

# Directives 1986 pour le traitement de l'hypertension limite: Mémoire d'une Réunion OMS/SIH\*

*Les présentes directives ont été entérinées par les participants à la Quatrième Conférence sur l'Hypertension limite, tenue à Königstein en République fédérale d'Allemagne, du 4 au 7 décembre 1985. Elles portent sur la définition de l'hypertension limite, la mesure de la tension artérielle, les facteurs influant sur la décision d'instituer un traitement, les méthodes de traitement, et le suivi des patients. Les directives présentées ici constituent une révision de celles qui ont été élaborées en 1982; elles reposent sur les meilleures données scientifiques disponibles et seront remises à jour par la suite pour tenir compte des découvertes nouvelles dans ce domaine.*

Alors que l'hypertension installée, modérée ou sévère, exige incontestablement un traitement médicamenteux, une élévation discrète des chiffres tensionnels pose souvent un problème thérapeutique réquerant un jugement sûr dans chaque cas particulier. Des études récentes ont montré que dans les hypertensions limites traitées par antihypertenseurs, la morbidité et la mortalité par maladie cardio-vasculaire sont plus faibles que dans les groupes analogues de patients non traités. Une proportion notable de la population adulte (10 à 20%) présente occasionnellement de faibles élévations de la tension artérielle, mais la tension ne reste pas élevée chez tous ces sujets et ils ne doivent en aucune façon être tous traités par des antihypertenseurs. En revanche, les patients présentant en permanence une élévation légère de la tension sont exposés à un risque accru de maladie cardio-vasculaire; après l'apparition des symptômes, la morbidité et la mortalité sont plus élevées qu'avant, malgré l'efficacité du traitement antihypertenseur, qui doit par conséquent être mis en place avant l'apparition des symptômes.

Ce Mémoire a pour objectif de fournir des directives applicables à la prise en charge des sujets légèrement hypertendus; on y trouvera des recommandations relatives au traitement tant par la diététique et les autres méthodes non pharmacologiques que par les médicaments.

## DÉFINITION DE L'HYPERTENSION LIMITE

### Mesure de la tension artérielle

On mesure en général la tension par la méthode indirecte, à l'aide d'un sphygmomanomètre à mercure. Le patient doit être assis confortablement depuis plusieurs minutes dans une pièce tranquille avant le début des mesures. Les muscles du bras doivent être relâchés et l'avant-bras reposera sur un support, la fossette cubitale à hauteur du cœur (quatrième espace intercostal). On entoure le bras nu d'un brassard de taille appropriée, sans faire de pli et en serrant bien. On évitera les manches serrées. Le brassard courant que l'on trouve dans de nombreux pays est trop petit. Pour un adulte, il doit avoir une largeur de 13 à 15 cm et une longueur de 30 à 35 cm pour faire le tour du bras. Pour les gros bras, il faut des brassards plus grands et pour les enfants il en faut de plus petits. On gonfle le brassard tout en prenant le pouls radial ou le pouls brachial, jusqu'à sa disparition. On note à ce moment la pression, qui donne approximativement la pression systolique. Puis on dégonfle rapidement le brassard.

Après une pause de 30 secondes on gonfle de nouveau le brassard jusqu'à ce que la pression dépasse d'environ 30 mmHg le niveau auquel le pouls n'est plus perçu; on dégonfle alors lentement le brassard, d'environ 2 mmHg par seconde, en écoutant les bruits de Korotkoff au moyen d'un stéthoscope placé sur l'artère brachiale. La pression à partir de laquelle ces bruits sont perçus est la pression systolique. La pression diastolique (phase V) est celle à laquelle ils disparaissent. La plupart des études importantes se réfèrent à la pression en phase V, qui peut être sensiblement inférieure à la pression en phase IV (au moment où les bruits s'assourdisent). Etant donné que la majorité des données relatives au

\* Ce Mémoire a été préparé par les participants à la Quatrième Conférence sur l'Hypertension limite, organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé et la Société internationale de l'Hypertension (SIH) à Königstein (République fédérale d'Allemagne) du 4 au 7 décembre 1985. Les noms des participants sont indiqués pages 236-237. Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Service des Maladies cardio-vasculaires, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse. La version originale en anglais de ce Mémoire a été publiée dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 64 (1): 31-35 (1986).

traitement concernant la pression diastolique en phase V, c'est celle-ci qu'il faut utiliser pour décider de la nécessité de traiter. On prendra les tensions systolique et diastolique à deux ou moins reprises sur une période de 3 minutes au minimum. Les deux mesures (ou plus) seront notées et on utilisera leur moyenne.

### *Hypertension limite*

Les chiffres tensionnels élevés représentent un risque permanent d'accidents cardio-vasculaires et il a clairement été démontré qu'en les abaissant, on réduit la morbidité et la mortalité par maladie cardio-vasculaire, même chez les sujets dont l'élévation de tension est légère à modérée.

L'hypertension limite de l'adulte est définie par une pression diastolique (phase V), située en permanence entre 90 et 104 mmHg (12-14 kPa) en l'absence de signes patents d'hypertrophie ventriculaire gauche ou de lésions du cœur ou d'autres organes. En pratique, cette définition signifie que lorsque la moyenne des chiffres diastoliques initiaux atteint 90 mmHg (12 kPa) ou plus, il faut refaire les mesures au moins deux fois au cours des quatre semaines qui suivent. En répétant les mesures on observe souvent une chute sensible des pressions systolique et diastolique. Il apparaît donc nécessaire d'identifier les patients qui présentent en permanence une tension artérielle élevée ou dont la tension a augmenté.

Lorsque la tension diastolique retombe à moins de 90 mmHg dans les 4 semaines, la tension devra être reprise tous les 3 mois pendant 1 an. Les directives pratiques s'appliquant aux patients dont la tension reste comprise entre 90 et 104 mmHg pendant les 4 premières semaines d'observation sont les suivantes:

1) Si en moyenne la tension artérielle reste inférieure à 100 mmHg, déconseiller le tabac et mettre en place un traitement non médicamenteux approprié chez tous les patients (voir plus bas); surveiller la tension à plusieurs reprises pendant 3 mois.

2) Instaurer un traitement médicamenteux si la moyenne des tensions diastoliques est égale ou supérieure à 100 mmHg au cours de ces 3 mois.

3) Renforcer les mesures non médicamenteuses et poursuivre sur une longue période l'observation des patients dont la pression diastolique tombe en dessous de 100 mmHg au cours de la première période de 3 mois.

4) Envisager un traitement médicamenteux lorsque les pressions diastoliques sont supérieures ou égales à 95 mmHg après une deuxième période d'observation de 3 mois.

5) Les patients dont la pression diastolique reste inférieure à 95 mmHg sont également exposés à un risque accru de maladie cardio-vasculaire, surtout s'il s'agit de fumeurs, de diabétiques et de sujets atteints d'hypercholestérolémie. Non traités par des médicaments, il faudra les revoir environ tous les 3 mois et renforcer les mesures non médicamenteuses. Il faudra également envisager un traitement médicamenteux chez ces patients, notamment s'ils appartiennent à un groupe à haut risque.

### FACTEURS INTÉRESSANT LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les facteurs autres que la tension diastolique qui influent sur la décision de mettre en route un traitement médicamenteux sont les suivants:

a) *Pression systolique.* Quelle que soit la pression diastolique, une pression systolique élevée constitue un risque supplémentaire.

b) *Age.* Rien n'indique actuellement que le traitement antihypertenseur ait un quelconque intérêt chez les sujets âgés de 80 ans et plus. Si l'âge n'est pas un obstacle au traitement, la prudence s'impose car les effets secondaires sont parfois graves. Chez le patient âgé, on peut toutefois normaliser les chiffres tensionnels grâce à un traitement administré à faible dose. Les patients de 70 ans et plus, dont l'état de santé général est bon, devront probablement être traités comme les patients plus jeunes. Si le patient âgé est fragile ou présente des signes de maladie cardio-vasculaire avancée, de démence ou d'autres affections débilantes, on ne prescrira de traitement antihypertenseur que si la pression diastolique dépasse en permanence 110 mmHg (14,7 kPa). Toutefois, les hypertendus âgés atteints d'insuffisance cardiaque tirent nettement profit d'un traitement par les anti-hypertenseurs, même s'il n'est administré que pendant une courte durée.

c) *Complications cardiaques.* L'hypertrophie ventriculaire gauche, objectivée par l'examen clinique, électrocardiographique, échocardiographique ou radiologique, sans autre étiologie que l'hypertension, indique clairement la nécessité de mettre en place un traitement médicamenteux.

d) S'il existe des signes d'atteinte rénale, on instaurera un traitement médicamenteux.

e) La présence d'une *maladie pouvant être fatale*, sans qu'elle ait un rapport avec l'hypertension, peut influencer la décision d'instaurer un traitement.

f) Des *antécédents familiaux* bien établis d'accident vasculaire cérébral ou de cardiopathie feront pencher la balance en faveur d'un traitement médicamenteux immédiat.

## EXAMENS

Il est indispensable de procéder à une anamnèse et un examen physique complets, en vue d'identifier l'étiopathologie sous-jacente de l'hypertension ou de rechercher les signes de maladie organique. On recommande en outre les examens suivants: examen microscopique de l'urine et recherche d'une protéinurie ou d'une glycosurie, électrocardiogramme, dosage du potassium, de la créatinine, du cholestérol et de l'acide urique dans le plasma et mesure de la glycémie. Dans certains cas, on procédera à des examens supplémentaires afin d'exclure les causes curables d'hypertension.

## MÉTHODES DE TRAITEMENT

L'objectif est de ramener les chiffres tensionnels à leur valeur normale ou au moins au-dessous de 90 mmHg (12 kPa) pour la pression diastolique.

*Méthodes non pharmacologiques*

D'après les données dont on dispose, on parvient à faire baisser la tension en appliquant les mesures suivantes: réduction pondérale chez l'hypertendu obèse, arrêt de l'abus d'alcool et peut-être restriction de l'apport alimentaire de sodium.

*Risques ajoutés.* Etant donné que l'hypercholestérolémie et la présence d'un diabète clinique influent aussi, défavorablement, sur le pronostic à long terme de l'hypertension, il est indiqué de fournir des conseils diététiques afin de limiter ces facteurs de risque. Si l'on veut que les mesures diététiques portent leurs fruits, il faut mettre en place un programme bien étudié avec motivation du sujet, directives diététiques et suivi. L'exercice physique abaissant probablement aussi le risque de maladie cardio-vasculaire, il est tout indiqué en cas d'hypertension limite.

Tous les essais à grande échelle de traitement de l'hypertension limite ont confirmé qu'il existe un risque accru tant d'accident vasculaire cérébral que de cardiopathie coronarienne chez les fumeurs, qu'ils soient ou non sous antihypertenseurs. Il est donc de la plus grande importance de conseiller sans relâche l'arrêt du tabac.

On recommandera aux femmes d'autres méthodes anticonceptionnelles que les contraceptifs oraux.

*Antihypertenseurs*

Il n'existe pas de médicaments indiqués spécifiquement dans le traitement de l'hypertension limite. On suggère de commencer le traitement avec l'une des deux catégories de médicaments suivantes:

*Diurétiques.* On les utilise traditionnellement dans la première étape du traitement. Comme la fréquence des effets secondaires, qui se manifestent par des anomalies biochimiques, augmente fortement avec la dose, sans accroissement correspondant de l'effet antihypertenseur, on recherchera la dose la plus faible capable de réaliser la baisse tensionnelle désirée; l'association avec un médicament d'épargne potassique peut contribuer à éviter l'hypokaliémie. Toutefois, dans certains cas (troubles de la fonction rénale) les épargnants potassiques risquent d'entraîner une hyperkaliémie.

*Bêta-bloquants.* On peut aussi commencer le traitement avec des bêta-bloquants. Employés seuls, ils donnent à peu près le même pourcentage de succès que les diurétiques, et risquent également chez certains patients d'induire des effets indésirables, mais différents de ceux que provoquent les diurétiques. Parmi le grand nombre de bêta-bloquants disponibles, le médecin choisira celui qu'il connaît le mieux. La dose ne devra pas dépasser celle qui est recommandée pour le traitement de l'hypertension.

*Associations médicamenteuses.* On peut associer un bêta-bloquant et un diurétique; cette association permet la normalisation des chiffres tensionnels chez près de 75 à 80% des patients. Pour des raisons de commodité, de prix et d'observance, les préparations qui associent diurétiques et bêta-bloquants en un seul comprimé ou une seule capsule conviennent à de nombreux hypertendus, une fois établie la nécessité de recourir à ces deux types de médicaments. On a également recommandé des associations de petites doses de diurétiques et de bêta-bloquants ou de diurétiques, de bêta-bloquants et de vasodilatateurs afin de minimiser les effets secondaires observés aux posologies usuelles en monothérapie. Si la tolérance à long terme et l'innocuité de composés nouveaux comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), les antagonistes du calcium et les adrénolytiques  $\alpha$  restent à démontrer, ces agents peuvent toutefois être utilisés en première intention dans le traitement de l'hypertension limite, notamment si des contre-indications ou les effets secondaires interdisent l'emploi des diurétiques ou des bêta-bloquants. Il est clair que le risque imposé par le traitement ne doit pas dépasser celui qui fait courir l'hypertension limite.

On peut aussi employer d'autres associations comme par exemple les diurétiques associés aux médicaments à action centrale, aux adrénolytiques  $\alpha$ , aux inhibiteurs de l'ECA ou aux antagonistes du calcium. Les bêta-bloquants peuvent s'employer en association avec les vasodilatateurs artériolaires ou certains antagonistes des canaux calcium. La

réserpine a parfois son utilité dans certaines régions, de préférence associée à un diurétique.

Le choix de la monothérapie ou d'un traitement associé pour traiter l'hypertension limite incombe au seul médecin dans chaque cas particulier. Les mesures non médicamenteuses seront maintenues chez le patient sous antihypertenseurs afin de réduire au minimum le nombre et les doses de médicaments et de limiter les autres facteurs de risque.

La question du coût du traitement médicamenteux a aussi son importance dans la prise en charge au long cours de l'hypertension limite. Il est souhaitable d'employer les médicaments les moins chers, à efficacité et innocuité égales.

#### LE SUIVI DES HYPERTENDUS

Pendant la période de mise en place du traitement on verra les patients tous les 15 jours environ jusqu'à ce que les chiffres tensionnels soient satisfaisants. Pour améliorer l'observance du traitement, contrôler au mieux la tension artérielle et éviter un traitement excessif, on pourra encourager les patients à prendre eux-mêmes leur tension. Ensuite, des visites de contrôle tous les 3 à 4 mois suffisent. Il faut souligner l'importance de l'observance et le rôle majeur de la coopération entre le médecin et le patient. Il faut aussi insister sur la nécessité de poursuivre le traitement chez la majorité des hypertendus traités puisque dans la plupart des cas l'arrêt du traitement s'accompagne d'un retour aux chiffres tensionnels antérieurs. On favorise l'observance en rappelant au patient ses rendez-vous ou en le contactant directement s'il ne s'est pas présenté à une visite.

Si on administre des diurétiques, il faudra doser le potassium, l'acide urique et la créatinine dans le plasma et mesurer la glycosurie 3 mois après le début du traitement puis tous les 1 à 2 ans.

Parfois, en apprenant à un patient qu'il a de l'hypertension, on risque de voir apparaître des manifestations subjectives et comportementales indésirables; il est alors particulièrement important de rassurer le malade sur le pronostic, de souligner la possibilité de mener une vie active normale et de donner des explications sur tout symptôme nouveau susceptible d'apparaître.

\*  
\* \* \*

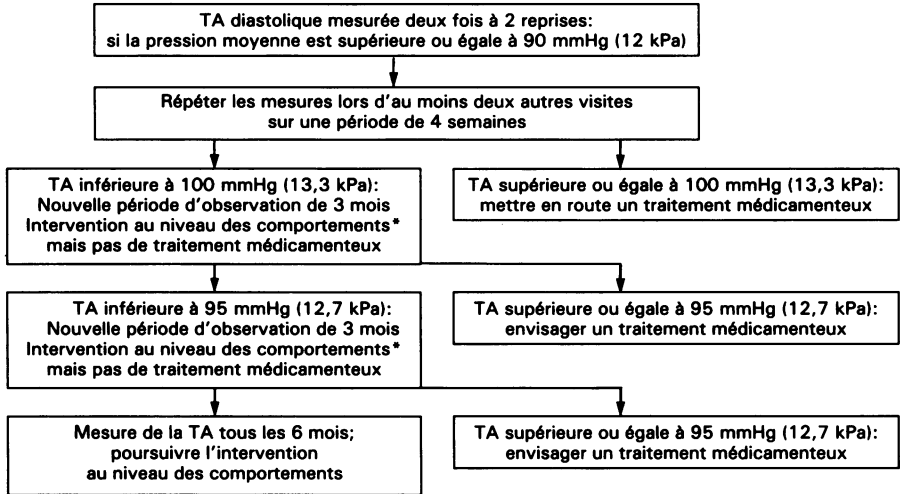
A. Amery, Academisch Ziekenhuis, Sint-Rafael, Louvain, Belgique  
M. Anlauf, Centre hospitalier universitaire, Essen, République fédérale d'Allemagne

L. J. Beilin, University Department of Medicine, Royal Perth Hospital, Perth, Western Australia, Australie  
K. D. Bock, Centre hospitalier universitaire, Essen, République fédérale d'Allemagne  
A. Britov, Centre soviétique de Recherche en Cardiologie, Moscou, URSS  
F. R. Bühler, Service de Médecine interne, Hôpital Cantonal, Bâle, Suisse  
J. P. Chalmers, Department of Medicine, Flinders Medical Centre, Bedford Park, South Australia, Australie  
A. Distler, Centre hospitalier universitaire, Université libre de Berlin, Berlin (Ouest)  
A. E. Doyle, Department of Medicine, University of Melbourne, Austin Hospital, Heidelberg, Victoria, Australie  
F. H. Epstein, Institut de Médecine sociale et préventive, Université de Zurich, Zurich, Suisse  
H. D. Faulhaber, Institut Central de Recherches cardio-vasculaires, Académie des Sciences de la République démocratique allemande, Berlin, République démocratique allemande  
Bonita Faulkner, Department of Pediatrics, Hahnemann University, Philadelphia, PA, Etats-Unis d'Amérique  
E. D. Freis, Veterans Administration Medical Center, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique  
John Fuller, Department of Community Medicine, University College, Londres, Angleterre  
Kurt Furberg, National Heart, Lung, and Blood Institute, Bethesda, MD, Etats-Unis d'Amérique  
D. Ganten, Institut allemand pour la lutte contre l'hypertension artérielle, Heidelberg, République fédérale d'Allemagne  
U. Gleichmann, Centre cardiologique de Nordrhein-Westfalen, Bad Oeynhausen, République fédérale d'Allemagne  
Lennart Hansson, Service de Médecine, Hôpital Östra, Université de Göteborg, Göteborg, Suède  
A. Hofman, Département d'Epidémiologie, Université Erasme, Rotterdam, Pays-Bas  
K. Hayduk, Marien-Hospital, Düsseldorf, République fédérale d'Allemagne  
U. Keil, MEDIS-Institut der GSF, Neuherberg, République fédérale d'Allemagne  
Herbert Langford, Medical Center, University of Mississippi, MS, Etats-Unis d'Amérique  
Norman Lasser, New Jersey Medical School, Newark, NJ, Etats-Unis d'Amérique  
J. Ménard, Service Hypertension artérielle, Hôpital St Joseph, Paris, France  
W. E. Miall, Epidemiology & Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, Middlesex, Angleterre

**DÉFINITION:** pression diastolique (phase V) à 90–104 mmHg (12–14 kPa), sans lésion organique

**OBJECTIFS:** *sur le plan diagnostique* – obtenir une classification fiable des patients

*sur le plan thérapeutique* – abaisser la pression diastolique (phase V) à moins de 90 mmHg (12 kPa) dans le but de ramener les chiffres tensionnels à la normale



\*Intervention au niveau des comportements: déconseiller le tabac; intervention sur le plan diététique, de préférence dans le cadre d'un programme structuré, en vue de faire baisser la tension et la cholestérolémie et de combattre le diabète.

Fig. 1. Définition, mesure de la tension artérielle (TA) et prise en charge de l'hypertension limite.

A. Oberman, Department of Preventive Medicine, University of Alabama, Birmingham Medical Center, Birmingham, AL, Etats-Unis d'Amérique  
 Stanley Peart, Medical Unit, St. Mary's Hospital, Londres, Angleterre  
 R. P. Prineas, Division of Epidemiology, School of Public Health, Minneapolis, MN, Etats-Unis d'Amérique  
 Falko Skrabal, Centre hospitalier universitaire, Innsbruck, Autriche  
 Peter Sleight, Cardiac Department, John Radcliffe Hospital, Oxford, Angleterre  
 J. Stamler, Department of Community Health and Preventive Medicine, Northwestern University Medical School, Chicago, IL, Etats-Unis d'Amérique

T. Strasser, Ligue mondiale contre l'hypertension, Genève, Suisse  
 K. O. Stumpe, Policlinique médicale, Université de Bonn, Bonn, République fédérale d'Allemagne  
 Esther Török, Institut national de Cardiologie, Budapest, Hongrie  
 H. A. Tyroler, School of Public Health, Department of Epidemiology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, Etats-Unis d'Amérique  
 Lars Wilhelmsen, Service de médecine, Hôpital Östra, Université de Göteborg, Göteborg, Suède  
 A. Zanchetti, Centre de physiologie, Clinique de l'hypertension, Hôpital principal, Université de Milan, Milan, Italie