si haut risque CV ou SM: IEC ou sartan.
- Pour la cible, souvent combinaison nécessaire.

# Questions

## Références utilisées

- ESH guidelines: J HTA 2007 Mancina et al
- ESH guidelines: JHTA 2009 Mancina et al
- ESH guidelines: JHTA 2013 Mancina et al

## Adoption of lifestyle changes

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b,d</sup>	Level <sup>b,e</sup>
Salt restriction to 5–6 g per day is recommended.	I	A	B
Moderation of alcohol consumption to no more than 20–30 g of ethanol per day in men and to no more than 10–20 g of ethanol per day in women is recommended.	I	A	B
Increased consumption of vegetables, fruits, and low-fat dairy products is recommended.	I	A	B

Reduction of weight to BMI of 25 kg/m<sup>2</sup> and of waist circumference to <102 cm in men and <88 cm in women is recommended, unless contraindicated.

Regular exercise, i.e. at least 30 min of moderate dynamic exercise on 5 to 7 days per week is recommended.

It is recommended to give all smokers advice to quit smoking and to offer assistance.

I

A

B

I

A

B

I

A

B



## Principales causes d'HTA secondaires

### 1) Rénales :

- parenchymateuses,
- obstructives,
- réno-vasculaires.

### 2) Endocriniennes :

- hyperaldostéronisme primaire (Conn),
- phéochromocytome,
- Cushing,
- hyperthyroïdie,
- hyperparathyroïdie (et toutes causes d'hypercalcémie).

### 3) Causes médicamenteuses :

contraception orale, gluco-corticoïdes, réglisse, alcool, sympathomimétiques, AINS, cyclosporine.

### 4) Hypertension de la grossesse

### 5) Causes neurologiques :

- apnée du sommeil,
- hypertension intra- crânienne,
- tumeur du 4<sup>ème</sup> ventricule

### 6) Coarctation aortique

<10%  
des formes  
d'HTA,  
souvent  
résistantes