

Journée SSMG

par le Dr Sylviane De Prins • Médecin journaliste • 1040 Bruxelles

JOURNÉE SSMG

Grandes journées de la SSMG L'HTA en médecine générale

Liège, le 11 décembre 2004

Quelques leçons d'épidémiologie

De nouvelles *guidelines* concernant l'HTA et ses traitements paraissent régulièrement et font presque toujours l'objet de controverses. De fait, le contrôle de la TA au sein de la population reste insuffisant... Il existe à peu près 700 000 cas d'HTA en Belgique, et un traitement bien conduit de ces patients permettrait d'éviter approximativement 3 000 AVC.

La définition de l'HTA est arbitraire (car il existe une relation continue entre les valeurs de TA et le risque cardio-vasculaire) et doit être souple (car il s'agit d'un risque global et qu'il existe de bons traitements anti-hypertenseurs). Cependant, si l'on suit les définitions de l'HTA — soit une TS = 140 mmHg et une TD = 90 mmHg chez des sujets sans traitement anti-hypertenseur —, on note une augmentation étroitement corrélée avec l'âge, puisque 5 % des personnes d'âge moyen en sont atteints, contre 30 % des octogénaires. L'HTA systolique isolée augmente également avec l'âge.

Les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires sont connus depuis longtemps, et des équations, dérivées de l'étude Framingham, permettent au praticien d'évaluer le risque cardio-vasculaire à 10 ans, sur base de différentes données cliniques et paracliniques (sexe, âge, HTA, diabète, cholestérol total, antécédents familiaux). Mais pour donner un ordre de grandeur, sachons qu'une TD qui passe de 75 à 105 multiplie par 16 le risque d'accident cérébral, et par 4 le risque d'accident coronaire. Chez le sujet d'âge moyen, la TD constitue un facteur de risque important, alors que chez le sujet plus âgé, c'est surtout la TS qui compte.

La prévention doit être mise en place dès l'enfance. En effet, des mesures concernant le BMI d'enfants montrent qu'en 3 ans, l'écart s'est creusé entre les petits

patients ayant un BMI normal et ceux ayant un BMI augmenté.

Par ailleurs, on note, petit à petit, l'émergence d'une nouvelle notion : la « préhypertension ». Des valeurs de tension artérielle normales hautes montrent un risque cardio-vasculaire accru, avec un RR de 1,6 pour les hommes et de 2,5 pour les femmes. On parle de préhypertension lorsque la TS est comprise entre 120 et 139 mmHg et la TD entre 80 et 89 mmHg. La préhypertension est un facteur de risque d'HTA, mais en elle-même, elle constitue un risque indépendant de mortalité.

D'après un exposé du Pr G Rorive, Néphrologie, ULg, CHU.

Quand traiter l'HTA ?

On traitera tous les patients atteints d'HTA... Il faut traiter 833 patients par an pour éviter 1 événement cardio-vasculaire. Le nombre d'années en bonne santé perdues dépend de différents facteurs de risque : le premier est le tabagisme, viennent ensuite l'HTA, la consommation d'alcool, le cholestérol élevé et un BMI augmenté. On recherchera toujours les HTA secondaires ($\pm 5\%$). Lorsque le patient prend sa tension à domicile, la tension normale maximale est de 135/85 mmHg. L'HTA prise au cabinet du médecin est surestimée dans un nombre non négligeable de cas.

Il existe un moyen mnémotechnique pour retenir les facteurs de risque CV :

- A : âge et sexe (H = 55 ans, F = 65 ans)
- B : briquet (tabagisme)
- C : cholestérol
- D : diabète (2/3 des diabétiques ont une TA = 140/90)
- E : éthylisme
- F : famille (décès d'origine CV avant 50 ans)
- G : gros (obésité avec BMI = 30)
- H : HTA
- I : immobilité
- J : *just in time* (stress)

Le risque cardio-vasculaire global sera stratifié en fonction :

- du grade de l'HTA : si les valeurs de TS et de TD se trouvent dans des catégories de risque différentes, on prendra la plus élevée pour évaluer cette catégorie,
- de la présence d'autres facteurs de risque (cf. liste) et de leur nombre,
- de l'atteinte d'organes cibles : hypertrophie ventriculaire gauche, protéinurie et créatininémie, athérosclérose démontrée, atteinte rétinienne,
- de conditions cliniques associées : AVC, accident hémorragique, maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, artériopathie des membres inférieurs, anévrisme disséquant.

Le diagnostic d'une HTA repose sur l'anamnèse et la mesure **bien conduite** de la TA : au cabinet, avant la mesure, le patient doit rester assis pendant quelques minutes ; l'appareil doit être validé ; il faut au moins 2 mesures, espacées de quelques minutes au moins ; le brassard doit être adapté ; il doit être placé au niveau du cœur ; il doit être dégonflé lentement (2 mmHg/sec) ; pour les patients âgés et diabétiques, la TA doit également être mesurée en position debout.

La prise de sang comportera la créatininémie, le cholestérol total, le HDL-cholesterol et les TG à jeun, la glycémie, l'hémoglobine et l'hématocrite, la kaliémie et l'acide urique. On réalisera également une analyse d'urine (bandelette et culot) et un ECG.

D'après un exposé du Dr G BRUWIER, médecin généraliste, SSMG.

HTA : choix du « bon » traitement

Deux tiers des accidents cardio-vasculaires et la moitié des pathologies ischémiques du myocarde peuvent être attribués à une TA mal contrôlée. La diminution de

la TA réduit la mortalité totale et la mortalité cardio-vasculaire, les AVC et les événements coronariens. Des effets significatifs ont été obtenus dans des essais comparatifs versus placebo pour l'ensemble des grandes classes thérapeutiques d'anti-hypertenseurs: diurétiques, β bloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. Le traitement sera instauré progressivement et il n'est pas rare que plusieurs molécules soient nécessaires. Les associations les plus rationnelles sont les suivantes: β bloquant/inhibiteur calcique, diurétique/IEC, inhibiteur calcique/diurétique. Le traitement tiendra compte de la tension artérielle, mais aussi des facteurs de risques et de leur nombre, de l'atteinte des organes-cibles et de la présence de pathologies associées. Les règles hygiéno-diététiques sont prônées pour tous les patients, y compris pour ceux ayant une TA normale ou normale haute. Ces règles sont: arrêt du tabagisme, perte de poids, réduction de la consommation d'alcool, exercice physique, diminution de la consommation de sel, augmentation de la consommation de fruits et de légumes, diminution de la consommation de graisses saturées et totales.

Lorsque les mesures hygiéno-diététiques et une association d'au moins 3 médicaments administrés aux doses adéquates n'ont pas abaissé suffisamment la TA systolique et diastolique, on parle d'HTA résistante. Il peut s'agir d'une hypertension secondaire insoupçonnée, ou ce phénomène peut être lié à une observance insuffisante au traitement, à la prise de médicaments qui augmentent la TA, à des règles hygiéno-diététiques non suivies, à une surcharge volémique, à des apnées du sommeil. Dans certains cas, il s'agit d'une fausse hypertension, comme par exemple suite à l'utilisation d'un brassard trop petit sur un bras trop gros.

Les objectifs du traitement sont non seulement d'obtenir une réduction maximale du risque cardio-vasculaire global, mais aussi de traiter tous les facteurs de risque réversibles et les pathologies associées. Le but du traitement est de faire passer la TA en dessous de 140/90, et de 130/80 chez les diabétiques. Deux critères déterminent l'initiation d'un traitement anti-hypertenseur: le niveau global du risque cardio-vasculaire et le niveau de TA systolique et diastolique.

D'après un exposé du Dr Ph VAN DE BORNE, cardiologue, Hôpital Erasme, Bruxelles.

Choix du suivi à long terme

Quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi à long terme du traitement des patients hypertendus? Selon les dernières recommandations, le patient devrait être référé à un spécialiste si l'objectif du traitement n'est pas atteint au bout de 6 mois... Mais, comme le précise l'orateur, l'omnipraticien n'est-il pas le spécialiste de l'hypertension...? Le travail du médecin généraliste est de longue haleine, et si les objectifs ne sont pas atteints, il faut changer la thérapeutique, réessayer, valider, envisager la prise d'autres médicaments, garder le patient en ligne de mire. Dans une étude hollandaise où les 120 patients avaient de 50 à 65 ans (dont 78% d'hommes), un groupe a été suivi durant 12 ans par le médecin du travail alors que l'autre groupe était suivi par le médecin de famille. On a pu voir, dans le groupe consultant le médecin généraliste, une diminution de l'incidence des complications cardio-vasculaires. La conclusion de cette étude montre bien que le médecin généraliste est à la bonne place pour suivre le patient hypertendu. Outre le traitement anti-hypertenseur, le médecin généraliste a pour rôle de répéter les conseils hygiéno-diététiques. Mais ces conseils de prévention répétés sont-ils efficaces? Lors d'une étude en Australie, dans un groupe de patients, une infirmière se rendait une fois par mois au domicile du patient durant 12 mois, alors que dans l'autre groupe, le patient se rendait librement chez son médecin généraliste. Suivaient 6 mois durant lesquels aucun conseil n'était donné. Après ces 18 mois, on mesurait l'impact de cette campagne de prévention par l'infirmière ou par le médecin généraliste. Aucune modification significative n'était observée entre les 2 groupes du point de vue par exemple de la consommation des graisses ou du taux sanguin de cholestérol. Ceci montre bien l'efficacité du médecin généraliste en ce qui concerne les conseils de mesures hygiéno-diététiques.

À quelle fréquence reverra-t-on le patient hypertendu? Les recommandations préconisent de le suivre de 6 mois en 6 mois. Une étude réalisée au Canada a impliqué 58 généralistes dont 609 patients hypertendus étaient suivis durant 3 ans. Dans 1 groupe ces patients étaient vus tous les 6 mois, dans l'autre, tous les 3 mois. Les résultats montrent que les chiffres tensionnels étaient identiques dans les 2 groupes. Par contre, il y avait plus de patients qui prenaient leur tension à domicile dans le groupe suivi tous les 3 mois... La motivation était donc meilleure dans ce groupe.

Mais c'est au médecin d'évaluer, en fonction des facteurs de risque associés et de l'atteinte éventuelle des organes-cibles, la fréquence du suivi.

Dans la mesure de la TA, il faudra tenir compte de l'effet «blouse blanche», qui existe chez 25% des patients hypertendus. Ainsi, la spécificité de la mesure conventionnelle de la TA n'est pas très bonne. D'autres mesures sont nécessaires: la MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle, dont la norme est de 135/85) est un bon prédicteur de survenue d'accidents cardio-vasculaires, même lorsque les mesures conventionnelles notent une tension = 140/90. Ce qui signifie que, chez les patients hypertendus, on a besoin d'une mesure ambulatoire de la TA pour évaluer le risque de survenue d'accidents cardio-vasculaires.

L'automesure à domicile présente une meilleure précision pronostique que la mesure en consultation.

D'après un exposé du Dr L. PINEUX, généraliste, SSMG.

RECTIFICATIF

Dans notre numéro 220 de février, l'article MG et prévention sur la vaccination contre le diphtérie tétanos et coqueluche a été amputé d'une partie de son texte. Voici ce qui aurait dû être lu à la fin du dernier paragraphe de la page 70:

«Un tel cas doit être déclaré au médecin responsable de l'inspection d'hygiène, et en outre, s'il s'agit d'un enfant en âge scolaire, au Service de promotion de la santé à l'école (médecine scolaire), afin que les mesures nécessaires de santé publique puissent être prises. Le patient atteint doit être isolé jusqu'à obtention de 2 cultures de prélèvement naso-pharyngé négatives. Des mesures spécifiques doivent être prises vis-à-vis des proches et de l'entourage⁽⁶⁾».

Par ailleurs, le Dr Trefois souhaite nuancer la conclusion dont il n'est pas l'auteur. Dans l'état actuel des recommandations belges, la vaccination généralisée des adolescents et des adultes contre la coqueluche n'est pas une recommandation de santé publique. Cette vaccination doit être discutée sur une base individuelle entre le médecin et son patient (notamment en tenant compte de la probabilité de contact avec des nourrissons).