

# Quoi de neuf dans l'hypertension ?

Docteur Jacques Gauthier\*

Les dernières recommandations françaises portant sur l'Hypertension Artérielle Essentielle ont été réalisées en 2005 sous l'égide de la Haute autorité de santé, puis ont été « suspendues » par cette même autorité sous prétexte de possibles conflits d'intérêts. Les récentes recommandations européennes sont exhaustives mais trop complexes (66 pages !) pour la pratique quotidienne du médecin généraliste, elles sont plutôt un texte de mise au point pour les spécialistes.

La Société Française d'Hypertension Artérielle a proposé ces 2 dernières années des recommandations pratiques de mesure et de prise en charge de l'hypertension artérielle.

## Pratiques : Ce que nous faisons

Les enquêtes réalisées par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle régulièrement depuis 10 ans montrent une stagnation du contrôle tensionnel en France : seulement 50 % des hypertendus traités sont contrôlés ! Le taux de monothérapies anti-hypertensives reste encore trop élevé (47 %). Les bithérapies sont employées dans 35 % des cas et les trithérapies dans seulement 14 % (figure 1).

Les prescripteurs ne prennent pas suffisamment en compte le fait que l'hypertension artérielle est une maladie plurifactorielle dont le contrôle ne peut passer le plus souvent que par une association de plusieurs médicaments antihypertenseurs.

## Preuves : Ce que nous avons appris

La récente campagne « Objectif 2015 : 70 % d'hypertendus contrôlés » menée conjointement par la Direc-

tion Générale de la Santé, la Société Française d'Hypertension Artérielle, le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension et la Société Française Neurovasculaire a mis l'accent sur un objectif de meilleur contrôle tensionnel pouvant être obtenu essentiellement par 3 mesures pratiques :

- un meilleur contrôle tensionnel en mesure automatique en dehors du cabinet médical
- une amélioration de l'observance aux médicaments des patients hypertendus
- une plus grande utilisation des plurithérapies.

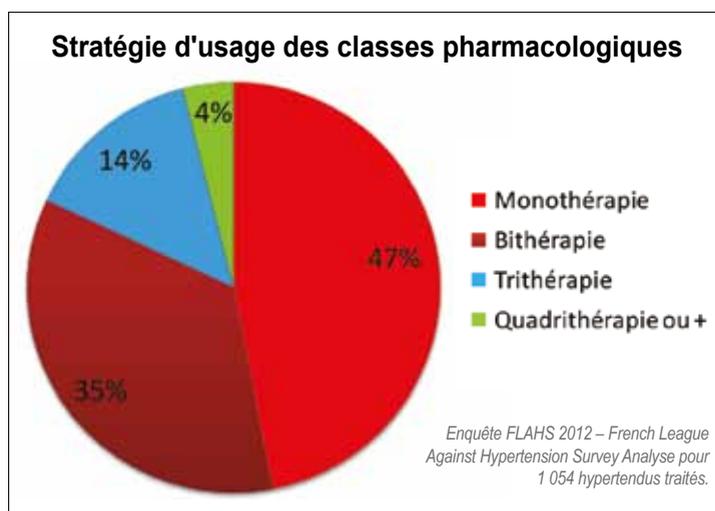
Dans cette optique, la Société Française d'Hypertension Artérielle a proposé en 2012 des recommandations pratiques pour la mesure de la PA, en 2013 pour la prise en charge de l'Hypertension Artérielle de l'adulte et en 2014 pour l'HTA Résistante.

## Pratiques : Ce que nous devrions faire

### 1- Avant de débiter le traitement

- **Confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle avec**

Figure 1 - Utilisation des antihypertenseurs dans l'enquête FLAHS 2012 réalisée par le CFLHTA



►► **des mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical** (automesure tensionnelle et/ou mesure ambulatoire de pression artérielle). C'est bien sûr l'automesure tensionnelle qui est le moyen le plus pratique pour le médecin généraliste et pour le patient nouvellement hypertendu. Il faut proposer aux patients la règle des 3 (3 mesures réalisées le matin au petit déjeuner, 3 mesures le soir autour du dîner, 3 jours consécutifs par mois, avant la consultation médicale). En cas de refus de l'automesure ou de contre-indication (sujet très anxieux), une mesure ambulatoire pourra être pratiquée.

Depuis cette année, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie encourage fortement cette mesure puisqu'elle met à disposition de

tous les médecins généralistes français qui en font la demande sur le site espace pro ameli.fr, un appareil d'automesure tensionnelle validé huméral (figure 2) accompagné des recommandations pratiques de la SFHTA à l'attention du médecin, et d'un livret patient du CFLHTA : « Hypertendus suivez le guide ! ».

Cette campagne de la CNAM va, dans les 3 ans à venir, inciter chaque médecin généraliste français à proposer une automesure tensionnelle à toute nouvel hypertendu diagnostiqué dans le but de confirmer l'HTA permanente et d'éliminer une HTA blouse blanche.

• **Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques** : diminution du sel, augmentation des fruits et légumes, augmentation de l'acti-

tivité physique, diminution du poids et de l'alcool, arrêt du tabac. L'ensemble de ces mesures, adaptées à chaque patient, peut entraîner une baisse tensionnelle, similaire à l'action d'un médicament anti-hypertenseur, et améliore sensiblement le pronostic cardio-vasculaire du patient.

• **Réaliser un bilan initial complet systématiquement** :

- un examen clinique,
- un bilan biologique : ionogramme sanguin, créatininémie avec débit de filtration glomérulaire estimée, glycémie à jeun, bilan lipidique et protéinurie,
- un ECG de repos.

Une hypokaliémie, une insuffisance rénale, une protéinurie doivent faire suspecter une hypertension secondaire.

Figure 2 - Distribution des appareils d'automesure tensionnelle par la CNAM

• **Réaliser une consultation d'annonce et d'information**

Cette consultation propose un temps éducatif et une écoute du patient attentive pour :

- l'informer sur les risques liés à l'hypertension artérielle,
- lui expliquer le bénéfice démontré du traitement antihypertenseur,
- lui fixer les objectifs du traitement,
- établir un plan de soins à court et à long terme,
- échanger sur les raisons personnelles de suivre ou de ne pas suivre le plan de soins personnalisé (balance décisionnelle).

Cette consultation est essentielle afin d'améliorer, comme dans toute pathologie chronique, la connaissance de la maladie par le patient et donc d'augmenter son observance qui est en moyenne de 50 %. Elle peut se réaliser en une ou deux consultations successives et doit durer au total 30 minutes.

2- **Mise en place d'un plan de soin initial (6 premiers mois)**

► 5 **mesures concrètes** :

• **Obtenir un contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois** :

Les visites seront mensuelles jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel qui est d'obtenir une PAS comprise entre 130 et 140 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg, ces mesures seront confirmées par une mesure de la pression en dehors du cabinet médical (le plus souvent automesure). Des objectifs plus ambitieux peuvent être proposés chez certains patients (diabétique, insuffisant rénal) après avis spécialisé.

• **Privilégier les 5 classes d'anti-hypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires** :

diurétique thiazidique, bêtabloquant, antagonistes calciques, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2). Les bêtabloquants apparaissent moins efficaces que les autres classes pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux.

• **Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur** :

L'initiation d'un traitement antihypertenseur par un IEC ou un ARA2 est associée à une persistance plus élevée du traitement par rapport au traitement diurétique ou bêtabloquant pour des raisons à la fois d'efficacité et de tolérance, les antagonistes calciques étant en position intermédiaire.

Chez le patient diabétique à partir du stade de micro albuminurie, et chez l'hypertendu avec protéinurie, il est recommandé de débuter par un IEC ou un ARA 2. On privilégiera les médicaments à longue durée d'action.

• **Associer 2 principes actifs** :

On privilégiera une bithérapie fixe (en un seul comprimé favorisant l'observance) si la monothérapie ne permet pas le contrôle de la pression artérielle après un mois de traitement. En effet l'association de 2 médicaments est toujours plus efficace sur la baisse tensionnelle que l'augmentation de la posologie d'une classe thérapeutique.

En cas d'objectif tensionnel non atteint, plusieurs combinaisons (en termes de doses et de composition) peuvent être essayées avant le passage à une trithérapie antihypertensive (figure 3).

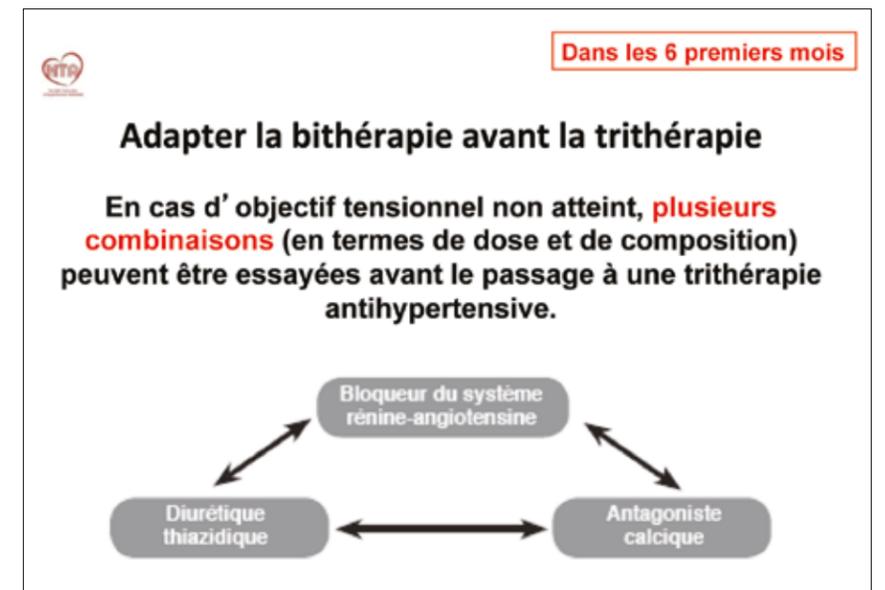
L'association de 2 bloqueurs de système rénine-angiotensine (IEC, ARA 2, inhibiteurs de la rénine) n'est pas recommandée.

L'association bêtabloquant diurétique augmente le risque de diabète.

• **S'assurer de la bonne tolérance du traitement** :

En cas d'effets secondaires, réversible à l'arrêt du traitement, un autre anti-hypertenseur pourrait être prescrit.

Figure 3 - Stratégie thérapeutique proposée par la SFHTA en 2013



Il est bon de s'assurer de l'absence d'hypotension orthostatique notamment chez le sujet âgé, l'insuffisant rénal et le patient diabétique. Après chaque introduction ou adaptation posologique des bloqueurs du SRA et /ou des diurétiques (ou après un événement intercurrent :

déshydratation à la suite d'une fièvre ou d'une diarrhée), il est recommandé de pratiquer un ionogramme sanguin avec créatininémie et débit de filtration glomérulaire estimé. En cas de situation de déshydratation, les diurétiques, les IEC, les ARA 2 et les inhibiteurs de la rénine doivent être arrêtés transitoirement.

**3- Mise place d'un plan de soins à long terme (après 6 mois)**

**• En cas d'hypertension non contrôlée à 6 mois : HTA résistante**

Les très récentes recommandations de la SF HTA proposent 11 points pratiques (voir encadré).

Recommandations 2014 de La SFH pour l'HTA résistante

- L'HTA résistante est définie comme une HTA non contrôlée en consultation (PA  $\geq$  140/90 mm Hg chez un sujet de moins de 80 ans, ou PAS  $\geq$  150 mm Hg chez un sujet de plus de 80 ans) et confirmée par une mesure en dehors du cabinet médical (automesure ou mesure ambulatoire de la pression artérielle), malgré une stratégie thérapeutique comprenant des règles hygiéno-diététiques adaptées et une trithérapie antihypertensive, depuis au moins 4 semaines, à dose optimale, incluant un diurétique.
- a) La trithérapie antihypertensive doit comporter, outre un diurétique thiazidique, un bloqueur du SRA (ARA2 ou IEC) et un inhibiteur calcique. D'autres classes pharmacologiques sont à utiliser en cas d'intolérance ou d'indications préférentielles.  
b) Dans l'HTA résistante, un diurétique thiazidique doit être utilisé : l'Hydrochlorothiazide à un dosage d'au moins 25 mg/j ou l'Indapamide.  
c) En cas d'insuffisance rénale stades 4 et 5 (DFG < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), le thiazidique doit être remplacé par un diurétique de l'anse (furosémide, bumétamide) prescrit à une posologie adaptée à la fonction rénale.
- Il est recommandé de rechercher une mauvaise observance : questionnaire, dosages médicamenteux, décompte des médicaments...
- Il est suggéré que l'information du patient, l'éducation thérapeutique et l'automesure tensionnelle contribuent à améliorer le contrôle tensionnel.
- Il est suggéré de rechercher un facteur favorisant la résistance aux traitements (excès de sel, alcool, dépression et interférences médicamenteuses) ou des médicaments et substances ayant une action vasopressive (figure 4).
- Si l'HTA résistante est confirmée, il est recommandé de demander l'avis d'un spécialiste en HTA (figure 5) pour :  
- Rechercher une atteinte d'organe cible  
- Rechercher une HTA secondaire  
- Etablir la stratégie thérapeutique ultérieure.
- Les examens suggérés pour la recherche d'une atteinte d'organe cible sont :  
- Créatininémie, créatininurie, microalbuminurie et protéinurie  
- ECG de repos et échocardiographie  
Un bilan vasculaire sera réalisé en fonction du contexte clinique, de la disponibilité des techniques d'exploration et de l'expérience du spécialiste.
- Les examens suggérés pour la recherche d'une HTA secondaire ou d'un facteur favorisant s'opèrent en fonction du contexte clinique, de la disponibilité des techniques d'exploration et de l'expérience du spécialiste. Ils sont :  
- Ionogramme sanguin et natriurèse des 24 h, créatininémie, créatininurie et protéinurie des 24 h  
- Angioscanner abdominal  
- Echographie Doppler des artères rénales  
- Dosage de la rénine et de l'aldostérone plasmatiques pour calcul du rapport aldostérone/ rénine plasmatiques  
- Dosage des méta- et normétanéphrines urinaires des 24 h  
- Dosage du cortisol libre urinaire (CLU) des 24 h, test de freinage rapide par la dexaméthasone (DXM) 1 mg  
- Oxymétrie nocturne, polygraphie de ventilation, enregistrement polysomnographique.
- Il est recommandé, en l'absence d'étiologie curable retrouvée chez le sujet de moins de 80 ans, de mettre en place une quadrithérapie comportant en première intention la spironolactone (12,5 à 25 mg/j) en l'absence de contre-indication. Une surveillance de la kaliémie et de la créatinémie est nécessaire. Le choix d'un bêtabloquant peut être préféré en fonction de la situation clinique.
- En cas de contre-indication ou de non-réponse à la spironolactone, ou en présence d'effets indésirables, il est suggéré de prescrire un bêtabloquant, ou un alpha-bloquant, ou un antihypertenseur central.
- L'intérêt de la dénervation rénale étant en cours d'évaluation, il est suggéré que l'indication de cette technique soit posée dans un centre expert.

**• En cas d'hypertension contrôlée :**

- **Prévoir une visite tous les 3 à 6 mois** afin d'évaluer le niveau tensionnel (en favorisant l'automesure), les symptômes, rechercher une complication cardiovasculaire éventuelle, rappeler les objectifs du traitement, les objectifs personnalisés et encourager le suivi des traitements. Un contrôle biologique annuel est souhaitable, plus fréquemment en cas de comorbidités (insuffisance rénale, diabète notamment).

- **Dépister la mauvaise observance des thérapeutiques anti-hypertensives** en mettant en place des stratégies améliorant l'observance : simplification du schéma thérapeutique, arrêt des traitements mal tolérés, usage de pilulier, automesure tensionnelle, éducation thérapeutique.

- **Après 80 ans, il est recommandé :**  
- de fixer un objectif de PAS < 150 mm Hg sans hypotension orthostatique,

- de ne pas dépasser la prescription de plus de 3 médicaments antihypertenseurs,  
- d'évaluer les fonctions cognitives (tests MMSE).

- **Après une complication cardiovasculaire** il est recommandé de maintenir l'objectif tensionnel (PA : 130 -

139 mm Hg, PAD < 90 mm Hg) confirmé par une mesure en dehors du cabinet médical, et d'introduire des médicaments ayant également l'indication préférentielle pour la pathologie (par exemple bêtabloquant et IEC dans l'insuffisance cardiaque) et d'ajuster les traitements associés (antiagrégant plaquettaire, hypolipémiants, antidiabétiques,...).

**Discussion**

Mieux traiter l'Hypertension Artérielle suppose d'abord de mieux la dépister ! Pour cela, la prise de la mesure de la pression artérielle doit rester dans la pratique de toute consultation médicale, en privilégiant un appareil de mesure automatique validée avec un brassard adapté qui donne une mesure plus précise que la mesure auscultatoire, et qui réalise automatiquement la moyenne de 3 mesures. Il est souhaitable de généraliser la pratique de l'automesure tensionnelle à domicile chez toute hypertendu volontaire, pratique qui est déjà largement répandue en France (dans l'enquête FLAHS 2012, les Français possèdent chez eux plus de 6 millions d'appareils d'automesures, dont 4 millions chez les hypertendus !). La campagne organisée par la CNAM pour dépister l'hypertension artérielle blouse blanche, en procurant à chaque médecin généraliste qui en fait la demande un appareil d'automesure tensionnelle, va largement contribuer à cette bonne pratique. Le médecin traitant a un rôle important dans la bonne utilisation de ces appareils : diffuser la règle des 3, notamment, adapter le traitement en fonction des données de l'automesure. Chez un sujet hypertendu anxieux, ne désirant pas pratiquer une automesure tensionnelle, on aura recours plus fréquemment à la mesure ambulatoire de la pression artérielle. Nous devons utiliser plus souvent les associations thérapeutiques (notamment des associations fixes plus pratiques) qui permettent dans tous les essais thérapeutiques de contrôler 70 à 80 % des hypertendus avec 2 ou 3 médicaments.

Figure 4 - HTA résistante : recommandations pour le généraliste

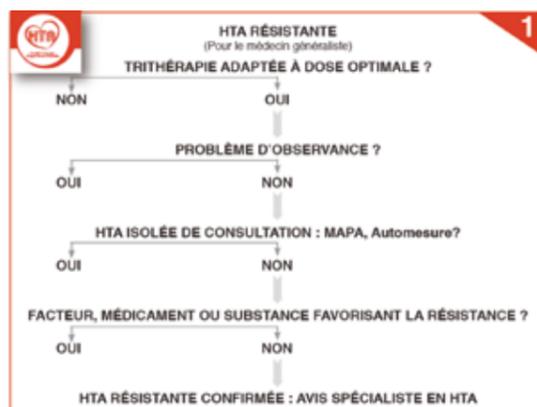
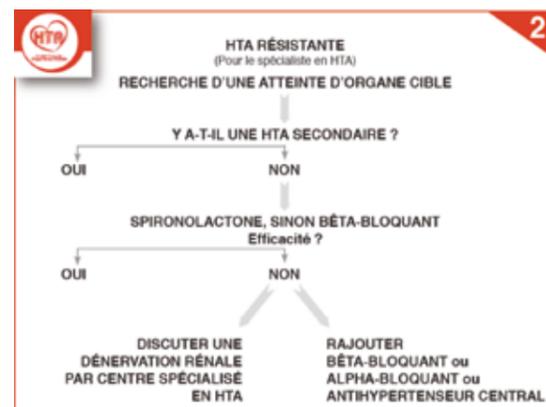


Figure 5 - HTA résistante : recommandations pour le spécialiste



Nous devons penser, en cas de résistance prouvée de l'hypertension artérielle à 3 médicaments pris régulièrement, à faire appel à un spécialiste enfin d'analyser les causes de cette HTA résistante et d'y remédier. Nous devons mieux informer nos patients sur la maladie hypertensive (consultation d'annonce et d'information) car cette éducation du patient va améliorer son observance qui reste le point faible de toute prise en charge des maladies chroniques (seulement 50 % des hypertendus traités prennent régulièrement leurs médicaments dans l'étude FLAHS 2012). L'objectif 2015 et de contrôler 70 % des hypertendus traités : cela est possible en améliorant nos pratiques quotidiennes !

\*Docteur Jacques Gauthier  
Cardiologue  
88, Boulevard Carnot - 06400 Cannes

**Références :**

- Enquête FLAHS 2012 : la pratique de l'auto mesure tensionnelle en France et son évolution depuis 2010. ♦ Bernard Vaisse, Jean-Jacques Mourad, Xavier Girerd, Olivier Hanon, Jean Michel Halimi, Bruno Pannier, au nom du comité français de lutte contre l'hypertension artérielle. Ann Cardiol Angeiol 2013; 62:200-3. ♦ Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu : www.sfhta.eu ♦ Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte ; recommandations de la Société Française d'Hypertension Artérielle : www.sfhta.eu ♦ Prise en charge de l'HTA résistante : www.sfhta.eu