

HYPERTENSION ARTERIELLE

Plan :

- I- Définition - Généralités
- II- Mesure de la tension artérielle
- III- Etiologies
- IV- Clinique
- V- Evolution
- VI- Examens à pratiquer
- VII- Formes étiologiques
- VIII- Traitement

I- DEFINITION : L'HTA est défini comme une élévation permanente des chiffres de pression artérielle ; ces élévations sont arbitrairement fixés à 140 mmHg ou plus pour la systolique et / ou 90 mmHg ou plus pour la diastolique.

Le caractère permanent de cette élévation est primordial pour le diagnostic d'HTA , car les élévations occasionnelles sont fréquentes et n'ont aucune valeur diagnostique (contexte émotionnel , accident de santé) d'où la nécessité de répéter les mesures .

3 consultations avec au moins 2 mesures par consultation sur une période de 3 à 6 mois.

GENERALITES : L'HTA est une maladie chronique fréquente touchant, en moyenne 12 à 20 % de la population adulte.

C'est une maladie silencieuse, asymptomatique jusqu'à sa découverte fortuite ou à l'occasion d'une complication cardiovasculaire.

La récente classification du JNC VI « comité d'experts américains » en accord avec l'OMS et la société internationale d'hypertension artérielle, définissent les niveaux de pression artérielle :

Catégories de PA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 140	< 90
Grade I (légère)	140-159	90-99
Grade II (modérée)	160-179	100-109
Grade III (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90

II – LES MESURES DE LA TENSION ARTERIELLE :

Seul moyen diagnostique , c'est un acte médical qui demande du soin

A- Mesure conventionnelle :

- Manomètre à mercure avec brassard adapté chez un sujet allongé ou assis depuis 05 à 10 mn, la méthode est auscultatoire .
- Sphygmomanométrie anéroïde , méthode auscultatoire avec le même principe du brassard , mais très dépendante de la qualité du sphygmomanomètre .

B – Autres méthodes :

En raison des limites nombreuses de la méthode conventionnelle ainsi que la réaction d'alarme (**HTA de la blouse blanche**) par la présence du médecin , limitent énormément l'intérêt de ces méthodes casuelles , d'où l'intérêt de mesures hors milieu médical ; ces méthodes sont complémentaires de la mesure conventionnelle ;

B-1 : Auto mesure de la TA :

Elle a l'avantage de permettre plusieurs mesures par jour , plusieurs jours de suite .

C'est une méthode oscillométrique avec des appareils électroniques, qui doivent néanmoins être validés (appareils certifiés) .

B-2 : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) :

Permet un grand nombre de mesures (environ 80 / 24 H), en conditions ambulatoires et mesures nocturnes.

Ces méthodes fournissent des résultats généralement plus bas que la mesure conventionnelle, d'où la nécessité de chiffres plus bas de normalité :

Auto mesure à domicile → TA inférieure à 135/85 mmHg .

MAPA → TA inférieure à 135/85 mmHg en activité

TA inférieure à 125/75 mmHg au sommeil.

III – ETIOLOGIES :

A-HTA primaire : 95 % des cas, aucune cause précise mais des facteurs

Prédisposants (âge , ménopause , antécédents familiaux , surcharge pondérale , consommation excessive de sel , consommation excessive d'alcool , apnée du sommeil , facteurs génétiques et environnementaux) .

B-HTA secondaire : 5 % des cas, formes rares parfois curables, prennent souvent la forme d'HTA sévère et résistante chez des sujets jeunes.

IV – CLINIQUE :

A – Signes fonctionnels : maladie silencieuse qui, représente un facteur de risque plus qu'une maladie invalidante.

Seules les céphalées matinales de la nuque peuvent lui être rattachées.

B-Circonstances de découverte :

- Examen systématique (visite d'embauche)
- Examen pour symptôme ou affection non relié
- Examen pour complication cardiovasculaire :AVC, IDM, IC .

C-Formes manométriques :

- HTA diastolique ou systolo-diastolique
- HTA systolique pure (hyper débit chez sujet jeune , rigidité artérielle chez sujet âgé)

V – EVOLUTION : Facteur risque vasculaire donc éventualité de complication cardiovasculaire ;

- Complications spécifiques (HTA sévère et permanente) : rétinopathie hypertensive , néphroangiosclérose maligne , encéphalopathie hypertensive , crises comitiales , HTA maligne)
- Complications cardiovasculaires :
 - Insuffisance cardiaque
 - Insuffisance coronarienne
 - Accident vasculaire cérébral (Ischémique ou hémorragique)
 - Accident vasculaire oculaire (thrombose artérielle ou veineuse)
 - Dissection aortique
 - Insuffisance rénale
 - Artérite des membres inférieurs
 - Complications gravidiques

VI – EXAMENS A PRATIQUER :

A – Objectif :

- Sévérité et retentissement de l'HTA
- Etiologie
- Evaluation du risque global
- Orientation du traitement

B-Interrogatoire et examen clinique :

- Corpulence
- Antécédents : néphrologiques, urologiques, gravidiques, CV
- Symptôme : dyspnée, douleur thoracique, triade du Phéochromocytome
- Habitudes : alcool, tabac, réglisse, pilule contraceptive
- Traitements actuels : corticoïdes, AINS, tricycliques, anxiolytiques, anti hypertenseurs.

C-Examens biologiques :

Systématiques : créatinine sanguine, glycémie, cholestérol-HDL et cholestérol-LDL, Triglycérides, Kaliémie.

Facultatifs : Uricémie , GGT .

D-Recherche de protéinurie et hématurie : à la bandelette et quantification si positive.

E-Electrocardiogramme : systématique

F-Examens non systématiques :

- Fond d'œil : HTA sévère ou diabète associé
- Echocoeur : ECG pathologique , angine de poitrine , souffle cardiaque
- Echo rénale : si orientation étiologique

VII – FORMES ETIOLOGIQUES :

A-Causes rénales :

- Insuffisance rénale chronique (la plus fréquente) : glomérulopathie, néphropathie diabétique, pyélonéphrite, polykystose rénale
- Néphropathie unilatérale : hypoplasie congénitale, petit rein vasculaire, hydronéphrose, tumeur de WILMS
- HTA réno-vasculaire : sténose uni ou bilatérale des artères rénales, en général par athérosclérose chez les sujets âgés et dysplasie fibromusculaire chez la femme jeune surtout

B-Causes surrénaliennes :

- L'hyper aldostéronisme primaire : sécrétion exagérée d'aldostérone par la corticosurrénale ; il s'agit le plus souvent d'un adénome (syndrome de CONN) parfois d'une hyperplasie bilatérale ; diagnostic évoqué devant une HTA avec hypokaliémie .
- Phéochromocytome : tumeur de la médullosurrénale responsable d'une sécrétion exagérée de catécholamines ; diagnostic évoqué
Devant une triade symptomatique évocatrice (sueurs, céphalées, palpitations) sur fond d'HTA paroxystique ou permanente sévère.

C-HTA gravidique : c'est une hypertension défini par une PAD > 90 mmHg à 02 consultations successives au moins ; apparaissant au cours de la grossesse, classiquement au 03 ème trimestre chez une primipare, par opposition aux HTA chroniques antérieures à la grossesse.

L'HTA gravidique est à l'origine de complications fœto-maternelles (hématome retro placentaire, éclampsie, CIVD, insuffisance rénale aiguë et exceptionnellement décès chez la mère ; retard de croissance et mort in utero chez le fœtus).

	Pas de protéinurie	Protéinurie
HTA avant Grossesse	HTA chronique	Pré-éclampsie Surajouté
Pas d'HTA avant grossesse	HTA gravidique	Pré-éclampsie

D-Contraceptifs oraux : augmentation presque constante chez des femmes sous oestro-progestatifs particulièrement au delà de 35 ans et en cas d'obésité associée.

Réversibilité possible de l'HTA en plusieurs mois après arrêt de la pilule .

E-Glycyrrhizine (réglisse): HTA semblable à l'hyper aldostéronisme, engendrée par cette substance proche en action des minéralo- corticoïdes, contenue dans la réglisse, l'antésite et le pastis sans alcool.

F-Médicaments : certains médicaments élèvent la TA ou réduisent l'efficacité des anti hypertenseurs par interférence médicamenteuse : Ex sympathicomimétiques , corticoïdes , AINS , tricycliques , ciclosporine , erythropoïétine

G-coarctation de l'aorte : HTA chez l'enfant ou l'adolescent par sténose isthmique de l'aorte , responsable d'une HTA asymétrique (HTA aux membres supérieurs , hypotension aux membres inférieurs) .

Cette étiologie est suspectée devant une HTA chez l'enfant ou l'adolescent avec abolition ou diminution des pouls fémoraux.

VIII-TRAITEMENT : Le traitement est exceptionnellement étiologique :

- Dialyse ou greffe rénale plus anti hypertenseurs pour les insuffisances rénales chroniques.
- Angioplastie des artères rénales ou chirurgie (remplacement prothétique de l'artère) pour les HTA réno-vasculaires.
- Exérèse chirurgicale des adénomes de CONN, traitement médical aux anti aldostérones pour les hyperplasies bilatérales.
- Exérèse chirurgicale des phéochromocytomes.
- Extraction foétale (césarienne) pour les HTA gravidiques compliquées.
- Arrêt des oestro progestatifs, et conseil d'une autre méthode contraceptive.
- Arrêt de la consommation de produits contenant la glycyrrhizine.
- Arrêt des médicaments responsables d'aggravation ou d'élévation de la tension artérielle.
- Traitement chirurgicale de la coarctation de l'aorte.

Le traitement de l'HTA essentielle repose sur :

A-Mesures hygièno- diététiques :

- Arrêt de la consommation alcoolique ;
- Reprise d'une activité physique régulière ;
- Pratique d'une activité sportive souhaitable ;
- Régime hypocalorique pour les surcharges pondérales ;
- Régime hyposodé ;
- Alimentation riche en potassium (Fruits et légumes) ;
- Correction des facteurs de risque associés :
 - Contrôle glycémique ;
 - Arrêt du tabagisme ;
 - Traitement d'une dyslipidémie.. etc.

B-traitement médicamenteux : doit toujours être associé aux mesures hygiéno-diététiques ; avec des objectifs tensionnels inférieurs à 140 /90 mmHg, voire des chiffres plus bas en cas de risque vasculaire élevé (Diabète, néphropathie..).

Plusieurs classes anti hypertensives sont disponibles :

- Diurétiques
- β - bloquants
- Inhibiteurs calciques
- IEC
- ARA II
- Anti hypertenseurs d'action centrale
- Alpha bloquants.

Le traitement sera toujours débuté par une mono thérapie, en cas d'échec une bi-thérapie, en cas de non réponse une tri-thérapie associant un diurétique voire une quadri-thérapie.

En cas de résistance à une tri-thérapie, l'HTA est considérée résistante obligeant à la pratique d'examen complémentaires spécifiques (recherche étiologique).