

## L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Par le docteur Nicolas Postel-Vinay

*Unité d'hypertension artérielle, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

et le docteur Guillaume Bobrie

*Unité d'hypertension artérielle, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris*

### Introduction

Les pathologies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en France avec 170 000 à 180 000 décès par an. L'hypertension artérielle en est l'un des facteurs de risque majeur. Environ 7 millions de patients sont traités en France pour une hypertension artérielle et on estime à plusieurs millions le nombre d'hypertendus non pris en charge. Or, chez 2 patients traités sur 3, l'hypertension n'est pas suffisamment contrôlée et ce chiffre est encore plus élevé pour les patients à haut risque cardiovasculaire : 85 % des diabétiques et 95 % des insuffisants rénaux. Dans ce contexte, une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle semble nécessaire. Le pharmacien a toute sa place dans l'éducation du patient hypertendu, notamment en ce qui concerne le bon usage et l'observance des traitements, les mesures hygiéno-diététiques et l'automesure tensionnelle.

## L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

### Définition

La relation entre le niveau de pression artérielle et le risque de survenue d'accidents cardiovasculaires est continue et sans seuil. L'hypertension artérielle (HTA) est donc un facteur de risque dont la définition est arbitraire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois grades d'HTA (voir ci-contre).

La pression artérielle (PA) s'exprime en millimètre de mercure (mmHg), mais le langage courant utilise le centimètre de mercure. Par exemple, une pression à 144-82 mmHg est souvent oralement exprimée par « 14-8 ». Il

faut perdre l'habitude de cette simplification et qualifier précisément les niveaux de PA systolique (PAS) et de PA diastolique (PAD) en millimètres ; c'est l'unité qu'affichent les écrans des tensiomètres électroniques qui sont de plus en plus utilisés.

La PA varie en fonction des activités de la vie quotidienne. Elle est étonnamment variable, parfois d'une minute à l'autre : elle s'élève lors d'un effort, d'une activité physique ou intellectuelle, d'un sport, d'un rapport sexuel ou sous l'effet d'une émotion. A contrario, elle baisse pendant le repos et plus encore durant le sommeil. Ces variations physiologiques ne sont pas synonymes de risque augmenté ou d'état

pathologique : une élévation transitoire de la PA ne correspond pas à une HTA. On ne retient le diagnostic d'HTA que si l'élévation est permanente.

### Les trois grades d'hypertension selon l'OMS

| HTA légère                     | HTA modérée                      | HTA sévère                   |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| PAS 140-159<br>ou<br>PAD 90-99 | PAS 160-179<br>ou<br>PAD 100-109 | PAS > 180<br>ou<br>PAD > 110 |

*PAS : pression artérielle systolique,  
PAD : pression artérielle diastolique,  
exprimées en mm Hg.*

## Hypertension en France : Chiffres clés

- 7 à 8 millions d'hypertendus traités
- 1 homme actif sur 4 est concerné ; 1 personne sur 2 au-delà de 70 ans
- 1<sup>er</sup> motif de consultation en médecine générale (11 à 12 % des consultations)
- Chez 2 patients traités sur 3, l'HTA n'est pas suffisamment contrôlée
- 1 patient hypertendu sur 2 présente une dyslipidémie ; 19 % des hypertendus sont fumeurs et 16 % sont diabétiques

## Quand est-on hypertendu ?

La PA normale est inférieure à 140-90 mmHg lorsqu'elle est mesurée au cabinet médical ; inférieure à 135-85 mmHg lorsqu'elle est mesurée à domicile avec un appareil d'automesure. Au-dessus de ces valeurs, on parle d'HTA. L'HTA peut être due soit à l'élévation de la PAS seule, soit à l'élévation de la PAD seule, soit à l'élévation des deux. Le risque de complications cardiovasculaires existe dans les trois cas.

### • Cas particulier de la femme enceinte

La grossesse entraîne une situation hémodynamique très particulière. La femme enceinte est exposée à des crises hypertensives graves (parfois mortelles), en fin de grossesse (toxémie gravidique, crises d'éclampsie).

### • Cas particulier du sujet âgé

La grande fréquence de l'HTA chez le sujet âgé fait que l'on a longtemps considéré que cette HTA ne nécessitait pas de traitement. À tort, car il est démontré que le traitement de l'HTA est bénéfique même à un âge avancé.

### • Cas particulier du sujet diabétique

Près de la moitié des diabétiques présente une HTA avec complications artérielles, rénales ou cardiaques. 80 % des diabétiques qui reçoivent un traitement contre l'HTA sont mal contrôlés. En cas de diabète, l'objectif tensionnel est plus bas (voir page 6).

## L'hypertension artérielle : un risque à connaître

Il faut expliquer au patient que « trop de tension », de façon permanente et prolongée, altère l'ensemble du système artériel et que l'enjeu de la prise en charge de l'HTA est la prévention des complications suivantes :

- accident vasculaire cérébral ;
- encéphalopathie hypertensive ;
- cardiopathies ischémiques (angor, infarctus du myocarde) ;
- insuffisance cardiaque ;
- insuffisance rénale (néphroangiosclérose) ;
- anévrisme ;
- artérite des membres inférieurs ;
- éclampsie.

## Les urgences hypertensives

Rares, les *urgences hypertensives* justifient une hospitalisation. Elles associent une **pression diastolique supérieure à 110 mmHg** et des **signes de souffrance viscérale** (ex. : dyspnée, douleur thoracique ou dorsale, troubles de la conscience, troubles moteurs, céphalées, troubles visuels...) évocateurs d'insuffisance coronaire aiguë, d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de dissection aortique, d'éclampsie, de poussée d'insuffisance rénale.

Il faut les distinguer des *poussées tensionnelles « simples »* dans lesquelles on n'observe pas de signes d'atteinte viscérale. Ces dernières surviennent souvent chez un hypertendu connu, volontiers âgé, dans un contexte émotionnel.

## À quoi est due l'hypertension artérielle ?

Dans 95 % des cas, le bilan ne permet pas de trouver une cause précise, on parle d'HTA « essentielle ». Dans les 5 % restant, une cause précise peut être identifiée, l'HTA est dite « secondaire ». En plus de causes organiques (rénales ou surrénales), des circonstances comportementales peuvent contribuer à l'élévation de la pression artérielle, comme l'excès d'alcool ou l'obésité. En revanche, le stress, improprement appelé « tension nerveuse » par les patients, est peu responsable d'HTA car les élévations tensionnelles imputables au stress ne sont souvent que temporaires. Enfin il existe des HTA génétiques (notamment de rares causes monogéniques).

## Principales causes d'HTA secondaires

- Causes rénales :
  - Insuffisance rénale chronique ;
  - Néphropathie unilatérale ;
  - HTA rénovasculaire (sténose des artères rénales).
- Causes surrénales :
  - Hyperaldostéronismes primaires ;
  - Phéochromocytome ;
  - Syndrome de Cushing.
- HTA gravidique.
- HTA iatrogène : vasoconstricteurs administrés par voie nasale, contraception œstro-progestative, corticoïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens, ciclosporine, tacrolimus...
- HTA toxique : glycyrrhizine (régulisse), alcool, ecstasy, amphétamines, cocaïne...
- Syndrome d'apnée du sommeil.

## Mesure de la pression artérielle

La PA variant sans cesse, les mesures doivent être répétées pour affirmer l'existence d'une HTA. Le diagnostic d'HTA ne doit pas être posé par le médecin sur la foi d'une seule consultation ou d'un nombre insuffisant de mesures. Il existe plusieurs techniques.

# MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

• **La mesure par méthode auscultatoire** : l'opérateur gonfle et dégonfle un brassard placé autour du bras, et, repère, avec un stéthoscope posé au passage de l'artère humérale, les « bruits » de la circulation sanguine. Le tensiomètre utilisé est à mercure ou anéroïde.

• **La mesure avec un tensiomètre électronique** (méthode oscillométrique). Les mesures peuvent s'effectuer dans des lieux différents (cabinet médical, pharmacie, domicile, lieu de travail) mais ces différentes circonstances ne donnent pas des résultats équivalents. Lors de la mesure, le patient doit être installé confortablement (assis ou couché) ; il faut respecter un délai de quelques minutes de repos avant d'effectuer la mesure, répéter deux à trois fois la mesure au même bras, prendre également la tension debout dans certaines circonstances.

• **L'automesure tensionnelle à domicile** consiste à demander au patient de mesurer lui-même sa tension. L'Afssaps a mis en place un contrôle de la fiabilité des appareils d'automesure tensionnelle. La liste des autotensiomètres validés figure sur le site internet de l'Afssaps<sup>1</sup>. Cette méthode en plein essor est détaillée dans l'encadré ci-contre.

• **La mesure ambulatoire (MAPA ou holter tensionnel)** enregistre l'évolution de la PA au cours de 12 à 24 heures. L'appareil est équipé d'un

brassard huméral qui se déclenche automatiquement tous les quarts d'heure environ. Le patient, qui porte

son appareil à la ceinture, conserve ses activités habituelles (se rendre à son travail, faire ses courses, dormir...).

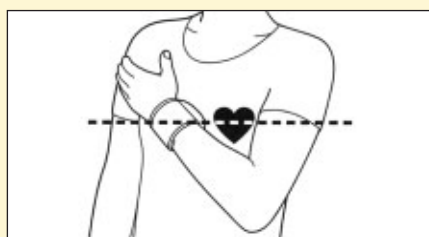
## L'automesure tensionnelle : l'éducation des patients est indispensable

Le maniement des tensiomètres électroniques est facile : un brassard à enfiler autour du bras (ou du poignet), un bouton à appuyer, c'est à peu près tout. Mais cette simplicité technique ne doit pas faire négliger les bonnes conditions de mesure : bonne position du corps et de l'appareil, heures et fréquences des mesures adaptées. Lors de la démonstration du fonctionnement de l'appareil, voici les dix étapes à préciser au patient :

1. Lire le mode d'emploi de l'appareil. Ne pas hésiter à poser toutes les questions complémentaires à son pharmacien ou son médecin.
2. Se reposer cinq minutes environ.
3. Installer l'appareil sur une table.
4. S'asseoir confortablement. Dégrafer le bras (ôter tout vêtement serrant le bras).
5. Reposer l'avant-bras sur la table, coude fléchi.
6. Ajuster l'appareil :
  - Tensiomètre s'adaptant au bras : enfiler et ajuster le brassard gonflable sur le bras à la bonne hauteur dans le sens indiqué. Attention, une mise en place incorrecte du brassard peut donner lieu à des mesures inexactes.



- Tensiomètre s'adaptant au poignet : veiller à ce que le bras soit dans la bonne position, le tensiomètre **à la hauteur du cœur**. Attention, les chiffres tensionnels dépendent de la position du poignet par rapport au cœur.



7. Actionner la mesure. Pendant le gonflage et le dégonflage, ne pas parler, ne pas bouger et rester détendu, sans serrer le poing. Pendant la mesure, un mouvement du bras ou du poignet peut perturber le bon fonctionnement du tensiomètre.

8. Répéter la manœuvre deux à trois fois de suite (suivant les instructions du médecin). Chaque mesure se fait à une minute d'intervalle.

9. Noter *tous* les chiffres en précisant la date, l'heure et le traitement en cours.

10. Communiquer les chiffres au médecin. Il est pratique d'utiliser des feuilles pré-imprimées spécialement à cet effet (par exemple, feuille de relevé du site Internet automesure.com). Les appareils équipés d'une mémoire ou capables de calculer la moyenne des mesures sont intéressants mais doivent être réservés au même patient.

### Quand mesurer sa tension ?

Les mesures doivent se faire à heures régulières :

1. **Le matin**, entre le lever et le petit-déjeuner, avant de prendre ses médicaments.

2. **Le soir**, avant le coucher, et éventuellement, après la prise des médicaments si certains doivent être pris le soir.

Le plus souvent, il n'est pas opportun de mesurer la PA à d'autres moments de la journée.

Les séquences d'automesure s'effectuent au minimum **pendant trois jours de suite**. Le médecin est le mieux placé pour préciser la fréquence adaptée à chaque situation personnelle.

### Quelques cas où l'automesure ne convient pas

- Bras de circonférence supérieure à 32 cm ou très musclé (adeptes du *body-building*...).
- Arythmie.
- Anxiété marquée.
- Chez les enfants, les normes n'étant pas définies pour cette technique.

### Différences entre mesures de PA à domicile et au cabinet médical

- L'HTA « blouse blanche » se définit par une PA élevée (PA  $\geq 140$  mmHg et/ou  $\geq 90$  mmHg) au cabinet médical lors de mesures répétées, alors qu'elle est normale (PA  $< 135/85$  mmHg) lorsqu'elle est mesurée à domicile (automesure ou MAPA lors d'activités usuelles).
- L'HTA masquée est définie par une PA anormalement élevée en dehors du cabinet médical alors qu'elle est normale lorsqu'elle est mesurée au cabinet médical.

La mesure de la PA hors cabinet médical (automesure ou MAPA) permet de repérer un éventuel effet « blouse blanche » et de poser le diagnostic d'une HTA masquée.

1. //afssaps.sante.gouv.fr/hm/5/tensio.htm

# PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPERTENDU

## Évaluation initiale

L'évaluation initiale du patient hypertendu a pour objectif de rechercher les facteurs de risque associés, une atteinte des organes cibles (cœur, reins)<sup>1</sup>, une maladie cardiovasculaire ou rénale associée et de ne pas méconnaître une HTA secondaire.

La décision et la stratégie thérapeutique seront fondées non seulement sur le niveau de PA mais également sur le risque cardiovasculaire global de la personne hypertendue (voir tableau 1).

### Bilan initial

Les examens complémentaires recommandés dans le cadre de ce bilan initial sont :

- créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (par la formule de Cockcroft et Gault) ;
- recherche d'une protéinurie et d'une hématurie à l'aide de bandelettes réactives urinaires ;
- kaliémie ;
- prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol ;
- électrocardiogramme de repos.

### Facteurs de risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire permettant d'évaluer le risque global sont les suivants :

- âge : > 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme ;
- tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de 3 mois) ;
- antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce : infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin ; infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin ; accident vasculaire cérébral précoce (< 45 ans) ;
- diabète (traité ou non) ;
- dyslipidémie : LDL-cholestérol  $\geq$  1,6 g/l (4,1 mmol/l) ; HDL-cholestérol  $\leq$  0,40 g/l (1 mmol/l).

1. Par exemple une hypertrophie ventriculaire gauche ou une microalbuminurie.

Tableau 1 : Stratification des niveaux de risque cardiovasculaire

(recommandations de la Haute Autorité de Santé, octobre 2005)

|  | PA 140-159/90-99 | PA 160-179/100-109 | PA $\geq$ 180/110 |
|--|------------------|--------------------|-------------------|
| 0 facteur de risque associé  | Risque faible    | Risque moyen       | Risque élevé      |
| 1 à 2 facteurs de risque associés  | Risque moyen     | Risque moyen       | Risque élevé      |
| $\geq$ 3 facteurs de risque associés et/ou atteinte des organes cibles et/ou diabète | Risque élevé     | Risque élevé       | Risque élevé      |
| Maladie cardiovasculaire / rénale  | Risque élevé     | Risque élevé       | Risque élevé      |

## Mesures hygiéno-diététiques

Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus quel que soit le niveau tensionnel, avec ou sans traitement pharmacologique associé.

### Éviter le surpoids et lutter contre l'obésité

Toute personne hypertendue doit éviter le surpoids car l'obésité favorise et aggrave l'HTA. Dans certains cas, l'amaigrissement est efficace pour diminuer les chiffres de tension et dans les meilleurs cas peut corriger une hypertension sans recours aux médicaments.

### Manger moins salé

Pour le sujet hypertendu sans autre facteur de risque associé, il n'y a pas de « régime » alimentaire contraignant à suivre (sauf en cas de diabète, néphropathie, dyslipidémie, ou insuffisance cardiaque). En France, la consommation courante moyenne de sel est de 8 à 12 g chaque jour, alors qu'un apport de 5 à 6 g serait plus adapté. La majeure partie du sel (70 %) absorbé est « cachée » dans des mets aussi divers que le pain, les fromages, les surgelés, les conserves, la charcuterie, les soupes. L'excès de sel ne provient donc pas majoritairement de la salière posée sur la table. Dans la plupart des HTA, le régime dit « sans sel strict » n'est pas obligatoire, sauf mention particulière du médecin. L'utilisation des sels dits de « régime » n'est le plus souvent pas souhaitable en raison de leur contenu en potassium qui peut s'avérer inutile voire dangereux en cas d'utilisation conjointe de diurétiques épargneurs de potassium, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou d'antagonistes des récepteurs de

l'angiotensine II ou en cas de coexistence d'une insuffisance rénale.

### L'alcool : deux verres par jour

Il existe une relation positive entre la consommation excessive d'alcool et l'HTA. La consommation recommandée ne dépasse pas 2 verres (chez la femme) à 3 verres (chez l'homme) de boisson alcoolisée (vin, bière...) par jour.

### Réduire les graisses, le cholestérol, les acides gras saturés

Les dyslipidémies doivent être prises en charge chez l'hypertendu. Les mesures diététiques portent sur la limitation des apports lipidiques, la prise d'hypolipémiants n'intervenant que dans un second temps.

### Arrêter le tabac

Que l'on soit hypertendu ou non, **il est indispensable d'arrêter de fumer.** Le rôle du pharmacien repose sur une bonne connaissance du conseil minimal, des phénomènes de dépendance, de motivation et des méthodes d'aides à l'arrêt du tabac.

### Pratiquer une activité physique régulière

La sédentarité est un facteur de risque cardiovasculaire. Sauf contre-indication particulière, il est recommandé à tous les hypertendus de bouger. La pratique d'un sport peut entraîner une diminution des chiffres de PA, à condition que l'activité physique soit pratiquée de façon régulière (au moins 2 à 3 fois par semaine) et en dehors de toute compétition. Dans ce cas, la PA commence à s'abaisser au bout d'environ trois semaines après la mise en route de l'entraînement physique. Cependant en pratique clinique courante, on ne jugera de l'efficacité de l'exercice qu'au bout de

# PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPERTENDU (suite)

six mois. Dans certains cas, des précautions doivent être respectées. Après un infarctus, par exemple, la reprise d'une activité physique est progressive et adaptée aux capacités physiques et aux préférences de chacun. L'exercice physique est contre-indiqué lorsque la tension est supérieure à 180/105 mmHg au repos ou insuffisamment contrôlée sous traitement.

## La gestion du stress

L'anxiété et le stress ne provoquent pas d'HTA durable et les idées fausses à ce sujet sont nombreuses. Cependant les méthodes de relaxation peuvent s'avérer utiles dans certains cas. Pour certains patients en position de déni vis-à-vis de leur HTA, le stress peut être un mauvais prétexte pour ne pas se traiter.

## Traitement médicamenteux

Les antihypertenseurs, présentés sous forme de molécules uniques ou d'associations à des dosages variés, sont commercialisés sous plus de 300 présentations différentes. Devant ce foisonnement, on doit recommander au patient de connaître le nom de ses pro-

duits mais aussi d'en connaître la classe car la reconnaissance des effets indésirables, des contre-indications et le jugement de l'efficacité se fait par classe.

## Choix des antihypertenseurs

Les 5 classes d'antihypertenseurs majeurs (diurétiques thiazidiques,  $\beta$ -bloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II)) peuvent être prescrites en première intention dans la prise en charge du patient hypertendu essentiel non compliqué (HAS, octobre 2005).

Les alpha-bloquants et les antihypertenseurs centraux peuvent aider à atteindre l'objectif tensionnel en cas d'effets indésirables ou si une trithérapie s'avère nécessaire (HAS, octobre 2005).

Toutes les familles d'antihypertenseurs ont des avantages et des désavantages spécifiques pour tel ou tel patient ; il est du rôle du médecin de les choisir, les combiner, en déterminer la dose en fonction des caractéristiques de chaque personne.

## Certaines classes thérapeutiques sont utilisées de façon préférentielle dans les situations suivantes :

- diabète (type I et II) dès le stade de microalbuminurie : IEC ou ARA-II ;

- insuffisance cardiaque : IEC (ou ARA-II en cas d'intolérance), diurétique, bêta-bloquant ;
- angor : bêta-bloquant ou inhibiteur calcique ;
- HTA systolique du sujet âgé : diurétique thiazidique, inhibiteur calcique dihydropyridine de longue durée d'action ;
- HTA et hypertrophie ventriculaire gauche : ARA-II, diurétique thiazidique.

## Les classes thérapeutiques ou médicaments suivants sont contre-indiqués dans certaines situations (liste non exhaustive) :

- **diurétiques** : goutte, grossesse / diurétiques épargneurs de potassium : insuffisance rénale, hyperkaliémie ;
- **bêta-bloquants** : asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), bloc auriculoventriculaire (BAV) 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> degré ;
- **Vérapamil, Diltiazem** : BAV 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> degré, insuffisance cardiaque congestive ;
- **IEC et ARA-II** : grossesse, sténose significative bilatérale des artères rénales ou sur rein unique, hyperkaliémie ;
- **alpha-bloquants** : hypotension orthostatique.

Tableau 2 : les 7 classes d'antihypertenseurs

|  | Mécanisme d'action <sup>1</sup>   | Principaux effets indésirables <sup>1</sup>   | Exemples de commentaires à délivrer au patient   |
|--|---|---|--|
| <b>Diurétiques<sup>2</sup></b>                                 | Déplétion hydro-sodée   | Dyskaliémie, hyponatrémie, dyslipidémie, majoration d'une anomalie glucidique, goutte, déshydratation, vertiges, asthénie.  | Chez la personne âgée en cas de forte chaleur, de fièvre et/ou de diarrhée, lui conseiller de voir avec le médecin si une adaptation des doses est opportune.  |
| <b><math>\beta</math>-bloquants<sup>2</sup></b>                | ↘ tonus $\beta$ -adrénergique et ↘ sécrétion de rénine.   | Bradycardie, insuffisance cardiaque, dyspnée par bronchoconstriction, troubles microcirculatoires cutanés, troubles digestifs, asthénie, insomnie, cauchemars, impuissance. | Un ralentissement excessif du rythme cardiaque peut-être très gênant. Si le patient ressent un malaise, lui recommander de prendre son pouls au repos pendant 1 minute et d'indiquer le résultat au médecin. |
| <b>Antagonistes calciques<sup>2</sup></b>                      | ↘ tonus vasoconstricteur calcium-dépendant des fibres musculaires lisses artérielles.               | Céphalées, flushes, œdèmes, palpitations (dihydropyridines), constipation (Vérapamil), gingivites.  | Sans gravité mais parfois gênants. En parler à son médecin et son pharmacien.  |
| <b>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)<sup>2</sup></b> | ↘ concentrations plasmatiques d'angiotensine II et d'aldostérone et ↗ concentration de bradykinine. | Toux.   | Sans gravité mais parfois gênants. En parler à son médecin et son pharmacien.  |
| <b>ARA-II (sartans)<sup>2</sup></b>                            | Blocage des effets presseurs de l'angiotensine II.  |   | Habituellement bien tolérés.   |
| <b><math>\alpha</math>-Bloquants</b>                           | ↘ résistances périphériques.  | Hypotension orthostatique.  | Réservés aux hypertendus insuffisamment contrôlés par les autres antihypertenseurs.  |
| <b>Antihypertenseurs centraux</b>                              | ↘ tonus sympathique vasoconstricteur.   | Hypotension orthostatique, nausées, sécheresse de la bouche, fatigue, somnolence, tendance dépressive.  | - À prendre plutôt le soir.<br>- Réservés aux hypertendus insuffisamment contrôlés par les autres antihypertenseurs.   |

1. D'après la fiche de transparence « Antihypertenseurs » (Afsaps, 1999).

2. Antihypertenseurs recommandés en 1<sup>re</sup> intention dans l'HTA essentielle non compliquée.

## Adaptation du traitement médicamenteux

Il est recommandé de débiter le traitement antihypertenseur par une monothérapie. Une association fixe d'antihypertenseurs à doses faibles peut également être proposée afin d'augmenter l'efficacité sur la baisse tensionnelle, sans atteindre le seuil des effets indésirables.

En deuxième intention, une bithérapie sera instaurée dans un délai d'au moins 4 semaines, en cas de réponse tensionnelle insuffisante au traitement initial. La bithérapie pourra être proposée plus rapidement chez les patients présentant un risque cardiovasculaire élevé (voir tableau 1).

Après 4 semaines d'un traitement initial, en absence totale de réponse au traitement ou en cas d'effets indésirables, la HAS recommande de changer de classe thérapeutique.

## Choix d'une association thérapeutique

Il faut expliquer aux hypertendus qu'il est fréquent que le contrôle de l'hyper-

tension artérielle nécessite une bi-, voire une trithérapie antihypertensive. Dans quelques cas plus rares, un quadri ou une pentathérapie peut se justifier. Une trithérapie antihypertensive comprend toujours un diurétique thiazidique.

En pratique, les associations efficaces et bien tolérées sont les suivantes :

- β-bloquant et diurétique thiazidique ;
- diurétique thiazidique et IEC (ou ARA-II) ;
- β-bloquant et inhibiteur calcique (dihydropyridine) ;
- inhibiteur calcique et IEC (ou ARA-II) ;
- inhibiteur calcique et diurétique thiazidique.

Ces associations sont présentées dans la figure 1.

## Stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique est adaptée en fonction du niveau de PA et du niveau de risque cardiovasculaire du patient.

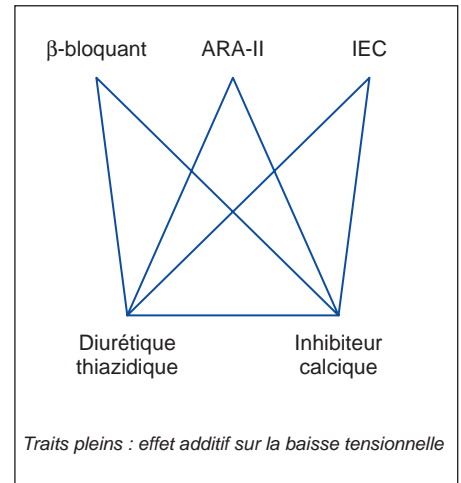


Figure 1 : Associations thérapeutiques favorisant la baisse tensionnelle

## Objectifs tensionnels

Le traitement antihypertenseur a pour objectif d'abaisser la pression artérielle au-dessous d'un objectif déterminé individuellement. Une HTA est dite contrôlée lorsque la PAS et la PAD sont au-dessous de l'objectif tensionnel, le plus souvent de 135/85 mmHg en automesure.

Chez la personne âgée (plus de 75 à 80 ans), en cas d'effet indésirable ou d'hypotension orthostatique, il est admis que l'objectif peut être moins strict.

Chez le patient diabétique, l'objectif tensionnel est une PA < 130/80 mmHg. Chez le patient insuffisant rénal, l'objectif est une PA < 130/80 mmHg et une protéinurie < 0,5 g/j.

## Stratégie de prise en charge

- En cas de *risque cardiovasculaire élevé*, le **traitement antihypertenseur sera instauré d'emblée en association avec des mesures hygiéno-diététiques** mais sans attendre les éventuels bénéfices de ces mesures.

- Chez les patients dont la PA est comprise entre 140-179/90-109 mmHg et qui *présentent un risque cardiovasculaire faible ou moyen*, la HAS recommande de confirmer cette HTA au moyen de l'automesure ou de la MAPA.

Si l'HTA est confirmée, des **mesures hygiéno-diététiques seules seront instaurées** pendant 6 mois (risque cardiovasculaire faible) ou pendant 1 à 3 mois (risque cardiovasculaire moyen). Un traitement médicamenteux sera alors initié si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.

## HTA et sujet âgé

L'HTA systolique isolée (PAS ≥ 140 et PAD < 90) est plus fréquente chez le sujet âgé. Il est recommandé de la prendre en charge au même titre que l'HTA systolo-diastolique afin de réduire l'incidence des événements cardiovasculaires, de l'insuffisance cardiaque, des accidents vasculaires cérébraux et le risque de démence chez le sujet âgé de 60 à 80 ans. Au-delà de 80 ans, un bénéfice du traitement antihypertenseur sur la prévention des AVC justifie l'intervention thérapeutique (HAS, octobre 2005).

Chez le sujet âgé dont la variabilité tensionnelle est augmentée et chez qui la fréquence de l'effet « blouse blanche » est importante, la mesure de la PA en dehors du cabinet médical (automesure tensionnelle ou MAPA) est recommandée avant l'instauration d'un traitement médicamenteux.

L'objectif théorique du traitement chez l'hypertendu âgé jusqu'à 80 ans est d'obtenir une PAS/PAD < 140/90 mmHg, cet objectif devant être modulé selon le niveau de PA initiale, le risque iatrogène, la tolérance et la qualité de vie du patient.

Au-delà de 80 ans, en pratique, l'objectif thérapeutique est une PAS < 150 mmHg, en absence d'hypotension orthostatique. À cet âge, il est recommandé de ne pas proposer de restriction sodée, d'instaurer une monothérapie à faible dose dans un premier temps et de ne pas dépasser la prescription de 3 antihypertenseurs.

Les classes thérapeutiques recommandées en 1<sup>re</sup> intention chez le patient âgé sont les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques.

# PRISE EN CHARGE DU PATIENT HYPERTENDU (suite)

## Suivi du patient hypertendu

Chez un patient équilibré, la fréquence des consultations dépendra avant tout de la PA initiale et du niveau de risque cardiovasculaire selon une approche globale.

Chez le patient équilibré, il est recommandé d'effectuer une consultation :

- tous les 3 mois en cas de risque cardiovasculaire élevé ;
- tous les 6 mois dans tous les autres cas.

La fréquence des visites sera adaptée au patient, en fonction de la surveillance des facteurs de risque et des comorbidités associées, de la qualité de l'observance du patient et du niveau tensionnel.

**Tableau 3 : Surveillance médicale et biologique du patient hypertendu**

| Paramètres  | Périodicité de la surveillance pour une HTA contrôlée non compliquée | Périodicité de la surveillance dans les situations particulières   |
|---|--|--|
| Pression artérielle   | 3 à 6 mois   | Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.   |
| Interrogatoire / examen cardiovasculaire  | 3 à 6 mois   | Plus souvent en cas de symptôme cardiovasculaire.  |
| Recherche de protéinurie (bandelettes urinaires)  | 12 mois  |  |
| Kaliémie, créatininémie et calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG)                   | 1 à 2 ans  | <b>Si fonction rénale normale :</b><br>Avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents.<br><b>Si fonction rénale altérée :</b><br>La périodicité de la surveillance est adaptée selon le niveau de progression de l'insuffisance rénale chronique. |
| Glycémie  | 3 ans, si initialement normale                                       | Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie.  |
| Exploration d'anomalie lipidique : cholestérol total, triglycérides, HDL-C et calcul du LDL-C | 3 ans, si initialement normal  | Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie.   |
| ECG   | 3 ans  | Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.  |

Recommandations HAS, octobre 2005

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, octobre 2005, Haute Autorité de Santé – [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Fiche de transparence « Antihypertenseurs », Afssaps (1999) <http://afssaps-prd.afssaps.fr/html/has/sgt/htm/fiches99/infidich.htm>
- Liste des appareils d'automesure tensionnelle validés par l'Afssaps : <http://afssaps.sante.gouv.fr/htm/5/tensio.htm>
- *Surveiller et soigner l'hypertension*. N. Postel-Vinay et G. Bobrie. Éd. Odile Jacob, août 2003
- *Hypertension artérielle de l'adulte*. Milon H., Lantelme P., Rev Prat 2005 ; 55 : 423-32
- *Pharmacist's Role in Treating Hypertension*. Am J Health Syst Pharm 2002 ; 59 : 666-7

### Sites internet :

#### Pour les professionnels de santé et les patients :

[www.automesure.com](http://www.automesure.com) (Faculté de médecine Paris-V) : informations pratiques et scientifiques sur l'automesure tensionnelle, liste des appareils d'automesure tensionnelle validés par l'Afssaps, feuille de relevé des chiffres obtenus avec calcul automatique des moyennes des PAS et PAD et traduction graphique des résultats...

#### Pour les professionnels de santé :

[www.sfhta.org](http://www.sfhta.org) (Société française d'hypertension artérielle)

#### Pour les patients :

[www.comitehta.org](http://www.comitehta.org) (Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle)

[www.fedecardio.com](http://www.fedecardio.com) (Fédération française de cardiologie)

# RÔLES DU PHARMACIEN

Chaque rencontre avec le patient offre l'occasion d'améliorer la prise en charge de l'hypertendu, ou à tout le moins, de vérifier « que tout se passe bien ». Le suivi du patient hypertendu par le pharmacien doit être ambitieux car, au-delà de la dispensation des médicaments, il en est un acteur à part entière notamment avec l'aide à l'arrêt du tabac ou l'éducation à l'automesure tensionnelle. Il contribuera à :

## ➤ *Sensibiliser et informer le public*

L'information délivrée par le pharmacien peut contribuer au dépistage des sujets ne bénéficiant pas de suivi médical régulier. Professionnel de santé de proximité, le pharmacien rappellera à ses patients :

- l'absence fréquente de manifestation clinique de l'HTA ;
- les complications de l'HTA non contrôlée en intégrant la notion de risque cardiovasculaire global ;
- l'importance pour tous d'un contrôle régulier de la PA ;
- l'existence de mesures hygiéno-diététiques et de traitements médicamenteux efficaces permettant de normaliser la PA.

## ➤ *Délivrer des conseils hygiéno-diététiques personnalisés*

Arrêt du tabac, alimentation appropriée, activité physique régulière font partie intégrante de la prise en charge de l'HTA. Le suivi des mesures hygiéno-diététiques dépend largement de la motivation du patient. Le pharmacien occupe une place privilégiée pour conseiller, motiver et encourager. Il est en première ligne pour l'aide à l'arrêt du tabac.

## ➤ *Promouvoir le bon usage du médicament et l'observance des traitements*

Compte tenu du caractère silencieux de l'HTA et de la nécessité d'un traitement au long cours, l'observance est un élément déterminant de tout traitement antihypertenseur. L'information apportée par le pharmacien sera essentielle pour l'adhésion du patient à son traitement. En outre, le pharmacien est bien placé pour vérifier l'adéquation de la prescription avec le rythme de délivrance et repérer des défauts d'observance.

Lors de la dispensation, le pharmacien s'attachera à :

- faire reformuler par le patient la posologie et les horaires de prise des antihypertenseurs et/ou les lui rappeler ;
- informer le patient sur les éventuels effets indésirables (voir tableau 2). Dans tous les cas, inciter le patient à en parler à un professionnel de santé et lui rappeler de ne pas arrêter ou modifier son traitement sans l'avis du médecin ;
- en cas de forte chaleur, conseiller aux patients de boire 1 litre et demi à 2 litres d'eau par jour (sauf contre-indication médicale) tout en conservant une alimentation solide afin de recharger l'organisme en sels minéraux ;
- repérer les manifestations iatrogènes des médicaments antihypertenseurs et orienter si besoin le patient vers une consultation médicale ; les effets indésirables graves ou inattendus doivent être déclarés au centre régional de pharmacovigilance (art. R. 5121-170 du Code de la santé publique) ;
- insister sur la nécessité d'un suivi médical et biologique régulier (voir tableau 3) ;
- rester vigilant face à la dispensation de médicaments – prescrits ou non – susceptibles de modifier l'efficacité des antihypertenseurs ou d'en aggraver les effets indésirables (ex. : risque accru d'insuffisance rénale lié à la prise d'AINS chez des patients sous diurétiques, IEC ou ARA-II, notamment chez les sujets âgés...).

## ➤ *Éduquer les patients à l'automesure tensionnelle*

L'automesure ne se conçoit pas sans éducation du patient. La délivrance d'un autotensiomètre doit systématiquement s'accompagner d'une information pédagogique complète sur le mode d'utilisation pratique de l'appareil, la fréquence et les conditions de mesure... Demander au patient de mesurer lui-même sa tension dans un endroit calme de l'officine, sous les conseils du pharmacien, permet un apprentissage efficace de la technique d'automesure.

Le prêt ou la location de tensiomètres aux patients peut être un bon moyen de promouvoir l'automesure en dehors de toute considération commerciale. Les appareils conseillés doivent figurer sur la liste des autotensiomètres validés par l'AFssaps ; préférer les tensiomètres à brassard huméral plutôt qu'au poignet.

Le pharmacien pourra expliquer d'éventuelles discordances des résultats entre domicile et cabinet médical (effet « blouse blanche », HTA masquée) et identifier, le cas échéant, un dysfonctionnement de l'appareil et de son brassard.

Face aux résultats d'automesure, le pharmacien orientera le patient vers une consultation médicale si nécessaire, l'interprétation des résultats d'automesure restant un acte médical (HAS, octobre 2005).

## ➤ *Orienter le patient vers une consultation médicale, en cas :*

- de chiffres tensionnels (mesurés au domicile) trop élevés ;
- d'apparition de signes cliniques évocateurs d'une HTA (céphalées, bourdonnements d'oreilles, vertiges...);
- de survenue d'effets indésirables du traitement antihypertenseur (bradycardie importante, œdèmes, toux gênante...);
- de signes évocateurs d'une urgence hypertensive (voir page 2) : l'orientation doit se faire en urgence vers un service hospitalier spécialisé. **Contactez le 15 (SAMU) ou le 18 (pompiers).**

## Les erreurs à ne pas commettre

- proposer à la vente des tensiomètres non validés ;
- proposer des méthodes d'aide à l'arrêt du tabac, d'amaigrissement ou de baisse du cholestérol non conformes aux recommandations des autorités de santé ;
- effectuer à l'officine des prises de tension dans de mauvaises conditions (qualité non validée des appareils, absence de repos, environnement bruyant, position et horaires des mesures inadéquates).