

L'usage rationnel des médicaments en cas d'hypertension artérielle (HTA) (tableau synoptique)

1. DIAGNOSTIC?	Les techniques	Normes et seuils diagnostiques
Quelles sont les techniques validées pour la mesure des chiffres de pression artérielle et quels sont les normes et seuils diagnostiques pour ces techniques ?	<ul style="list-style-type: none"> • Office blood pressure measurement (OBPM) • Automated office blood pressure (AOBP) 	<ul style="list-style-type: none"> • <140/90 mmHg, OBPM (≥140/90 mmHg = définition de HTA)
	<ul style="list-style-type: none"> • Home blood pressure measurement (HBPM) • Ambulatory blood pressure measurement (ABPM) 	<ul style="list-style-type: none"> • HBPM < 135/85 mmHg • APBM < 130/80 mmHg (moyenne sur 24 heures)
2. TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX ?		
Quelles sont les mesures non médicamenteuses (hygiène de vie, consommation de sel, poids...) à recommander en prévention et pour le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) ?	Adaptation du style de vie <ul style="list-style-type: none"> • perte de poids en cas de surpoids, • activité physique, • sevrage tabagique, • limitation en sel, • davantage de légumes et de fruits, • ... 	En cas d'hypertension modérée, il est recommandé de suivre ces adaptations pendant trois mois avant de conseiller une médication (si la pression artérielle élevée persiste).
	Sevrage tabagique	
	Une perte de poids est recommandée pour les patients en surpoids ou souffrant d'obésité.	À cet effet, une combinaison de conseil nutritionnel et d'activité physique semble indiquée.
	L'exercice physique est recommandé pour abaisser la pression artérielle de jour. Cependant la littérature est hétérogène et les données pour la fréquence, l'intensité et le type d'exercice ne sont pas précises et relèvent avant tout d'avis d'experts.	A l'heure actuelle basée sur certains RCTs, la prescription minimale semble correspondre à un niveau d'exercice qui oscille entre 40-60% de la consommation maximale d'oxygène, avec une fréquence d'au moins deux séances par semaine et d'une durée d'au moins 30 minutes.
	La consommation d'alcool doit être limitée à	maximum 2 unités / jour pour les hommes et maximum 1 unité / jour pour les femmes
	Une consommation limitée (maximum 6 g/jour) de sodium* et une augmentation de la consommation de potassium via l'alimentation peuvent contribuer à une diminution de la pression artérielle.	De simples mesures comme la suppression du pot de sel et d'aliments préparés et l'ajout d'aliments riches en potassium peuvent suffire.

* 14.12.2018: un lecteur attentif fait remarquer que «sodium» devrait être remplacé par «NaCl»

3. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX : CIBLES THÉRAPEUTIQUES		4. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX INITIAL : CHOIX CHEZ UN ADULTE DE MOINS DE 60 ANS						
Quelles sont les valeurs seuils et cibles d'un traitement médicamenteux pour :		Quel est le meilleur choix (efficacité/sécurité) pour un traitement initial d'une HTA, monothérapie versus autre monothérapie ou versus polythérapie, chez ...						
... Un adulte sans comorbidité ni complication de l'HTA ?								
	Valeur seuil	Valeur cible	Thiazide	β-bloquant	Antagoniste du calcium	IECA	Sartan	
	PAS ≥160 mmHg ou PAD ≥100 mmHg	<140/90 mmHg	Médicament qu'après quelques mois de 'interventions non-pharmacologiques' à moins de PAS ≥180 mmHg ou de PAD ≥110 mmHg					
			1° choix chez:	Oui > 55 ans	Oui les jeunes, ...	Oui > 55 ans	Oui < 55 ans	Oui < 55 ans
... Un adulte avec complication (atteinte d'un organe cible) de l'HTA ?								
	Valeur seuil	Valeur cible	Thiazide	β-bloquant	Antagoniste du calcium	IECA	Sartan	
	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg						
... Un adulte présentant une des affections suivantes :								
Diabète de type 2	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
insuffisance rénale	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg	Sans albuminurie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
			Avec albuminurie				1° choix	1° choix
insuffisance cardiaque	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg	à fraction d'éjection réduite	Oui spironolactone et/ou diurétiques de l'anse	Oui	Oui	Oui	Oui
			+ en cas de persistance d'HTA et d'insuffisance cardiaque et d'une combinaison IECA ou sartan + β-bloquant + spironolactone et/ou diurétiques de l'anse			amlodipine ou felodipine		
			à fraction d'éjection préservée : idem	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
ischémie coronarienne (angor et post-infarctus)	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
			Après IM récent ou en cas d'angor		1° choix			
			En cas d'intolérance pour β-bloquants			1° choix vérapamil		
			Post IM (surtout avec une fraction d'éjection réduite)		1° choix (+ IECA ou sartan)		1° choix (+β-bloquant)	1° choix (+β-bloquant)
affection cérébrovasculaire	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
			En phase aigue	RIEN	RIEN	RIEN	RIEN	RIEN

			5. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EN CAS D'ÉCHEC DE TRAITEMENT(S) PRÉCÉDENT(S) CHEZ UN ADULTE DE MOINS DE 60 ANS ?					
			En cas de non atteinte des valeurs cibles déterminées pour un patient avec un traitement, quel est le meilleur choix de stratégie thérapeutique (efficacité, sécurité) pour l'ajout d'autres antihypertenseurs ?					
	Valeur seuil	Valeur cible		Thiazide	β-bloquant	Antagoniste du calcium	IECA	Sartan
	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg	Si 1 médicament ne suffit pas + 2°	Oui	(Oui)	Oui	Oui	Oui
			Si 2 médicaments ne suffisent pas + 3°	X		X	X of X	X
			Si 3 médicaments ne suffisent pas + 4°	+ spironolactone				
			Si une bi-, tri- ou quadrithérapie ne semble pas efficace, il faut envisager la possibilité d'une mauvaise compliance thérapeutique !					
			On obtient un effet antihypertenseur additif en combinant différents médicaments dans une dose plus faible → souvent moins d'effets indésirables que des doses plus fortes d'un plus petit nombre de médicaments !					
			6. TRAITEMENT D'UNE HTA CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE (60+)					
			Quel est le meilleur choix (efficacité/sécurité) pour un traitement médicamenteux initial d'une HTA, monothérapie versus autre monothérapie ou versus polythérapie, chez ...					
			En cas de non atteinte des valeurs cibles déterminées pour un patient avec un traitement, quel est le meilleur choix de stratégie thérapeutique (efficacité, sécurité) pour l'ajout d'autres antihypertenseurs chez ...					
	Valeur seuil	Valeur cible		Thiazide	β-bloquant	Antagoniste du calcium	IECA	Sartan
- ... Une personne âgée de 60 à 79 ans ?	≥140/90 mmHg	<140/90 mmHg	Sans comorbidité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	l'âge ne joue aucun rôle dans le choix d'une valeur seuil, uniquement les facteurs de risque cardiovasculaires	<150 mmHg en cas de moins bonne santé générale ou d'intolérance à diverses classes d'antihypertenseurs	Avec comorbidité	Voir le choix chez un adulte de moins de 60				
			Effet insuffisant +?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
			Le choix sera déterminé par la tolérance, les effets indésirables et la comorbidité					
- ... Une personne âgée de 80 ans et plus ?	PAS ≥160 mmHg pour personnes âgées en bonne santé	< 150 mmHg pour personnes âgées sans fragilité		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
				Le choix sera déterminé par la tolérance, les effets indésirables et la comorbidité				
			Effet insuffisant +?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
			Commencer par une faible dose, augmenter progressivement et ensuite arrêter à nouveau si aucun effet mesuré ne peut être constaté. Moins de pilules, meilleure compliance thérapeutique !					

7. OBSERVANCE DU TRAITEMENT ET ASPECTS INTERDISCIPLINAIRES

<p>Quelles sont les mesures efficaces (et efficaces) pour améliorer l'observance d'un traitement antihypertenseur ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Plusieurs approches doivent être combinées en fonction du patient.• L'inobservance thérapeutique est sous-estimée et souvent confondue avec la résistance thérapeutique.• Le choix du traitement est déterminant pour l'observance : si les effets indésirables de la médication sont plus nombreux que les avantages pour le patient, il aura tendance à développer une inobservance thérapeutique.• Une réévaluation régulière et planifiée associée à un plan par étapes défini au préalable constitue une approche efficace.• Une simplification du schéma de médication est recommandée dans toutes les guides de pratique clinique.• Les patients doivent être bien informés par tous les acteurs concernés sur leur affection, leur traitement et l'importance de leur thérapie.• La méthode la plus appropriée dépend de la préférence et de l'acceptation du patient.
<p>Une collaboration interdisciplinaire améliore-t-elle l'observance du traitement ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Il y a des indications selon lesquelles une collaboration interdisciplinaire améliore l'observance, tant sur le plan de l'approche médicamenteuse que non médicamenteuse.• Les acteurs concernés sont surtout le médecin (généraliste), le pharmacien, le praticien de l'art infirmier, le diététicien, le psychologue, etc. outre le patient lui-même et ses aidants proches.
<p>Une collaboration interdisciplinaire améliore-t-elle l'état de santé du patient hypertendu, en termes de contrôle tensionnel et/ou de morbi-mortalité (et à quel coût)?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Il y a des indications selon lesquelles une collaboration interdisciplinaire de longue durée a un effet favorable sur le contrôle de la pression artérielle et de la morbidité.• Faute d'études sur l'observance basées sur des éléments probants, le jury n'est pas en mesure de se prononcer sur le rapport coût-efficacité de la collaboration interdisciplinaire.