Les Entretiens de la SSMG
Prise en charge de l'HTA

26 septembre 2020

par le Dr Audrey BONNELANCE • médecin généraliste • contactRMG@ssmg.be

Définition et diagnostic

L'orateur revient sur la classification de l'HTA (selon les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie) (figure 1) :

- TA optimale : < 120 mmHg et < 80mmHg ;
- TA normale : 120-129 et/ou 80-84 ;
- TA normale-haute : 130-139 et/ou 85-89 ;
- HTA grade 1 : 140-159 et/ou 90-99 ;
- HTA grade 2 : 160-179 et/ou 100-109 ;
- HTA grade 3 : ≥ 180 et/ou ≥ 110 ;
- HTA systolique isolée ≥ 140 et < 90.

L'HTA diastolique isolée est une indication de traitement mais il n'y a pas de guidelines décrits à ce jour. La prise en charge est donc identique à celle décrite dans cet exposé.

L'automesure de la TA à domicile et l'holter tensionnel de 24 h peuvent, contrairement à la prise de TA en consultation ambulatoire, identifier une HTA de blouse blanche et une HTA masquée. Ces deux techniques sont plus fiables en ce qui concerne le calcul du risque morbi-mortalité et doivent être privilégiées dans le diagnostic et suivie de l'HTA.
L'orateur revient sur ce concept moins connu d'HTA masquée. Chez près de 10 % de la population adulte la TA enregistrée en ambulatoire pendant des activités habituelles ou mesurée à domicile par le patient lui-même est anormalement élevée alors que celle mesurée par le médecin est normale. Elle est associée à un risque cardiovasculaire accru. Il est important de la rechercher chez les patients ayant au cabinet des valeurs tensionnelles tantôt normales, tantôt élevées, ainsi que chez ceux qui ont un risque cardiovasculaire très élevé ou chez qui un contrôle optimal de la pression artérielle est nécessaire (par exemple en cas de diabète ou de néphropathie).

L'automesure à domicile doit se faire avec un appareil validé. Deux références de site internet sont citées : dableducational.org et automesure.com. La tension artérielle se prend en position assise, deux fois le matin (dont une mesure avant le petit-déjeuner et avant la prise de médicaments) et deux fois le soir pour une durée de 7 jours. Ceci devrait se faire trimestriellement avant une consultation de contrôle.

2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines

Classification of office BP and definitions of hypertension grade

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	< 120	and	< 80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥ 180	and/or	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	and	< 90

Williams, Mancia et al., J Hypertens 2018;36:1953-2041 and Eur Heart J 2018;39:3021-3104

Figure 1.

Chez les patients artéritiques ou lors d'une première consultation il faut toujours mesurer la TA aux deux bras pour vérifier absence de discordance (si discordance, noter la plus haute valeur dans le dossier).

Risque cardiovasculaire et tests biologiques

Un bilan de base chez nos patients hypertendus est utile pour calculer le RCV en plus de rechercher une étiologie. Les tests biologiques de routine repris dans les recommandations européennes sont les suivants :

- hémoglobine et/ou hématocrite ;
- glycémie à jeun et hémoglobine glyquée ;
- bilan lipidique ;
- natrémie et kaliémie ;
- acide urique ;
- créatinine et calcul du GFR ;
- tests hépatiques ;
- spot urinaire avec recherche d'une protéinurie et albuminurie + ratio albumine/créatinine ;
- un ECG 12 dérivations.

Pour les patients sans étiologie retrouvée (HTA essentielle), il est recommandé de recourir aux tables scores (sur 10 ans).

Traitement médicamenteux

Les mesures hygiéno-diététiques restent la pierre angulaire dans la prise en charge quel que soit le grade d'HTA traitée. L'objectif à viser est de 120-129/70-79 mmHg pour les moins de 65 ans ou 130-70-79 mmHg pour les plus de 65 ans pour autant que le traitement soit toléré par le patient.
Une HTA traitée se mesure au cabinet en position debout et l'objectif doit toujours être inférieur à 140/90 mmHg quel que soit l'âge.

À noter que pour les patients âgés de plus de 80 ans, le seuil pour traiter est de > 160/90mmHg (figure 1).

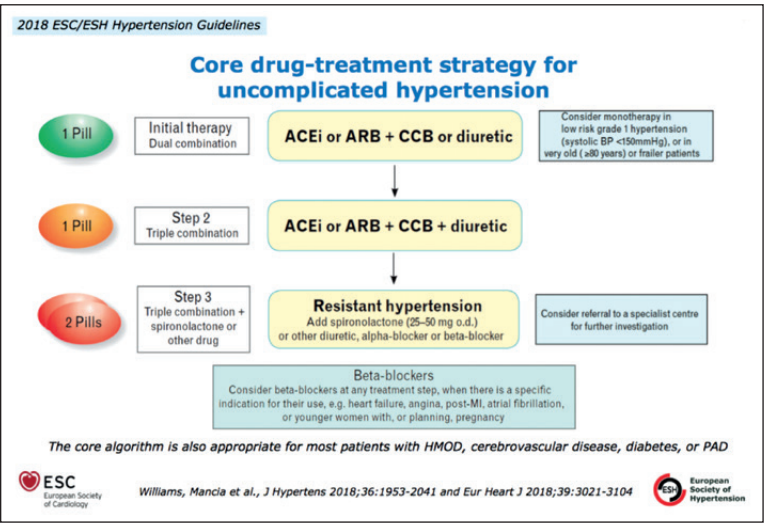
La stratégie médicamenteuse (figure 2) conseille pour une thérapie initiale de débuter d'emblée par une combinaison fixe (un seul comprimé) d'un IEC **ou** sartan et d'un anticalcique **ou** diurétique.
Seuls les patients avec une HTA de grade 1 (TA systolique < 150) ou les patients âgés de ≥ 80 ans ou fragiles (à risque de chute, par ex.) peuvent se voir attribuer une monothérapie.

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint, il faut prescrire une triple thérapie IEC ou sartan + anticalcique + diurétique.
Si malgré une trithérapie l'objectif n'était toujours pas atteint, il faut investiguer une étiologie d'HTA résistante et éventuellement référer à un spécialiste pour une investigation fouillée.

Cette troisième ligne de traitement concerne l'ajout de spironolactone ou d'un autre diurétique, d'un alpha ou bêtabloquant.
La spironolactone ne peut être prescrite que si la kaliémie est < 4,5 mEq/l et le GFR > 45 ml/min/1,73 m².
Le bêtabloquant peut être prescrit à chaque étape dans les situations particulières suivantes :

- insuffisance cardiaque ;
- angine de poitrine ;
- après un infarctus du myocarde ;
- en cas de fibrillation auriculaire (FA) ;
- jeunes femmes en âge de procréer ou avec désir de grossesse.

Figure 2.

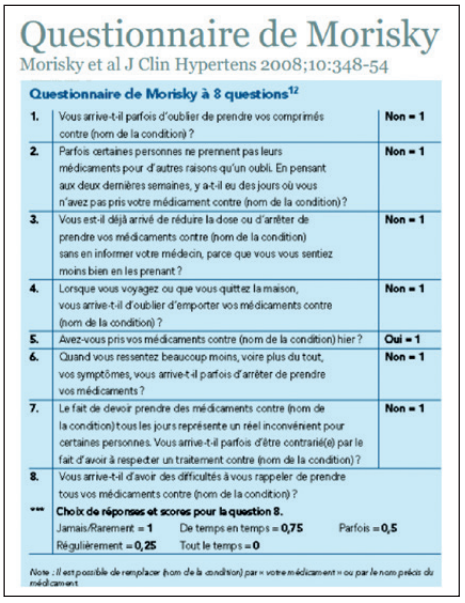


Une association fixe comme premier choix permet une réponse thérapeutique moins hétérogène, plus rapide et améliore la compliance et le pronostic. Le traitement sera pris préférentiellement le matin.

Attitude devant une HTA résistante

Devant une HTA difficile à traiter, le soignant doit s'interroger et exclure plusieurs étiologies :

- mauvaise compliance ? Pour ce faire le questionnaire de Morisky (figure 3) peut être utilisé ;
- facteurs diététiques donnant de l'HTA ? Par exemple l'alcool, la réglisse… ;
- facteurs médicamenteux ? par exemple : dérivés de cafergot, psychotropes, pilule contraceptive, drogues stimulantes, décongestionnants nasaux, immunosuppresseurs, stéroïdes, AINS… ;
- étiologies d'HTA secondaire ? On pensera aux causes endocrinologiques : hyperaldostéronisme, hypercorticisme, phéochromocytome, acromégalie, hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie… N'y a-t-il pas un syndrome des apnées du sommeil ? Une sténose des artères rénales ? ;
- erreur par excès résultant du caractère indirect de la mesure ? Par exemple, manchette trop étroite chez les patients obèses ou artères trop rigides (manœuvre d'Osler ou prise de TA en palpant pouls radial).



Questionnaire de Morisky

Morisky et al J Clin Hypertens 2008;10:348-54

Questionnaire de Morisky à 8 questions[12]

1.	Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos comprimés contre (nom de la condition) ?	Non = 1
2.	Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris votre médicament contre (nom de la condition) ?	Non = 1
3.	Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments contre (nom de la condition) sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	Non = 1
4.	Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments contre (nom de la condition) ?	Non = 1
5.	Avez-vous pris vos médicaments contre (nom de la condition) hier ?	Oui = 1
6.	Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?	Non = 1
7.	Le fait de devoir prendre des médicaments contre (nom de la condition) tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait d'avoir à respecter un traitement contre (nom de la condition) ?	Non = 1
8.	Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments contre (nom de la condition) ?	

*** **Choix de réponses et scores pour la question 8.**
Jamais/Rarement = 1 — De temps en temps = 0,75 — Parfois = 0,5
Régulièrement = 0,25 — Tout le temps = 0

Note : il est possible de remplacer (nom de la condition) par « votre médicament » ou par le nom précis du médicament

Figure 3.
Bon > 8
Moyen 6-7
Faible < 6

D'après l'exposé du Dr Jean-Michel Pochet, néphrologue, Ste-Elisabeth Namur, UCL Namur site Godinne et UCL Saint-Luc, Bruxelles.

Mots-clés : hypertension artérielle, HTA, HTA résistante.