

# HYPERTENSION ARTÉRIELLE :

## DEUX RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES, DEUX APPROCHES, UN DÉFI CLINIQUE

HUART J (1, 2), JOURET F (1, 2), LANCELLOTTI P (2, 3)

**RÉSUMÉ :** Après la publication conjointe de recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle en 2003, 2007, 2013 et 2018, les Sociétés Européennes d'Hypertension (ESH) et de Cardiologie (ESC) ont décidé d'éditer leurs recommandations séparément - en 2023 pour l'ESH et en 2024 pour l'ESC. Des différences notables sont présentes, comme la nouvelle classification de la pression artérielle par l'ESC qui influence fortement la prise en charge. D'autres écarts existent dans le diagnostic et l'algorithme de traitement, mais ces approches restent complémentaires. Plutôt qu'un obstacle, cette dualité peut offrir une flexibilité précieuse, permettant d'adapter la prise en charge selon le patient et le jugement clinique du praticien. L'essentiel demeure : lutter contre l'inertie thérapeutique face à cette pathologie fréquente aux conséquences graves.

**MOTS-CLÉS :** *Hypertension artérielle - Pression artérielle - Recommandations européennes - Société Européenne de Cardiologie - Société Européenne d'Hypertension*

**HYPERTENSION : TWO EUROPEAN RECOMMENDATIONS,  
TWO STRATEGIES, ONE CLINICAL CHALLENGE**

**SUMMARY :** After the joint publication of hypertension management guidelines in 2003, 2007, 2013, and 2018, the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) decided to issue their recommendations separately - ESH in 2023 and ESC in 2024. Notable differences include the ESC's new blood pressure classification, which significantly impacts patient management. Other variations exist in diagnosis and treatment algorithms, yet both approaches remain complementary. Rather than a hurdle, this duality offers valuable flexibility, allowing treatment to be tailored to the patient and the clinician's judgment. The key priority remains: combating therapeutic inertia in this common condition with serious consequences.

**KEYWORDS :** *Hypertension - Blood pressure - European guidelines - European Society of Cardiology - European Society of Hypertension*

### INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, l'hypertension artérielle (HTA) représente le principal facteur de risque modifiable de morbi-mortalité, ce qui en fait un problème de santé publique mondial. Une HTA prolongée peut aboutir à des maladies cardiovasculaires (CV), cérébrovasculaires et rénales qui constituent un fardeau mondial de maladies chroniques (1-3). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'HTA affecte 1,28 milliard d'adultes âgés de 30 à 79 ans. En 2019, la prévalence moyenne mondiale était estimée à 34 % chez les hommes et 32 % chez les femmes de cette tranche d'âge. De plus, le contrôle de l'HTA est loin d'être satisfaisant : en 2019, seulement 23 % des femmes et 18 % des hommes hypertendus avaient une pression artérielle (PA) maîtrisée (4, 5). Face à ce véritable fléau mondial, la publication de lignes directrices est essentielle pour optimiser la prise en charge de l'HTA. Ces dernières permettent d'harmoniser les pratiques cliniques, d'intégrer les avancées

scientifiques récentes et de proposer des stratégies thérapeutiques adaptées.



Après la publication conjointe de recommandations pour la prise en charge de l'HTA en 2003, 2007, 2013 et 2018, les Sociétés Européennes d'Hypertension (ESH) et de Cardiologie (ESC) ont décidé d'éditer leurs recommandations séparément - en 2023 pour l'ESH et en 2024 pour l'ESC. L'ESH a exprimé son point de vue concernant cette scission qui semble avoir des raisons davantage «politiques» que scientifiques (6). Le fait d'avoir deux textes de recommandations issus de deux sociétés scientifiques européennes complexifient inutilement la tâche des praticiens au risque de les démotiver. Espérons la reprise de recommandations rédigées conjointement pour la prochaine édition. Nous résumons ici les principales divergences existantes entre les guidelines de l'ESH et de l'ESC, ainsi que leurs similitudes (Figure 1). Choisir de ne suivre qu'une seule des deux recommandations, celles de l'ESH ou celles de l'ESC, est une approche défendable. Cependant, plutôt que de trancher de manière catégorique, nous chercherons à (ré)concilier les deux visions en offrant au praticien une certaine flexibilité qui pourra lui permettre d'adapter la prise en charge à chaque patient, en s'appuyant sur son propre jugement clinique.

(1) Service de Néphrologie, CHU Liège, Belgique.

(2) GIGA Cardiovascular Sciences and Metabolism, Centre de Recherche Biomédicale Interdisciplinaire, ULiège, Belgique.

(3) Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.

**Figure 1. Comparaison entre les recommandations de l'ESC et celles de l'ESH**

	 ESC	 ESH
<b>Définition</b>	PA élevée : 120-139/70-89 mmHg HTA : PA ≥ 140/90 mmHg	HTA : PA ≥ 140/90 mmHg
<b>Mesure de la PA</b>	Confirmer les mesures prises en consultation avec des mesures ambulatoires	
<b>Mesures hygiéno-diététiques</b>	Seules durant 3 mois si PA entre 130-139/80-89 mmHg et indication de traitement	Seules durant 3 à 6 mois si PA < 150/95 mmHg et faible risque
<b>Traitements pharmacologiques</b>	IEC ou Sartans, antagonistes calciques & diurétiques recommandés en première ligne au sein de combinaison en un seul comprimé BB à ajouter lorsqu'il existe d'autres indications convaincantes pour leur utilisation	
<b>Algorithme de traitement</b>	Bithérapie à faible dose puis Trithérapie à faible dose à augmenter ensuite à la dose maximale tolérée	Bithérapie à faible dose à augmenter à la dose maximale avant de prescrire la Trithérapie
<b>Monothérapie</b>	Patient < 140/90 mmHg à haut risque, personnes âgées et fragiles PA < 150/95 mmHg à faible risque CV	
<b>Objectif PA</b>	120-129/70-79 mmHg dans la population générale	
<b>HTA résistante</b>	Spironolactone en 4 <sup>ème</sup> position Envisager la dénervation rénale	
<b>HTA résistante chez l'IRC stade 4-5</b>	Diurétique de l'anse au sein de la trithérapie Chlortalidone comme 4 <sup>ème</sup> molécule	HCT, Chlortalidone ou Indapamide
<b>Timing de prise du traitement</b>	Moment le plus opportun pour le patient pour améliorer l'observance	

PA : pression artérielle; HTA : hypertension artérielle; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion; BB : bêta-bloquants; CV : cardio-vasculaire; IRC : insuffisance rénale chronique; HCT : hydrochlorothiazide.

## SIMILITUDES ENTRE LES RECOMMANDATIONS DE L'ESH ET L'ESC EN 10 POINTS

### DÉFINITION DE L'HTA

La définition de l'HTA demeure la même au sein des deux recommandations européennes : PA ≥ 140/90 mmHg en consultation. L'ESH comme l'ESC insistent sur l'intérêt de confirmer le diagnostic d'HTA par des mesures ambulatoires avec un seuil de PA plus bas pour définir l'HTA : PA ≥ 135/85 mmHg en automesure tensionnelle ou sur la moyenne de jour au monitoring ambulatoire de la PA (MAPA). Une PA ≥ 130/80 mmHg sur le MAPA de 24h ou ≥ 120/70 mmHg pour les valeurs de PA enregistrées la nuit par le MAPA sont retenues dans les deux textes pour le diagnostic d'HTA (3, 5).

### MESURE DE LA PA EN CONSULTATION ET EN AMBULATOIRE

Outre une similitude entre les seuils tensionnels retenus en consultation et en mesures ambulatoires, les recommandations s'accordent

également concernant les méthodes de mesure de la PA. La PA en consultation doit être mesurée de manière standardisée avec l'utilisation en priorité de la méthode oscillométrique (appareil semi-automatique), la méthode traditionnelle au stéthoscope (sphygmomanométrique) ne devant idéalement n'être réservée qu'aux patients en arythmie pour lesquels les appareils semi-automatiques sont rarement validés. L'environnement du patient (au calme depuis 5 minutes, silence, pas d'exercice, de café, de repas ou de cigarette la demi-heure avant) ainsi que son positionnement (jambes décroisées, pieds au sol, dos soutenu et brassard à hauteur du cœur) sont également capitaux et identiques à ce qui est recommandé en automesure tensionnelle. L'utilisation d'un appareil validé (cfr. [site stridebp.org](http://site.stridebp.org)), adapté, avec taille de brassard adapté est également recommandée par l'ESH comme par l'ESC (3, 5).

### RECHERCHE DES LÉSIONS DES ORGANES CIBLES DE L'HTA

Les deux recommandations accordent une importance particulière à la recherche des lésions des organes cibles de l'HTA qui peuvent

être réversibles aux stades précoces et rentrent notamment en ligne de compte dans l'évaluation du risque CV. Le bilan de base à réaliser chez tout patient hypertendu est similaire : estimation de la fonction rénale, dosage de l'albuminurie rapportée à la créatininurie et réalisation d'un électrocardiogramme à la recherche d'une hypertrophie ventriculaire gauche, notamment. D'autres examens peuvent être réalisés si des points d'appel sont présents ou si cela modifie la décision thérapeutique. Par exemple, la réalisation du fond d'œil est recommandée en cas d'HTA sévère (pour s'assurer de l'absence d'une HTA maligne, notamment) ou de trouble visuel, l'index cheville-bras en cas de suspicion d'une claudication intermittente et la réalisation d'une imagerie cérébrale en cas de troubles cognitifs. D'autres examens peuvent permettre d'affiner le risque CV du patient tels que la réalisation d'un score calcique ou l'évaluation de la rigidité artérielle par la mesure de la vitesse de l'onde de pouls (3, 5).

### ÉVALUATION DU RISQUE CV

L'évaluation du risque CV du patient est importante pour décider du moment quand introduire un traitement antihypertenseur. Bien que diverses spécificités soient présentes, l'évaluation du risque CV est globalement similaire dans les deux recommandations. Elle repose sur l'identification des pathologies plaçant le patient à haut risque CV (maladie CV établie, diabète, insuffisance rénale chronique, hypercholestérolémie familiale), l'utilisation du SCORE 2 et du SCORE2-OP (pour les patients de plus de 70 ans) chez ceux qui ne présentent pas d'emblée un haut risque CV, puis l'affinement du risque CV chez les patients à risque modéré grâce à la recherche de comorbidités associées (bronchite chronique, maladie auto-immune...), de facteurs de risque additionnels (diabète gestationnel, histoire familiale de maladie CV prématurée...) et des lésions des organes cibles de l'HTA telles que décrites précédemment (3, 5).

### MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Les mesures hygiéno-diététiques (MHD) demeurent tant pour l'ESC que pour l'ESH la base du traitement antihypertenseur. Ces dernières reposent principalement sur l'application des recommandations suivantes : la réduction des apports en sel qui doivent être inférieurs à 5 g par jour, la majoration des apports alimentaires en potassium pour atteindre au moins 3,5 g par jour, l'atteinte d'un indice de masse corporelle < 25 kg/m<sup>2</sup> grâce à une alimentation saine et équilibrée, la pratique d'une activité

physique modérée d'au moins 150 minutes par semaine ou 75 minutes en cas d'effort physique intense auxquels vient s'ajouter du renforcement musculaire 2 à 3 x/semaine, la limitation de la consommation d'alcool avec moins de 100 g par semaine, l'arrêt complet du tabac ainsi que la gestion du stress (3, 5).

### TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'HTA

Les molécules recommandées dans le traitement pharmacologique de l'HTA demeurent les mêmes entre les deux recommandations. Les IEC/sartans constituent le premier choix thérapeutique chez la plupart des patients, à associer à un antagoniste calcique ou à un diurétique thiazidique/apparenté au sein d'une bithérapie. Ces différentes classes médicamenteuses sont à associer au sein d'une trithérapie si nécessaire. Les deux recommandations demandent également de privilégier des thérapies combinées en un seul comprimé dans la mesure du possible. À noter que la bithérapie IEC/sartan et diurétique thiazidique ou apparenté n'est pas recommandée chez le patient originaire d'Afrique sub-saharienne qui répond, en général, mieux à une bithérapie associant un antagoniste calcique avec un diurétique ou un IEC/sartan (3, 5).

### OBJECTIFS TENSIONNELS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

L'objectif tensionnel à atteindre sous traitement antihypertenseur chez la plupart des patients doit être < 130/80 mmHg selon les deux recommandations. Les deux textes s'accordent également sur le fait qu'il n'est pas recommandé d'amener les patients à des valeurs < 120/70 mmHg (3, 5).

### RECHERCHE D'UNE HTA SECONDAIRE

Tant l'ESH que l'ESC recommandent de rechercher une HTA secondaire en cas d'HTA survenant avant l'âge de 40 ans, d'HTA sévère ou s'aggravant rapidement, d'urgence hypertensive, de lésions des organes cibles disproportionnées, d'HTA résistante à la trithérapie recommandée à dose maximale tolérée ou d'éléments évocateurs dans l'anamnèse, l'examen clinique ou le bilan de base (3, 5). Les causes principales à rechercher sont le syndrome d'apnées du sommeil, l'hyperaldostéronisme primaire, les néphropathies, les maladies rénovasculaires, le syndrome de Cushing, les pathologies thyroïdiennes, l'acromégalie, le phéochromocytome, la coarctation de l'aorte ou encore les maladies monogéniques. Les causes

médicamenteuses et toxiques sont également à garder à l'œil telles que la prise de contraceptifs oestro-progestatifs, d'anti-dépresseurs, d'anti-inflammatoires ou la consommation de réglisse, de sprays nasaux vasoconstricteurs ou encore de cocaïne (3, 5).

### PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'HTA RÉSISTANTE

Les deux recommandations définissent l'HTA résistante comme une PA demeurant  $\geq 140/90$  mmHg en consultation et confirmée en ambulatoire malgré une bonne adhésion aux MHD et à une trithérapie optimale à dose maximale tolérée (IEC/sartans, antagoniste calcique, diurétique adapté à la fonction rénale), après exclusion d'une HTA secondaire. Chez ces patients, il est recommandé d'ajouter de la spironolactone (ou de l'éplérénone si mal tolérée) au traitement. Si ce traitement ne permet pas d'obtenir un contrôle tensionnel satisfaisant ou n'est pas toléré, l'ajout d'un bêta-bloquant peut être envisagé. Par la suite, d'autres médicaments peuvent être ajoutés, tels que les alpha-bloqueurs (à éviter chez la personne âgée), les antihypertenseurs centraux, les diurétiques d'épargne potassique, et, en dernier recours, les vasodilatateurs. Chez les patients présentant un débit de filtration glomérulaire  $> 40$  ml/min et une anatomie rénale favorable, une dénervation des artères rénales peut être proposée (3, 5).

### CHRONOTHÉRAPIE

La chronothérapie consiste à administrer les antihypertenseurs au coucher. L'étude HYGIA avait, à l'époque, montré la supériorité de cette stratégie mais a, depuis lors, été fortement critiquée. Ce principe de chronothérapie n'a pas réussi à faire ses preuves dans d'autres études (7-10). Cette stratégie n'est plus recommandée par l'ESH ni par l'ESC. Il est recommandé, dans la majorité des cas, d'administrer tous les antihypertenseurs au même moment, au sein d'une thérapie en un seul comprimé, idéalement le matin afin de favoriser l'observance du traitement. Si une prise en soirée est préférée par le patient, il n'y a aucune raison en revanche de l'en empêcher, l'important étant que le traitement soit pris quotidiennement (3, 5).

## DIFFÉRENCES ENTRE LES RECOMMANDATIONS DE L'ESH ET DE L'ESC EN 10 POINTS

### CLASSIFICATION DES PATIENTS SELON LEURS NIVEAUX DE PA

Il s'agit de la différence principale entre les deux textes. Les lignes directrices de l'ESH 2023 conserve la classification adoptée par les recommandations précédentes sur la base des valeurs de PA obtenues en consultation : PA optimale :  $< 120/80$  mmHg; PA normale :  $120-129/80-84$  mmHg; PA normale-haute :  $130-139/85-89$  mmHg; HTA :  $\geq 140/90$  mmHg (5). L'ESC «révolutionne», quant à elle, cette classification en 2024 en adoptant la version suivante : PA non élevée :  $< 120/70$  mmHg; PA élevée :  $120-139/70-89$  mmHg; HTA :  $\geq 140/90$  mmHg. Ce nouveau groupe de patients présentant une PA élevée, et donc déjà pathologique, aura un impact important sur les décisions de prise en charge, comme nous le verrons par la suite (3).

### PLACE DES MHD

La place des MHD (11) dans le traitement de l'HTA ne fait aucun doute, mais l'ESC ne recommande plus de les instaurer seules. Tout patient présentant une HTA (idéalement confirmée en ambulatoire) doit bénéficier de l'instauration de ces MHD simultanément à un traitement pharmacologique afin d'éviter l'inertie thérapeutique... quitte à revoir le traitement à la baisse par la suite (3). Pour l'ESH, ces MHD peuvent être essayées seules durant 3 à 6 mois chez les patients hypertendus avec une PA  $< 150/95$  mmHg, à risque faible à moyen et sans lésions des organes cibles (5). Pour la «nouvelle» catégorie de patients à PA élevée reconnue par l'ESC, les MHD sont recommandées chez tous et, chez les patients nécessitant un traitement pharmacologique, il est conseillé de les essayer d'abord seules pendant 3 mois (3).

### SEUILS D'INSTAURATION D'UN TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

Le seuil d'instauration d'un traitement antihypertenseur est différent selon les recommandations. Comme expliqué ci-dessus, il est instauré directement chez tous les patients hypertendus (PA  $\geq 140/90$  mmHg) pour l'ESC (3). Pour l'ESH, il est instauré directement chez tout patient avec une PA  $\geq 150/95$  mmHg et/ou avec lésions des organes cibles et un risque élevé ainsi qu'en cas d'échec des MHD seules après 3 à 6 mois chez

les autres patients hypertendus. Une tolérance plus importante est accordée par l'ESH pour la population âgée ( $\geq 80$  ans) et/ou fragile où le seuil de PA systolique au-dessus duquel introduire un traitement varie de 140 à 160 mmHg (à individualiser). L'ESH recommande, en revanche, un seuil de traitement plus bas, c'est-à-dire  $\geq 130/80$  mmHg, chez les patients avec une maladie CV établie, surtout dans le cadre du patient coronarien (5). L'ESC recommande, quant à elle, de traiter tous les patients à PA élevée à haut risque CV dont la PA demeure  $\geq 130/80$  mmHg après 3 mois de MHD seules. Ce seuil  $\geq 130/80$  mmHg chez les patients à haut risque est revu à  $\geq 140/90$  mmHg chez les patients  $\geq 85$  ans, avec une hypotension orthostatique symptomatique (12) et/ou fragiles (3).

### OBJECTIFS TENSIONNELS SOUS TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR EN FONCTION DES CATÉGORIES D'ÂGE

L'ESC recommande, sous traitement antihypertenseur, la cible tensionnelle de 120-129/70-79 mmHg chez tous les patients pouvant la tolérer. Chez les patients qui ne tolèrent pas des niveaux aussi bas de PA ou chez ceux âgés d'au moins 85 ans et/ou présentant une hypotension orthostatique symptomatique avant traitement, une fragilité significative et/ou une espérance de vie inférieure à 3 ans, il est recommandé d'atteindre la PA systolique la plus basse possible, idéalement  $< 140$  mmHg (3). Pour l'ESH, les cibles tensionnelles sont ventilées en fonction des tranches d'âge. La cible recommandée pour les patients jusque 64 ans est identique à celle de l'ESC : 120-129/70-79 mmHg. Ce même objectif tensionnel peut s'appliquer jusqu'à l'âge de 80 ans s'il est bien toléré, mais une cible  $< 140/80$  mmHg en consultation ( $< 135/80$  mmHg en ambulatoire) est acceptable. À partir de 80 ans, une cible de PA systolique  $< 150$  mmHg (145 mmHg en ambulatoire) est recommandée, mais un objectif  $< 140$  mmHg en consultation ( $< 135$  mmHg en ambulatoire) peut être visé si bien toléré. Chez les patients fragiles, cette cible tensionnelle peut être individualisée (5).

### INDICATIONS DES BÊTA-BLOQUANTS DANS L'HTA

Les bêta-bloquants ne sont plus considérés comme un traitement antihypertenseur de première ligne, mais peuvent être ajoutés à n'importe quelle étape du traitement de l'HTA en présence de situations spécifiques, telles que l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire, la cardiopathie ischémique, la grossesse ou un projet de grossesse (3, 5). L'ESH reconnaît d'autres indications qui ne sont pas reprises par l'ESC,

telles qu'une fréquence cardiaque au repos  $> 80$ /minute, le glaucome, l'hyperthyroïdie, un tremblement essentiel et la présence de migraines (5).

### PASSAGE D'UNE BITHÉRAPIE À UNE TRITHÉRAPIE ANTIHYPERTENSIVE

Les deux recommandations proposent d'emblée l'instauration d'une bithérapie antihypertensive à faible dose dans la majorité des cas chez les patients hypertendus. En cas de cible tensionnelle non atteinte, la stratégie recommandée par l'ESH est de majorer progressivement la bithérapie à la dose maximale recommandée et/ou tolérée avant de passer à une trithérapie tandis que l'ESC recommande de passer d'emblée d'une bithérapie faiblement dosée à une trithérapie faiblement dosée, puis seulement de majorer progressivement les doses au sein de cette trithérapie. L'ESH mentionne que cette stratégie est également envisageable, mais elle n'a clairement pas sa préférence (3, 5).

### INSTAURATION D'UNE MONOTHÉRAPIE AU LIEU D'UNE BITHÉRAPIE

L'ESH comme l'ESC recommandent de débiter le traitement par une monothérapie antihypertensive plutôt qu'une bithérapie chez les personnes âgées ou fragiles ainsi que dans les populations à haut risque lorsque leur PA est entre 130/80 et 139/89 mmHg (3, 5). Selon l'ESH, une monothérapie peut également être introduite chez les patients à faible risque avec PA  $< 150/95$  mmHg, tandis que, selon l'ESC, une bithérapie est recommandée d'emblée dans l'HTA à partir de 140/90 mmHg en consultation (3, 5).

### PRÉFÉRENCE IEC VERSUS SARTANS

Dans l'HTA, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les sartans sont mis sur le même pied d'égalité et constituent le traitement antihypertenseur de première ligne. Ils ne peuvent pas être combinés. L'ESH comme l'ESC reconnaissent des indications où une différence est à faire entre ces deux classes médicamenteuses, mais ce ne sont pas toujours les mêmes. L'ESH préfère les IEC aux sartans dans la maladie coronarienne et dans l'insuffisance cardiaque tandis que l'ESC préfère les IEC dans l'insuffisance rénale chronique et dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite. L'ESC recommande l'utilisation préférentielle des sartans dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ainsi que chez le patient d'Afrique subsaharienne (risque plus important d'œdème angioneurotique sous IEC) (3, 5).

## DIAGNOSTIC DE L'HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE

L'ESC recommande le dosage de la rénine et de l'aldostérone chez tout patient hypertendu afin de rechercher un hyperaldostéronisme primaire étant donné qu'il s'agit là d'une pathologie fréquente, mais silencieuse, aux conséquences potentiellement désastreuses. La réalisation de ce dosage d'emblée permet également de s'affranchir des interférences médicamenteuses qui rendent fréquemment problématique le diagnostic de cette pathologie (3). L'ESH recommande, quant à elle, de réaliser ce dosage dans le cadre d'une suspicion d'HTA secondaire ou de signes d'appel tels qu'une hypokaliémie spontanée ou secondaire à la prescription de diurétiques (5).

## STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE ANTIHYPERTENSIVE CHEZ LE PATIENT EN INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Chez le patient en insuffisance rénale chronique, les deux textes de recommandation s'accordent pour proposer l'utilisation d'un diurétique de l'anse à la place d'un diurétique thiazidique ou apparenté au sein de la trithérapie antihypertensive de base. En cas d'HTA résistante, l'ESH recommande l'ajout d'un diurétique thiazidique ou apparenté à cette trithérapie tandis que l'ESC recommande uniquement l'ajout de chlortalidone (3, 5, 13). Les cibles tensionnelles divergent également avec une cible < 130/80 mmHg chez la plupart des patients pour l'ESH tandis que l'ESC recommande uniquement cette cible chez les patients avec un débit de filtration glomérulaire estimé > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> et individualise la cible pour les patients avec une valeur inférieure ainsi que chez les greffés rénaux (3).

## CONCLUSION

Bien que les recommandations de l'ESH et de l'ESC pour la prise en charge de l'HTA présentent certaines divergences, elles convergent sur de nombreux points fondamentaux, notamment la définition de l'HTA, l'importance des MHD et les principales stratégies thérapeutiques. Plutôt que d'opposer ces deux visions, il est essentiel que les praticiens adoptent une approche flexible, fondée sur leur jugement clinique et tenant compte des spécificités de chaque patient, afin d'optimiser la prise en charge et de réduire les complications liées à l'HTA.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Genest J. Progress in hypertension research: 1900-2000. *Hypertension* 2001;**38**:E13-8.
2. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;**396**:1223-49.
3. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024;**45**:3912-4018.
4. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, et al. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021;**398**:957-80.
5. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association. *J Hypertens* 2023;**41**:1874-2071.
6. Kreutz R, Azizi M, Grassi G, et al. Why were the 2023 Guidelines of the European Society of Hypertension not developed as Joint Guidelines together with the European Society of Cardiology? *Blood Press* 2024;**33**:2317-263.
7. Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: The Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J* 2020;**41**:4565-76.
8. Kreutz R, Kjeldsen SE, Burnier M, et al. Disregard the reported data from the HYGIA project: blood pressure medication not to be routinely dosed at bedtime. *J Hypertens* 2020;**38**:2144-5.
9. Mackenzie IS, Rogers A, Poulter NR, et al. Cardiovascular outcomes in adults with hypertension with evening versus morning dosing of usual antihypertensives in the UK (TIME study): a prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint clinical trial. *Lancet* 2022;**400**:1417-25.
10. Huart J, Persu A, Lengelé JP, et al. Pathophysiology of the non-dipping blood pressure pattern. *Hypertension* 2023;**80**:719-29.
11. Merckx G, Somja M, Makalou G, et al. Prévention non médicamenteuse de la maladie rénale chronique. *Rev Med Liege* 2024;**79**:411-7.
12. Huart J, Grosch S, Krzesinski JM. La variabilité tensionnelle : utile, futile ou potentiellement dangereuse ? *Rev Med Liege* 2023;**78**:204-12.
13. Agarwal R, Sinha AD, Cramer AE, et al. Chlortalidone for hypertension in advanced chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2021;**385**:2507-19.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Huart J, service de Néphrologie, CHU Liège, Belgique.

Email : Justine.huart@chuliege.be