



PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

L'hypertension artérielle est le facteur de risque numéro 1 pour l'AVC ischémique et hémorragique et un facteur de risque important pour les autres maladies vasculaires et l'insuffisance cardiaque.

Etant donné l'importance de cette maladie, il est recommandé de prendre la tension à chaque visite avec examen physique au début aux 2 bras. Chez les sujets obèses un brassard plus large doit être utilisé. Il faut prendre la tension au repos en mettant le bras au niveau du coeur.

La moitié des sujets avec une tension entre 13,0-13,9/8,5-8,9 va développer une hypertension endéans des 2 ans suivants. Il faut les contrôler au moins une fois par an.

Plus que la moitié des patients avec une « **white coat hypertension** » vont développer une hypertension artérielle endéans des 6 mois. Il faut les contrôler tous les 3-6 mois. On propose pour l'autocontrôle 3 mesures par jour pendant 3 jours avant la consultation médicale.

Chaque individu (sauf des rares exceptions comme p. ex. l'éclampsie, l'AVC aigu et une microangiopathie cérébrale sévère) devrait avoir une tension artérielle inférieure à 14/9cmHg mesuré 2 fois conventionnellement (ou des valeurs moyennes de 24 heures de 13,0/8,0 cmHg ou des valeurs moyennes diurnes de 13,5/8,5 cmHg).

Pour les sujets à risque cérébro-cardio-vasculaire élevé (après un accident vasculaire cérébral, avec multiples facteurs de risque ou avec une atteinte des organes cible) des valeurs tensionnelles encore plus basses sont recommandées inférieure à 13/8cmHg.

En général, la prise de la tension artérielle par méthode conventionnelle soit par le patient lui-même soit par le médecin/une infirmière est suffisante. Dans les cas suivants, un enregistrement continu sur 24 heures peut être utile:

- Suspicion d'une résistance au traitement antihypertenseur
- suspicion de « white coat hypertension » pour obtenir des valeurs dans le milieu normal
- valeurs inconstantes
- suspicion d'hypertension nocturne
- suspicion d'hypotension sous traitement
- dysfonction autonome
- risque vasculaire élevé

Dès le diagnostic de l'hypertension les règles hygiéno-diététiques suivantes sont essentielles :

- arrêt du tabagisme
- poids idéal
- exercice physique
- alimentation équilibrée, notamment diminution de la consommation de sel

On a observé des résultats probants dans l'ensemble des essais comparatifs versus placebo des grandes classes thérapeutiques d'antihypertenseurs: diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'IEC et sartans.



Chez le sujet jeune (<55 ans) un inhibiteur d'IEC ou un sartan et après AVC un sartan ou la combinaison inhibiteur d'IEC/diurétique sont particulièrement recommandés. Après la phase aiguë d'un AVC, la réduction de la pression artérielle est recommandée, y compris pour les patients avec une pression artérielle normale. Les alpha-bloquants (p.ex. doxazosine) ne sont recommandés qu'en cas d'une hypertrophie de la prostate concomitante.

Fréquemment une combinaison de différents médicaments sera nécessaire pour obtenir les valeurs cible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al.
2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension : ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J. Hypertens. (2007); 25 : 1751-62.
2. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al.
2007 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. (2007); 25: 1105-87.
3. A Persu, JM Krzesinski, P. Van de Borne.
Nouvelles recommandations (2007) des sociétés européennes d'hypertension et de cardiologie pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Louvain Médical (2007) 126: 225-237
4. 2007 Canadian Hypertension Education Program Recommendations.
<http://www.hypertension.ca/>
5. B Williams, NR Poulter, MJ Brown et al.
Guidelines for management of hypertension : report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 -BHS IV. Journal of Human Hypertension (2004); 18: 140-145.
6. European Stroke Organization: Guidelines for Management of Ischemic Stroke 2008. <http://www.eso-stroke.org/recommendations>

Groupe de travail

Dr Dirk DROSTE (expert externe) : chargé de la rédaction

M. Marcel BRUCH

Dr Jean BEISSEL (expert externe)

Dr Charles DELAGARDELLE (expert externe)

Dr Paul KOCH

Dr René METZ

Dr Henri PEFFER (expert externe)

Dr Simone STEIL (expert externe)

Dr Marc WALDBILLIG (expert externe)