

www.swisshypertension.ch



Münsterhügel avec la cathédrale et la grande roue



A fresh and rotating look at
swiss hypertension news

Research Grant of the Swiss Society of Hypertension

CHF: 25'000

Deadline 31 December 2018

info@: [www.swisshypertension.ch](mailto:info@www.swisshypertension.ch)

The word from BASEL

Nils Peters and Thomas Dieterle

Un premier regard sur les nouvelles recommandations européennes pour la prise en charge de l'hypertension artérielle

Les nouvelles Recommandations européennes sur l'hypertension artérielle ont été présentées il y a quelques semaines lors des congrès annuels de la Société européenne d'hypertension artérielle et de cardiologie. Les aspects les plus importants des nouvelles recommandations pour le travail clinique quotidien - définition et classification de l'hypertension artérielle, dépistage et diagnostic de l'hypertension artérielle, stratification du risque cardiovasculaire, nouvelles stratégies thérapeutiques et valeurs cibles thérapeutiques - sont brièvement décrits ci-après.

1. Définition de l'hypertension artérielle

Bien que l'hypertension artérielle ait été définie depuis l'an dernier comme étant une valeur

pratique persistante de la pression artérielle $\geq 130/80$ mmHg conformément aux Recommandations américaines, les limites de pression artérielle des Recommandations européennes sont restées inchangées depuis 2013 à $\geq 140/90$ mmHg (voir tableau 1). La gradation de la pression artérielle en une pression artérielle optimale, normale ou élevée est également inchangée. L'hypertension artérielle élevée est également différenciée en degrés 1 à 3 ou hypertension artérielle systolique.

Les valeurs limites pour la mesure de la pression artérielle sur 24 heures ou à domicile restent également inchangées. De plus, la valeur moyenne de la pression artérielle ≥ 80 mmHg dans la mesure de la pression artérielle sur 24 heures et la pression artérielle moyenne ≥ 85 mmHg dans la mesure à domicile définissent l'hypertension artérielle.

2. Mesure de la pression artérielle et diagnostic de l'hypertension artérielle

Selon les nouvelles Recommandations des sociétés européennes de cardiologie et d'hypertension artérielle, le diagnostic d'hypertension artérielle peut être basé à la fois sur les mesures de la pression artérielle en cabinet et sur les mesures de la pression artérielle en dehors du cabinet (mesure de la pression artérielle 24h/24, à domicile). En outre, il est recommandé d'effectuer des mesures répétées de la pression artérielle au cours de plusieurs visites, trois mesures de la pression artérielle devant être effectuées toutes les 1 à 2 minutes jusqu'à ce que celles-ci ne diffèrent pas de plus de 10 mmHg les unes des autres. La pression artérielle en pratique actuelle est la valeur moyenne des deux dernières mesures. Des exceptions à ces recommandations s'appliquent aux patients souffrant d'hypertension artérielle très élevée (grade 3), surtout s'il y a un risque cardiovasculaire élevé. Si nécessaire, une mesure de la pression artérielle au cours d'une visite est suffisante.

Comme alternative à la mesure de la pression artérielle en cabinet, la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet est désormais également recommandée, c'est-à-dire la mesure de la pression artérielle sur 24 heures ou à domicile pour un diagnostic d'hypertension artérielle, en particulier en cas d'hypertension artérielle suspectée ou masquée, pour quantifier les effets thérapeutiques et pour identifier les causes des effets secondaires possibles du traitement, par exemple, l'hypotension symptomatique.

En ce qui concerne le dépistage, la mesure doit être répétée régulièrement, en fonction du niveau de

pratique de la pression artérielle : à la pression artérielle optimale au moins tous les 5 ans, à la pression artérielle normale tous les 3 ans et à la pression artérielle normale élevée annuellement.

3. Stratification du risque cardiovasculaire

Comme auparavant, la stratification du risque cardiovasculaire individuel est à la base des décisions diagnostiques et thérapeutiques ultérieures. Les nouvelles Recommandations européennes recommandent le système bien connu SCORE pour la stratification initiale du risque, qui - basé sur l'âge, le sexe, le statut de fumeur, le niveau de pression artérielle et le cholestérol total - permet une évaluation simple du risque de mortalité cardiovasculaire sur 10 ans, mais ne s'applique qu'à la prévention primaire et aux non-diabétiques. D'autres paramètres à prendre en compte dans l'évaluation des risques sont d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, des lésions subcliniques des organes terminaux et des maladies cardiovasculaires et/ou rénales manifestes (voir tableau 2).

Pour le dépistage de base des lésions organiques subcliniques, il est recommandé d'effectuer un ECG à 12 drainages, de déterminer le taux de créatinine sérique et le taux de filtration glomérulaire, de déterminer le quotient de créatinine de l'albumine et de procéder à une fondoscopie. Des examens complémentaires tels que l'échocardiographie, l'échographie des carotides ou de l'abdomen, la mesure de la vitesse de l'onde de pouls ou le CT/MRI du cerveau sont utilisés pour des questions spéciales.

Tableau 1 : Classification de la pression artérielle selon les nouvelles Recommandations ESH/ESC et AHA/ACC/...-

ESH/ESC				ACC/AHA			
Kategorie	Systolisch		diastolisch	Kategorie	systolisch		diastolisch
Optimal	< 120	und	< 80	Normal	<120	und	<80
Normal	120 – 129	und/oder	80 – 84	Erhöht	120-129	und	<80
Hochnormal	130 – 139	und/oder	85 – 89	Stage 1	130-139	oder	80-89
Grad 1	140 – 159	und/oder	90 – 99	Stage 2	≥140	oder	≥90
Grad 2	160 – 179	und/oder	100 – 109				
Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110				
Isolierte systolische Hypertonie	≥ 140	und	< 90				

4. Cibles de pression artérielle

Les lignes directrices européennes pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle de 2013 fixent un objectif thérapeutique général de <140/90 mmHg pour la pression artérielle et de 140-150/90 mmHg pour les patients âgés (4). Comme chacun le sait, la publication de l'étude SPRINT a suscité un débat très controversé sur la question de savoir si ces valeurs cibles sont toujours d'actualité ou si elles doivent être revues à la baisse (5). Comme déjà indiqué dans une déclaration précédente de la Société suisse d'hypertension artérielle, le transfert direct des résultats SPRINT dans la pratique clinique est difficile, car la mesure de la pression artérielle n'a pas été surveillée, ce qui n'a pas été utilisé dans des études cliniques et où l'on attend des valeurs de pression artérielle plus faibles que dans la pratique classique (6).

Néanmoins, il a été démontré à plusieurs reprises que l'abaissement de la pression artérielle en dessous de 140 mmHg peut réduire significativement le risque de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, d'événements cardiovasculaires graves ou de décès (7, 8).

Sur la base de ces données, les nouvelles Recommandations européennes recommandent des valeurs cibles de pression artérielle inférieures à celles des Recommandations précédentes. Celles-ci sont résumées dans le tableau 3. À cet égard, cependant, il faut dire que l'avantage différentiel d'une baisse de la pression artérielle avec des valeurs cibles plus faibles diminue relativement et que l'incidence des effets secondaires et des avortements du traitement tend à augmenter. En outre, seulement un peu plus de 50 % des patients atteignent actuellement une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg et, pour certains groupes de patients, par exemple les patients âgés, les diabétiques, les patients atteints d'insuffisance rénale chronique et de coronaropathie, il n'existe que des preuves limitées de valeurs cibles inférieures.

5. Traitement antihypertenseur

Malheureusement, les taux de surveillance de la pression artérielle dans toute l'Europe sont encore inférieurs à 50% et avec les nouveaux objectifs plus stricts décrits ci-dessus, on s'attend à ce que l'obtention de taux plus élevés de surveillance de la pression artérielle ne devienne au moins pas plus facile. Comme par le passé, la thérapie antihypertensive repose toujours sur le conseil en matière de modification du mode de vie dans le but de modifier les habitudes alimentaires et l'exercice physique. Toutefois, cela ne doit pas retarder le traitement médicamenteux si le profil de risque est approprié. En tant qu'innovation significative par rapport aux Recommandations précédentes, il est maintenant recommandé - à quelques exceptions près, comme l'hypertension de grade 1 ou les personnes de plus de 80 ans - de commencer le traitement avec une préparation combinée de deux substances, de préférence des inhibiteurs de l'ECA ou un sartan avec un antagoniste du calcium ou un diurétique (voir illustration 1). Si les valeurs cibles ne sont pas atteintes, une troisième substance antihypertensive doit être prescrite, de préférence sous forme de préparation à 3 combinaisons dans un comprimé. Les bêta-bloquants sont recommandés chez les patients présentant certaines comorbidités, comme l'angine de poitrine ou l'insuffisance cardiaque. Dans ce contexte, il est important de noter qu'il n'existe plus d'indications obligatoires pour certains antihypertenseurs, mais seulement des contre-indications obligatoires (par exemple, les bêta-bloquants pour l'asthme bronchique). Dans le cas d'une hypertension résistante au traitement, des spironolactones à la dose initiale de 25 à 50 mg (ou un autre diurétique, alpha ou bêta-bloquant) peuvent et doivent être administrées en plus des considérations diagnostiques différentielles concernant les formes secondaires d'hypertension et éventuellement une consultation hypertensiologique.

Tableau 2 : Stratification du risque cardiovasculaire chez les patients souffrant d'hypertension artérielle

Kardiovaskuläres 10-Jahres-Risiko (basierend auf dem SCORE-System)	
Sehr hohes Risiko	<p>Nachgewiesene kardiovaskuläre Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> klinisch: akuter Myokardinfarkt, akutes Koronarsyndrom, koronare und/oder peripher-arterielle Revaskularisation, Schlaganfall, TIA, Aortenaneurysma, periphere arterielle Verschlusskrankheit bildgebend: angio- bzw. sonographisch nachgewiesene signifikante arterielle Plaque (Stenose $\geq 50\%$) (<i>nicht:</i> pathologische Intima-Media-Dicke) <p>Diabetes mellitus mit Organschaden</p> <ul style="list-style-type: none"> Proteinurie, oder zusätzlicher prognostisch bedeutsamer kardiovaskulärer Risikofaktor wie Hypertonie Grad 3 oder Hypercholesterinämie <p>Schwergradige chronische Nierenerkrankung (eGFR < 30 ml/min/1.73 m² KOF))</p> <p>10-Jahres-Risiko nach SCORE $\geq 10\%$.</p>
Hohes Risiko	<p>Deutliche Veränderung eines einzelnen Risikofaktors</p> <ul style="list-style-type: none"> insbesondere Gesamt-Cholesterin >8mmol/l, familiäre Hypercholesterinämie, Hypertonie Grad 3 <p>Patienten mit Diabetes mellitus</p> <p>Hypertensiv bedingte linksventrikuläre Hypertrophie</p> <p>Mässiggradige chronische Nierenerkrankung (eGFR 30-59 ml/min/1.73 m² KOF)</p> <p>10-Jahres-Risiko nach SCORE 5-10%.</p>
Mässiges Risiko	<p>10-Jahres-Risiko nach SCORE 1 - <5%.</p> <p>Hypertonie Grad 2.</p>
Niedriges Risiko	<p>10-Jahres-Risiko nach SCORE <1%.</p>

Conclusion

En résumé, les nouvelles lignes directrices pour la prise en charge de l'hypertension artérielle publiées par les Sociétés européennes de cardiologie et d'hypertension artérielle en 2018 diffèrent considérablement des lignes directrices publiées en 2013 dans certains domaines cliniques pertinents. Contrairement aux nouvelles Recommandations américaines de 2017, les limites de pression artérielle pour le diagnostic de l'hypertension sont toutefois restées inchangées. Toutefois, il est désormais possible de se baser également sur une mesure de la pression artérielle 24 heures sur 24 et/ou à domicile. La mesure de la pression artérielle dite « sans surveillance », telle qu'utilisée dans l'étude SPRINT, ne peut pas encore être recommandée comme méthode de mesure de routine en raison de la situation actuelle des données.

La stratification du risque cardiovasculaire des patients souffrant d'hypertension artérielle sera désormais explicitement fondée sur le système SCORE - y compris d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, les lésions organiques associées à l'hypertension et les maladies cardiaques et/ou rénales manifestes.

Le critère de décision pour le début du traitement chez l'adulte est la pression artérielle \geq / 90 mmHg, chez les patients \geq ans la valeur seuil est \geq / 90 mmHg. Les modifications du mode de vie continuent de constituer la base de la thérapie antihypertensive, dont la mise en œuvre ne doit toutefois pas retarder l'instauration d'une thérapie antihypertensive à base de médicaments avec un risque cardiovasculaire correspondant. Les nouvelles cibles de pression artérielle sont $<$ 130/80 mmHg dans l'hypertension non compliquée, et la pression artérielle systolique de 130- $<$ 140 mmHg chez les patients âgés. Une étape certainement très importante, qui est susceptible d'avoir des conséquences importantes pour le traitement des patients souffrant d'hypertension artérielle, est la recommandation de commencer un traitement antihypertenseur - dans la mesure du possible - avec une seule stratégie pilule et une combinaison de deux substances, idéalement une combinaison d'inhibiteur ACE ou Sartan avec un antagoniste du calcium ou diurétique.

Références

1. Williams B., et al. 2018 European Society of Cardiology (ESC) and European Society of Hypertension (ESH) joint guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018, 39: 3021 – 3104.
2. Whelton PK, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/Apha/ASH/ASPC/NMA/PCNA guidelines for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Hypertension 2018; 71: e13 – e115.
3. Muntner P et al. Potentiel U.S. population impact of the 2017 American College of Cardiology/ American Heart Association high blood pressure guideline. Circulation 2018; 137: 109-118.
4. Mancia G. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2013; 31: 1281 – 1357.
5. The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. New Engl J Med 2015; 373: 2103-2116.
6. Armstrong D, et al. Automated office blood pressure – being alone and not location is what matters most. Blood Press Monit 2015; 20: 204 – 208.
7. Ettehad D et al. Blood pressure lowering for the prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2015; 387: 957-967.
8. Thomopoulos C, et al. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels – updated overview and meta-analyses of randomized trials. J Hypertens 2016: 4 : 613-622.

Figure 1: Prise en charge thérapeutique des patients avec hypertension artérielle

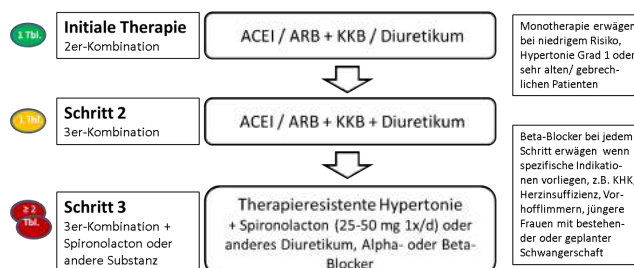


Tableau 3 : Cibles de pression artérielle

Generelle Empfehlungen		
Blutdruckzielwert (alle Patienten): <140/90 mmHg <ul style="list-style-type: none"> • bei guter Verträglichkeit <130/80 mmHg • entsprechend 24h-Blutdruckmessung systolisch <125 mmHg, Heim-Blutdruckmessung systolisch <130 mmHg) 		
Diastolischer Blutdruckzielwert <80 mmHg <ul style="list-style-type: none"> • alle hypertensive Patienten, unabhängig von kardiovaskulärem Risiko bzw. Komorbiditäten 		
Blutdruckzielwerte in Subgruppen		
Subgruppe	Alter <65 Jahre	Alter >65 Jahre
Unkomplizierte Hypertonie	Syst. 120 - <130, <u>nicht</u> <120	Syst.130 - <140 (entspr. Verträglichkeit)
Diabetes	<130 / 70 - <80	130 - <140 / 70 - <80
Koronare Herzkrankheit	120 - <130 / 70 - <80	130 – 140 / 70 - <80
Chronische Nierenerkrankung	Syst. 130 - <140 (entspr. Verträglichkeit und Nierenfunktion)	
Linksventrikuläre Hypertrophie	Syst. 120 – 130	
Nach Schlaganfall/TIA	Syst. 120 - <130	

Études récentes - commentaire

Traitement de l'hémorragie intracérébrale - résultats de l'étude Tich-2.

L'hypertension artérielle est la cause la plus importante d'hémorragie intracérébrale primaire (HIC), qui est associée à une morbidité et une mortalité élevées. Jusqu'à présent, les options de traitement de la HIC sont limitées, le contrôle de la pression artérielle étant le traitement médical le plus important. Il y a donc un besoin d'approches thérapeutiques novatrices pour la HIC.

Très récemment, l'essai international randomisé et contrôlé par placebo TICH-2 a étudié l'innocuité et l'effet thérapeutique potentiel de l'acide tranexamique (AT) intraveineux dans la HIC sporadique aiguë (Sprigg et al. Lancet Neurology 2018). L'AT est un anti-fibrinolytique qui peut être utilisé dans un certain nombre de conditions de

saignement pour réduire les saignements. Il est à noter que plus de la moitié des patients inclus dans l'étude étaient hypertendus à l'admission avec une pression artérielle moyenne de 173/93 mmHg. Le traitement d'abaissement de la pression sanguine a été effectué dans le cadre du traitement standard.

Bien que dans l'ensemble de la cohorte, l'AT n'ait pas eu d'effet significatif sur le critère d'évaluation principal du résultat fonctionnel à 90 jours, tel qu'évalué par l'échelle de Rankin modifiée (mRS), l'administration de l'AT chez les patients atteints de HIC aiguës était sécuritaire et a eu un effet significatif sur la mortalité précoce et, surtout, sur l'expansion des hématomes actifs (HE) au CT-scan. Il a été démontré que l'AT est un marqueur important des résultats cliniques de la HIC et constitue le facteur modifiable le plus important sur le plan thérapeutique.

Il est à noter que, contrairement à l'ensemble de la cohorte, l'AT a eu un effet significatif sur le résultat primaire dans le sous-groupe de patients dont la pression artérielle systolique était inférieure à 170 mmHg, ce qui n'a pas été observé dans le sous-groupe dont la pression artérielle était supérieure à 170 mmHg. Ceci souligne l'importance de l'abaissement de la pression artérielle dans la HIC aiguë et indique l'effet additif potentiel du contrôle de la pression artérielle dans le traitement par AT. Dans l'ensemble, ces résultats sont très encourageants ; les études futures devront analyser ces effets plus en détail, ce qui

pourrait mener à une amélioration du pronostic chez les patients atteints d'HIC hypertensive.

Référence :

Sprigg N, Flaherty K, Appleton JP, et al.; TICH-2 Investigators. Tranexamic acid for hyperacute primary IntraCerebral Haemorrhage (TICH-2): an international randomised, placebo-controlled, phase 3 superiority trial. Lancet. 2018 May 26;391(10135):2107-2115.

Enfin quelque chose à faible teneur en sel, qui est également rapide - viande de poulet au vin blanc et échalotes

Ingrédients pour 4 personnes

6 filets de poitrine de poulet

12 échalotes

8 petites gousses d'ail

600 ml de vin blanc demi-sec

300 ml d'eau

2 feuilles de laurier

Estragon, env. 2 c. à soupe de feuilles hachées

1 tasse de crème fraîche, environ 150 g

Couper les poitrines de poulet en deux. Peler les échalotes et les gousses d'ail et les couper en deux si nécessaire. Faites ensuite revenir les poitrines de poulet dans un peu d'huile jusqu'à ce qu'elles soient dorées. Sortir de la casserole et réserver.

Essuyer brièvement la casserole et faire revenir les échalotes et les gousses d'ail dans un peu d'huile jusqu'à ce qu'elles soient légèrement dorées. Puis réserver.

Ajouter le vin blanc dans la casserole et laisser mijoter environ 10 minutes jusqu'à ce que le liquide soit réduit à environ 1/3. Ajouter ensuite l'eau, l'estragon et les feuilles de laurier. Remuer, puis ajouter le poulet et les échalotes et laisser mijoter à couvert pendant environ 20 minutes. Retourner le poulet et laisser mijoter sans couvercle pendant environ 25 minutes jusqu'à ce que la sauce soit bien réduite. Incorporer la crème fraîche et assaisonner au goût.

Le plat peut être servi avec du riz ou avec des pommes de terre nouvelles et des pois.

Dates you should not forget !

6-7 Décembre 2018, Interlaken, 50e Congrès annuel de la Société Suisse de néphrologie.

www.swissnephrology.ch

13-14 Décembre 2018, 38e Journée de l'hypertension artérielle. Paris. www.jhta2018.eu

19 - 21 June 2019

SSC/SSCS Joint Annual Meeting 2019
Congress Centre Kursaal Interlaken

21 - 24 June 2019

ESH 2019 ANNUAL MEETING
Milan, Italy