



HTA-GWAD *info*

Revue d'information du groupe HTA-GUADELOUPE • www.htagwada.com
N°47 • Janvier, Février, Mars 2025

HTA-GWAD

15 Rue Perrinon,
97100 BASSE-TERRE
Tél.: 0590 80 86 87
Fax : 0590 80 86 88
Site : www.htagwada.com
Mail : htagwad@wanadoo.fr

Membres du comité de rédaction :

A. Atallah (Coordinateur) ;
C. Borgia ; K. Gauthier ;
S. Gatibelza ; E. Onesippe ;
F. Rance ; A. Sainte-Rose ;
S. Boubekour

HTA-GWAD INFO

La lettre du groupe
HTA-GUADELOUPE,
est adressée gratuitement
aux membres du réseau.
Les non-membres peuvent
recevoir la lettre sur
demande.

N°ISSN : 1769-7859



Les toutes récentes recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology), concernant l'Hypertension Artérielle, et l'élévation de la Pression Artérielle (nouveau) viennent d'être actualisées en 2024. Les dernières recommandations dataient de 2018. Le Groupe HTA-Guadeloupe retrace les points forts de ces recommandations à l'attention des professionnels de santé.



ESC 2024 :

Les messages clés des recommandations sur l'hypertension artérielle et l'élévation de la pression artérielle



Les messages clés des recommandations 2024 de la Société Européenne de Cardiologie

1/ Evaluer la Pression Artérielle :

1-a/ Classification et définitions

Une nouvelle classification est donc proposée. L'Hypertension Artérielle reste définie par une Pression Artérielle (PA) $> 140/90$ mmHg, mais on parle désormais d'élévation de la PA lorsque la PA Systolique (PAS) est entre 120 et 139 mmHg, et la PA Diastolique (PAD) entre 70 et 89 mmHg. Ces valeurs correspondent à la pression artérielle de consultation, et les recommandations fournissent les équivalences en pression artérielle ambulatoire (*tableau 1*).

	PA non élevée	Élévation de la PA	HTA
Mesure de consultation	PA $< 120 /70$ mmHg	PAS : 120-139mmHg PAD : 70-89 mmHg	PA $\geq 140 /90$ mmHg
Mesure à domicile	PA $< 120 /70$ mmHg	PAS : 120-134 mmHg PAD : 70-84 mmHg	PA $\geq 135 /85$ mmHg
MAPA sur 24 h	PA $< 115 /65$ mmHg	PAS : 115-129 mmHg PAD : 65-79 mmHg	PA $\geq 130 /80$ mmHg
MAPA diurne	PA $< 120 /70$ mmHg	PAS : 120-134 mmHg PAD : 70-84 mmHg	PA $\geq 135 /85$ mmHg
MAPA nocturne	PA $< 110 /60$ mmHg	PAS : 110-119 mmHg PAD : 60-69 mmHg	PA $\geq 120 /70$ mmHg

Tableau 1 : Définition et classification de l'élévation de la pression artérielle (PA) et de l'hypertension artérielle (HTA)

Objectifs de cette nouvelle classification :

En cas de PA non-élevée confirmée : il n'existe pas de preuves en faveur d'un traitement antihypertenseur, il faut encourager un mode de vie sain et réévaluer la pression artérielle dans le futur.

En cas d'élévation de la PA confirmée : un traitement antihypertenseur peut être indiqué chez un patient à haut risque dont la pression artérielle resterait au-dessus de 130/80 mmHg malgré les règles hygiéno-diététiques.

En cas d'HTA confirmée : un traitement antihypertenseur est formellement indiqué, immédiatement, en parallèle des règles hygiéno-diététiques.

1-b/ Mesure de la pression artérielle

La mesure de la pression artérielle en consultation doit respecter certains standards pour être fiable et reproductible. Elle doit être réalisée après 5 minutes en position assise dans un environnement calme, le brassard doit être positionné au niveau du bras et celui-ci doit bénéficier d'un support afin que les contractions musculaires ne viennent pas altérer la mesure de la PA.

Les mesures doivent être répétées trois fois et moyennées.

Ces contraintes, peu respectées dans la pratique quotidienne, expliquent l'intérêt majeur de la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet.

Lors de la première consultation, il est recommandé de rechercher une hypotension orthostatique en cas d'élévation de la pression artérielle, d'hypertension artérielle ou de symptômes évocateurs et de mesurer la pression artérielle aux deux bras afin de détecter une éventuelle différence entre les 2 bras et de réaliser d'autres mesures en cas de différence > 10 mmHg(I/A). La recherche du pouls doit exclure une éventuelle arythmie et évaluer la fréquence cardiaque(I/A). En effet, la plupart des appareils de mesure tensionnelle ne sont pas validés en cas d'arythmie, et dans ce contexte il faudrait privilégier une mesure auscultatoire de la pression artérielle. Enfin la mesure doit être réalisée grâce à un brassard validé et adapté à la circonférence du bras du patient.

En cas de suspicion d'hypertension artérielle (PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg) ou de pres-

sion artérielle élevée associée à des facteurs de risque, le diagnostic doit être confirmé par une automesure tensionnelle ou par une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) dès lors qu'elle est logiquement possible. Lorsque ces mesures en dehors du cabinet ne sont pas possibles, des mesures répétées au cabinet peuvent alors être utilisées.

1-c/ Évaluation du risque cardiovasculaire global

Après avoir confirmé le diagnostic d'hypertension artérielle ou d'élévation de la pression artérielle, l'évaluation du risque cardiovasculaire global est la pierre angulaire de la prise en charge. L'objectif du traitement antihypertenseur est de diminuer le risque cardiovasculaire global. Le traitement sera d'autant plus précoce, intensif et bénéfique que ce risque est élevé.

Le patient est placé à haut risque cardiovasculaire devant une insuffisance rénale chronique moyenne à sévère (DFGe < 60 ml/min/m² et/ou RAC (rapport albuminurie / créatininurie > 30 mg/g), une maladie cardiovasculaire ou une insuffisance cardiaque connue, un diabète type 1 ou 2 à haut risque, une hypercholestérolémie familiale ou un risque évalué par SCORE > 10%. Le SCORE-2 (validé entre 40 et 69 ans) et le SCORE-2-OP (validé après 70 ans), introduits dans les précédentes recommandations sur la prévention cardiovasculaire, constituent des outils précieux et doivent être utilisés (I/B) afin d'évaluer le risque d'évènements cardiovasculaires à 10 ans. Chez les patients diabétiques, les guidelines de 2023 ont proposé un score spécifiquement adapté à cette population :

le SCORE-2-Diabetes et qui peut être utilisé chez le patient hypertendu (IIa/B). Pour rappel, un patient est considéré à bas risque cardiovasculaire en cas de SCORE-2(OP) < 5%, à risque modéré pour un SCORE-2(OP) entre 5 et 10 %, à haut risque cardiovasculaire pour un SCORE-2(OP) entre 10 et 20 %, à très haut risque cardiovasculaire en cas de SCORE-2(OP) > 20 %.

1-d/ Bilan initial devant la découverte d'une hypertension artérielle

Le bilan systématique en cas d'HTA ou d'élévation de la PA confirmées est globalement main-



tenu par rapport aux précédentes guidelines de 2018 :

- Hémoglobine / Hématocrite
- Ionogramme comprenant natrémie et kaliémie
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire
- Rapport albuminurie sur créatinurie (RAC)
- Glycémie +/- HbA1c
- Exploration des anomalies lipidiques
- TSH
- ECG 12 dérivation

Pour la première fois, le dosage en conditions standardisées de l'aldostérone et de la rénine est proposé au diagnostic, chez tous les patients hypertendus confirmés (IIa/B). Cela est justifié par la prévalence importante de l'hyperaldostéronisme primaire, retrouvé chez 6 à 11% des hypertendus tout venant, et l'impact important de cette étiologie sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient.

2/ Prendre en charge l'hypertension artérielle

2-a/ Règles hygiéno-diététiques

Les règles hygiéno-diététiques jouent un rôle crucial dans ces recommandations tant dans la gestion du contrôle tensionnel que dans le bénéfice plus large sur la santé cardiovasculaire.

La restriction en sodium (< 2g / jour, soit < 5 g de sel par jour) est un élément recommandé qui était déjà largement connu, mais des données plus récentes confortent chez les patients qui présentent une alimentation riche en sodium, l'enrichissement naturel de l'alimentation en potassium notamment via les fruits et légumes et la substitution par des sels enrichis en potassium à des doses de 0,5-1g/ jour chez les patients sans insuffisance rénale chronique modérée ou avancée. Chez les patients avec une insuffisance rénale chronique, un monitoring des taux sériques de potassium doit être envisagé en cas de prise concomitante de diurétiques d'épargne potassique et de consommation alimentaire enrichie en potassium. L'équilibre alimentaire et une alimentation saine et équilibrée tel que le régime DASH ou le régime méditerranéen doivent être encouragés. La consommation de sucres libres et en particulier les boissons sucrées ne doivent pas



constituer plus de 10 % de l'apport énergétique et doivent être découragés en particulier dès le plus jeune âge. L'alcool doit être évité si possible et dans tous les cas ne pas dépasser 100 g/semaine d'alcool pur.

L'activité physique ainsi que la lutte contre la sédentarité sont des mesures non médicamenteuses primordiales. Les recommandations antérieures de pratiquer au minimum 150 minutes d'activité physique modérée par semaine restent indiquées, mais 75 minutes d'activité physique vigoureuse répartie sur trois jours peuvent être également réalisées en complément d'activité d'intensité faible ou modérée. En cas d'HTA non contrôlée au repos, l'exercice de l'intensité doit être pratiqué avec prudence, (une PAS > 200 mmHg et une PAD > 110 mmHg, représentant des contre-indications relatives).

2-b/ Seuils d'initiation du traitement pharmacologique et pression-cible

Les nouvelles recommandations de l'ESC 2024 définissent clairement les valeurs-seuils pour l'initiation du traitement antihypertenseur ainsi que les cibles de pression artérielle (PA) à atteindre pour réduire au maximum les événements cardiovasculaires.

En cas d'hypertension artérielle, l'instauration immédiate d'un traitement anti-hypertenseur est

recommandée indépendamment du risque cardiovasculaire du patient (I/A), en parallèle des règles hygiéno-diététiques.

Un traitement antihypertenseur peut être indiqué en cas d'élévation des chiffres tensionnels (PAS entre 130 et 139 mmHg ou PAD entre 80 et 89 mmHg) chez les patients à haut risque ou très haut risque cardiovasculaire, si cette élévation persiste malgré 3 mois de mesures hygiéno-diététiques(I/A).

En cas d'hypotension orthostatique, au-delà de 85 ans, chez les personnes présentant une fragilité modérée à sévère ou une espérance de vie de moins 3 ans, il est recommandé de ne traiter que les situations d'hypertension artérielle.

Une fois le traitement instauré, les cibles thérapeutiques sont plus exigeantes qu'auparavant puisqu'elles préconisent de viser une PAS entre 120 et 129 mmHg et une PAD entre 70 et 79 mmHg, idéalement 120/70, mmHg si la tolérance le permet (I/A). Cette attitude plus stricte est justifiée par des données récentes notamment des méta-analyses qui ont démontré qu'une atteinte de ces valeurs réduit significativement les événements cardiovasculaires. Une PAS à la cible (120 mmHg) associée à une PAD > 80 mmHg pourrait faire discuter une intensification thérapeutique pour réduire le risque cardiovasculaire.

En revanche, en cas d'espérance de vie limitée, chez les patients très âgés et en cas d'hypotension orthostatique ; les objectifs de contrôle tensionnel sont moins stricts en visant par exemple une PAS < 140 mmHg en cas d'hypotension orthostatique et les personnes de plus de 85 ans et une PA < 140/90 mmHg chez les personnes présentant une fragilité modérée à sévère et une espérance limitée de moins de 3 ans. En cas de mauvaise tolérance, il vaut viser une PAS aussi basse que raisonnablement atteignable (Principe ALARA : « As Low As Reasonably Achievable »).

2-d/ Hypertension artérielle résistante

Dans ce contexte il est préconisé de réaliser un bilan d'HTA secondaire, en adressant le patient à un centre expert pour cela, et d'ajouter un antagoniste des récepteurs aux minéralo-corticoïdes tel que la spironolactone. Si la spironolactone est mal tolérée, il pourra être envisagé de la relayer par de l'Eplérénone. En cas d'inefficacité, on pourra ajouter un bêtabloquant à la place des an-

2-c/ Traitement médicamenteux : cas général

L'algorithme de prise en charge de l'hypertension artérielle est globalement maintenu par rapport aux précédentes recommandations.

Il existe une indication d'emblée à une bithérapie fixe associant un bloqueur du SRA, un inhibiteur calcique, ou un diurétique (I/A).

Un traitement par monothérapie seule devra être préféré uniquement chez les patients très âgés de plus de 85 ans, présentant une fragilité gériatrique modérée à sévère, une hypotension orthostatique, ou bien chez les patients avec une élévation de la pression artérielle (entre 130/80 et 140/90 mmHg).

En cas de non-contrôle tensionnel après un à trois mois (et si possible à un mois), une trithérapie doit être envisagée combinant ces trois classes à mi-dose, puis en cas de non-contrôle persistant une titration à pleine dose est recommandée, si possible en un seul comprimé (I/A). Pour la première fois, il est fortement recommandé que la surveillance de la pression artérielle sous traitement soit réalisée par des mesures de pression artérielle ambulatoire, et que les valeurs obtenues par ces méthodes soient utilisées pour la titration thérapeutique plutôt que les mesures de pression artérielle en consultation (I/B).

Traitement de première intention	Prise en charge de l'HTA par bithérapie au choix parmi : (IEC+TZD) ou (IEC+ICa) ou (ARA2+TZD) ou (ARA2+ICa)
Traitement de niveau 2	(IEC+ICa) ou (ARA2+ICa) Et Hydrochlorothiazide
Traitement de niveau 3. HTA résistante	

tagonistes des récepteurs minéralo-corticoïdes. Enfin, si malgré toute la Pression Artérielle n'est pas contrôlée le recours un alpha-bloquant, un antihypertenseur d'action centrale, l'Hydralazine ou encore d'autres diurétiques d'épargne potassique peuvent être alors envisagés.

Les bêtabloquants peuvent être envisagés à tout instant de la prise en charge non pas directement pour la prise en charge de l'HTA mais en cas d'indication élective de cette classe thérapeutique (angor, insuffisance cardiaque).

L'association entre deux bloqueurs du SRA est formellement contre-indiquée. Concernant le moment de prise des médicaments il n'a pas été démontré de bénéfices à la prise des médicaments le matin ou le soir de sorte que les deux sont possibles selon les habitudes et les préférences du patient. En effet l'adhésion thérapeutique est un enjeu majeur de la prise en charge

des patients.

La dénervation rénale par cathéter a une place pour la première fois dans des guidelines de l'ESC hors des essais cliniques, puisqu'elle peut être envisagé dans des centres ayant un volume d'activité moyen à important en cas d'hypertension artérielle résistante malgré une trithérapie chez des patients qui expriment une préférence pour la dénervation rénale avec une discussion partagée et une évaluation multidisciplinaire.



3/ Populations particulières et spécificités de prise en charge

3-a/ Chez l'adulte jeune (18-40 ans)

L'HTA est en augmentation dans cette tranche d'âge souvent liée à une dégradation du mode de vie, à l'obésité et des facteurs socio-économiques. La prévalence des HTA secondaires est particulièrement élevée dans cette population et un bilan spécifique de recherche d'une cause secondaire est particulièrement indiqué sauf chez les obèses pour lequel un dépistage premier d'un SAOS doit d'abord être réalisé. Il convient de se rappeler que l'évaluation du risque cardiovasculaire ne doit pas utiliser le score de risque cardiovasculaire SCORE-2 puisque celui-ci n'est pas validé chez les moins de 40 ans ; et un screening des atteintes des organes cibles doit être méticuleusement réalisé et peut permettre de mieux stratifier le risque cardiovasculaire. Une attention particulière à l'adhésion thérapeutique et à l'observance doit être accordée puisque cette tranche d'âge pose d'importants problèmes d'inobservance (parfois > 50 % d'inobservance dans certaines études).

3-b/ Femmes enceintes

L'HTA chronique de la femme enceinte définie par une HTA développée dans les 20 premières semaines de gestation persistance après 6 semaines de post-partum et l'HTA gestationnelle qui elle, se développe après 20 semaines de gestation et résout le plus souvent dans les 6 premières semaines du post-partum doivent être traitées dès que la PA >140 /90 mmHg avec un objectif de PA < 140 /90 mmHg sans toutefois descendre en-dessous de 80 mmHg de PAD. S'il existait autrefois l'idée que respecter une hypertension artérielle légère entre 140 et 160 mmHg de PAS pouvait être légitime afin d'améliorer la perfusion foeto-placentaire, l'étude CHAP-Trial a battu en brèche cette idée et confirmé l'avantage d'un traitement systématique de l'HTA préexistante ou gestationnelle de la femme



enceinte par des molécules adaptés.

Les molécules indiquées en première intention durant la grossesse sont les inhibiteurs calciques non bradycardisants (et préférentiellement la nifédipine), le labétalol et le méthyl-dopa. Les bloqueurs du SRA doivent être évités dans ce contexte. Mais les mesures non médicamenteuses ne doivent pas être négligées et notamment l'activité physique modérée, avec accord de l'obstétricien et en l'absence de contre-indication. Enfin, une hospitalisation peut être indiquée en cas de PAS > 160 mmHg ou de PAD > 110 mmHg (IIa/C).

3-c/ Personnes très âgées (> 85 ans)

Chez les personnes très âgées > 85 ans, une évaluation gériatrique globale incluant une évaluation de la fragilité gériatrique doit être réalisée. En l'absence de fragilité, un traitement anti-hypertenseur est recommandé dès le diagnostic d'HTA confirmé (> 140/90 mmHg en pression de consultation), mais pas en cas d'élévation des chiffres tensionnels (130-140 mmHg de pression artérielle systolique). Chez les personnes connues hypertendus, il faut poursuivre le traitement anti-hypertenseur et il n'est pas recommandé de l'arrêter si celui-ci est bien toléré. En revanche, si le niveau de fragilité progresse, il peut être envisagé de diminuer le traitement antihypertenseur et les molécules potentiellement hypotensives comme les alpha-bloquants d'action prostatique et les sédatifs.

Sur le plan pharmacologique, il faut privilégier les inhibiteurs calciques non bradycardisants d'action longue et les bloqueurs du SRA ; et réserver secondairement les diurétiques à faible dose tout en évitant si possible les bêtabloquants et les alpha bloquants (IIa/B).

3-d/ Patients issus d'Afrique subsaharienne ; population noire

Chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne, les bloqueurs du SRA sont moins efficaces que les autres classes médicamenteuses tandis que les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques sont particulièrement performants. Dans ce contexte, il faut privilégier en première intention une bithérapie associant un inhibiteur calcique et un diurétique ou un bloqueur du SRAA.