



# Nouvelles recommandations de l'ESH/ESC : des changements en douceur pour le malade hypertendu

Les dernières recommandations de la Société européenne d'hypertension et de la Société européenne de cardiologie concernant le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle viennent d'être mises à disposition. Elles soulignent l'importance de la mesure de la pression artérielle (PA) en ambulatoire sur 24 heures ainsi que celle de l'automesure de la PA. Elles rappellent aussi l'importance de la stratification du risque cardiovasculaire et d'un contrôle strict de la PA grâce à des changements de l'hygiène de vie et à des médicaments antihypertenseurs donnés seuls ou en association.

## INTRODUCTION

Le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) demeurent un problème majeur dans le monde. En 2003, puis à nouveau en 2007, la Société européenne d'hypertension (ESH) et la Société européenne de cardiologie (ESC) ont préparé conjointement des recommandations portant sur le diagnostic et le traitement de l'HTA.<sup>1,2</sup> Aujourd'hui, six ans plus tard, les deux mêmes sociétés ont ressenti le besoin de préparer une nouvelle version de ces recommandations, tant ont été accumulées de nouvelles connaissances pendant cet intervalle.<sup>3</sup> A été adopté pour la première fois dans ce document un système de classification de l'évidence, selon le concept utilisé au préalable dans diverses recommandations de l'ESC. Cette approche est utile : elle donne au clinicien la possibilité de ju-

ger à quel point une recommandation donnée est fondée, d'où une meilleure motivation dans la prise en charge du malade hypertendu.

Le document est exhaustif, comporte 76 pages et 735 références. Beaucoup trop malheureusement pour que le médecin praticien les lise en détail. Le but des experts a été de collecter et d'analyser les études disponibles, actuellement les plus pertinentes, concernant l'approche et le diagnostic de l'HTA. Une version résumée du document est en voie de préparation. Nul doute qu'elle va être très utile dans la vie de tous les jours.

Ce papier a pour but de résumer les principaux points de ces nouvelles recommandations.

## DÉFINITION DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La mesure de la pression artérielle (PA) au cabinet, en position assise après un repos de 3 à 5 minutes, demeure essentielle. Les valeurs normales sont données dans le **tableau 1**. A noter toutefois, une différence importante par rapport aux précédentes recommandations de l'ESH/ESC : la personne âgée est considérée comme hypertendue à partir d'une valeur de pression systolique  $\geq 160$  mmHg, et non pas  $\geq 140$  mmHg comme auparavant. Il s'agit alors le plus souvent d'une hypertension systolique isolée, avec une pression diastolique  $< 90$  mmHg.

Quelques conseils méritent d'être relevés : 1) deux mesures, à un intervalle de 1 à 2 minutes, voire plus en cas d'arythmie cardiaque, sont nécessaires ; 2) la pré-

Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1639-44

**B. Waeber**  
**G. Wuerzner**

Pr Bernard Waeber  
Division de physiopathologie clinique  
Pr Bernard Waeber  
Dr Grégoire Wuerzner  
Centre d'investigation clinique  
CHUV et Université de Lausanne  
1011 Lausanne  
bernard.waeber@chuv.ch  
gregoire.wuerzner@chuv.ch

### New recommendations of the ESH/ESC: smooth changes for the hypertensive patient

The last recommendations of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology made available deal with the diagnosis and the treatment of arterial hypertension. They point to the importance of both 24-hour ambulatory blood pressure monitoring and home blood pressure measurement. They also underscore the importance of stratifying cardiovascular risk and of controlling strictly blood pressure using hygienic measures and antihypertensive drugs, either as monotherapy or combination therapy.



**Tableau 1. Définition de l'hypertension artérielle**

MAPA: mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Catégories	Pression systolique (mmHg)	Pression diastolique (mmHg)
Cabinet	≥ 140	et/ou ≥ 90
MAPA		
• Jour (éveil)	≥ 135	et/ou ≥ 85
• Nuit (sommeil)	≥ 120	et/ou ≥ 70
• 24 heures	≥ 130	et/ou ≥ 80
Automesure	≥ 135	et/ou ≥ 85

férence va aujourd'hui aux appareils automatiques mesurant la PA par oscillométrie, pour autant qu'ils aient été validés de manière appropriée (voir liste sur le site [www.dableducational.com](http://www.dableducational.com)); 3) un brassard spécial doit être disponible lorsque la circonférence du bras dépasse 32 cm; 4) ne pas oublier de mesurer la PA également en position debout, surtout chez la personne âgée et le malade diabétique. On parle d'hypotension orthostatique lorsque la pression systolique chute de plus de 20 mmHg et la pression diastolique de plus de 10 mmHg en 3 minutes. Le diagnostic d'hypertension se pose sur des mesures répétées lors de plusieurs consultations, à moins qu'il y ait une raison impérieuse de mettre en route un traitement rapidement.

La mesure de la PA en ambulatoire (MAPA) pendant 24 heures est établie comme meilleure que la mesure de la PA par le médecin pour évaluer le risque cardiovasculaire (CV). L'enregistrement d'une pression toutes les 15 minutes pendant les heures diurnes et toutes les 30 minutes pendant la nuit est adéquat. Un enregistrement est considéré comme valable lorsque 70% de l'ensemble des mesures prévues sont disponibles pour l'analyse. Normalement, la PA pendant le sommeil devrait être plus basse de 10% par rapport aux heures diurnes. Les valeurs normales de la MAPA sont rapportées dans le **tableau 1**.

L'automesure de la PA est de plus en plus utilisée. Elle a un impact favorable sur l'observance thérapeutique du malade. La mesure au bras est préférable à celle au poignet, mais cette dernière peut être utile chez des malades présentant une très grande circonférence de bras. Pour prendre une décision diagnostique ou thérapeutique, le mieux est de demander au malade de mesurer sa PA à deux reprises, matin et soir, pendant sept jours consécutifs. Les valeurs de pression doivent être reportées sur un carnet immédiatement après les mesures ou, de préférence, enregistrées en utilisant un appareil équipé d'un logiciel de mémoire. La PA obtenue par automesure est, comme la MAPA, mieux corrélée au risque CV que la PA mesurée dans un environnement médical. Les valeurs normales de la PA obtenues par automesure sont précisées dans le **tableau 1**. Les indications cliniques de la MAPA et de l'automesure de la pression artérielle sont rappelées dans le **tableau 2**. A relever qu'il est impératif de suivre régulièrement les individus présentant une hypertension «blouse blanche», car ils sont enclins à développer une hypertension permanente et présentent un risque CV accru à long terme. En ce qui concerne l'hypertension masquée (PA normale chez le médecin, mais anormalement élevée pendant que le malade vaque à ses oc-

**Tableau 2. Indications cliniques de la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet médical**

MAPA: mesure ambulatoire de la pression artérielle; PAS: pression artérielle systolique; PAD: pression artérielle diastolique.

MAPA et automesure
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suspicion d'hypertension «blouse blanche»<ul style="list-style-type: none"><li>– Hypertension de degré I au cabinet (PAS: 140-159 mmHg et/ou PAD: 90-99 mmHg)</li><li>– Pression artérielle élevée au cabinet en l'absence d'atteinte d'organe cible ou en présence d'un risque cardiovasculaire bas</li></ul></li><li>• Suspicion d'hypertension masquée<ul style="list-style-type: none"><li>– Pression artérielle au cabinet normale élevée (PAS: 130-139 mmHg et/ou PAD: 85-90 mmHg)</li><li>– Pression artérielle normale au cabinet en présence d'une atteinte d'organe asymptomatique ou d'un risque cardiovasculaire élevé</li></ul></li><li>• Identification d'un effet «blouse blanche» chez les malades hypertendus</li><li>• Variations importantes de la pression artérielle pendant une consultation ou entre plusieurs consultations</li><li>• Suspicion d'épisodes d'hypotension</li><li>• Pression artérielle élevée chez la femme enceinte</li><li>• Identification des hypertensions résistantes vraies</li></ul>
MAPA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Grandes différences entre les pressions artérielles mesurées au cabinet et celles obtenues par automesure</li><li>• Evaluation du comportement de la pression artérielle pendant la nuit</li><li>• Suspicion d'une hypertension nocturne ou d'une absence de baisse de la pression artérielle pendant la nuit (par exemple en cas d'apnées du sommeil, d'insuffisance rénale chronique ou de diabète)</li><li>• Evaluation de la variabilité de la pression artérielle</li></ul>

cupations habituelles), elle est associée à un risque CV du même ordre de grandeur que celui de l'hypertension permanente. Elle passe généralement inaperçue mais il faut y penser en cas d'atteinte asymptomatique d'un organe cible chez un sujet normotendu au cabinet. Il y a d'autres situations possiblement associées à une hypertension masquée, notamment l'anxiété, le stress professionnel, l'obésité, le diabète, une montée tensionnelle exagérée à l'effort physique (pression systolique > 210 mmHg) et l'insuffisance rénale chronique.

**Tableau 3. Investigations à effectuer pour stratifier le risque cardiovasculaire**

MAPA: mesure ambulatoire de la pression artérielle.

Investigations à effectuer de routine
<ul style="list-style-type: none"><li>• Glycémie et triglycéridémie à jeun</li><li>• Taux de cholestérol total, de LDL- et de HDL-cholestérol</li><li>• Créatininémie (+ filtration glomérulaire estimée)</li><li>• Examens des urines: sédiment urinaire + recherche de protéinurie et/ou de microalbuminurie (spot urinaire)</li><li>• Electrocardiogramme</li></ul>
Investigations à effectuer suivant les cas et leur disponibilité
<ul style="list-style-type: none"><li>• Taux d'hémoglobine glyquée en présence d'une glycémie à jeun &gt; 5,6 mmol/l ou d'un diabète connu</li><li>• Protéinurie quantitative (si réaction à la bandelette est positive pour les protéines)</li><li>• MAPA et/ou automesure de la pression artérielle</li><li>• Holter en cas d'arythmie cardiaque</li><li>• Ultrasonographie abdominale et/ou carotidienne</li><li>• Vitesse de propagation de l'onde de pouls</li><li>• Index cheville-bras</li><li>• Examen ophtalmoscopique</li></ul>



**Tableau 4. Stratification du risque cardiovasculaire en fonction du niveau de la pression artérielle**

	Pression artérielle (PA, mmHg)			
	Normale/élevée PAS 130-139 et PAD 85-89	HTA degré 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HTA degré 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HTA degré 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
<b>Aucun FR</b>	Pas d'intervention	RCV faible • HV (mois) • TM si PA ≥ 140-90 malgré HV	RCV modéré • HV (semaines) • TM si PA ≥ 140/90	RCV élevé • HV • TM immédiat
<b>1-2 FR</b>	RCV faible • HV	RCV modéré • HV (semaines) • TM si PA ≥ 140/90 malgré HV	RCV modéré à élevé • HV (semaines) • TM si PA ≥ 140/90	RCV élevé • HV • TM immédiat
<b>≥ 3 FR</b>	RCV faible à modéré • HV	RCV modéré à élevé • HV (semaines) • TM si PA ≥ 140/90 malgré HV	RCV élevé • HV • TM d'emblée	RCV élevé • HV • TM immédiat
<b>AO, IRC stade 3 ou diabète</b>	RCV modéré à élevé • HV	RCV élevé • HV • TM d'emblée	RCV élevé • HV • TM d'emblée	RCV élevé • HV • TM immédiat
<b>MCV, IRC stade ≥ 4 ou diabète avec AO/FR</b>	RCV très élevé • HV	RCV très élevé • HV • TM d'emblée	RCV très élevé • HV • TM d'emblée	RCV très élevé • HV • TM immédiat

Il est tenu compte de l'éventuelle présence de facteurs de risque cardiovasculaires, d'atteintes d'organes cibles, de diabète ou de complications cardiovasculaires déclarées. Le moment auquel des changements d'hygiène de vie et un traitement médicamenteux devraient être initiés est aussi indiqué.

HTA: hypertension artérielle; FR: facteur de risque; AO: atteinte d'organe; IRC: insuffisance rénale chronique; RCV: risque cardiovasculaire; MCV: maladie cardiovasculaire déclarée; HV: hygiène de vie; TM: traitement médicamenteux.

## STRATIFICATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

La stratification du risque CV représente une aide précieuse pour guider la prise en charge du malade hypertendu, que ce soit par des mesures d'hygiène de vie ou des médicaments antihypertenseurs. Le **tableau 3** décrit les investigations qui ont été reconnues comme utiles pour définir le risque CV. Certaines devraient être effectuées de routine et d'autres suivant les cas, en fonction de l'examen clinique et de l'anamnèse, et de leur disponibilité. Ces

examens permettent de mettre en évidence les facteurs de risque vasculaires principaux ainsi que l'atteinte d'organes cibles de l'HTA, asymptomatique ou non, l'existence d'une complication CV avérée, ou d'une insuffisance rénale chronique avancée (stade ≥ 4, correspondant à une filtration glomérulaire estimée < 29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Le **tableau 4** illustre comment stratifier le risque CV en fonction du niveau de la PA. L'approche est similaire à celle préconisée dans les versions précédentes des recommandations de l'ESH/ESC. A relever toutefois que le syndrome métabolique n'apparaît plus dans le schéma, la raison étant que plusieurs de ses composants sont déjà pris en compte comme facteurs de risque indépendants. Par ailleurs, un poids différent est donné à l'insuffisance rénale au stade 3 (filtration glomérulaire comprise entre 30 et 59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) à celle d'un stade 4 ou 5. Un atout de ce système de stratification est de donner des indications par rapport à la rapidité avec laquelle un traitement antihypertenseur doit être introduit en sus de la mise en place de modifica-

**Tableau 5. Pression artérielle cible chez le malade hypertendu**

Pression systolique	Cible
< 65 ans	< 140 mmHg <sup>1,2</sup>
≥ 65 ans	140-150 mmHg <sup>3</sup>
> 80 ans	140-150 mmHg <sup>4</sup>
Pression diastolique	
En l'absence de diabète	< 90 mmHg
En présence de diabète	< 85 mmHg

<sup>1</sup> L'âge à partir duquel le malade est considéré comme âgé n'est pas spécifié dans les recommandations. Il est fixé arbitrairement à ≥ 65 ans dans ce tableau.

<sup>2</sup> La même pression systolique est proposée chez les malades diabétiques, en cas d'affection cérébro-vasculaire, de coronaropathie ou d'affection rénale.

<sup>3</sup> Une pression cible < 140 mmHg peut être envisagée si le malade est en bonne forme et le traitement bien toléré.

<sup>4</sup> Cette pression cible s'applique aux malades en bonne forme physique et bonne condition mentale.

**Tableau 6. Recommandations visant à améliorer l'hygiène de vie chez le malade hypertendu**

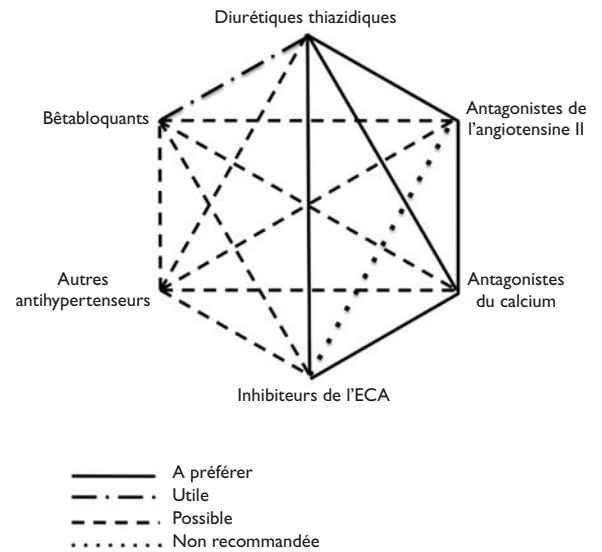
1. Diminuer l'apport en NaCl à 5-6 grammes par jour
2. Limiter la consommation quotidienne d'alcool à 20-30 g chez l'homme et 10-20 g chez la femme
3. Augmenter la consommation de légumes, fruits et produits laitiers faibles en matières grasses
4. Diminuer le poids, sauf contre-indication, jusqu'à obtenir un indice de masse corporelle de 25 kg/m<sup>2</sup> et une circonférence abdominale < 102 cm chez l'homme et < 88 cm chez la femme
5. Faire un exercice physique régulier, soit au moins 30 minutes d'un exercice dynamique (marche, course à pied, vélo, natation...)
6. Arrêter de fumer

**Tableau 7. Types de médicaments antihypertenseurs à préférer dans des conditions spécifiques**

Conditions	Classes thérapeutiques
<b>Atteinte d'organe asymptomatique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>HVG</li> <li>Athérosclérose</li> <li>Microalbuminurie</li> <li>Atteinte rénale</li> </ul>	I-ECA, A-Ang, A-Ca A-Ca, I-ECA I-ECA, A-Ang I-ECA, A-Ang
<b>Atteinte d'organe déclarée</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>AVC</li> <li>IM</li> <li>Angor</li> <li>IC</li> <li>Anévrisme de l'aorte</li> <li>FA, prévention</li> <li>FA, contrôle de la FC</li> <li>IR terminale/protéinurie</li> <li>Artériopathie périphérique</li> </ul>	Pas de préférence BB, I-ECA, A-Ang BB, A-Ca D, BB, I-ECA, A-Ang, A-Aldo BB A-Ang, I-ECA, BB, A-Aldo BB, A-Ca de type non-dihydropyridine I-ECA, A-Ang I-ECA, A-Ca
<b>Autres</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>HTA systolique isolée (personnes âgées)</li> <li>Syndrome métabolique</li> <li>Diabète sucré</li> <li>Grossesse</li> <li>Race noire</li> </ul>	D, A-Ca I-ECA, A-Ang, A-Ca I-ECA, A-Ang Methylodopa, BB, A-Ca D, A-Ca

I-ECA: Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; A-Ca: antagonistes du calcium; A-Ang: antagonistes de l'angiotensine II; BB: bêtabloquants; D: diurétiques; A-Aldo: antagonistes de l'aldostérone; HVG: hypertrophie ventriculaire gauche; AVC: accident vasculaire cérébral; IM: infarctus du myocarde; IR: insuffisance rénale; FA: fibrillation auriculaire; IC: insuffisance cardiaque; FC: fréquence cardiaque; HTA: hypertension artérielle.

tions de l'hygiène de vie. Suivant le niveau de risque CV total, pour une PA donnée, la prise en charge peut être li-

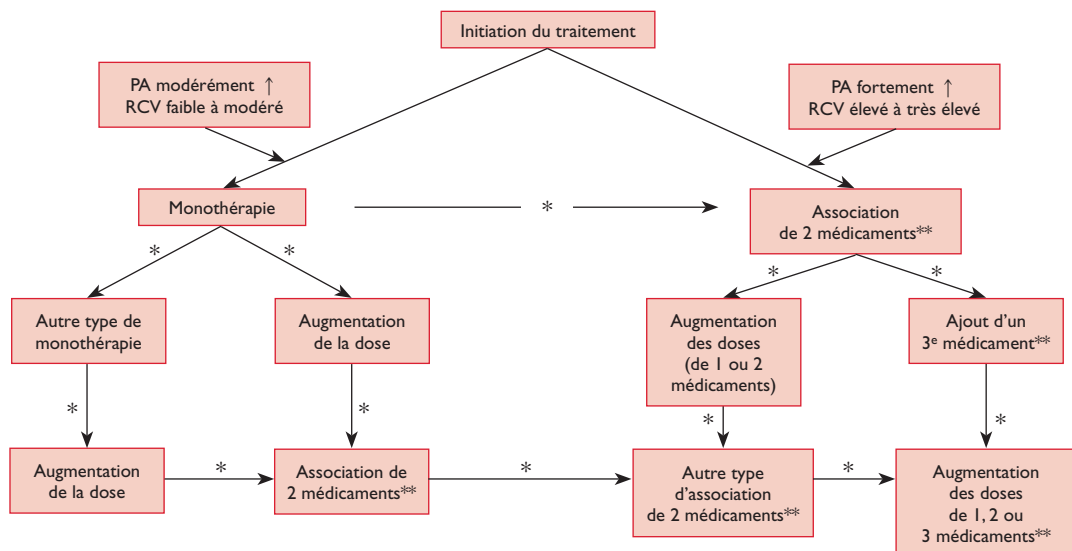


**Figure 2. Choix des associations médicamenteuses**  
ECA: enzyme de conversion de l'angiotensine.

mitée à des modifications de l'hygiène de vie, pendant quelques mois ou quelques semaines. Un traitement médicamenteux peut être initié dans certains cas en même temps que les mesures d'hygiène de vie ou seulement après échec des mesures non médicamenteuses.

### PRESSION ARTÉRIELLE CIBLE

Au cours des dernières années, il était recommandé d'abaisser la PA en dessous de 140/90 mmHg chez les ma-



**Figure 1. Options thérapeutiques pour initier le traitement antihypertenseur et le modifier pour amener la pression artérielle sous contrôle**

\* Pression artérielle (PA) non contrôlée; \*\* Fixe ou libre. RCV: risque cardiovasculaire.



lades hypertendus à risque CV bas ou modéré, et même plus bas, en dessous de 130/80 mmHg, en cas de risque CV élevé, notamment chez les malades diabétiques, ceux présentant une complication cérébrovasculaire, une coronaropathie, ainsi que chez les malades atteints d'une affection rénale. Les études récentes suggèrent cependant que de viser des pressions trop basses peut être plus délétère que bénéfique dans certaines circonstances, particulièrement en ce qui concerne la pression diastolique chez les malades coronariens. Le **tableau 5** résume le point de vue actuel. Il est recommandé d'abaisser la pression systolique en dessous de 140 mmHg chez pratiquement tous les malades hypertendus adultes, y compris les malades à risque CV élevé. Les recommandations sont par contre plus nuancées concernant les hypertendus âgés, chez qui viser une pression systolique entre 140 et 150 mmHg est le plus souvent approprié. Quant à la pression diastolique, il est recommandé de l'abaisser en dessous de 90 mmHg chez tous les malades hypertendus, sauf chez le malade diabétique chez qui il faudrait l'amener en dessous de 85 mmHg.

A relever qu'aucune étude ne permet de définir une PA cible pour la MAPA et l'automesure de la PA.

## STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

### Modifications de l'hygiène de vie

Tenter d'améliorer l'hygiène de vie fait partie de la prise en charge de tout malade hypertendu. Le **tableau 6** résume les interventions qui ont fait leur preuve. Pour ce qui est de l'incitation à l'arrêt du tabac, la seule motivation du malade ne suffit souvent pas, si bien qu'un soutien par des substituts à la nicotine ou des désaccoutumants du tabagisme comme le bupropion ou la varénicline peut être utile.

### Traitement pharmacologique

Les principales classes thérapeutiques (diurétiques thiazidiques (hydrochlorothiazide) ou de type thiazide (chlortalidone, indapamide), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les antagonistes de l'angiotensine II, les antagonistes du calcium et les bêtabloquants) demeurent toutes une option valable pour initier le traitement antihypertenseur. Il peut y avoir intérêt toutefois d'introduire un type d'agent antihypertenseur plutôt qu'un autre dans certaines conditions. Cela est résumé dans le

**tableau 7**. Les monothérapies ne suffisent souvent pas pour normaliser la PA. Les associations fixes sont à cet égard très utiles et peuvent même être utilisées pour initier le traitement, ceci chez les malades avec une élévation importante de leur PA ou à risque CV élevé ou très élevé. La **figure 1** montre l'approche thérapeutique préconisée lors de la mise en route d'un traitement antihypertenseur et la **figure 2** les associations médicamenteuses qui font le plus de sens.

## CONCLUSIONS

Les recommandations 2013 de l'ESH et de l'ESC rappellent l'importance qu'il y a à diagnostiquer et traiter précocement l'HTA, avant que ne se développe une atteinte irréversible d'un organe cible. Elles rappellent l'importance de stratifier le risque CV pour guider l'approche thérapeutique et proposent une stratégie simple de traitement laissant le choix, selon les cas, entre diverses monothérapies ou associations médicamenteuses (fixes ou libres). Il apparaît enfin que le recours à certains types de médicaments est particulièrement justifié dans certaines conditions, étant donné l'importance des effets bénéfiques démontrés dans des études de morbidité-mortalité. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

### Implications pratiques

- > La stratification du risque cardiovasculaire est utile pour guider la stratégie thérapeutique du malade hypertendu
- > La mesure ambulatoire de la pression artérielle pendant 24 heures et l'automesure de la pression artérielle permettent de vérifier que le malade est vraiment hypertendu et ainsi d'ajuster au mieux lorsque nécessaire le traitement antihypertenseur
- > Les classes thérapeutiques principales sont les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les antagonistes de l'angiotensine II, les antagonistes du calcium et les bêtabloquants. Il peut y avoir avantage, chez certains malades qui présentent une comorbidité, d'utiliser un type d'agents plutôt qu'un autre

## Bibliographie

1 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53.  
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 hyper-

tension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007;25:1105-87.

3 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 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;31:1281-357.

\* à lire

\*\* à lire absolument