

Qu'y a-t-il de nouveau dans la mise à jour 2016?

Recommandations sur l'hypertension de *mednetbern*

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Jost Schönberger^b

^a mednetbern; ^b beratender Kardiologe

Avec l'élaboration de recommandations médicales [1] pour les principaux diagnostics du domaine de la médecine de premier recours, le réseau de médecins *mednetbern* délivre sa contribution pour l'amélioration de la qualité de la médecine de famille.

Situation initiale, détermination des objectifs, méthodologie

5 ans après l'introduction de nos premières recommandations pour l'hypertension artérielle essentielle, le temps de diverses adaptations était venu. Les imprécisions et lacunes des recommandations précédentes devaient être éliminées et les nouveautés nous paraissant essentielles devaient être publiées.

Une équipe de projet a révisé les recommandations existantes. Outre le renvoi à la littérature de base [2], la bibliographie fournit également les justifications de nos nouvelles décisions. Lors d'une procédure de consultation, plus de 60 membres très expérimentés du réseau ont pu s'exprimer. Les retours ont été analysés et intégrés dans la nouvelle version des recommandations.

Avantages, résultats

Les principales nouveautés sont les paragraphes portant sur les valeurs cibles de pression artérielle et sur les traitements adjuvants, ainsi que la révision complète de la pharmacothérapie. En outre, des compléments ont été formulés sur les points qui, dans l'ancienne version, soulevaient des questions ou étaient possiblement trop peu soulignés.

Valeurs cibles de pression artérielle

Loin d'être une nouveauté, les cinq valeurs cibles de pression artérielle différentes correspondent toutefois à une demande croissante, également de la part des patients. Chaque patient doit si possible obtenir une valeur cible sur mesure en fonction de son état de santé. Il est du devoir du médecin de famille de rechercher cette valeur cible en tenant compte des besoins individuels du patient et de l'exploitation de l'arsenal thérapeutique. Comme le prouve le quotidien, atteindre une valeur <140/90 mm Hg est suffisamment difficile. En fonction des comorbidités, des valeurs encore inférieures sont exigées, et même «l'atterrissage de précision» à 150/80 mm Hg chez les patients de plus de 80 ans [3]; voilà les nouveaux défis auxquels nous ne pouvons pas échapper. Il est clair que seule une alliance thérapeutique solide entre le médecin et le patient conduit à la réussite.

Pharmacothérapie

- Chez les plus de 80 ans, la recommandation thérapeutique pour le choix d'antihypertenseurs a été étendue aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA).
- Diurétiques thiazidiques (D-TH): retrait de la

Tableau 1: Choix des antihypertenseurs.

Antihypertenseurs recommandés en cas de	D-TH	IECA	AT-II	BB	A-CA
Syndrome métabolique		X	X		X
Diabète sucré		X	X		
Néphropathies		X	X		
Après un accident vasculaire cérébral	X	X	X	X	X
Après un infarctus du myocarde		X	X	X	
Angine de poitrine		(X)	(X)	X	X
Fibrillation auriculaire		X	X	X	
Insuffisance cardiaque	X	X	X	X	
Hypertrophie ventriculaire gauche		X	X		X
Tachycardie/migraine/tremblement				X	
Patients âgés >80 ans	X	X			X
Grossesse				X	
Peau noire	X				X

Abbréviations: IECA = inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; AT-II = angiotensine-II; BB = bêta-bloquants; A-CA = antagonistes calciques; D-TH = diurétiques thiazidiques

chlortalidone. Une étape regrettable pour un médicament éprouvé de référence [4]. L'indapamide devient le nouveau premier choix, devant l'hydrochlorothiazide [5].

- IECA: le périmopril a prouvé de nets avantages et devance le ramipril et l'énalapril [6].
- Angiotensine-II (AT-II): irbésartan et olméstartan affichent une supériorité en termes de baisse de la pression artérielle (PA) [7].
- Bêta-bloquants (BB): bisoprolol, carvedilol et métoprolol sont préférés dans le groupe des bêta-blo-

quants pour le traitement de l'hypertension. L'aténolol et le nébivolol ne font plus partie de notre liste [12].

- Préparations adjuvantes: spironolactone (seulement en cas de fonction rénale suffisante) [4].

Autres compléments

- Mesure de la pression artérielle sur 24h: élargissement et précision de l'indication (écarts entre les mesures à domicile et au cabinet, dipping nocturne

Tableau 2: Récapitulatif de l'hypertension essentielle.

Diagnostic d'après la CIM-10	I-10: Hypertension (primaire) essentielle	
Définition PA accrue	≥140/90 mm Hg / pour les auto-mesures: 135/85 mm Hg	
Degré de sévérité	1: 140–159 et / ou 90–99 • 2: 160–179 et / ou 100–109 • 3: ≥180 et / ou ≥110	
Mesure de la pression artérielle	<ul style="list-style-type: none"> – Assis ou allongé – après quelques minutes de repos • à chaque bras lors de la 1^{re} mesure • largeur de brassard appropriée – Au moins 2 mesures lors de 2 visites différentes – Vérifier l'auto-mesure de la PA avec l'appareil du patient – Mesure de PA sur 24h en cas de: écarts entre les mesures à domicile et au cabinet, recherche de dipping nocturne, soupçon d'apnée du sommeil, néphropathie chronique, diabète sucré – Patients âgés et patients diabétiques: lors de la visite initiale et éventuellement par la suite (par ex. en cas de vertige) mesure de la PA debout après 1 à 3 minutes 	
Anamnèse	<p>Famille: Hypertension • facteurs de risque supplémentaires de maladies cardiovasculaires (diabète, hyperlipidémie) • maladies cardiovasculaires manifestes (par ex. accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde)</p> <p>Patient: Événements cardio- et cérébrovasculaires • évolution du poids • signes d'apnée du sommeil • anamnèse médicamenteuse: anabolisants, anti-inflammatoires non stéroïdiens, «pilule», corticoïdes, ciclosporine, sympathomimétiques • facteurs de risques supplémentaires de maladies cardiovasculaires (tabagisme, alcool, inactivité physique, cocaïne)</p>	
Examen clinique	Examen interne approfondi avec IMC / circonférence abdominale • pouls pédieux • auscultation vasculaire (carotide et artères rénales) • option: fond d'œil	
Examens complémentaires	Sang	Potassium • créatinine • glucose • statut lipidique incl. cholestérol LDL • acide urique • hématogramme • Option: calcium
	Urine	Analyse urinaire, option: microalbumine
	ECG	
	Echocardiographie	En cas d'anomalies à l'ECG • suspicion de lésions aux organes cibles (par ex. jeunes patients, hypertendus sévères)
	Echographie duplex des carotides, radiographie thoracique	Seulement pour les cas exceptionnels
Thérapie	<ul style="list-style-type: none"> – Initialement: modifications du mode de vie (lorsque PA <180/110 mm Hg): nicotine: arrêt du tabagisme • alcool: ♂ max. 2–3 dl vin / jour; ♀ max. 1–2 dl vin / jour • réduction de la consommation de sel • activité physique: au moins 30 min. d'exercices d'endurance / 2x par semaine • contrôle du poids – Pharmacothérapie immédiate: quand PA ≥180/110 mm Hg – Lorsque PA initialement >20/10 mm Hg au-dessus de la valeur cible → commencer immédiatement une thérapie combinée (IECA ou AT-II + A-CA) 	
Hypertension résistante à la pharmacothérapie	Causes	Mesures
	Observance	Nouvelles explications • auto-mesure de la PA avec consignation des valeurs • pilulier
	Après 8 semaines de baisse insuffisante de la PA	Thérapie combinée
	Prise de substances hypertensives	Explications
	Causes rares / suspicion d'une hypertension secondaire	Autres investigations (clairance de la créatinine, échographie rénale, urine sur 24 h, TSH) • éventuellement orientation
Recommandations aux patients	<ul style="list-style-type: none"> – Mesure à domicile avec fiche de contrôle pour la documentation – Si thérapie combinée: prendre si possible une préparation le soir (en cas d'observance parfaite), sinon tout prendre le matin 	
Valeurs cibles de pression artérielle	<ul style="list-style-type: none"> – Général: <140/90 mm Hg – Patients avec diabète sucré: <130/90 mm Hg – Patients avec maladies cardiovasculaires manifestes: systolique 125–130 mm Hg et diastolique <90 mm Hg – Patients avec insuffisance rénale chronique protéinurique (>500 mg/j): <130/80 mm Hg (s'applique aussi pour les diabétiques avec protéinurie) – Patients âgés (>80 ans): 150/80 mm Hg (attention: orthostase) 	

Abréviations: IECA = inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; AT-II = angiotensine-II; PA = pression artérielle; IMC = indice de masse corporelle; A-CA = antagonistes calciques; TSH = thyroïdostimuline

Tableau 3: Médicaments.

Groupes de médicaments	Principe actif de 1 ^{er} choix	Principe actif de 2 ^e choix	Principe actif de 3 ^e choix	Recommandé pour les états suivants	Contre-indications
Diurétiques thiazidiques	Indapamide	Hydrochlorothiazide (OMS)		• Après un accident vasculaire cérébral • insuffisance cardiaque • Patients âgés avec hypertension systolique isolée • peau noire	• Insuffisance hépatique et rénale sévère • Hypokaliémie • Hyponatrémie • Hypercalcémie • Hyperuricémie symptomatique
Dosage	1,5–2,5 mg le matin	25 mg le matin (combiné: 12,5 mg)			
Coûts journaliers estimés (CHF)	0,50	0,20			
IECA	Péridopril	Ramipril	Enalapril (OMS)	• Syndrome métabolique • diabète sucré • néphropathies • après un accident vasculaire cérébral • après un infarctus myocardique • Fibrillation auriculaire • insuffisance cardiaque • Hypertrophie ventriculaire gauche • Angine de poitrine	• Grossesse • Hyperkaliémie • Angio-œdème
Dosage	2–4–8 mg 1x j	5–10 mg 1x j	20 mg 1x j		
Coûts journaliers estimés (CHF)	0,50	0,50	0,50		
AT-II (en cas d'intolérance aux IECA)	Irbésartan	Olmésartan		• Syndrome métabolique • diabète sucré • néphropathies • Après un accident vasculaire cérébral • après infarctus myocardique • fibrillation auriculaire • insuffisance cardiaque • Hypertrophie ventriculaire gauche • Angine de poitrine	• Grossesse • Hyperkaliémie
Dosage	150–300 mg 1x j	10–20–40 mg 1x j			
Coûts journaliers estimés (CHF)	0,70–0,90				
Bêta-bloquants	Bisoprolol (OMS)	Carvédilol (OMS)	Métoprolol (OMS)	• Après accident vasculaire cérébral • après un infarctus myocardique • Angine de poitrine • fibrillation auriculaire • Insuffisance cardiaque • tachycardie • Migraine • tremblement • grossesse	• Asthme • Bloc auriculo-ventriculaire degré 2 ou 3 • Intolérance au glucose • BPCO sévère • Pouls <50 / min • Syndrome de Raynaud-
Dosage	5–10 mg 1x j	25–50 mg 1x j	50–200 mg 1x j		
Coûts journaliers estimés (CHF)	0,40–0,60	0,60–1,10	0,30–0,50		
Antagonistes calciques	Amlodipine (OMS)	Lercanidipine* (*en cas d'œdèmes sous amlodipine)		• Syndrome métabolique • après un accident vasculaire cérébral • angine de poitrine • hypertrophie ventriculaire gauche • Patients âgés avec hypertension systolique isolée • Peau noire	• Insuffisance cardiaque
Dosage	5–10 mg 1x j.	10–20 mg j.			
Coûts journaliers estimés (CHF)	0,40–0,70	0,50–0,70			
Traitement adjuvant		Spironolactone (en cas de fonction rénale suffisante)		Alpha-bloquants	Autres vasodilatateurs

Littérature de base: WHO ISH 2003 Guidelines statement on management of hypertension // the essential medicines list • 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension EHJ, The European Heart Journal, doi:10.1093/eurheartj/eh151 • 2015 Swiss Society of Hypertension Guidelines

en question, soupçon d'apnée du sommeil, néphropathie chronique, diabète sucré).

- Mesure de pression artérielle en position debout après 1 et 3 minutes (patients âgés, diabétiques).
- Thérapie combinée initiale: si la PA est initialement 20/10 mm Hg plus élevée que la valeur cible, la combinaison IECA ou AT-II avec antagonistes calciques (A-CA) doit entrer en ligne de compte [8].
- En cas de besoin d'un traitement combiné, une préparation doit être prise le soir si possible (seulement en cas d'observance parfaite, sinon il est préférable de tout prendre le matin).

Conclusion, perspective

Rétrospectivement, nous pouvons constater que nos recommandations de 2011 sont encore tout à fait d'actualité. Cependant, la situation a quelque peu changé et nous avons tenté de reconnaître les principales évolutions et d'en tenir compte. Les indications pour les patients de plus de 80 ans ainsi que pour les larges groupes de patients que représentent les diabétiques et les personnes souffrant d'insuffisance rénale ont pour but de tenir compte de l'évolution démographique. La modification des propositions de médicaments améliorera en outre nos résultats thérapeutiques.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
Dr méd Amato Giani
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)