

DEMANDE D'AUTORISATION A DES FINS THERAPEUTIQUES

Hypertension Artérielle (HTA)

Ce guide a été agréé par le comité médical consultatif pour les AUT sur le fondement des travaux du docteur Jean-Claude VERDIER..

Pré requis diagnostiques et conduites à tenir thérapeutiques établis à partir des Recommandations de bonnes pratiques. (H.A.S.)

Diagnostic d'une Hypertension Artérielle (HTA) essentielle

- ✓ Affirmer l'Hypertension Artérielle : MAPA
- ✓ Eliminer une éventuelle HTA secondaire
- ✓ Déterminer les facteurs de risque et d'éventuelles atteintes des organes cibles
- ✓ Stratification du niveau de risque cardiovasculaire.

Traitement d'une HTA essentielle

- ✓ Traitement non pharmacologique
- ✓ Traitement pharmacologique
 - Substances non inscrites sur liste de produits dopants
 - Monothérapie
 - Bithérapie

Confirmation de l'efficacité thérapeutique: MAPA

Cas particulier : Echec thérapeutique d'une bithérapie

- ✓ Recherche de facteurs de résistance pouvant être corrigés
- ✓ Mise sous trithérapie
- ✓ Respect de la procédure d'AUT

Suivi régulier

L'ensemble de cette démarche répond aux Recommandations de la Haute Autorité de Santé

et aux Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie publiées en 2005.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS D'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE

MESURES DE LA PA

TECHNIQUE ET APPAREILS DE MESURE AU CABINET MÉDICAL

La mesure de la PA au cabinet médical est effectuée au moyen d'un appareil validé, avec un brassard adapté à la taille du bras, chez un patient en position couchée ou en position assise depuis plusieurs minutes et en veillant à placer le brassard sur le plan du cœur.

Au minimum deux mesures doivent être faites, à quelques minutes d'intervalle, au cours de la même consultation. Les chiffres de PA systolique (PAS) et diastolique (PAD) retenus sont la moyenne des mesures effectuées.

Il est recommandé d'effectuer une mesure à chaque bras lors de la première consultation. Si une asymétrie tensionnelle (différence de plus de 20 mmHg pour la PAS) est constatée, les mesures de PA ultérieures seront effectuées sur le bras où la valeur tensionnelle la plus élevée a été observée. 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 avec mesures de la PA à 1 minute et 3 minutes est conseillée chez tout hypertendu, en particulier chez le sujet de plus de 65 ans et le patient diabétique.

AUTOMESURE TENSIONNELLE ET MESURE AMBULATOIRE

DE LA PA SUR 24 HEURES (MAPA)

À titre diagnostique, l'automesure et la MAPA permettent de corriger les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut, plus rares (HTA masquée ou ambulatoire isolée). Leur valeur pronostique apparaît supérieure à celle de la mesure effectuée au cabinet médical (grade B).

Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical (automesure tensionnelle ou MAPA), afin de s'assurer de la permanence de l'HTA et pour éliminer une « HTA blouse blanche », avant de débiter un traitement antihypertenseur médicamenteux :

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 le sujet âgé, 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 PA en dehors du cabinet médical est recommandée, après s'être assuré de sa faisabilité (grade B).

Dans les autres situations, les alternatives à la mesure de la PA au cabinet médical ont un intérêt en cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique. La MAPA est plus particulièrement indiquée pour évaluer le mode de variation de la PA nocturne, pour rechercher une variabilité inhabituelle, par exemple au cours d'une dysautonomie diabétique ou primitive, chez les patients atteints d'un syndrome d'apnées du sommeil ou chez les patients insuffisants rénaux chroniques, et dans les cas où l'automesure n'est pas réalisable.

La MAPA devra comprendre au moins 70 valeurs interprétables. Son analyse reposera sur les chiffres de PAS et PAD moyennés sur les 24 heures, et sur les périodes de jour et de nuit ainsi que sur la cinétique des chiffres tensionnels sur el nycthémère.

Les seuils de PAS et PAD définissant une HTA par l'automesure tensionnelle et la MAPA sont plus bas que ceux fixés pour la mesure au cabinet médical.

L'équivalent, pour un seuil de 140/90 mmHg au cabinet médical, est (moyenne des mesures):

Automesures: = 135/85 mmHg;

MAPA éveil: = 135/85 mmHg;

MAPA sommeil: = 120/70 mmHg;

MAPA 24 heures: = 130/80 mmHg.

MESURE DE LA PA À L'EFFORT

La valeur diagnostique ou pronostique isolée de la mesure de la PA à l'effort n'est pas suffisamment démontrée. Il n'est donc pas recommandé de la rechercher de façon systématique.

La surveillance de la cinétique de la PA à l'effort peut être intéressante chez un sportif hypertendu pour vérifier l'efficacité du traitement suivi.

EVALUATION INITIALE DU PATIENT HYPERTENDU

L'évaluation initiale d'un patient hypertendu a pour objectif de rechercher les facteurs de risque associés, une atteinte des organes cibles, une maladie cardiovasculaire associée et de ne pas méconnaître une HTA secondaire.

Examens complémentaires recommandés :

créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG : formule de Cockcroft et Gault¹) ;

bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et quantification si positivité ;

kaliémie (sans garrot) ;

prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol,

triglycérides, calcul du LDL cholestérol (formule de Friedewald²) ;

ECG 12 dérivations de repos.

Selon les recommandations européennes, chez le sportif de compétition doit aussi être réalisé par un cardiologue un échocardiogramme transthoracique de repos à la recherche d'une hypertrophie ventriculaire et/ou auriculaire gauche et de troubles éventuels des fonctions diastolique et systolique.

Selon les recommandations européennes, chez le sportif de compétition doit être réalisée une épreuve d'effort d'intensité maximale à la recherche d'arythmie et de signes d'insuffisance coronaire.

La décision et la stratégie thérapeutique sont fondées sur le niveau de PA et le risque cardiovasculaire global, évalués à partir de l'anamnèse (antécédents personnels et familiaux), de l'examen clinique et du bilan complémentaire. Cette évaluation permet d'identifier les facteurs de risque, une atteinte des organes cibles et/ou une maladie cardiovasculaire, cérébro-vasculaire ou rénale associée.

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardiovasculaire 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 cardiovasculaire 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

Autres paramètres à prendre en compte lors de la prise en charge du patient hypertendu :

- Obésité abdominale³ (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)
- Sédentarité (absence d'activité physique régulière, soit environ 30 min, 3 fois/sem)
- Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)

1. Formule de Cockcroft et Gault (ml/min): $DFG = ([140 - \text{âge}] \times \text{poids} / \text{créatininémie}) \times K$

Âge en années, poids en kg, créatininémie en $\mu\text{mol/l}$ et $K = 1,23$ pour les hommes et $1,04$ pour les femmes.

2. Formule de Friedewald : si la triglycéridémie est inférieure à 4 g/l (4,6 mmol/l) :

$$LDL (g/l) = \text{cholestérol total (g/l)} - HDL (g/l) - \text{triglycérides}/5 (g/l).$$

3. La mesure de la circonférence abdominale est un élément du diagnostic du syndrome métabolique

(Cf. définition en annexe).

Le niveau de contrôle de ces facteurs de risque doit aussi être évalué.

ATTEINTE DES ORGANES CIBLES

Hypertrophie ventriculaire gauche (HVG).

Micro albuminurie : 30 à 300 mg/j ou 20 à 200 mg/l.

L'évaluation à la recherche d'une atteinte d'organe cible infraclinique (micro albuminurie chez le patient non diabétique, HVG échographique, etc.) n'est pas recommandée de

façon systématique. Cette recherche peut être effectuée dans des cas spécifiques, par des cliniciens ou des équipes spécialisées. La place réelle de ces marqueurs dans le bilan initial devra être précisée dans l'avenir, notamment par des études médico économiques. L'échocardiographie est indiquée chez les patients hypertendus symptomatiques (douleur thoracique, dyspnée d'effort, etc.) ou ayant un souffle cardiaque, ou en cas d'anomalie de l'électrocardiogramme (troubles de la repolarisation, bloc de branche gauche).

MALADIES CARDIOVASCULAIRES 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 aortoiliaque.

Au terme de cette analyse prenant en compte les facteurs de risque cardiovasculaire, l'atteinte des organes cibles et les maladies cardiovasculaires et rénales associées, on est en mesure de déterminer si le patient présente un niveau de risque faible, moyen ou élevé.

NIVEAUX DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE :

STRATIFICATION (Tableau 1)

Le niveau de **risque faible** est défini par :

PA comprise entre 140-159 mmHg (PAS) et/ou 90-99 mmHg (PAD) sans autre facteur de risque cardiovasculaire associé.

Le niveau de **risque moyen** est défini par :

PA comprise entre 140-159 mmHg (PAS) et/ou 90-99 mmHg (PAD) associée à un ou deux autres facteurs de risque cardiovasculaire ;

PA comprise entre 160-179 mmHg (PAS) et/ou 100-109 mmHg (PAD) associée à aucun, un ou deux autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Le niveau de **risque élevé** est défini par :

PA supérieure ou égale à 180 mmHg (PAS) et/ou 110 mmHg (PAD);

PA comprise entre 140-179 mmHg (PAS) et/ou 90-109 mmHg (PAD) associée à :
nombre de facteurs de risque cardiovasculaire (hormis l'HTA) ≥ 3 , et/ou
un diabète, et/ou

une atteinte des organes cibles ;

quel que soit le niveau de PA, si présence de : maladie cardiovasculaire (prévention secondaire) et rénale.

TABLEAU 1 Stratification des niveaux de risque cardiovasculaire

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA ≥ 180-110
0 FdR associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FdR associés	Risque moyen		
≥ 3 FdR et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé	Risque élevé	
Maladie cardiovasculaire/rénale			

RECHERCHE D'UNE HTA SECONDAIRE

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

si l'interrogatoire, l'examen clinique ou les examens systématiques recommandés ont fourni une orientation étiologique ;
 en cas d'hypertension chez le patient jeune (< 30 ans) ;
 en cas d'HTA sévère d'emblée (180/110 mmHg) ou s'aggravant rapidement ;
 en cas d'HTA résistante.

Principales causes d'HTA secondaire (liste non exhaustive) :

Alcool

HTA iatrogène (anabolisants ; anti inflammatoires non stéroïdiens, contraception oestro-progestative, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux, etc.)

HTA toxique (régilisse, ecstasy, amphétamines, cocaïne, etc.)

Maladies rénales, insuffisance rénale

Sténose de l'artère rénale

Syndrome d'apnées du sommeil

Hyperaldostéronisme primaire

Phéochromocytome

Coarctation de l'aorte (passée inaperçue dans l'enfance)

Formes monogéniques d'HTA qui sont rares

TRAITEMENT

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus, quel que soit le niveau tensionnel, avec ou sans traitement pharmacologique associé.

Ces mesures sont d'autant plus efficaces qu'elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardiovasculaires associés et à définir des objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient.

Au niveau individuel, ces mesures peuvent être hiérarchisées et étalées dans le temps.

Ces mesures seront mises en place lors de l'instauration de la prise en charge, et leur application sera réévaluée tout au long du suivi.

Ces mesures hygiénodietétiques comprennent :

- 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'IMC (indice de masse corporelle ; $IMC = P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (m)}^2$) au-dessous de 25 kg/m², 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/sem ;
- 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 (graisses d'origine animale).

La mise en oeuvre de ces mesures ne doit pas retarder l'initiation d'un traitement pharmacologique s'il est nécessaire, en particulier chez les patients dont le risque cardiovasculaire est élevé.

Ces mesures hygiéno-dietétiques doivent être expliquées et proposées en première intention chez le sportif, en particulier vétéran, dans des disciplines faiblement énergétiques.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Choix des antihypertenseurs

La réduction du risque cardiovasculaire est avant tout dépendante de la baisse de la PA, quelle que soit la classe d'antihypertenseurs utilisée (grade A).

Dans l'HTA essentielle non compliquée, les cinq classes d'antihypertenseurs majeurs (les diurétiques thiazidiques, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion [IEC] et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II [ARA-II]) ont montré un bénéfice sur la morbidité cardiovasculaire, dans les essais cliniques.

Ces cinq classes d'antihypertenseurs peuvent donc être proposées en première intention dans la prise en charge d'un hypertendu essentiel non compliqué (grade A).

Le choix d'un traitement médicamenteux sera adapté à chaque patient en fonction :

- des indications préférentielles de certaines classes dans des situations cliniques particulières (Cf. infra) (en accord avec les études cliniques) ;
- de l'efficacité et de la tolérance des médicaments déjà pris par le patient ;
- de l'existence de comorbidités pouvant justifier ou contre-indiquer certains antihypertenseurs ;
- du coût du traitement et de sa surveillance, en sachant que le diurétique thiazidique fait partie des classes dont le coût journalier est le plus faible.

En cas de prescription d'un traitement par IEC ou ARA-II, il est recommandé de prescrire un bilan associant kaliémie et créatininémie dans un délai de sept à quinze jours après le début du traitement. Si la créatininémie s'élève de plus de 20 à 30 %, il est recommandé d'arrêter l'IEC ou l'ARA-II et de demander un avis spécialisé.

Pour favoriser l'observance, une prise unique quotidienne (monoprise) utilisant un médicament de longue durée d'action sera préférée.

À partir d'études menées chez des patients afroaméricains et africains des Caraïbes, il apparaît que l'HTA chez ces patients est plus sensible aux diurétiques et aux inhibiteurs calciques qu'aux classes thérapeutiques agissant sur le système rénine angiotensine (IEC, ARA-II) ou qu'aux bêtabloquants.

STRATEGIE D'ADAPTATION DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Il est recommandé de débiter par une monothérapie.

Une association fixe d'antihypertenseurs à doses faibles, ayant l'AMM en première intention pour l'indication HTA, peut également être proposée.

En deuxième intention, une bithérapie sera instaurée dans un délai d'au moins quatre 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 \geq 180-110 mmHg, quel que soit le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire associés ;

chez le patient ayant une PA de 140-179/90-109 mmHg et à risque cardiovasculaire élevé.

Après quatre 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.

CHOIX D'UNE ASSOCIATION THERAPEUTIQUE (Tableau 2)

Lors de l'instauration d'une association médicamenteuse, il est recommandé de choisir des associations qui se sont révélées efficaces (effet additif ou potentialisation), bien tolérées d'un point de vue pharmacologique et qui ont été validées par les études cliniques.

En pratique, les associations préférentielles suivantes sont recommandées :

bêtabloquant et diurétique thiazidique ;

diurétique thiazidique et IEC (ou diurétique thiazidique et ARA-II) ;

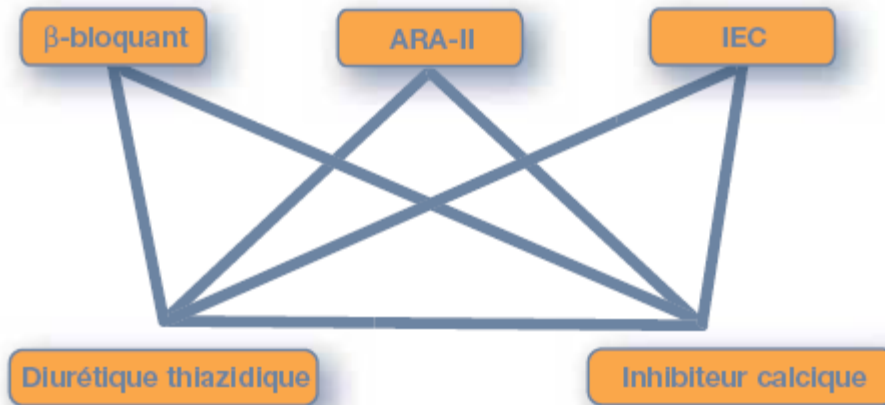
bêtabloquant et inhibiteur calcique de type dihydropiridine

inhibiteur calcique et IEC (ou inhibiteur calcique et ARA-II) ;

inhibiteur calcique et diurétique thiazidique.

L'étape ultérieure est le recours à une trithérapie anti hypertensive devant comprendre un diurétique thiazidique.

Les autres classes d'antihypertenseurs (alpha bloquants et antihypertenseurs centraux) n'ayant pas démontré leur efficacité sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaire ne sont pas recommandées mais peuvent aider à atteindre l'objectif tensionnel en cas d'effets indésirables ou à compter du stade de trithérapie.

TABLEAU 2 : Schéma résumant les associations des classes thérapeutiques favorisant la baisse tensionnelle

Traits pleins : effet additif sur la baisse tensionnelle

Association des classes thérapeutiques favorisant la baisse tensionnelle

SITUATIONS PARTICULIERES :

Sujets âgés ; antécédents d'AVC ; pathologies cardiaques ; diabète ; insuffisance rénale : Suivre les Recommandations de l'H.A.S.

Sportifs pratiquant la Compétition quel que soit son niveau: Respect de la législation en cours relative à l'utilisation de substances dites dopantes.

DÉCISION DE TRAITEMENT (Tableau 3)Décision rapide :

Le traitement médicamenteux antihypertenseur se justifie d'emblée en association avec des mesures hygiéno-diététiques, mais sans attendre les éventuels bénéfices de ces mesures, en cas de risque élevé :

lorsque la PA est ≥ 180 (PAS) et/ou 110 (PAD) mmHg (dans un délai rapide ≤ 15 jours) ;

lorsque la PA est comprise entre 140-179 (PAS) et/ou 90-109 (PAD) mmHg associée à trois ou plus facteurs de risque (hormis l'HTA), et/ou une atteinte des organes cibles, et/ou un diabète ;

quelle que soit la PA, en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardio- ou cérébro-vasculaire avérée, pour atteindre l'objectif tensionnel (prévention secondaire).

Décision différée de traitement médicamenteux

Chez les patients dont la PA est comprise entre 140-179/90-109 mmHg et qui n'ont pas un risque élevé, il est nécessaire de confirmer cette HTA au moyen de l'automesure ou de la MAPA.

Si l'HTA est confirmée, il est recommandé d'instaurer des mesures hygiéno-diététiques et de réévaluer le patient :

Dans un délai de six mois en cas de PA comprise entre 140-159/90-99 mmHg et en l'absence de facteur de risque cardiovasculaire (hormis l'HTA).

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint dans ce délai de six mois, il est recommandé de débiter un traitement médicamenteux.

Dans un délai d'un à trois mois :

- en cas de PA entre 140-159/90-99 mmHg et en présence d'un à deux facteurs de risque cardiovasculaire (hormis l'HTA) ;

en cas de PA comprise entre 160-179/100-109 mmHg et en l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire

en cas de PA comprise entre 160-179/100-109 mmHg et en présence d'un à deux facteurs de risque cardiovasculaire (hormis l'HTA).

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint dans ce délai, il est recommandé de débiter un traitement médicamenteux.

Si l'HTA n'est pas confirmée, une surveillance de la PA s'impose, et le traitement des autres facteurs de risque cardiovasculaire est indiqué.

HTA RESISTANTE

Une HTA est résistante en cas de persistance de la PA au-dessus de l'objectif tensionnel (140/90 mmHg ou 130/80 mmHg, suivant la situation considérée) malgré un traitement pharmacologique associant au moins trois classes thérapeutiques à doses adéquates, dont un diurétique thiazidique, et des mesures hygiéno-diététiques.

Il est recommandé de confirmer le diagnostic par une MAPA ou une automesure, qui est le préalable nécessaire au diagnostic de résistance.

Des facteurs de résistance pouvant être corrigés seront recherchés :

observance insuffisante (traitement pharmacologique ou mesures hygiéno-diététiques non suivis) ;

erreurs de mesure de la PA (ex. : brassard non adapté à la taille du bras du patient) ;

cause iatrogène : posologie inadéquate ; association inappropriée ; anti-inflammatoires non stéroïdiens ; inhibiteurs de la cyclo-oxygénase ; cocaïne ; amphétamines et autres drogues illicites ; sympathomimétiques (décongestionnants ; anorexiques, etc.) ; contraceptifs oraux ; corticostéroïdes ; érythropoïétine ; réglisse ; traitement antidépresseur, etc. ;

consommation excessive d'alcool ;

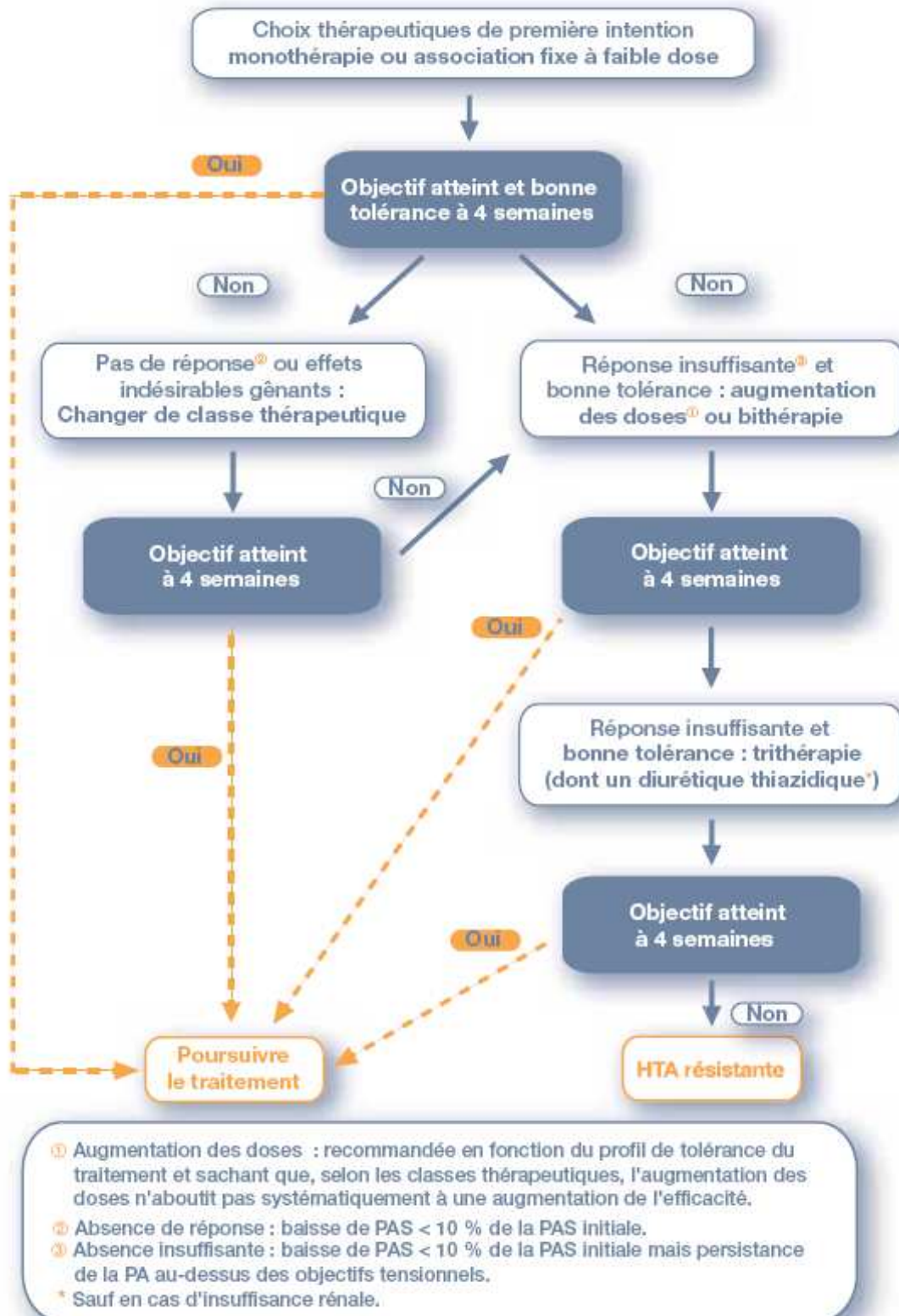
apnées du sommeil ;

surcharge volémique (rétention hydrique liée à une insuffisance rénale,

consommation de sel excessive, doses des diurétiques inadaptées) ;

doses des antihypertenseurs non adaptées.

Si, malgré la correction de ces facteurs, l'objectif tensionnel n'est pas atteint, il est recommandé d'adresser le patient à une équipe spécialisée afin de compléter l'enquête étiologique à la recherche d'une cause d'HTA secondaire et/ou d'adapter le protocole thérapeutique.



La fréquence des visites sera adaptée au patient, en fonction de la surveillance des facteurs de risque et des comorbidités associées, de la qualité de l'observance du patient et du niveau tensionnel.

Chez un patient équilibré, la fréquence des consultations dépendra avant tout de la PA initiale et du niveau de risque cardiovasculaire selon une approche globale (ex.: équilibre du diabète, dyslipidémie corrigée, etc.).

Chez le patient équilibré, il est recommandé d'effectuer une consultation tous les trois mois environ en cas de risque cardiovasculaire élevé et une consultation tous les six mois dans les autres cas.

Chez les patients appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées, un suivi plus rapproché est recommandé, quel que soit le niveau de risque.

Chez le sportif, la périodicité et le contenu du suivi suivra les recommandations européennes (tableau 4)

L'objectif de ces consultations est de surveiller :

le niveau tensionnel et d'adapter le traitement en fonction de la PA;
la tolérance au traitement (recherche d'effets indésirables)
l'observance (traitement pharmacologique et mesures hygiéno-diététiques) ;
l'apparition ou l'aggravation de nouveaux facteurs de risque ;
l'apparition ou l'aggravation de complications cardiovasculaires (coronaropathie, rénale, vasculaire). Un suivi des patients les plus à risque, dans le cadre d'un programme éducatif et/ou d'un réseau de soins incluant d'autres acteurs de soins [pharmaciens, infirmier(e)s, diététicien(e)s], constitue une perspective à encourager.

Dans le cas d'un sujet pratiquant les activités physiques et sportives, une épreuve d'effort annuelle avec étude du profil tensionnel est souhaitable afin de détecter une éventuelle hypertension artérielle d'effort isolée (facteur de risque reconnu).

Tableau 4 : Recommandations Européennes concernant la périodicité et le contenu du suivi du sportif hypertendu.

ECG= électrocardiogramme de repos, EE = épreuve d'effort, ETT = échocardiogramme trans-thoracique de repos, VO₂ max. = consommation maximale d'oxygène

	ECG	EE	ETT	Surveillance
Symptômes	Oui	Oui	Oui	Adaptée
Compétition	Oui	Oui	Oui	Annuelle 6 mois si risque élevé
Loisir (Selon intensité de pratique)				
□60 % VO ₂ max. selon sport	Oui	Oui	Adapté	Annuelle
40-60 % VO ₂ max. HTA risque légère ou modérée	Oui	Non	Non	Annuelle
HTA haut risque selon sport	Oui	Oui	Adapté	Annuelle
< 40 % VO ₂ max.	Oui	Non	Non	Annuelle