

## Hypertension artérielle sévère ou à risque cardio-vasculaire élevé

### 1. PROMOTEUR : UFCV

### 2. SOURCES

- Référentiel hypertension artérielle sévère ou à risque cardio-vasculaire élevé : UFCV 2003
- Référentiel échocardiographie doppler dans le bilan initial de l'hypertension artérielle de l'adulte : UFCV 2003
- Référentiel mesure ambulatoire de la pression artérielle : UFCV 2003
- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of Hypertension. Guidelines Committee : Journal of Hypertension 2003, 21:1011–1053
- Recommandations pour l'utilisation de l'Automesure de la Pression Artérielle : Résumé du premier Consensus International : Asmar R. Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring : a summary report of the first international consensus conference J hypertens 2000 May ; 18(5) :493-508
- British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary Bryan Williams, Neil R Poulter, Morris J Brown, Mark Davis, Gordon T McInnes, John F Potter, Peter S Sever, Simon McG Thom; the BHS guidelines working party, for the British Hypertension Society BMJ volume 328: 13 march 2004
- Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : Actualisation 2005. Service des recommandations professionnelles de la HAS juillet 2005

### 3. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients vus pour l'exploration de la pathologie concernée

### 4. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'AUTO-EVALUATION porte sur 20 patients.

**LA METHODE PROSPECTIVE semble la plus adaptée à la pratique du cardiologue libéral et le type de référentiel considéré tant pour l'évaluation individuelle que collective.**

Evaluation individuelle	Evaluation collective
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Méthode rétrospective : prendre vingt dossiers dans le fichier : les vingt derniers patients rencontrés.</li><li>▪ <b>Méthode prospective : sélectionner vingt dossiers de patients au fur et à mesure qu'ils se présentent.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Méthode rétrospective : prendre vingt dossiers dans le fichier : soit les vingt derniers patients rencontrés.</li><li>▪ <b>Méthode prospective : sélectionner vingt dossiers de patients au fur et à mesure qu'ils se présentent.</b></li></ul>

\*UFCV : Union de Formation et d'évaluation en médecine CardioVasculaire

Groupe de travail UFCV sur l'hypertension artérielle sévère ou à risque cardio-vasculaire élevé

Experts : Pr. Xavier GIRERD et Pr. Daniel HERPIN

Chargé de projet : Docteur Christian ZICCARELLI – UFCV-

Responsable méthodologie : Dr Jean François THEBAUT - UFCV –

Président : Dr. Vincent GUILLOT –UFCV-

Membres du groupe : Dr Jean Yves GRAMAGE, Dr Guy KHAZNADAR.

#### 4. OBJECTIFS DE BONNE PRATIQUE EVALUES

1. Savoir confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle sévère (HTA) ou à risque cardio-vasculaire élevé
2. Réaliser un bilan para-clinique initial, reconnaître une éventuelle atteinte des organes cibles, rechercher si besoin une étiologie.
3. Définir un objectif thérapeutique, proposer ou adapter un traitement médicamenteux fonction de l'atteinte des organes cibles et des recommandations.

1. Les facteurs de risque personnels, sont facilement retrouvés (note 1)
2. Les résultats de la mesure de la pression artérielle, la recherche d'une hypotension orthostatique, sont notés (note 2)
3. Les éléments cliniques d'un retentissement viscéral éventuel sont notifiés (Note 3)
4. Un compte rendu détaillé, et notamment la présence ou non d'une HVG est facilement retrouvé dans le dossier (note 4)
5. Les résultats du bilan biologique minimal sont disponibles ou en leur absence ils sont demandés ou la prescription recommandée dans la lettre au médecin correspondant (note 5).
6. L'indication d'un écho-doppler cardiaque (s'il a été fait) est justifié et correspond aux recommandations (note 6)
7. Un bilan para-clinique à la recherche d'une HTA secondaire est entrepris ou prévu en présence de signes cliniques évocateurs (note 7).
8. Un traitement est rapidement proposé ou adapté suite à la découverte de cette HTA sévère ou à risque cardio-vasculaire élevé, et un protocole thérapeutique est préconisé (Note 8)
9. les objectifs thérapeutiques sont retrouvés dans la conclusion (note 9)
10. les conseils hygiéno-diététiques sont expliqués au patient et retrouvés dans le dossier ou précisés dans la lettre au médecin correspondant. (note 10)
11. Les recommandations du suivi clinique, biologique et cardiologique sont facilement retrouvées (note 11)

**Note 1 : Facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardio-vasculaire global**

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
- Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
- Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
  - Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin
  - Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin
  - AVC précoce (< 45 ans)
- Diabète (diabète traité ou non traité)
- Dyslipidémie : LDL-cholestérol  $\geq 1,60$  g/l (4,1 mmol/l) HDL-cholestérol  $\leq 0,40$  g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe

**Note 2 :** notamment les chiffres antérieurs de Pression artérielle doivent être précisés s'ils sont disponibles

**PA normale < 140/90**

Au minimum 2 mesures, à quelques minutes d'intervalle, au cours de la même consultation. Le chiffre de PA retenu est la moyenne des mesures effectuées.

La recherche d'une hypotension orthostatique (chute de la PAS de plus de 20 mmHg et/ou de la PAD de plus de 10 mmHg, lors du passage en position debout) est conseillée chez tout hypertendu, en particulier chez le sujet de plus de 65 ans et le patient diabétique.

Il est recommandé de mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical (automesure tensionnelle ou MAPA), afin de s'assurer de la permanence de l'HTA et pour rechercher une « HTA blouse blanche » :

- en cas de chiffres de PA compris entre 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, de diabète, d'antécédent cardio ou cérébro-vasculaire, ou d'insuffisance rénale lors du bilan initial ;
- chez les sujets âgés dont la variabilité tensionnelle est augmentée, et chez qui la fréquence de l'effet blouse blanche est importante. Chez ces patients, la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet médical est recommandée, après s'être assuré de sa faisabilité.

**Note 3 :** Présence éventuelle d'une dyspnée d'effort ou de décubitus, de douleurs précordiales évocatrices d'un angor, d'un souffle artériel périphérique ou abolition d'un pouls périphérique

**Note 5 :** Les examens complémentaires recommandés dans le cadre du bilan initial sont :

- créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG : formule de Cockcroft et Gault1) ;
- bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et dosage pondéral si positivité. La recherche d'une micro-albuminurie (à 2 reprises) sera effectuée uniquement chez les diabétiques de type 2
- kaliémie (sans garrot) ;
- prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol (formule de Friedewald) ;

**Note 6 :** Référentiel : échocardiographie doppler dans le bilan initial de l'hypertension artérielle de l'adulte : UFCV 2003

Recommandation de la Société Française de cardiologie sur l'indication de l'échocardiographie doppler : Octobre 99 site webcardio.fr

**Note 7**

La recherche d'une HTA secondaire (par des tests biologiques spécifiques ou d'imagerie) sera envisagée :

- si l'interrogatoire, l'examen clinique (souffle para-ombilical, diminution ou abolition des pouls fémoraux) ou les examens systématiques recommandés (Hypokaliémie  $< 3,6$  meq/l ou  $< 3,9$  meq/l en cas de traitement par IEC) ont fourni une orientation étiologique ;
- en cas d'hypertension chez le patient jeune (< 30 ans) ;
- en cas d'HTA sévère d'emblée ( $\geq 180/110$  mmHg) ou s'aggravant rapidement ;
- en cas d'HTA résistante (à une trithérapie dont un diurétique).

## Note 8

### 1° Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA ≥ 180/110
0FdR associé	Risque faible	Risque Moyen	Risque élevé
1 à 2 FdR associés	Risque Moyen	Risque Moyen	Risque élevé
>= 3 FdR et/ou AOC et/ou Diabète	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé
Maladie Cardio-vasculaire et/ou rénale	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

Maladies cardio-vasculaires et rénales

- Insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 500 mg/j.
- Accident ischémique transitoire (AIT) et accident vasculaire cérébral (AVC)
- Insuffisance coronarienne
- Artériopathie des membres inférieurs et aorto-iliaque

### 2° Stratégie thérapeutique

Il est recommandé de débiter par une monothérapie. Une association fixe d'antihypertenseurs à doses faibles, peut également être proposée.

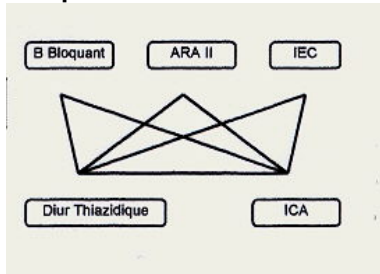
En deuxième intention, une bithérapie sera instaurée dans un délai d'au moins 4 semaines, en cas de réponse tensionnelle insuffisante au traitement initial.

Une bithérapie pourra être instaurée dans un délai plus court, dans les cas suivants :

- chez le patient ayant une PA ≥ 180-110 mmHg quel que soit le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire associés ;
- chez le patient ayant une PA de 140-179/90-109 mmHg et à risque cardio-vasculaire élevé.

Après 4 semaines d'un traitement initial, en cas d'absence totale de réponse à ce traitement ou en cas d'effets indésirables, il est recommandé de changer de classe thérapeutique.

**Traits pleins** : effet additif sur la baisse tensionnelle



Une polythérapie est le plus souvent nécessaire (comportant un diurétique, en cas de trithérapie)

**Note 9** : Objectifs : Sujet <80ans => <140/90

Sujet >80ans => <150 en l'absence d'hypotension orthostatique

Insuffisance rénale ou diabète <130/80

Si Protéinurie >500mg/24h => protéinurie <0,50g/24h

## Note 10

Les mesures hygiéno-diététiques ne doivent pas retarder la mise en route du traitement

- la limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j (cf. *table de composition des aliments éditée par l'Afssa*) ;
- une réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC4 (indice de masse corporelle) en dessous de 25 kg/m<sup>2</sup>, ou, à défaut, afin d'obtenir une baisse de 10 % du poids initial ;
- la pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min environ, 3 fois par semaine ;
- la limitation de la consommation d'alcool à moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent par jour chez la femme ;
- l'arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique ;
- un régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale).

**Note 11 : Le suivi est adapté au profil du patient :**

- Mesure de la PA tous les 3 à 6 mois ou plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.
- Interrogatoire et examen cardio-vasculaire 3 à 6 mois ou plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire.
- Bandelette urinaire (protéinurie) tous les 12 mois
- Kaliémie, créatininémie et calcul du DFG tous les 1 à 2 ans
  - Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénineangiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents.
  - Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois).
- Glycémie 3 ans, si initialement normale. Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie.
- Exploration d'anomalie lipidique (EAL) 3 ans, si lipides initialement normaux. Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie.
- ECG 3 ans ou plus souvent en cas de signe d'appel à l'examen clinique

**Notez une seule réponse par case :**

1 ou O si la réponse est OUI

N° d'identification : -----

2 ou N si la réponse est NON

Date :-----

3 ou N/A si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires).  
N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

Temps passé à cet audit :-----

	<b>QUESTION 1</b>	<b>QUESTION 2</b>	<b>QUESTION 3</b>	<b>QUESTION 4</b>	<b>QUESTION 5</b>	<b>QUESTION 6</b>
	<i>Les facteurs de risque personnels sont-ils facilement retrouvés ?</i> <b>Note 1</b>	<i>Les résultats de la mesure de la pression artérielle et de la recherche d'une hypotension orthostatique sont – ils notés ?</i> <b>Note 2</b>	<i>Peut-on retrouver les éléments cliniques d'un éventuel retentissement viscéral ?</i> <b>Note 3</b>	<i>Le compte rendu est-il détaillé et la présence ou l'absence d'une HVG signalée ?</i> <b>Note 4</b>	<i>Retrouve-t-on dans le dossier le bilan biologique minimal ou en son absence une prescription a-t-elle été préconisée ?</i> <b>Note 5</b>	<i>L'indication d'un écho-doppler cardiaque est-elle conforme aux recommandations ?</i> <b>Note 6</b>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Total des 1						
Total des 2						
Total des 3						

**VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

	<b>QUESTION 7</b>	<b>QUESTION 8</b>	<b>QUESTION 9</b>	<b>QUESTION 10</b>	<b>QUESTION 11</b>
	<i>Devant l'existence de signes cliniques évocateurs, un bilan para-clinique à la recherche d'une HTA secondaire est-il prévu ?</i> <b>Note 7</b>	<i>Devant cette HTA sévère ou à risque cardio-vasculaire élevé un traitement a-t-il été proposé ou adapté et un protocole thérapeutique précisé ?</i> <b>Note 8</b>	<i>Retrouve-t-on dans la conclusion les objectifs thérapeutiques ?</i> <b>Note 9</b>	<i>Peut-on vérifier si les conseils hygiéno-diététiques ont été expliqués au patient ou précisés dans la lettre au médecin correspondant ?</i> <b>Note 10</b>	<i>Les recommandations du suivi clinique, biologique et cardiologique sont-elles notées ?</i> <b>Note 11</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

**VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

