

HTA: l'AHA et l'ACC révolutionnent la définition en abaissant la barre à 130/80 mm Hg

14 novembre 2017

Anaheim, Etats-Unis -- Coup de tonnerre dans le ciel californien durant le congrès de l'American Heart Association, [AHA 2017](#). L'**American Heart Association** (AHA) et l'**American College of Cardiology** (ACC) ont conjointement décidé de redéfinir l'hypertension artérielle (HTA). Outre-Atlantique, toute pression systolique égale ou supérieure à 130 mm Hg et/ou pression diastolique égale ou supérieure à 80 mm Hg doit désormais faire poser le diagnostic d'HTA.

Ce changement qui fait passer la "barre" de 140/90 mm Hg à 130/80 mm Hg « reflète mieux le risque de complications associé à ces relativement bas niveaux tensionnels et va permettre une intervention plus précoce » selon les auteurs. « Le risque de complications cardiovasculaires potentiellement mortelles est, en effet, déjà doublé par rapport à des niveaux tensionnels inférieurs à 130/80 mm Hg » d'après **Paul K. Whelton**, premier auteur de ces recommandations et professeur de Santé Publique à l'université de Tulane (Nouvelle Orléans).

En résumé, exit la pré-hypertension, place à l'HTA de grade 1 et de grade 2 avec, à la clé, +14% d'hypertendus même si seuls une minorité relèveront d'une prescription systématique d'antihypertenseur.

Exit la pré-hypertension, place à l'HTA de grade 1 et de grade 2 avec, à la clé, +14% d'hypertendus.

Augmentation de 14% de la prévalence de l'HTA en population

Ces nouvelles recommandations américaines sur « le diagnostic, la prévention la gestion et le traitement pharmacologique de l'HTA » ont été publiées simultanément à leur présentation en session plénière du 13 novembre 2017 à l'AHA 2017 ^[1].

Elles viennent renouveler et même révolutionner, 14 ans après, les dernières recommandations américaines (JNC7; 2003) consacrées à l'HTA et grandement majorer la prévalence de l'HTA en population. Les auteurs estiment en effet que « le passage de 140/90 mm Hg à 130/80 mm Hg devrait augmenter de 14% la prévalence de l'HTA en population ».

On était déjà à 32% d'hypertendus, soit déjà un américain sur trois. Dès demain, on sera à quasiment un américain sur deux, les projections réalisées estimant à 46% la toute nouvelle prévalence de l'HTA en population. Ce qui, on l'avouera, constitue un réel changement d'échelle.

Pas de prescription systématique d'antihypertenseurs

Du point de vue du traitement pharmacologique, tous ces « nouveaux hypertendus » ne relèvent néanmoins pas systématiquement d'une prescription médicamenteuse dans ces recommandations. Le sous-groupe des « nouveaux hypertendus » ceux ayant des tensions entre 130/80 et 140/90 mm Hg - va être diagnostiqué HTA de grade 1 versus HTA de grade 2 pour les « anciens hypertendus » ie ceux ayant des tensions au-delà de 140/90 mm Hg. Et seuls les HTA de grade 1 ayant déjà fait une complication cardiovasculaire OU ayant un haut niveau de risque relèveront d'une prescription systématique.

Par conséquent, comme le soulignent d'entrée de jeu les auteurs, cette révolution ne devrait que peu augmenter – du moins en théorie – le taux de personnes sous antihypertenseurs.

A la réserve près qu'il y a souvent tout un monde, complexe et bigarré, entre la théorie et la pratique clinique dans la vraie vie. D'autant que les praticiens ont en général – et pas que dans l'HTA ... – bien peu de moyens pour mettre en œuvre les fameuses « mesures hygiéno-diététiques » dont relèveront une majorité de ces « nouveaux hypertendus » de grade 1. Sans compter qu'en pratique clinique, on a aussi souvent bien du mal à emporter l'adhésion des patients, que ce soit à des mesures d'hygiène et/ou à un traitement antihypertenseur comme l'illustrent les données d'adhérence toujours assez édifiantes retrouvées dans quasi toutes les maladies chroniques. Et ce d'autant plus qu'elles sont silencieuses sur le plan clinique comme le sont l'HTA, le diabète de type 2, ou les hyperlipidémies pour ne citer qu'elles...

Seuls les HTA de grade 1 ayant déjà fait une complication cardiovasculaire OU ayant un haut niveau de risque relèveront d'une prescription systématique.

Prévenir plus tôt le risque de complications cardiovasculaires

Pourquoi abaisser le seuil ? Parce que diagnostiquer plus tôt, dès 130/80 mm Hg, va permettre de mieux prévenir les complications cardiovasculaires qui restent, malgré d'énormes progrès, la seconde cause de décès juste après les cancers dans les populations occidentales.

Les élévations de pression artérielle constituent le second facteur de risque modifiable, derrière le tabac, de maladie cardiaque et d'accidents cérébraux vasculaires (AVC). C'est un « tueur silencieux » rappelle Paul K. Whelton qui a exposé en session plénière le risque associé à des niveaux tensionnels entre 130-139 et 80-89 mm Hg. Voilà pourquoi il fallait baisser la barre définissant l'HTA.

Les complications cardiovasculaires restent, malgré d'énormes progrès, la seconde cause de décès juste après les cancers dans les populations occidentales.

Exit la pré-HTA, place aux HTA de grade 1 de grade 2

Ces nouvelles recommandations balayent la notion de pré-hypertension utilisée pour caractériser les pressions artérielles de 120-139/80-89 mm Hg. A l'avenir il n'y aura plus que des hypertendus répartis en deux catégories : HTA de grade 1 (130-139/80-89 mm Hg) et HTA de grade 2 (140/90 mm Hg).

Pression artérielles normales	PA inférieures à 120/80 mm Hg
Pression artérielles élevées	PA systolique entre 120 et 129 mm Hg plus PA systolique inférieure à 80 mm Hg
HTA de grade 1	PA systolique entre 130 et 139 mm Hg ou PA diastolique entre 80 et 89 mm Hg
HTA de grade 2	PA systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg ou PA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg
Crise hypertensive	PAS supérieure à 180 mm Hg et/ou PAD supérieure à 120 mm Hg avec des patients nécessitant un changement urgent de traitement s'il n'y a pas d'autres indications ou problèmes ou requérant une hospitalisation immédiate en cas de signes d'atteintes d'organes

Dès la quarantaine

L'impact de ces nouvelles recommandations devrait être très important chez les plus jeunes.

La prévalence de l'HTA devrait tripler chez les hommes de moins de 45 et doubler chez les femmes de moins de 45 ans selon les estimations réalisées en amont de ces recommandations.

« La dégradation de l'arbre artériel commence bien avant l'élévation tensionnelle » explique Paul K Whelton. « Et indépendamment de ce processus physiopathologique, en termes d'évènements, le risque de complications cardiovasculaires commence à s'élever dès la quarantaine. C'est pourquoi nous voulons être clairs avec nos patients. Si vous avez déjà un risque multiplié par deux vous devez en être informés. Même si vous ne relevez pas d'un traitement médicamenteux, on est au feu orange qui marque le besoin de réduire le niveau tensionnel, essentiellement via une approche non pharmacologique ».

La prévalence de l'HTA devrait tripler chez les hommes de moins de 45 et doubler chez les femmes de moins de 45 ans selon les estimations.

Diagnostic, effet blouse blanche et HTA masquée

La nécessité de "bien" mesurer la PA est soulignée. Un dépistage basé sur une moyenne de deux ou trois mesures réalisées à au moins deux moments différents est recommandé.

Le recours à des systèmes de mesure validés est aussi souligné. De même que la nécessité de former les professionnels à détecter une HTA blouse blanche, trompeuse mais aussi à porter la plus grande attention à l'HTA masquée associée qui semble associée – est-il rappelé – au même niveau de risque qu'une HTA permanente (ie non masquée)

Recommandations de traitement

Dans l'HTA de grade 1, les seuls patients relevant d'un traitement médicamenteux sont ceux ayant :

- déjà une maladie cardiovasculaire (ie en prévention secondaire)

ou

- un haut niveau de risque d'infarctus ou d'AVC (fonction de l'âge, d'un diabète, d'une maladie rénale ou d'une évaluation du risque d'athérosclérose).

Liens

- [Hypertension : pourquoi l'étude SPRINT ne fera pas changer les pratiques](#)
- [Pression artérielle du coronarien : ne pas passer en dessous de 120/70 mm Hg](#)
- [HTA : faut-il cibler 120 mmHg après SPRINT? Nos questions à 3 hypertensiologues](#)