

Mise à jour des connaissances sur le traitement de l'hypertension artérielle

Lea Wenger

Étudiante de Master en médecine humaine à l'Université de Berne

L'hypertension artérielle touche environ 20% de la population en Suisse et est considérée comme la plus importante cause évitable de maladies cardiovasculaires. Cependant, seuls 30% des patients souffrant d'hypertension sont traités de manière adéquate dans le monde. Les innovations les plus importantes dans le traitement de l'hypertension, qui ont été présentées par le PD Dr Valentina Forni Ognà, cheffe du service de néphrologie de l'Hôpital Régional de Locarno lors du 4^e congrès d'automne de la SSMIG, seront discutées ci-dessous.



ESC/ESH Guidelines
2018

Définition et classification de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est définie par des valeurs de pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou des valeurs de pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg [1]. L'hypertension est divisée en trois niveaux de gravité, en fonction des valeurs les plus élevées de la pression artérielle systolique et diastolique mesurées cliniquement (voir le tableau 3 dans [1]):

- Hypertension de grade I: systolique 140–159 et/ou diastolique 90–99 mm Hg;
- Hypertension de grade II: systolique 160–179 et/ou diastolique 100–109 mm Hg;
- Hypertension de grade III: systolique ≥ 180 et/ou diastolique ≥ 110 mm Hg.

L'hypertension artérielle en Suisse

En Suisse, environ 20% de la population souffre d'hypertension artérielle [2]. Cependant, seuls 50% des patients souffrant d'hypertension artérielle ont été diagnostiqués et ont bénéficié d'un traitement approprié. Parmi ceux-ci, la moitié ont une pression artérielle bien contrôlée, ce qui signifie que seul un quart des patients hypertendus reçoivent un traitement adéquat. Ce n'est pas seulement le cas en Suisse, mais aussi dans le monde entier: à l'échelle mondiale, seuls envi-

ron 30% des patients souffrant d'hypertension reçoivent un traitement adéquat [3]. Au cours des dernières décennies, des progrès considérables ont été réalisés dans la recherche sur l'épidémiologie et la physiopathologie de l'hypertension, et il existe de nombreuses preuves que la baisse de la pression artérielle entraîne une réduction de la mortalité et de la morbidité prématurées. Plusieurs stratégies de traitement médicamenteux et non médicamenteux efficaces et bien tolérées sont disponibles pour contrôler la pression artérielle. Néanmoins, le traitement de l'hypertension est insuffisamment mis en œuvre dans le monde et l'hypertension est toujours considérée comme la plus importante cause évitable de maladies cardiovasculaires [1]. Les raisons possibles d'un contrôle insuffisant de la pression artérielle chez les patients hypertendus sont une faible adhésion au traitement de la part des patients et des médecins («inertie thérapeutique») ainsi que les effets secondaires ou l'inefficacité des traitements médicamenteux et l'utilisation insuffisante des thérapies combinées.

Innovations dans les lignes directrices de l'ESC/ESH 2018

En 2018, la Task Force sur la prise en charge de l'hypertension artérielle de la Société européenne de cardiologie (ESC) et de la Société européenne d'hypertension

Tableau 1: Principales modifications apportées aux lignes directrices de l'ESC/ESH entre 2013 [4] et 2018 [1] (Adapté avec l'aimable autorisation de Wolters Kluwer Health, Inc. aus: Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. Copyright © 2018 Wolters Kluwer Health, Inc.).

Critère	Lignes directrices ESC/ESH 2013		Lignes directrices de l'ESC/ESH 2018	
Diagnostique	Mesure de la tension artérielle dans le cabinet du médecin		Mesure répétée de la tension artérielle dans le cabinet, mesure de la tension artérielle sur 24 heures ou valeurs de la tension artérielle mesurées à domicile.	
	18–65 ans	≥140/≥90 mm Hg	18–79 ans	≥140/≥90 mm Hg Si nécessaire, traitement antihypertenseur dès des valeurs de tension artérielle systolique normales supérieures (130–139 mm Hg) en cas de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral ou d'AIT additionnels.
	65–79 ans	≥160/≥90 mm Hg		
	≥80 ans	≥160/≥90 mm Hg	≥80 ans	≥160/≥90 mm Hg
Stratégie thérapeutique	Monothérapie en premier choix		Thérapie combinée en premier choix	
	Traitement combiné en premier choix en cas d'hypertension de grade II ou III, de risque cardiovasculaire élevé.		Monothérapie en premier choix uniquement avec les critères suivants: – Hypertension de grade I et risque cardiovasculaire faible – Valeurs de tension artérielle normales supérieures et risque cardiovasculaire fortement accru – Patients âgés fragiles	
Groupes de médicaments	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, BCC, diurétiques thiazidiques, β-bloquants, α-bloquants, antihypertenseurs centraux.		Inhibiteurs de l'ECA, ARA, BCC, diurétiques thiazidiques	
Objectif de la thérapie en fonction de la tranche d'âge	Tous les groupes de patients	<140/90 mm Hg	18–65 ans	120–130 mm Hg systolique, Hypertension avec MRC, 130–139 mm Hg systolique, 70–79 mm Hg diastolique
			>65 ans	130–139 mm Hg systolique, 70–79 mm Hg diastolique

ECA: enzyme de conversion de l'angiotensine; ARA: antagoniste des récepteurs de l'angiotensine; BCC: bloquants des canaux calciques; MRC: maladie rénale chronique; AIT: accident ischémique transitoire.

(ESH) a publié de nouvelles lignes directrices pour la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Les changements les plus importants (voir tab. 1) par rapport aux lignes directrices de 2013 sont brièvement décrits ci-dessous:

- Les nouvelles lignes directrices de 2018 font deux propositions pour le *diagnostic de l'hypertension artérielle*, toutes deux basées sur de multiples mesures des valeurs de la tension artérielle dans la vie quotidienne. Le diagnostic doit être établi soit sur la base de mesures répétées de la tension artérielle dans le cabinet du médecin, soit sur la base de mesures ambulatoires de la tension artérielle sur 24 heures ou de valeurs de tension artérielle mesurées à domicile.
- En 2018, une *modification au seuil de la thérapie dans la tranche d'âge de 65 à 79 ans* également été apportée. Dans les lignes directrices de 2013, il était recommandé de commencer un traitement antihypertenseur chez les patients âgés de 65 à 79 ans présentant des valeurs de tension artérielle systolique ≥160 mm Hg. Selon les nouvelles lignes directrices thérapeutiques de 2018, un traitement antihypertenseur à des valeurs de tension artérielle systolique dès ≥140 mm Hg (analogue aux patients

plus jeunes) est indiqué pour les patients de ce groupe d'âge.

- Il est également recommandé que les patients âgés de 18 à 79 ans présentant des lésions organiques telles qu'une maladie coronarienne (CHD), un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT) envisagent un traitement antihypertenseur en cas de valeurs normales supérieures de tension artérielle.

Les limites de début de traitement dans les groupes d'âge 18–65 ans restent inchangées à des valeurs de tension artérielle systolique ≥140 mm Hg et des valeurs diastoliques ≥90 mm Hg, et chez les patients de plus de 80 ans à des valeurs de tension artérielle systolique ≥160 mm Hg et des valeurs diastoliques ≥90 mm Hg. La définition de l'hypertension artérielle n'a pas non plus changé dans les lignes directrices de l'ESC/ESH de 2018 par rapport à celles de 2013.

Changement de paradigme dans la stratégie thérapeutique

En ce qui concerne la stratégie thérapeutique de l'hypertension artérielle, un changement de paradigme a eu lieu par rapport aux lignes directrices de 2013. Les

lignes directrices de l'ESC/ESH pour la gestion de l'hypertension artérielle publiées en 2013 recommandaient de commencer le traitement par une monothérapie à faible dose. En présence de niveaux de tension artérielle nettement élevés (hypertension de grade II) ou d'un risque élevé à fortement accru d'accident cardiovasculaire, la recommandation était d'envisager un traitement antihypertenseur avec deux préparations ou plus.

Dans les nouvelles lignes directrices de 2018, cependant, les stratégies de traitement recommandées consistent *exclusivement en des schémas d'association*, avec une bithérapie ou une trithérapie à faible dose ou à dose complète comme premier choix. Depuis 2018, la monothérapie n'est recommandée en premier choix que pour les trois groupes de patients suivants:

- Patients présentant une hypertension de grade I et un faible risque cardiovasculaire;
- Patients présentant un risque cardiovasculaire accru et des valeurs de tension artérielle normales supérieures;
- Patients âgés fragiles.

Classes de médicaments

Les recommandations actuelles de traitement de l'hypertension artérielle se concentrent sur les quatre groupes de médicaments suivants:

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (inhibiteurs de l'ECA),
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA),
- Bloquants des canaux calciques (BCC) et
- Diurétiques thiazidiques.

Recommandations pour l'utilisation de l'hydrochlorothiazide

La Société suisse d'hypertension déconseille l'utilisation de l'antihypertenseur hydrochlorothiazide (HCTZ) dans certains groupes de patients, car l'HCTZ à des doses cumulatives élevées (>50 g) est associé à une augmentation dose-dépendante du risque de cancer cutané non mélanique, mais pas de mélanome [5]. L'utilisation de l'HCTZ doit être évitée chez les jeunes patients, en cas d'antécédents de spinaliome, en cas d'antécédents familiaux positifs de cancer de la peau et/ou en cas de traitement immunosuppresseur. Pour la plupart des patients, cependant, il n'y a aucune raison d'arrêter l'HCTZ car le risque de développer un cancer de la peau est très faible et négligeable par rapport aux risques cardiovasculaires d'une hypertension non traitée. Les patients sous traitement par HCTZ doivent être informés du risque potentiel et éviter une exposition excessive aux UV. En outre, des contrôles réguliers de la peau par un médecin généraliste sont indiqués pendant le traitement par HCTZ.

Recommandations pour l'administration des inhibiteurs du SRAA en cas de COVID-19

La Société suisse d'hypertension, en collaboration avec la Société suisse de cardiologie, a publié en mars 2020 une déclaration sur le thème des inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (inhibiteurs du SRAA) et du SARS-CoV-2. En toile de fond, on a découvert que le SARS-CoV-2 pénètre dans les cellules endothéliales des poumons et des reins humains par l'intermédiaire de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA) [7]. Le récepteur de l'ECA-2 est potentialisé par les inhibiteurs du SRAA (inhibiteurs de l'ECA, ARA) et la spironolactone. Cependant, il n'existe actuellement aucune base scientifique permettant de supposer que l'augmentation des concentrations de récepteurs de l'ECA-2 entraîne des dommages chez les patients atteints de COVID-19. Il a même été démontré que l'utilisation d'inhibiteurs du SRAA est associée à une baisse de la mortalité toutes causes confondues [8]. Selon les recommandations de la Société suisse d'hypertension, la substitution prophylactique des inhibiteurs du SRAA n'est pas indiquée chez les patients qui ne sont pas infectés par le SARS-CoV-2 [9]. Chez les patients séropositifs pour le SARS-CoV-2, en particulier ceux souffrant d'hypertension, d'insuffisance cardiaque ou d'infarctus du myocarde, l'établissement ou la poursuite d'un traitement par des inhibiteurs de l'ECA ou des ARA est recommandé conformément aux directives thérapeutiques actuelles.

L'utilisation de β -bloquants ne doit être envisagée que pour des indications spécifiques telles que l'insuffisance cardiaque, l'angine de poitrine, l'état post-infarctus du myocarde, la fibrillation auriculaire ou chez les jeunes femmes avant une grossesse planifiée ou pendant une grossesse existante [1].

Selon les nouvelles lignes directrices, le schéma thérapeutique initial est une bithérapie associant un inhibiteur de l'ECA ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 à un inhibiteur des canaux calciques de la classe des dihydropyridines ou à un diurétique thiazidique. Dans un deuxième temps, une trithérapie avec un inhibiteur de l'ECA ou un ARA en association avec un ICC et un diurétique thiazidique est recommandée. Dans l'hypertension artérielle résistante au traitement, la spironolactone est ajoutée à la trithérapie. On peut également ajouter un autre diurétique (diurétique de l'anse) ou un α - ou β -bloquant.

Jusqu'à quel niveau la tension artérielle doit-elle être réduite?

Le risque de mortalité cardiovasculaire augmente de façon linéaire en fonction de la tension artérielle systolique et diastolique [6]. On part donc du principe que la baisse de la tension artérielle entraîne une réduction du risque de mortalité. Le principal objectif du traitement antihypertenseur est d'abaisser la tension artérielle en dessous d'un certain seuil afin de réduire le

risque cardiovasculaire. Alors que les lignes directrices de l'ESC/ESH de 2013 fixaient le seuil de réduction de la tension artérielle à <140/90 mm Hg pour tous les groupes de patients, quel que soit le risque cardiovasculaire, les lignes directrices de 2018 incluent une nouvelle valeur cible dans la catégorie des patients âgés de 18 à 65 ans. Depuis 2018, une réduction de la tension artérielle à 120–130 mm Hg systolique ou 70–79 mm Hg diastolique est recommandée pour les patients âgés de 18 à 65 ans et ceux souffrant d'hypertension seule, ainsi que d'hypertension associée à un diabète sucré, une maladie coronarienne et un accident vasculaire cérébral ou un AIT. Cette recommandation est fondée sur les résultats de plusieurs méta-analyses importantes. Chez les jeunes patients hypertendus souffrant également d'une maladie rénale chronique (MRC), les valeurs systoliques cibles de 130–139 mm Hg s'appliquent car aucun avantage clair n'a été trouvé avec des valeurs de tension artérielle plus basses. Pour les personnes de plus de 65 ans, la valeur cible est fixée à 130–139 mm Hg systolique et 70–79 mm Hg diastolique.

Le plus important pour la pratique

- En Suisse, environ 20% de la population souffre d'hypertension artérielle, laquelle est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée.
- La mise en place d'un traitement antihypertenseur est recommandée chez les patients de 18 à 79 ans à partir de valeurs tensionnelles systoliques ≥ 140 mm Hg et diastoliques ≥ 90 mm Hg, chez les patients de plus de 80 ans à partir de $\geq 160/\geq 90$ mm Hg.
- Pour établir un traitement antihypertenseur, on envisage généralement une bithérapie ou une trithérapie à faible dose ou à dose normale.
- Un traitement d'association composé d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un ARA associé à un inhibiteur des canaux calciques ou à un diurétique est recommandé comme première étape du traitement.
- L'objectif du traitement antihypertenseur chez les patients âgés de 18 à 65 ans est d'abaisser la tension artérielle à 120–130 mm Hg de tension systolique ou 70–79 mm Hg de tension diastolique, et chez les patients de plus de 65 ans, d'abaisser la tension artérielle à 130–139 mm Hg de tension systolique ou 70–79 mm Hg de tension diastolique.
- L'HCTZ a été associé à une augmentation dose-dépendante du risque de cancer de la peau sans mélanome à des doses cumulatives élevées (>50 g). Cependant, pour la plupart des patients, il n'y a aucune raison d'arrêter l'HCTZ. L'HCTZ ne doit pas être utilisé chez les patients jeunes ou chez ceux qui présentent un risque accru de cancer de la peau.
- Actuellement, le démarrage ou la poursuite d'un traitement par des inhibiteurs de l'ECA ou des ARA est également recommandé chez les patients positifs au SARS-CoV-2 et souffrant d'hypertension.

Références

- 1 Williams B, Mancia G, Spiering W, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39:3021–104.
- 2 Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>, accessed 01/14/2021.
- 3 Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanas F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013 Sep 4;310(9):959–68.
- 4 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Vii-gimaa M, Waelder B, Zannad F; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013 Jul;31(7):1281–357.
- 5 Schweizerische Hypertonie-Gesellschaft SHG. http://www.swiss-hypertension.ch/DOCS_PUBLIC/StatementHCTZSkinCancer_FINAL_D.pdf, März 2019. accessed 01/14/2021
- 6 Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(9349):1903–13. Erratum in: *Lancet*. 2003 Mar 22;361(9362):1060.
- 7 Hoffmann M, Kleine-Weber H, Krüger N, Müller M, Drosten C, Pöhlmann S. The novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) uses the SARS-coronavirus receptor ACE2 and the cellular protease TMPRSS2 for entry into target cells. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.01.31.929042>. bioRxiv. accessed 01/14/2021.
- 8 Zhang P, Zhu L, Cai J, Lei F, Qin JJ, Xie J, Liu YM, Zhao YC, Huang X, Lin L, Xia M, Chen MM, Cheng X, Zhang X, Guo D, Peng Y, Ji YX, Chen J, She ZG, Wang Y, Xu Q, Tan R, Wang H, Lin J, Luo P, Fu S, Cai H, Ye P, Xiao B, Mao W, Liu L, Yan Y, Liu M, Chen M, Zhang XJ, Wang X, Touyz RM, Xia J, Zhang BH, Huang X, Yuan Y, Loomba R, Liu PP, Li H. Association of Inpatient Use of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers With Mortality Among Patients With Hypertension Hospitalized With COVID-19. *Circ Res*. 2020 Jun 5;126(12):1671–81. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.120.317134. Epub 2020 Apr 17. Erratum in: *Circ Res*. 2020 Aug 28;127(6):e147.
- 9 Société Suisse de Cardiologie et Société Suisse d'hypertension. http://www.swisshypertension.ch/DOCS_PUBLIC/SARS-CoV-2BAG_stellungnahme_09.03.2020.pdf, accessed 01/14/2021.