

# Hypertension artérielle et prévention cardiovasculaire : ce qui a changé en 2014

## *Hypertension and cardiovascular prevention : what has changed in 2014*

**P. van de Borne**

Service de Cardiologie, Hôpital Erasme

### RESUME

*Au cours des deux dernières années sont apparues plusieurs recommandations internationales sur la prise en charge du patient hypertendu et la gestion des facteurs de risque cardiovasculaire. Cet article résume les modifications principales susceptibles d'intéresser le médecin généraliste.*

*Rev Med Brux 2014 ; 35 : 301-5*

### ABSTRACT

*During the two past years, several recommendations regarding the management of the hypertensive patient and cardiovascular risk have been published. This article is focused on the main changes which are important for the general practitioner.*

*Rev Med Brux 2014 ; 35 : 301-5*

*Key words : hypertension, cardiovascular risk, general practitioner*

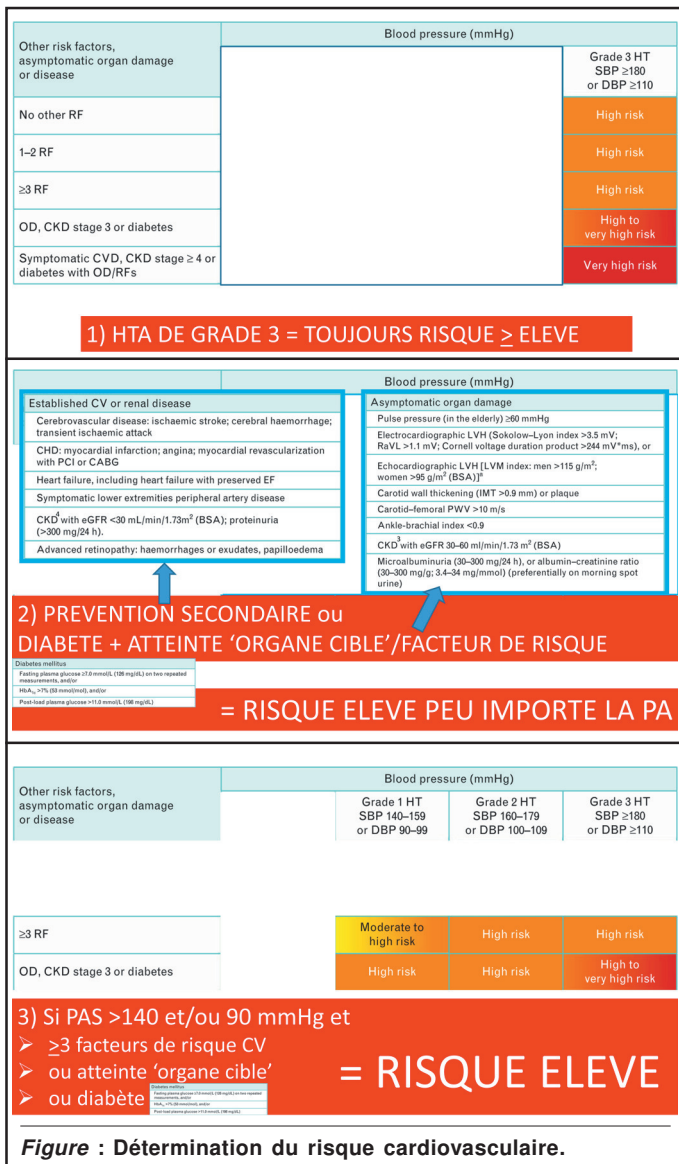
Ce texte reprend les modifications principales qui sont apparues dans les différentes recommandations au sujet de la prise en charge de l'hypertension artérielle et du risque cardiovasculaire. Pour percevoir pleinement l'ensemble des modifications, il faut évidemment lire les articles eux-mêmes qui sont malheureusement parfois très longs. Cette publication se veut surtout un résumé des éléments qui semblent être les plus importants pour l'auteur du document.

### DES NIVEAUX D'EVIDENCE...

La première chose intéressante dans les recommandations de la Société Européenne d'Hypertension et de Cardiologie<sup>1</sup> est qu'elles ont ajouté un niveau d'évidence. Le niveau d'évidence le plus important est la classe A (données obtenues par de multiples études randomisées ou des méta-analyses). La classe B correspond à des données provenant d'une seule étude randomisée ou de multiples études non randomisées. La classe C provient d'avis d'experts, d'études rétrospectives, de registres... Dans les éditions précédentes, le niveau d'évidence était perceptible dans la manière dont le texte était rédigé, mais ceci était plus sujet à interprétation. Cet article traitera essentiellement des données pour lesquelles il existe un niveau d'évidence élevé.

### COMMENT DETERMINER LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE ? (figure)

Les recommandations nous encouragent à déterminer le risque cardiovasculaire global et nous rappellent qu'un risque à 10 ans de décéder d'une affection cardiovasculaire (événement cardiaque et/ou cérébrovasculaire) de  $\geq 5\%$  est considéré de manière arbitraire comme étant un risque élevé. Il est important de retenir que ce calcul ne peut être effectué que chez les sujets asymptomatiques et éventuellement hypertendus qui ne présentent pas de maladie cardiovasculaire avérée, d'insuffisance rénale ou de diabète. Ces dernières catégories sont considérées comme étant d'office à risque cardiovasculaire élevé. Enfin, nos décisions thérapeutiques doivent reposer sur le risque cardiovasculaire global initial, avant que le traitement ait été instauré, sans quoi nos calculs pourraient nous amener à arrêter certaines mesures préventives, le risque du patient ayant considérablement diminué sous l'effet des traitements. Les tables qui graduent le niveau de risque cardiovasculaire en fonction du niveau de pression artérielle n'ont pas beaucoup changé. Il est toutefois important de se souvenir qu'à partir du moment où le patient présente une hypertension artérielle (pression systolique  $> 140$  mmHg et/ou pression diastolique  $> 90$  mmHg),



celui-ci peut être considéré à haut risque cardiovasculaire, à partir du moment où il présente au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire ou une atteinte d'organes cibles supplémentaires, une insuffisance rénale de stade III ou un diabète. Les patients qui ont une pathologie cardiovasculaire symptomatique, une insuffisance rénale plus avancée, ou du diabète avec une atteinte d'organes cibles ou bien où d'autres facteurs de risque se sont rajoutés, sont d'office à très haut risque cardiovasculaire indépendamment de leur niveau de pression artérielle. Il est pratique également de se souvenir que tout patient présentant une hypertension artérielle de grade III (pression systolique ≥ 180 mmHg et/ou pression diastolique > 110 mmHg) est toujours à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé. Tout sujet hypertendu qui présente au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire présente donc un risque cardiovasculaire élevé. Cette situation n'est pas du tout inhabituelle. En effet, des facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, le sexe masculin, un âge de > 55 ans pour les hommes ou de > 65 pour les femmes, fumer, une dyslipidémie, un trouble du métabolisme glucidique, une obésité ou une histoire familiale d'événements cardiovasculaires prématurés (homme < 55 ans, femme < 65 ans) sont très prévalents. Il suffit

donc qu'un sujet masculin de 66 ans présente une hypertension artérielle et une dyslipidémie pour que son risque de décéder d'un événement cardiovasculaire endéans les 10 ans soit ≥ 5 %.

Les recommandations conseillent de rechercher systématiquement des atteintes d'organes cibles (micro-albuminurie, hypertrophie ventriculaire gauche, plaque d'athérome au niveau des ultrasons carotidiens, ...) dans la mesure où elles permettent de préciser le risque cardiovasculaire chez un nombre relativement important de patients, particulièrement ceux qui sont à risque cardiovasculaire modéré. En effet, la présence d'un épaississement de l'intima-média carotidienne de > 0,9 mm ou la présence d'une plaque d'athérome ont une valeur prédictive indépendante importante quant à la survenue d'un événement cardiovasculaire ultérieur.

**QUELLES SONT LES INDICATIONS POUR EFFECTUER DES MESURES DE LA PRESSION ARTERIELLE EN DEHORS DU CABINET DE CONSULTATION ?**

Les recommandations listent ici en premier lieu la suspicion d'une hypertension artérielle de la " blouse blanche " ou d'une " hypertension artérielle masquée " (lorsque la pression artérielle à domicile ou ambulatoire est anormalement élevée alors que la pression artérielle en consultation figure dans les limites de la normale). Suivent ensuite les recherches d'hypotension orthostatique, de dysfonction autonome, d'hypotension postprandiale ou d'hypotension induite par le traitement pharmacologique, lorsqu'il y a également une variabilité très importante de la pression artérielle au cabinet de consultation et enfin lorsque le médecin veut objectiver l'existence d'une hypertension artérielle résistante au traitement.

**QUAND EST-IL RECOMMANDE DE FAIRE UNE MESURE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTERIELLE ?**

Les recommandations citent en premier les discordances importantes entre la pression artérielle de consultation et la pression artérielle mesurée à domicile, et lorsque le médecin souhaite déterminer si la pression artérielle chute durant la nuit.

**VALEURS NORMALES DE PRESSION ARTERIELLE EN DEHORS DU CABINET DE CONSULTATION**

Il est également important de se souvenir que la valeur normale de la pression artérielle à domicile, tout comme la valeur normale de la pression ambulatoire diurne, diffèrent de celle de la pression artérielle au cabinet de consultation (pression artérielle inférieure à 140 et/ou 90 mmHg). En effet, à domicile et lors des mesures ambulatoires diurnes de la pression artérielle, la valeur normale de la pression artérielle systolique est de < 135 mmHg et de < 85 mmHg pour la pression artérielle diastolique. Il est aussi important de se rappeler qu'il n'y a pas de données sur la valeur

pronostique de la pression artérielle durant l'exercice dynamique. Toutefois, la présence d'une hypertension artérielle à l'exercice pourrait nous inciter à effectuer des mesures tensionnelles à domicile, ou une mesure ambulatoire de la pression artérielle, pour dépister une hypertension artérielle masquée.

### **QUEL TRAITEMENT ?**

Pour ce qui est des mesures hygiéno-diététiques, on recommande de réduire la consommation de sel à moins de 6 g/jour, de réduire la consommation d'alcool à moins de 30 g /jour pour les hommes et moins de 20 g/jour pour les femmes, d'augmenter la consommation de végétaux, de fruits et de produits laitiers écrémés, de réduire le poids en dessous de 25 kg/m<sup>2</sup> et la circonférence abdominale sous 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme, d'effectuer de l'exercice régulier modéré et dynamique à raison d'au moins 30 min. 5 à 7 fois par semaine et de conseiller à tous les fumeurs d'arrêter leur assuétude.

En ce qui concerne l'hypertension artérielle de la blouse blanche, il faut recommander des mesures hygiéno-diététiques et suivre le patient de manière répétée. Si le risque cardiovasculaire de ce patient est malgré tout augmenté, un traitement pharmacologique en plus des mesures hygiéno-diététiques peut être envisagé. En cas d'hypertension artérielle masquée, un traitement antihypertenseur doit être débuté car le risque cardiovasculaire des patients présentant une hypertension artérielle masquée est très proche de celui des patients hypertendus conventionnels.

En ce qui concerne la prise en charge pharmacologique, elle peut être résumée relativement simplement en rappelant que tous les patients doivent bénéficier de mesures hygiéno-diététiques, auxquelles on ajoutera des médicaments hypotenseurs aussitôt que le risque cardiovasculaire du patient est élevé. L'initiation rapide d'un traitement est recommandée chez les sujets dont la pression artérielle est de grade II (systolique 160 à 179 mmHg et/ou diastolique 100-109 mmHg) ou III, quel que soit le niveau de risque cardiovasculaire, et ceci après quelques semaines de mesures hygiéno-diététiques. Il en va de même pour les patients qui ont un risque cardiovasculaire élevé en raison d'atteinte d'organes cibles, de diabète, de pathologies cardiovasculaires établies ou d'insuffisance rénale, même lorsque l'hypertension artérielle n'est qu'au grade I. Lorsque le risque cardiovasculaire du patient est modéré, mais que la pression artérielle reste à un niveau de grade I après plusieurs visites où l'on constate que les mesures hygiéno-diététiques n'apportent pas d'améliorations, il est aussi conseillé d'initier un traitement antihypertenseur. Par contre, lorsque le patient présente une pression artérielle normale haute (systolique 130 mmHg à 139 mmHg et/ou diastolique 85 à 89 mmHg), il n'y a plus d'évidence qu'il faille initier un traitement antihypertenseur. Enfin, il y a des arguments qui permettent de penser que des sujets jeunes présentant une hypertension artérielle systolique isolée ne devraient bénéficier que de

mesures hygiéno-diététiques.

### **QUEL NIVEAU DE PRESSION ARTERIELLE ATTEINDRE ?**

Il est recommandé d'atteindre un niveau de pression < 140 mmHg pour la pression artérielle systolique chez presque tous les patients. La pression diastolique doit être abaissée en dessous de 90 mmHg dans tous les cas, sauf chez le patient diabétique chez qui l'on peut atteindre des valeurs < 85 mmHg. Généralement, une réduction de la pression artérielle diastolique entre 80 et 85 mmHg sera sans risque et bien tolérée. Un niveau de pression artérielle < 140 mmHg est également recommandé chez tous les patients en prévention secondaire d'événement cardiovasculaire, ainsi qu'en présence d'une insuffisance rénale ou de diabète.

### **QUELQUES PSEUDO-EFFETS INDESIRABLES...**

Les recommandations soulignent que l'effet diabéto-gène des bêtabloquants et des diurétiques, qui " facilitaient l'apparition de nouveaux cas de diabète chez les patients prédisposés ", a sans doute été exagéré dans la littérature médicale. La chlortalidone est considérée comme étant comparable à l'indapamide et l'hydrochlorothiazide, et aucune recommandation particulière ne peut être donnée pour un de ces agents diurétiques en particulier chez le patient hypertendu. Les antagonistes calciques à longue durée d'action n'augmentent certainement pas les événements coronaires. L'effet moindre des antagonistes calciques sur les nouveaux cas d'insuffisance cardiaque semble surtout lié au protocole des études. Ils sont probablement essentiellement explicables par l'arrêt des traitements essentiels de l'insuffisance cardiaque (diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ...). En effet, toutes les études qui ont poursuivi les diurétiques, les bêtabloquants, et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion n'ont jamais montré que les antagonistes calciques étaient inférieurs aux autres classes d'antihypertenseurs pour prévenir les nouveaux cas d'insuffisance cardiaque. Notons encore que pour ce qui est de la dysfonction érectile, il est considéré que, par rapport aux anciens antihypertenseurs, les nouveaux médicaments (antagonistes de l'angiotensine et inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes calciques et bêtabloquants vasodilatateurs) n'ont pas d'effet délétère.

### **QU'EN EST-IL DE L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE APRES 80 ANS ?**

Chez les sujets âgés, il est recommandé d'avoir une pression artérielle systolique < 160 mmHg en raison du fait qu'il n'y a pas eu d'études sur le bénéfice d'abaisser la pression artérielle entre 150 et 140 mmHg. Toutefois, si les sujets sont des octogénaires en bon état général, il est recommandé d'abaisser la pression artérielle entre 150 et 140 mmHg, et tous les agents antihypertenseurs peuvent être utilisés pour cela, même

si les diurétiques et les antagonistes calciques seront préférés en cas d'hypertension artérielle systolique isolée. Chez le patient octogénaire fragile, il n'y a pas de recommandation quant au niveau de pression artérielle à atteindre, et cette décision est laissée au praticien. Si le patient octogénaire a une pression artérielle bien contrôlée suite au traitement qu'il recevait avant l'âge de 80 ans, et que ce traitement continue à être bien toléré, il n'y a pas de raison de le modifier et la pression artérielle systolique peut certainement rester en dessous de 140 mmHg.

### **EN CAS DE DIABETE OU DE " SYNDROME METABOLIQUE "...**

L'initiation du traitement antihypertenseur est certainement indiquée lorsque la pression systolique est > 160 mmHg et cette recommandation peut être étendue aux pressions artérielles supérieures à 140 mmHg. Toutes les classes d'antihypertenseurs peuvent être recommandées, en se souvenant que les médicaments qui bloquent le système rénine angiotensine sont un premier choix, en particulier lorsqu'il y a une protéinurie ou une micro-albuminurie. Ce qui est par contre clairement déconseillé (niveau d'évidence A), c'est l'administration simultanée de deux médicaments qui bloquent le système rénine angiotensine. Il en est de même en cas de diabète. Pour ce qui est des patients qui présentent un syndrome métabolique, on insiste comme d'habitude sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques et la nécessité de maintenir la pression artérielle < 140/90 mmHg. Ici aussi, il est important d'utiliser des médicaments qui bloquent le système rénine angiotensine et des antagonistes calciques qui ne modifient pas la sensibilité à l'insuline.

### **ET LE PATIENT INSUFFISANT RENAL ?**

Pour ce qui est de l'insuffisance rénale, les médicaments qui bloquent le système rénine angiotensine sont plus efficaces que les autres classes d'antihypertenseurs pour prévenir l'apparition d'une protéinurie importante chez les patients qui présentent une micro-albuminurie, et chez la majorité de ces patients la normalisation des chiffres tensionnels nécessite d'utiliser plusieurs molécules anti-hypertensives différentes, parmi lesquelles doit figurer un médicament qui bloque le système rénine angiotensine. Il faut abaisser la pression artérielle en dessous de 140 mmHg, et en présence d'une protéinurie importante, la pression artérielle systolique peut être abaissée en dessous de 130 mmHg, pour autant que la fonction rénale soit surveillée de près. A nouveau, les recommandations insistent sur le fait qu'il ne faut pas associer deux médicaments qui bloquent le système rénine angiotensine et conseillent d'éviter les antagonistes de l'aldostérone en raison d'un risque excessif d'hyperkaliémie et d'altération de la fonction rénale.

## **AVANT ET APRES UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL ET/OU UN ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE**

Toutes les classes de médicaments peuvent être utilisées pour prévenir un accident vasculaire cérébral, ce qui nécessite aussi que la pression artérielle soit abaissée en dessous de 140 mmHg. Toutefois, chez les sujets âgés qui ont déjà présenté un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire, les niveaux de pression artérielle systolique qui conduisent à l'instauration d'un traitement antihypertenseur peuvent être quelque peu plus élevés. Enfin, il est recommandé de ne pas faire baisser la pression artérielle durant la première semaine après un accident vasculaire cérébral, quel que soit le niveau de pression artérielle que présente le patient. Le jugement clinique du praticien prévaudra toutefois lorsque la pression artérielle est extrêmement élevée dans ces circonstances.

## **NOUVEAUTES DANS LA PATHOLOGIE CORONAIRE ET L'ARTERITE PERIPHERIQUE**

En ce qui concerne la pathologie coronaire, il n'y a pas d'étude qui montre qu'abaisser la pression artérielle systolique en dessous de 130 mmHg soit utile. Il y a même une suspicion que lorsque la pression artérielle est trop abaissée chez les patients coronariens diabétiques, on favoriserait même la survenue d'événements coronaires. En cas d'artérite périphérique, la pression artérielle doit être abaissée en dessous de 140/90 mmHg. Les antagonistes calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont utiles, car ils semblent mieux retarder le développement de l'athérosclérose que les diurétiques et les bêtabloquants. L'utilisation de bêtabloquants doit être prudente, quoiqu'ils ne semblent pas aggraver les symptômes de l'artérite périphérique.

## **TRAITEMENTS INVASIFS DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE**

Pour ce qui est de la dilatation percutanée des artères rénales, on rappelle qu'il y a des données convaincantes sur l'utilité de ces procédures chez les sujets jeunes atteints d'une dysplasie fibromusculaire et dont la pression artérielle n'est pas contrôlée. Toutefois, il en va tout autrement en cas de lésion athérosclérotique rénale, certainement si la fonction rénale est restée stable au cours des 6 à 12 derniers mois et si le traitement médical permet un contrôle acceptable des chiffres tensionnels. Enfin, contrairement aux résultats d'études dont la méthodologie était imparfaite, la dénervation rénale ne diminue pas plus la pression artérielle que le traitement médical optimal en cas d'hypertension artérielle résistante à au moins 3 antihypertenseurs dont un diurétique.

## ET LES AUTRES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE ?

En ce qui concerne les autres facteurs de risque cardiovasculaire, il est recommandé d'utiliser des statines chez les patients hypertendus dont le risque cardiovasculaire est modéré à élevé et d'abaisser le LDL-cholestérol en dessous de 115 mg/dl. Lorsqu'il existe une pathologie coronaire avérée, le niveau à atteindre avec des statines est inférieur à 70 mg/dl. Enfin, chez l'hypertendu diabétique, une hémoglobine glyquée < 7 % est recommandée, et ceci peut nécessiter le recours à un traitement antidiabétique. Chez les patients plus âgés, fragiles, avec des antécédents de diabète de plus longue durée et ayant d'autres comorbidités, le niveau d'hémoglobine glyquée à atteindre est plus élevé (< 7,5 à 8 %). Un traitement antiplaquettaire, tel qu'une faible dose d'aspirine, est recommandé chez le patient hypertendu ayant déjà présenté un événement cardiovasculaire. Pour ce qui est de l'administration à faibles doses d'aspirine en dehors de ces indications, il existe quelques études qui montrent que chez le sujet hypertendu dont la filtration glomérulaire est altérée, on prévient des événements cardiovasculaires, pour autant que la pression artérielle soit bien contrôlée. L'aspirine à faibles doses n'est cependant pas recommandée pour la prévention cardiovasculaire chez des sujets à risque cardiovasculaire léger à modéré. En cas de diabète non compliqué, les études n'ont pas réussi à démontrer que la prescription de faibles doses d'aspirine apportait un bénéfice.

## QUELS EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDER LORS DU SUIVI DU PATIENT ?

L'évolution de l'hypertrophie ventriculaire gauche à l'électrocardiogramme et à l'échographie cardiaque sont les paramètres dont le suivi apporte la meilleure estimation pronostique du patient ; par contre, la vitesse de changement de ces paramètres au cours du temps est relativement lente et nécessite d'attendre au moins une période de 6 mois avant de demander un contrôle. La protéinurie est, par contre, très sensible aux modifications du risque cardiovasculaire. Elle se modifie rapidement (endéans quelques semaines à un mois) mais sa valeur pronostique est moindre.

## ET AUX USA ?

D'autres recommandations ont été publiées. En 2014 sont parues celles de la " Société Américaine d'Hypertension et de la Société Internationale d'Hypertension " de l'" *American Heart Association* " et de l'*American College of Cardiology*<sup>4</sup> et le JNC 8<sup>5</sup>. Ces recommandations ne diffèrent pas de manière très substantielle par rapport à celles qui viennent d'être

résumées, même s'il y a quelques différences en ce qui concerne l'utilisation de bêtabloquants comme traitement de première ligne dans l'hypertension artérielle et le niveau de pression artérielle à atteindre chez les sujets octogénaires et chez les patients diabétiques. De manière schématique, on peut dire que la majorité des recommandations ne prônent pas l'utilisation de bêtabloquants comme traitement antihypertenseur en première ligne en prévention primaire ; ces recommandations conseillent de débiter les traitements antihypertenseurs avec deux antihypertenseurs différents lorsque la pression artérielle est généralement > 160 et/ou 100 mmHg. Enfin, la plupart des recommandations conseillent d'abaisser la pression artérielle en dessous de 140/90 voire 85 mmHg pour la diastolique chez le patient diabétique, alors que la pression artérielle à atteindre est généralement < 150 et/ou 90 mmHg chez l'octogénaire.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K *et al.* : 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). *Eur Heart J* 2013 ; 34 : 2159-219
2. Bhatt DL, Kandzari DE, O'Neill WW *et al.* : A Controlled Trial of Renal Denervation for Resistant Hypertension. SYMPLICITY HTN-3 Investigators. *N Engl J Med* 2014 ; 370 : 1393-401
3. Weber MA, Schiffrin EL, White WB *et al.* : Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community : a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens* 2014 ; 16 : 14-26
4. Go AS, Bauman MA, Coleman King SM *et al.* : An effective approach to high blood pressure control : a science advisory from the american heart association, the american college of cardiology, and the centers for disease control and prevention. *Hypertension* 2014 ; 63 : 878-85
5. James PA, Oparil S, Carter BL *et al.* : 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults : report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014 ; 311 : 507-20

### Correspondance et tirés à part :

P. VAN DE BORNE  
Hôpital Erasme  
Service de Cardiologie  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles  
E-mail : philippe.van.de.borne@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 18 avril 2014 ; accepté dans sa version définitive le 17 juin 2014.