Hypertension artérielle

Pathologie fréquente et insidieuse

Touche 70% des personnes âgées

Pression artérielle élevée dans les vaisseaux sanguins :

→ Supérieure ou égale à la valeur cible (140/90 mmHg quel que soit l'âge)

Avec l'âge la PAD atteint un plateau ou diminue progressivement alors que la PAS continue de s'élever (rigidité artérielle)

Diagnostic

Difficile et contraignant : PA variable

2 mesures successives par consultation; confirmée lors de 3 consultations

→ Évaluation ambulatoire de la PA recommandée

Symptômes

Asymptomatique

Rarement : maux de tête permanents ou culminant le matin au réveil, vertiges, troubles de la vue, saignements de nez

Poussées hypertensives brutales : malaises, violents maux de tête, difficultés à respirer

Automesure tensionnelle :

- Appareil de mesure validé
- Brassard huméral préconisé
- Règle des 3 : 3 mesures matin et soir à 1-2 minutes d'intervalle pendant 3 jours consécutifs
- Au repos, assis, bras reposé

Complications

1) Principales : accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde

2) Autres pathologies vasculaires : AOMI, IRC, coronaropathie

Paramètre de déclin cognitif → *Mesure systématique lors d'un bilan mémoire*

Objectifs tensionnels :

< 140/90 mmHg

< 150/80 mmHg après 80 ans ou sujet âgé fragile

Objectif thérapeutique :

Réduction du risque cardio-vasculaire global

Prise en charge de l'HTA isolée

1. **Règles hygièno-diététiques : 3 mois** (adaptation personnalisée)
   PAS de restriction sodée stricte → *risque de déshydratation, dénutrition, hypotension orthostatique*
2. **Monothérapie : IEC / Sartan / Ica**
   Bithérapie à faibles doses : Diurétique thiazidique + IEC / Sartan ou Ica + IEC / Sartan
3. Si insuffisant après 4 semaines : **changement de(s) la molécule(s), du dosage, ou ajout d'un traitement** → **Trithérapie maximum**

Bêta bloquant à toute étape si indication spécifique

Focus sur les classes médicamenteuses

Inhibiteur de l'enzyme de conversion / Sartan

En première intention

Effet indésirable contre-indiquant l'IEC : toux persistante survenant dans l'année suivant l'initiation, les angio-oedèmes et l'hyperkaliémie sévère

CI : sténose bilatérale des artères rénales

Cardioprotecteur et néphroprotecteur *(à privilégier en cas de diabète)*

Action au niveau artériel et veineux

PAS d'association IEC + Sartan

Adaptation à la fonction rénale

✓ IEC ✗ Sartan

Inhibiteur calcique dihydropyridine

En première intention si HTA isolée,

→ À privilégier en cas d'hyperkaliémie franche

EI : oedème, constipation

Adaptation à la fonction rénale

✓ Ica ⚠ DFG < 15 mL/min : **CI pour Lercanidipine et Manidipine**

✗ **Nicardipine LI**
Non recommandé en continu
risque de chute

✗ Ica non dihydropyridine

(Vérapamil / Diltiazem)

En dernière intention,

→ Association aux b-bloquants classiquement déconseillée (risque de bradycardie)

Diurétiques

Thiazidique : si DFG ≥ 30 mL/min

EI : Hypokaliémie, Hyponatrémie

Épargneur de potassium (Spironolactone) : si DFG ≥ 30 mL/min

uniquement en association en cas d'HTA résistante

EI : Hyperkaliémie, ***CI :*** IH terminale

Éviter d'associer 2 diurétiques (association diurétique de l'anse + thiazidique seulement en cas d'IR sévère)

✗ Diurétique de l'Anse (Furosémide)

Non recommandé

→ Adaptation en fonction de la tolérance

En cas d'IR sévère (DFG< 30 mL/min) **ou d'IC congestive**

JAMAIS en monothérapie

✗ Antihypertenseurs centraux / Alpha-bloquants

Non indiqués *(en dernière intention)*

Manque de données *(morbidité et mortalité)*

→ Risque d'hypotension orthostatique (chute)

Béta-bloquant

→ **À privilégier en présence d'une indication cardiaque spécifique**

(fibrillation atriale, insuffisance cardiaque, coronaropathie)

Si fréquence cardiaque > 50-55 bpm

EI : refroidissement des extrémités, masque les symptômes de l'hypoglycémie (surveillance étroite chez les diabétiques), asthénie, troubles du sommeil, baisse de la libido

⚠

- **Prise des médicaments anti-hypertenseurs à tout moment de la journée** (sauf les diurétiques à prendre le matin)
- **Favoriser les associations fixes dans le but de limiter le nombre de comprimés et de prises quotidiennes**
- **Contrôle de la PA atteint dans un délai de 6 mois**

À surveiller :
hypotension orthostatique, chute, malaise, vertige, hypovolémie, natrémie, kaliémie, fonction rénale

Sources :

- *Société Française de Cardiologie (SFC) 2023*
- *European Society of Cardiology (ESC) 2024*

Mise à jour en Février 2025