

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE DE L'ADULTE

DEFINITION⁽¹⁾

Pression artérielle (PA) \geq 140/90mmHg mesurée en cabinet médical sur différentes consultations.
 Le diagnostic peut être confirmé par une mesure de la PA en dehors du cabinet médical (cf infra automesure de la PA).

PRISE EN CHARGE⁽¹⁾

Mesures hygiéno-diététiques (MHD)



Limitier les apports sodés (6 à 8 g/j max)



Activité physique régulière



Diminuer la consommation d'alcool



Réduction du poids en cas de surcharge pondérale



Alimentation équilibrée (Régime méditerranéen)



Arrêt du tabac

Ces mesures sont essentielles dans la prise en charge de l'HTA.

Elles permettent de diminuer de 2 à 7mmHg la PA systolique et de 1 à 5mmHg la PA diastolique !⁽²⁾

Traitements médicamenteux

Quelles classes thérapeutiques ?

Bloqueurs du Système Rénine Angiotensine
 Aldostérone(SRAA)

→ Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
 → Sartan (ARA 2)

Inhibiteurs
 calciques

(ICa)

Diurétiques
 thiazidiques

(DT)

β bloquants*

(BB)

*Les β bloquants ne sont pas indiqués en 1^{ère} intention dans le traitement de l'HTA non compliquée. (moins protecteurs vis-à-vis du risque d'AVC).

Il est cependant recommandé de les introduire dans la stratégie antihypertensive s'il sont indiqués dans le traitement d'autres pathologies (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne..)

Quelle stratégie thérapeutique ?

- Le choix de la classe thérapeutique sera fonction des comorbidités du patient :

Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

Fiche Mémo - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte HAS - SFHTA, Sept 2016

- Les formes pharmaceutiques en **monoprise** sont à privilégier

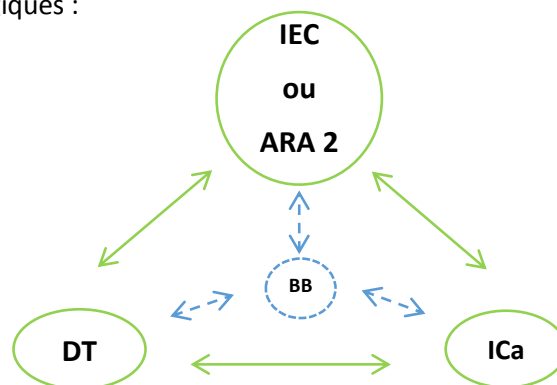
Monothérapie

PA non contrôlée

Objectif : PA <140/90 mmHg avec PA systolique cible 130-139 mmHg

Passage à une bithérapie puis trithérapie si PA toujours pas contrôlée malgré posologie optimale
 Les associations synergiques :

Bi-trithérapie



PA non contrôlée

Avis spécialiste

L'introduction de spironolactone ou d'alpha bloquants (urapidil) ou d'un anti hypertenseur central (clonidine, rilmenidine) doit être envisagée.

Avis spécialiste

IMPORTANT

Avant toute intensification thérapeutique, il est nécessaire de :

- Vérifier l'observance du patient aux MHD et au traitement médicamenteux et aux MHD. 40% des patients hypertendus ne seraient pas observant !⁽³⁾
- Rechercher des facteurs de résistance : consommation de réglisse, AINS, contraception oestroprogestative... HTA 2^{aire} non diagnostiquée au bilan initial (hyperaldostéronisme, phéochromocytome..)

MESURE DE LA PA EN DEHORS DU CABINET MEDICAL⁽⁴⁾

La mesure de la PA en dehors du cabinet médical prend une place de plus en plus importante dans le dépistage et le suivi des traitements antihypertenseurs. Il existe 2 méthodes :

- Automesure de la PA
- MAPA mesure de la PA en continue sur 24h.

L'automesure est à privilégier par rapport à la MAPA sauf indications particulières (recherche HTA nocturne, automesure son réalisable..)

Automesure de la PA

Quel matériel ?

Tensiomètre électronique avec brassard **huméral** (tensiomètres au poignet moins fiables)

Comment ?

Mesure de la PA en **position assise** ou **couchée** après **quelques minutes de repos** sans parler.

Quand ?

« La règle des 3 »

3

Mesures le matin

Mesures le soir espacées d'une minute

Jours consécutifs



Penser à donner à vos patients un carnet de suivi de la pression artérielle !

<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Hypertension-arterielle-mon-carnet-de-suivi-brochure>

PARTICULARITES DU SUJET AGE

Objectifs

Sujets ≥ 80 ans et sujets fragiles : PA $< 150/80$ mmHg sans hypotension orthostatique (HTO).

Sujets robustes : PA $< 140/90$ mmHg sans HTO

Stratégie thérapeutique

- Avant l'initiation d'un traitement anti hypertenseur, l'évaluation des fonctions cognitives via un test MMSE est essentielle. Elle
-
- Débuter par une monothérapie anti hypertensive (mêmes classes pharmacologiques que l'adulte)
- Ne pas dépasser 3 anti-hypertenseurs
- Eviter les anti-hypertenseurs inappropriés chez le sujet âgé (liste Européenne⁽⁵⁾, Liste de Laroche⁽⁶⁾):
 - Antihypertenseurs à demi-vie courte (nicardipine LI, urapidil)
 - Antihypertenseurs centraux (rilmenidine, clonidine..)

Hypotension orthostatique⁽⁷⁾

L'HTO est définie par une $\downarrow 20$ mmHg de PA Systolique ou $\downarrow 10$ mmHg de PA Diastolique après 1 et 3 mn d'orthostatisme. Sa prévalence est plus élevée chez le sujet âgé par rapport à l'adulte (16 vs 6%)

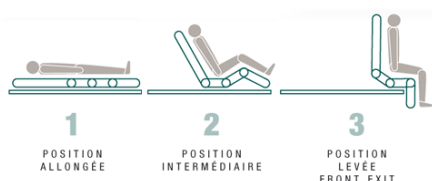
Elle est particulièrement redoutée chez cette population car elle augmente le risque de chute et de perte d'autonomie. Le dépistage est donc essentiel.

Etiologies

- Iatrogène +++
 - Traitement antihypertenseur
 - Médicaments hypotenseurs « cachés » (α -bloquants indiqués dans l'hypertrophie bénigne de la prostate, neuroleptiques, antidépresseurs, Antiparkinsoniens...
- Hypovolémie, déshydratation
- Neurogène (maladie de Parkinson, diabète, maladie des corps de Lewy..)

Prise en charge :

- Réévaluation des traitements médicamenteux, correction hypovolémie/déshydratation ++
- Hydratation suffisante
- Décomposer le levé



- Mise en place d'une contention veineuse pendant la journée
- HTO neurogène : Introduction en 2^{ème} intention d'un traitement pharmacologique (midodrine).

Bibliographie

- 1- Fiche Mémo - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte HAS – SFHTA, Sept 2016. Disponible sur http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/06/SFHTA_HAS_Fiche-Memo-HTA_PRISE-EN-CHARGE-HTA-ESSENTIELLE.pdf
- 2- Brook RD et al. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the American heart association. Hypertension. 2013 Jun;61(6):1360-83.
- 3- Améliorer l'observance, traiter mieux et moins cher : étude IMS Health CRIP [Internet]. CRIP. 2014 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://lecrip.org/2014/11/12/ameliorer-lobservance-traiter-mieux-et-moins-cher-etude-ims-health-crip/>
- 4- Denolle T, Asmar R, Bobrie G, Boivin JM, Girerd X, Lejeune S et al. Mesure de la pression artérielle. Société Française d'Hypertension Artérielle. 2018 Dec. Disponible sur : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/12/Recommandation_Mesure_de_la_PA_VF.pdf
- 5- Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA (2015) The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for olderpeople consented by experts from seven European countries. EurJ Clin Pharmacol 71(7):861–875
- 6- Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol. 2007;63(8):725-731.
- 7- Pathak A, Elghozi J-L, Fortrat J-O, Senard J-M, Hanon O et al. Prise en charge de l'hypotension orthostatique. Société Française d'Hypertension Artérielle. 2014 Dec. Disponible sur : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/07/Consensus_d_experts_decembre_2014_SFHTA.pdf

MESSAGES CLES TRAITEMENTS ANTI HYPERTENSEURS

MEDICAMENTS EN LIBRE ACCES ET PATIENTS HYPERTENDUS

- Eviter les formes effervescentes : Apport de sel important → risque de déséquilibre tensionnel
- Vasoconstricteurs nasaux ou oraux indiqués dans le traitement du rhume : Contre-indiqués.
→ Pour rappel, un rhume non traité dure une semaine, un rhume traité, 7 jours !!
- Anti inflammatoires non stéroïdiens: Contre-indiqués → Paracétamol à privilégier comme traitement antalgique

DIURETIQUES THIAZIDIQUES

EI :

- Déshydratation
- Hyperuricémie (crise de goutte)
- Hyponatrémie →souvent révélée par une confusion (++) sujet âgé)
- Hypokaliémie

CONSEILS PATIENTS :

→Sensibiliser les patients aux signes de déshydratation (soif, sécheresse cutanée..).

→ Un suivi régulier de la kaliémie et de la fonction rénale doit être effectué (tous les 3 à 6 mois)

INHIBITEURS CALCIQUES

EI :

- Céphalées
- Flush cutanéé } ++ dihydropyridines en début de ttt
- OMI
- Nifédipine : Gingivite réversible
- Vérapamil : constipation

CONSEILS PATIENTS :

→En cas d'OMI, des bas de contention peuvent être proposés. Le changement de classe pharmacologie peut être envisagé.

IEC ou SARTANS

EI :

- Hyperkaliémie
- Insuffisance rénale fonctionnelle
- Toux sèche (IEC) → Switch possible vers les Sartans
- Olmesartan : Entéropathies. Signe d'alerte : les diarrhées

CONSEILS PATIENTS :

→Sensibiliser les patients aux signes de déshydratation (soif, sécheresse cutanée..).

→Un suivi régulier de la kaliémie et de la fonction rénale doit être effectué

BETABLOQUANTS

EI :

- Bradycardie
- Insomnie et cauchemars (++) métoprolol, propranolol)
- Sd de Raynaud
- Troubles érectiles

CONSEILS PATIENTS

→Un BB ne doit jamais être arrêté brutalement (risque d'effet rebond)

→Pour les patients diabétiques, l'auto surveillance glycémique doit être renforcée. (Les BB masquent les signes d'hypoglycémie)