

Hypertension artérielle

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 25 von «PrimaryCare» erschienen.

Edouard Battegay

Signification

- La prévalence de l'hypertension artérielle dans le monde est de 25% dans la population adulte [1].
- Le traitement antihypertenseur diminue la mortalité globale, ainsi que la morbidité et la mortalité cardiovasculaire chez l'homme et la femme (maladies vasculaires, insuffisance cardiaque et rénale, démence) [2–4].
- Le bénéfice thérapeutique est particulièrement élevé en présence de lésions des organes cibles et de facteurs de risque concomitants.

Diagnostic et attitude

- L'hypertension est définie par une augmentation de la tension systolique et/ou diastolique [2–4].
- Chez les sujets âgés plus particulièrement, la tension systolique est plus importante que la tension diastolique.
- Le diagnostic nécessite ≥ 2 mesures en différentes occasions (mesures répétées en position assise et après 5 minutes de repos).

Traitement

But thérapeutique

- Tension systolique < 140 et diastolique < 90 mmHg [2–4].

- Tension systolique < 130 et diastolique < 80 mmHg en cas de diabète, d'insuffisance rénale, de microalbuminurie, de protéinurie et pour le ralentissement de la progression d'une insuffisance cardiaque [2, 4].

Traitement: mesures non médicamenteuses

- Toujours les appliquer [2–5]. Elles améliorent aussi la réponse aux antihypertenseurs (surtout en cas de diabète ou de syndrome métabolique).
- Maintenir ou viser un poids normal. Une réduction pondérale de l'ordre de 5 kg chez un patient obèse équivaut à une monothérapie médicamenteuse, autrement dit une réduction de 2,5–10 mmHg de la tension systolique [2, 4–6].
- Une alimentation pauvre en sel avec des fruits et des légumes en quantité, pauvre en graisses et en particulier en acides gras saturés. Consommation modérée d'alcool = 30 g/jour = 2 verres au maximum [2, 4–6].
- Activité physique.
- Abstinence du tabac [2, 4–6].

Traitement: mesures médicamenteuses

- 1^{re} étape: d'abord un diurétique [4, 7] (ou une association faiblement dosée [4]), en l'absence de lésions des organes cibles (cf. traitement différencié en cas de dyslipidémie, de lésions des organes cibles ou de comorbidités):
 - en cas de réponse insuffisante et d'effets indésirables: essayer une autre monothérapie efficace;
 - en cas de réponse insuffisante et en l'absence d'effets indésirables: démarrer une association faiblement dosée ou augmenter les doses de l'association faiblement dosée (= 2^e étape).
- 2^e étape: association de deux principes actifs (d'abord à faibles doses, en général avec un diurétique).
- 3^e étape: association triple [2, 4].

Traitement différencié

Traitement initial d'abord avec un diurétique faiblement dosé [4, 7] ou éventuellement un bêtabloquant. Ce traitement diurétique [7] et bêtabloquant [8] peut néanmoins conduire à terme à une augmentation des nouveaux cas de diabète. Le traitement au long cours dépend des réponses individuelles, des facteurs de risque concomitants, des lésions des organes cibles

Tableau 1

Tension artérielle: valeurs normales et valeurs hypertendues.

Stade	Systolique	Diastolique
Optimal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Normal	120–129 mmHg	80–84 mmHg
Normal élevé	130–139 mmHg	85–89 mmHg
Grade 1 (léger)	140–159 mmHg	90–99 mmHg
Grade 2 (modéré)	160–179 mmHg	100–109 mmHg
Grade 3 (sévère)	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg
Hypertension systolique isolée	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg

Tableau 2

Etude de morbidité et de mortalité: pas de parenthèses, études sur les paramètres secondaires ou analyses de sous-groupes: parenthèse.

	A: IECA	A: AA-II	B: Bêtabloquants	C: Anticalciques	D: Diurétiques
Insuffisance cardiaque	+	+	+		+*
Hypertrophie ventriculaire gauche	+	+			
Microalbuminurie	(+)	+		(+/-)**	
Protéinurie	(+)	+		(+/-)**	
Diabète	(+)	(+)			
Hyperlipidémie	(+)	(+)		(+)	
Angor	(+)		+	(+)***	

* entre autres la spironolactone et Eplerenon.

** Les phénylalkylamines (par ex. vérapamil) et les benzothiazépines (par ex. diltiazem) diminuent la protéinurie, les dihydropyridines (par ex. amlodipine, nifédipine) moins.

*** Uniquement en association avec les bêtabloquants dans l'angor instable (prudence avec l'association de vérapamil ou de diltiazem avec les bêtabloquants: bradycardie et bloc AV!).

et des comorbidités. La coexistence de certains facteurs de risque ou de certaines lésions des organes cibles ou comorbidités, peut poser l'indication à l'utilisation d'antihypertenseurs tels que les inhibiteurs de l'ECA ou les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II.

Références

- 1 Wolf-Maier K, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003;289:2363-9.
- 2 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53. Erratum in: *J Hypertens* 2003;21:2203-4. *J Hypertens* 2004;22:435.
- 3 Arterielle Hypertonie, Empfehlungen für Ärzte 2005, SHG, www.swisshypertension.ch.
- 4 Chobanian AV, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72. Erratum in: *JAMA* 2003;290:197.
- 5 Appel LJ, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA* 2003;289:2083-93.
- 6 Ramsay LE, et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 1999: summary. *BMJ* 1999;319:630-5.

- 7 Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002;288:2981-97. Erratum in: *JAMA* 2003;289:178. *JAMA* 2004;291:2196.
- 8 Dahlöf B, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1005.

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (éd.).
Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick
Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.
119 pages. Fr. 20.- / EUR 14.-
ISBN 978-3-7965-2262-8
(en allemand seulement).

Infos et commande sous www.emh.ch

Prof. Dr Edouard Battégay
Policlinique médicale universitaire et unité de diagnostic
Petersgraben 4
4031 Bâle
ebattegay@uhbs.ch