

# COMMENT J'EXPLORE...

## Un patient hypertendu

J.M. Krzesinski(1)

### RÉSUMÉ

**Des examens complémentaires constituent une étape importante de la prise en charge d'un patient hypertendu.**

**Du bilan de base simple, peu coûteux et à appliquer à tous, aux examens paracliniques les plus sophistiqués, la prescription nécessite cependant une personnalisation. Il n'y a en effet pas une hypertension à explorer, mais des hypertendus, fort différents entre eux. Les examens à recommander vont cerner l'état actuel cardiaque, artériel et rénal ainsi que le profil de risque cardiovasculaire. Ils vont aussi rechercher une cause à l'élévation de pression si la clinique, l'anamnèse et quelques examens de laboratoire le suggèrent.**

### Introduction

L'observation d'une élévation de valeurs de pression artérielle (PA) chez un patient doit inciter le médecin à se poser quatre questions :

1. l'élévation de PA est-elle permanente ?
2. l'hypertension artérielle est-elle primaire (essentielle) ou secondaire ?
3. quelles sont les complications viscérales associées ?
4. quels sont les autres facteurs de risque ?

Rappelons que le but du "jeu" est de ne pas considérer le niveau de PA en tant que tel, mais bien de prévenir les complications cardiovasculaires que l'hypertension artérielle favorise.

Le champ potentiel de prescription des investigations complémentaires s'est élargi fortement ces dernières années. Il doit cependant rester adapté au cas de chaque sujet et viser d'abord la simplicité, en raison de la fréquence élevée de la maladie hypertensive (15 % de la population), le plus souvent essentielle (90 à 95 % des formes).

Une majorité d'hypertendus doit bénéficier par contre d'un bilan précis du retentissement de l'hypertension artérielle sur le cœur, les vaisseaux et les reins afin de prendre en charge toute répercussion viscérale *avant* la survenue d'une complication.

### L'élévation de PA est-elle permanente ?

La PA est généralement mesurée par méthode indirecte, utilisant un sphygmomanomètre à mercure. La variabilité physiologique de la pression artérielle nécessite la répétition des mesures de PA avant d'affirmer le diagnostic d'hypertension artérielle (PA > 140/90 mmHg), les mesures au cabinet ne représentant que l'instantané d'un phénomène fluctuant.

Selon les critères de l'OMS, deux mesures pathologiques lors d'au moins deux consultations différentes sont indispensables pour poser le diagnostic d'hypertension artérielle. L'hypertension sera dite légère si les PA systolique et diastolique se situent respectivement entre 140 et 180 mmHg et entre 90 et 105 mmHg. Elle sera considérée comme modérée à sévère si les PA systolique et diastolique égalent ou dépassent respectivement 180 et 105 mmHg.

Dans l'hypertension artérielle légère il sera nécessaire de répéter les mesures à au moins deux autres occasions sur une période de quatre semaines avant d'établir le diagnostic d'hypertension artérielle permanente.

Il convient de respecter certaines règles de mesure de la PA et d'éliminer les fausses hypertensions dues par exemple :

- à la pseudo-hypertension liée à des artères humérales calcifiées (signe d'Osler)
- à un brassard trop court pour la géométrie du bras (variation de la taille du brassard, voir annexe)
- au syndrome de la blouse blanche (intérêt de la mesure ambulatoire de la PA).

Rappelons que la pression artérielle doit être mesurée aux deux bras dans des conditions standardisées. S'il existe une asymétrie entre les deux mesures, seules les valeurs les plus élevées doivent être considérées.

### L'hypertension artérielle est-elle primaire (essentielle) ou secondaire ?

En raison de la très nette prévalence des hypertensions artérielles essentielles, il est nécessaire de sélectionner de façon rigoureuse les patients chez lesquels des examens complexes doivent être effectués. Cette sélection se base sur l'âge du patient, la sévérité ou la brutale aggravation de l'hypertension artérielle, les malaises associés, l'examen clinique et les examens biologiques habituellement recommandés en première ligne.

#### a) L'anamnèse.

On interrogera sur une prédisposition génétique à l'hypertension artérielle, des antécédents de protéinurie, un gain pondéral récent, une consommation sodée et/ou éthylique excessive, une prise de certains médicaments à potentialité hypertensive (gouttes nasales sympathicomimétiques, corticoïdes, contraceptifs oraux, cyclosporine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, réglisse), l'âge du début de l'hypertension artérielle (aux deux extrêmes de la vie la fréquence des formes secondaires augmente), une résistance à un traitement anti-hypertenseur bien conduit.

On notera des symptômes typiques de phéochromocytome (céphalées, palpitations, sudation, amaigrissement), d'hyperthyroïdie (palpitations, nervosité, amaigrissement, thermophobie), d'hyperminéralocorticisme (faiblesse musculaire, constipation, polyurie, paresthésie, tétanie).

#### b) L'examen clinique.

Seront recherchés des signes d'artériopathie et/ou de souffle abdominal compatibles avec le diagnostic de sténose d'artère rénale. Les loges rénales seront palpées à la recherche d'une polykystose rénale. Le morphotype du patient pourra dès le départ évoquer éventuellement un syndrome de Cushing.

#### c) Les examens biologiques.

Il est possible, simplement, de rechercher certaines étiologies d'hypertension artérielle par quelques analyses biologiques sanguines et urinaires.

Dans le sang, l'ionogramme sanguin (surtout la kaliémie), et la calcémie, la créatininémie permettant la mesure de la clairance

(1) Spécialiste des Hôpitaux, Agrégé, Service de Néphrologie et d'Hypertension artérielle (Pr. G. Rorive), Département de Médecine, CHU Sart Tilman, Liège.

en fonction du poids, du sexe et de l'âge du patient, la glycémie et l'uricémie doivent être notés.

Dans les urines, il sera important de rechercher une hématurie et/ou une protéinurie.

### Quelles sont les complications viscérales associées?

Le recours à des méthodes non invasives s'impose pour apprécier le retentissement de l'hypertension artérielle sur les vaisseaux, le cœur et les reins (tableau I).

Tableau I.

Exploration "à minima" indispensable à réaliser chez l'hypertendu	
Biologie sanguine :	K, créatinine Lipides (cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides) Glycémie, HbA <sub>1c</sub> Acide urique
Biologie urinaire :	Réactions et sédiment urinaires
Fond d'œil	
ECG	
Rx thorax et/ou	
Echocardiogramme	
Examens à discuter au cas par cas	
Biologie sanguine :	Rénine Bilan thyroïdien
Biologie urinaire :	Cortisol Aldostérone Catécholamines - VMA
Médecine nucléaire :	Scintigraphie rénale MAG 3
Radiographie :	Echographie rénale et/ou urographie intraveineuse Artériographie rénale Tomodensitométrie surrénalienne
Mesure ambulatoire de la PA par méthode non invasive	

a) *L'anamnèse et l'examen clinique* rechercheront des signes de décompensation cardiaque, d'artériopathie, d'accidents vasculaires cérébraux.

b) *L'ECG* à la recherche de signes d'HVG électrique, de surcharge cardiaque et/ou de coronaropathie. Ces anomalies impliquent un risque de complications cardiovasculaires accru. L'existence d'un ECG normal n'exclut cependant pas la possibilité d'un retentissement cardiaque.

c) *Une radiographie thoracique* doit être réalisée, centrée sur la taille du cœur.

d) *L'échocardiogramme* est l'examen de référence pour la détection et la quantification d'une HVG. En raison de son coût, il est peu concevable de l'appliquer à tous.

Ses indications préférentielles seront :

1. absence d'HVG électrique alors que le niveau de PA mesuré le suggère;
2. présence d'une HVG électrique alors que la PA clinique n'est que légèrement élevée;
3. doute quant à la nécessité d'initier un traitement pharmacologique (HTA limite);
4. clinique suggestive d'insuffisance cardiaque ou coronaire.

e) *Le fond d'œil*, examen classique d'évaluation de la durée et de la gravité de l'hypertension artérielle. Le fond d'œil sera particulièrement utile lorsqu'il sera très altéré (HTA accélérée ou

maligne). Dans ce cas il permet la surveillance de l'efficacité thérapeutique; les signes de malignité (FO de type III ou IV) régressent en quelques semaines si le traitement est correct.

f) *Le bilan rénal* : l'hypertension artérielle peut être la cause ou la conséquence d'une atteinte rénale. Le bilan doit comporter un versant biologique (créatinine, protéinurie et hématurie) et éventuellement un bilan morphologique (échographie rénale évaluant la taille des reins).

### Quels sont les autres facteurs de risque cardiovasculaire ?

Ce bilan doit comporter :

- la recherche d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires avant 60 ans;
- la quantification du tabagisme;
- le dosage des lipides sanguins;
- le dosage de la glycémie, et de l'hémoglobine glycosylée;
- la détermination de l'uricémie.

Ce profil de facteurs de risque associés influence fortement le choix du traitement antihypertenseur et le pronostic cardiovasculaire.

### Conclusions

Le but de la mise au point d'un patient hypertendu est de permettre d'adopter une attitude thérapeutique tenant compte du bilan lésionnel, du niveau tensionnel et des facteurs de risque additionnels.

Une recherche d'une étiologie particulière nécessite une réflexion préalable individuelle basée sur l'anamnèse, l'examen clinique et une batterie de tests simples, peu coûteux et non invasifs.

### Bibliographie

1. DUNN F, PRINGLE S. — Echocardiography in arterial hypertension : when, why and how? *J Hypertens*, 1994, 12, 1137-1138.
2. FOURNIER A, ANDREJAK M, TRIBUILLO C, LESBRE JPh. — Examen d'un malade hypertendu in *Néphrologie* D Dries, A Fourrier, M. Paillard), tome 2. "Hypertension artérielle", Collection Science et Pratique Médicale, Hermann, Editeurs des Sciences et Arts, A. FOURNIER, 1992, chap. II, Diagnostic 2, 155-179.
3. Guidelines Sub-Committee. 1993, Guidelines for the management of mild hypertension : memorandum from a World Health Organization, International Society of Hypertension meeting. *J Hypertens*, 1993, 11, 905-918.
4. KRZESINSKI JM. — Mesure ambulatoire de la pression artérielle, son utilité en pratique quotidienne. *Rev Med Liege*, 1994, 49, 475-480.
5. LEVER A, SWALES J. — Investigating the hypertensive patients : an overview, in *Textbook of hypertension*, Ed. J.D. Swales, 1994, Chap. 58, 1026-1030.

### Annexe

Largeur recommandée du brassard en fonction de la circonférence du bras

Largeur	Circonférence
9 cm	17 à 26 cm
12 cm	26 à 33 cm
15 cm	33 à 41 cm
18 cm	> 41 cm

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J.M. Krzesinski, Service de Néphrologie et d'Hypertension artérielle, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège 1.