

## Idées clés et R.C.V (1)

FDR , indicateurs et pathologies associées à prendre en compte pour évaluer le R.C.V

- **Age**
  - > 45 ans chez l'homme
  - > 55 ans chez la femme ou avec ménopause précoce sans oestrogénothérapie substitutive
- **Antécédents familiaux de maladie CV à un âge précoce:**
  - < 55 ans chez le père
  - ou 65 ans chez la mère
- **Tabagisme**
- **Diabète**
- **Hypertension artérielle**
- **Hdl-cholestérol < 0.35 g/l**
- **Ldl-cholestérol > 1.90 g/l**
- **Obésité ( IMC > 30 )**
- **Obésité androïde avec un périmètre abdominal :**
  - > 90cm chez la femme
  - > 100 cm chez l'homme
- **Atteinte d'un organe cible**
- **Sédentarité**
- **Consommation excessive d'alcool**

## Idées clés et R.C.V (2)

Facteurs de risque	Critères diagnostique	Indicateur de suivi	Objectif thérapeutique	Seuil d'intervention	Fréquence suivi
IABAC	Dès la 1e	( Paquets / années )	Sevrage	immédial	À toutes les consultations
DIABETE	2 glycémies À jeun > à 1.26 g/l	Hb A1c	HbA1c < 6.5%	Après 6 mois de régime bien suivi	Tous les 3 mois
HTA	> 140 / 90	Mesure PA au cabinet par le médecin	< 140 / 90 ou < 140 / 80 si diabète	En fonction du R.C.V	HTA contrôlée : 3 à 4 contrôles / an
CHOLESTÉROL	Exploration d'une anomalie lipidique	LDL - Cholestérol	<1.90 si 0 FDR <1.60 si 1 FDR <1.30 si 2 FDR ou+	Après 3 mois de régime bien suivi	Tous les 6 mois si équilibré
SURPOIDS	IMC + P/T* Obésité abdominale	IMC	< 25 = Normal <25 à 30 = Surpoids >30 = Obésité	En fonction IMC	À toutes les consultations
ALCOOL	En unités / jour >2 à 3 - Femme >3 à 4 - Homme		< à 1 unité aux 2 principaux repas	À toutes les consultations	À toutes les consultations
SEDENTARITE	Absence activité physique		>3 fois 1 heure de marche à pied par semaine	À toutes les consultations	À toutes les consultations

**Hypertension**

**Artérielle**

Pr. Robert NICODEME – Dr Thierry BRILLAC – Dr. Stéphane OUSTRIC

D.U.M.G

## **Hypertension artérielle :**

### **Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective.**

#### **1. Définition**

- L'hypertension artérielle (HTA) est définie par une élévation permanente des chiffres de pression artérielle systolique (PAS) et/ou de la pression artérielle diastolique (PAD). L'HTA est un facteur de risque qui expose les patients aux accidents vasculaires cérébraux et dans une moindre mesure aux accidents coronariens, et à l'insuffisance cardiaque.
- Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage, le diagnostic mais également dans le suivi de l'efficacité du traitement anti-hypertenseur (non médicamenteux et médicamenteux) est essentiel.
- Des recommandations précises concernant la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, ont été dictées par l'ANAES en Avril 2000. Ce texte reprend les idées principales. Le texte intégral peut être consulté sur le site <http://www.anaes.fr>.

#### **2. Dépistage et diagnostic**

L'examen clinique réalisé lors de la consultation par le médecin généraliste, inclut de façon quasi systématique de la mesure de la pression artérielle (PA). La découverte de l'HTA est souvent fortuite, à l'occasion d'une consultation pour un autre motif (certificat d'aptitude au sport, pathologie aiguë, renouvellement de traitement dans le cadre d'une pathologie chronique...).

Des conditions particulières de mesure doivent être respectées: le patient est en position allongée ou assis depuis plusieurs minutes, la PA est mesurée à plusieurs reprises au moyen d'un sphygmomanomètre à mercure ou un appareil électronique validé (liste disponible sur le site <http://www.afssaps.sante.fr>), avec un brassard de taille adaptée à la circonférence du bras.

#### **3. Le patient hypertendu**

On parle d'HTA chez l'adulte lorsque la PAS est habituellement égale ou supérieure à 140 mm de Hg et / ou la PAD égale ou supérieure à 90 mm de Hg au cabinet médical. Le niveau tensionnel n'est qu'une composante du risque cardiovasculaire dont la prise en charge nécessite une approche globale. .

- **Son suivi**

La prise en charge de l'HTA essentielle est principalement assurée par le Médecin généraliste. Elle suppose donc une mise en oeuvre rigoureuse des recommandations actuelles. Le suivi a pour but de:

- maintenir les chiffres de PA en dessous de 140 mm de Hg pour la PAS et 90 mm de Hg pour la PAD.

- prévenir, dépister et traiter les complications de l'hypertendu.
- dépister et prendre en charge les facteurs de risque modifiables.
- favoriser l'observance;

L'ANAES, dans ses recommandations d'Avril 2000, souligne qu' « en raison de la prévalence extrêmement élevée de l'HTA à partir de 50 ans, il paraît indispensable d'instaurer une stratégie de prévention primaire. En diminuant cette prévalence, elle pourrait réduire le nombre d'hypertendus à prendre en charge. La mise en oeuvre des mesures diététiques dans la population des hypertendus serait favorisée par le fait qu'elle n'entrerait pas en contradiction avec le mode vie ou pratiques alimentaires de l'ensemble de la population. » Le médecin généraliste a un rôle fondamental

d'information et d'éducation pour la santé en insistant régulièrement sur la prise en charge non médicamenteuse de l'HTA (réduction de la consommation sodé et d'alcool, de la surcharge pondérale, augmentation de l'activité physique et réduction de la consommation de graisses saturées).

L'arrêt du tabac est également un objectif essentiel.

- Stratégies de prise en charge

La stratégie associe l'approche non médicamenteuse et le traitement médicamenteux et est fondée sur l'appréciation du risque cardiovasculaire individuel (tableau 1).

- 
- Age supérieur à 45 ans chez l'homme et à 55 ans chez la femme.
  - ✓ Antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire à un âge précoce (avant 55 ans chez le père ou 65 ans chez la mère).
  - ✓ Tabagisme.
  - ✓ Diabète.
  - ✓ HDL-Cholestérol < 0,35 g/l (0,9 mmol/l), LDL > 1,90 g/l (4,9 mmol/l).
  - Consommation excessive d'alcool.
  - ✓ Catégories à risque particulier (notamment groupes socio-économiques défavorisés)\*.
  - ✗ Absence d'activité physique régulière.
  - ✓ Obésité abdominale.
  - ✓ Atteinte d'un organe-cible.
- 

\* Les recommandations 1999 du JNC VI et de l'OMS-ISH ont précisé en outre les critères de groupes ethniques et régions géographiques particulièrement exposées, notamment les Afro-Américains et ceux issus de la zone caraïbe. La Guyane et les Antilles françaises sont évidemment concernées. Nombre de ces facteurs de risque ne sont pas modifiables. ...

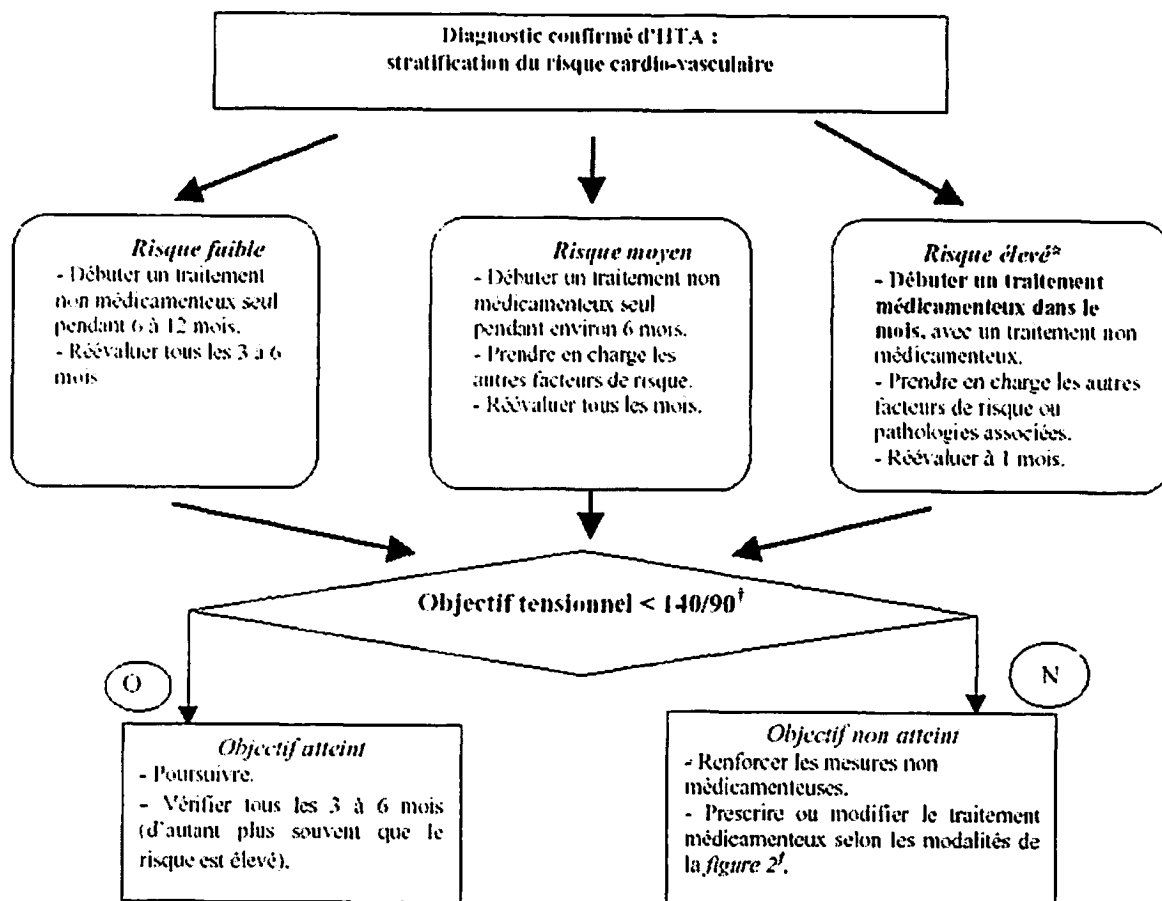
**Tableau 1.** Principaux facteurs et indicateurs de risque cardio-vasculaire et maladies associées pris en compte dans la prise en charge d'un patient atteint d'une hypertension artérielle (adapté de WHO-ISH 1999). Cette liste n'est ni hiérarchique, ni exhaustive.

L'identification de ces facteurs permet une **stratification du risque** (tableau 2) et une **stratégie par étape successive** (figure 3).

Autre facteur de risque et histoire de la maladie	Grade 1 (HTA « légère ») Systolique 140-159 ou diastolique 90-99	Grade 2 (HTA « modérée ») Systolique 160-179 ou diastolique 100-109	Grade 3 (HTA « sévère ») Systolique ≥ 180 ou diastolique ≥ 110
Groupe A : pas d'autre facteur de risque	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
Groupe B : 1-2 facteurs de risque	Risque moyen	Risque moyen	Risque élevé
Groupe C : 3 facteurs de risque ou plus, ou atteinte d'un organe-cible, ou diabète*	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

\* Dans le cas de maladies cardio-vasculaires associées, le patient doit être considéré comme à risque très élevé quel que soit son niveau tensionnel, et faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

**Tableau 2.** Stratification du risque pour quantifier le pronostic d'un patient atteint d'une hypertension artérielle (adapté de WHO-ISH 1999).



\* à l'exception des urgences hypertensives, qui ne sont pas l'objet de ces recommandations.

† Ou moins dans 2 cas particuliers : diabète et insuffisance rénale.

‡ Chez les patients à risque faible, une certaine « tolérance » est préconisée si le seul traitement non médicamenteux ne permettant pas d'atteindre l'objectif idéal de 140/90, sous réserve de réévaluation régulière de la situation.

Figure 3. Stratégie de suivi du patient hypertendu.

#### 4. HTA et facteurs de risque cardiovasculaire

- Tabagisme

L'arrêt de la consommation de tabac est recommandée le plus rapidement possible. Une aide doit être proposée après évaluation de la dépendance par le test de Fagerström. Le maintien prolongé de la motivation est nécessaire; le suivi régulier par le médecin généraliste en consultation s'inscrit dans ces mesures de soutien.

- Anomalies métaboliques

- a- diabète de type 2

L'objectif tensionnel de 130/85 est recommandé par l'ANAES. le recours à une pluri thérapie est très fréquente dans ce contexte. L'utilisation de certaines molécules ou familles d'anti-hypertenseurs sont préconisées au regard de grandes études cliniques ( UKPDS, RENAAL, IDNT, IRMA II...)

- b- dyslipidémie

La prise en charge des 2 pathologies est primordiale.

La mise en route du traitement hypolipémiant sera instauré après six mois de mesures diététiques appropriées et obtention du meilleur contrôle tensionnel, en fonction des valeurs du LDL-cholestérol.

### 5. Perspectives...

Plusieurs études révèlent un **contrôle insuffisant de l'HTA** en France. Par exemple, les études PHARE I et II réalisée en 1994, puis en 1999. La prévalence de l'HTA est de 41 %. Parmi les patients hypertendus, 60% étaient traités et seulement 24% étaient contrôlés en 1994 et 31% en 1999.

C'est dire le rôle déterminant du médecin généraliste dans le dépistage, le suivi du traitement médicamenteux et non médicamenteux du patient hypertendu. Son action sur l'observance est également fondamentale.

### 6. Conclusions

Le rôle du médecin généraliste est multiple. Il lui appartient:

- de dépister les patients hypertendus en intégrant leur niveau tensionnel à l'évaluation du risque cardiovasculaire;
- de prendre en charge l'ensemble de ces facteurs de risque cardiovasculaires;
- d'insister sur les mesures non médicamenteuses, en particulier la diminution de la consommation sodée ou de graisses saturées ( probablement à élargir à l'ensemble de la population);
- d'instaurer des traitements médicamenteux adaptés à la situation clinique de chaque patient, de ses caractéristiques physiologiques, des effets attendus de certaines indications ou pathologies associées;
- de proposer des associations de thérapeutiques aux effets additifs établis chaque fois que l'objectif tensionnel n'est pas atteint et ce d'autant plus que le risque cardiovasculaire est marqué.

Organes cibles = artères, rein, cœur, cerveau

### Références bibliographiques :

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle. Texte des recommandations cliniques. ANAES. Paris, Avril 2000.
- Recommandations 2003 de la Société Européenne d'Hypertension et de la Société Européenne de Cardiologie pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. J Hypertens 2003, 21 :1011-1053.
- Aram V. CHOBANIAN, Georges L. BAKRIS, Henri R. BLACK, William C. CUSHMAN, Lee A. GREEN, Joseph I. IZZO et al. Septième Compte-rendu du Comité National Commun sur la Prévention, la Détection, l'Evaluation et le Traitement de l'Hypertension Artérielle ; 7<sup>ème</sup> Compte-rendu du JNC. JAMA 2003; 289:2561-2574.
- A. CHIOLERO, P. BOVET, M. BURNIER . Recommandations américaines et européennes pour la prise en charge de patients hypertendus : quel impact pour la pratique ? Med Hyg 2003 ; 61 : 1670-4.