

Hypertension artérielle

Définition / Classification OMS

Catégorie	Systolique	Diastolique
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale haute	130 – 139	85 – 89
Grade I (légère)	140 – 159	90 – 99
Grade II (modérée)	160 – 179	100 – 109
Grade III (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique	> 140	< 90

Epidémiologie

- Prévalence de l'HTA :
 - Très forte, en expansion constante (26% de la population mondiale)
 - Facteurs endogènes = génétiques
 - Facteurs exogènes (consommation de sel, alcool, surpoids, stress, sédentarité...)
- L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire +++

Physiopathologie

- Hémodynamique cardiovasculaire : $PA = Qc \times RVP = FC \times VES \times RVP$
- Rôle du rein : rétention hydro-sodée + Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone

Diagnostic

Reconnaissance de l'HTA :

- Circonstance de découverte :
 - Examen systématique
 - Manifestations neurosensorielles
 - Complications
- Conditions de la prise de TA :
 - Position assise ou couchée depuis 10 mn
 - Manomètre à mercure avec brassard adapté à la taille du bras
 - Le brassard doit être gonflé jusqu'à 30 mmHg au-dessus de la disparition du pouls et dégonflé lentement
 - Mesurer la PA à distance d'une émotion, d'une prise de café, consommation d'alcool ou de tabac...
 - Mesurer la PA en position couchée puis debout, et aux deux bras
 - Maintenir le bras au niveau du cœur

Etude du retentissement de l'HTA

Bilan de l'OMS :

- Dosages sanguins : créatinine, ionogramme, glycémie, bilan lipidique...
- Chimie des urines
- ECG, Radiographie du thorax

Atteinte viscérale associée :

- Retentissement cardiaque : ECG, Radiographie du thorax, échocardiographie
- Retentissement cérébral : échodoppler des vaisseaux du cou
- Retentissement rénal : sédiment urinaire, clearance de créatinine, Micro-albuminurie

Evaluation du risque cardiovasculaire

- Facteurs de risque non modifiables : âge, sexe, prédisposition génétique
- Facteurs de risque modifiables : HTA, dyslipidémie, l'obésité, le diabète, le tabagisme, la sédentarité

Recommandations de l'OMS pour la prise en charge de l'HTA

Facteurs de risque	HTA grade 1	HTA grade 2	HTA grade 3
aucun	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1-2 facteurs	Risque moyen	Risque moyen	Risque très élevé
3 facteurs	Risque élevé	Risque élevé	Risque très élevé
Conditions associées	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé

Diagnostic étiologique

- **HTA essentielle** : 90%
 - Aucune étiologie décelable
 - ATCD familiaux ++
 - Âge souvent supérieur à 40 ans
 - Facteurs génétiques ± surpoids et consommation excessive de sel
- **HTA secondaire** : 5%
 - D'origine surrénale (phéochromocytome, hyperplasie des surrénales, adénome de Conn, hypercorticisme)
 - D'origine rénale (HTA réno-vasculaire, néphropathies parenchymateuses uni ou bilatérales)
 - Toxique (AINS, contraceptifs, corticoïdes, cyclosporine...)

Evolution et pronostic

- **Complications spécifiques** :
 - La cardiomyopathie hypertrophique d'origine hypertensive
 - Les micro-infarctus cérébraux
 - La néphroangiosclérose
 - La rétinopathie hypertensive
- **Complications liées à l'athérosclérose** :
 - L'insuffisance coronarienne
 - Les accidents vasculaires cérébraux
 - L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Traitement de l'HTA

Objectifs du traitement

- Assurer la prévention des complications cardiovasculaire, et en particulier de l'AVC et de l'IDM
- Atteindre l'objectif tensionnel (<140/90 mmHg)
- Prendre en charge l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires +++
- Pour une bonne observance et tolérance, le traitement doit être simple, administré en une seule prise matinale, dépourvu d'effets secondaires, et le moins coûteux

Moyens

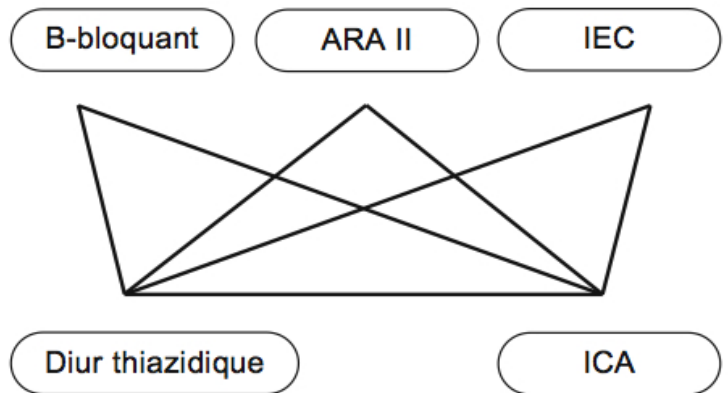
- **Mesures hygiéno-diététiques :**
 - Réduction pondérale
 - Limitation de l'apport sodé
 - Sevrage du tabac et de l'alcool
 - Régime pauvre en graisses saturées et en cholestérol en cas de dyslipidémie
 - Régime diabétique en cas de diabète...
- **Les antihypertenseurs :**
 - **Les diurétiques :**
 - **Avantages :** efficacité dans l'HTA du sujet âgé et celle avec signes de surcharge
 - **Inconvénients :** effets secondaires métaboliques
 - Glucides, lipides, acide urique...
 - Dyskaliémie +++
 - Les thiazidiques sont les plus appropriés en cas de fonction rénale normale
 - Ils sont utilisés souvent à faible dose volontiers sous forme combinée au sein d'une association
 - **Les β -bloquants :**
 - Privilégiés en cas de maladie coronarienne associée ou d'érythisme cardiovasculaire
 - Les molécules sélectives aptes à la mono-prise sont les plus choisies
 - **Inconvénients :** majorent l'insulino-résistance, et la dyslipidémie
 - **Les inhibiteurs calciques :**
 - Effets favorables sur la cardiopathie hypertensive, la compliance des gros vaisseaux tout en respectant la fonction rénale ++
 - Neutralité métabolique, mono-prise ++
 - **Effets secondaires :** œdèmes, céphalées, flushs, tachycardie...
 - **Les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion :**
 - Effet favorable sur le cœur, les Vaisseaux, le rein sans effets métaboliques délétères
 - Accessibles à la mono-prise, bien tolérés
 - **Effet secondaire essentiel :** la toux
 - Attention aux situations d'hypo perfusion rénale
 - **Indication élective :** HTA du diabétique et l'insuffisant cardiaque hypertendu ++
 - **Les Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II :**
 - Agissent par blocage spécifique des récepteurs ATI de l'angiotensine II (vasoconstriction, rétention sodée, la stimulation sympathique et la croissance des fibres musculaires lisses et myocardiques)
 - Privilégiés chez le diabétique type 2, surtout avec micro-albuminurie et/ou HVG
 - Pas de toux ++
 - **Autres :**
 - Les antihypertenseurs d'action centrale
 - Les α -bloquants

Stratégie thérapeutique

- Instaurer les règles hygiéno-diététiques pour tout hypertendu
- Débuter par une monothérapie, mono prise
- Le choix de la classe de première intention :
 - Respect des contre-indications
 - Pathologies associées
- Si échec de la monothérapie, passage à la bithérapie

Choix du traitement en fonction du contexte

- **Sujet âgé** : diurétiques – inhibiteurs calciques
- **Diabète type 1** : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
- **Diabète type 2** : Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
- **Grossesse** : méthyl-dopa – inhibiteurs calciques – β -bloquants
- **Micro-albuminurie** : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion – Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
- **Hypertrophie ventriculaire gauche** : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion – Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II – inhibiteurs calciques
- **Coronaropathie** : β -bloquants – Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion
- **Insuffisance cardiaque** : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion – diurétiques – β -bloquants



Surveillance du traitement

- Surveillance de la PA et adaptation des posologies jusqu'à stabilisation
- Tolérance du traitement
- Observance du traitement
- Apparition ou aggravation de facteurs de risques cardiovasculaires
- Apparition ou aggravation des complications cardiovasculaires