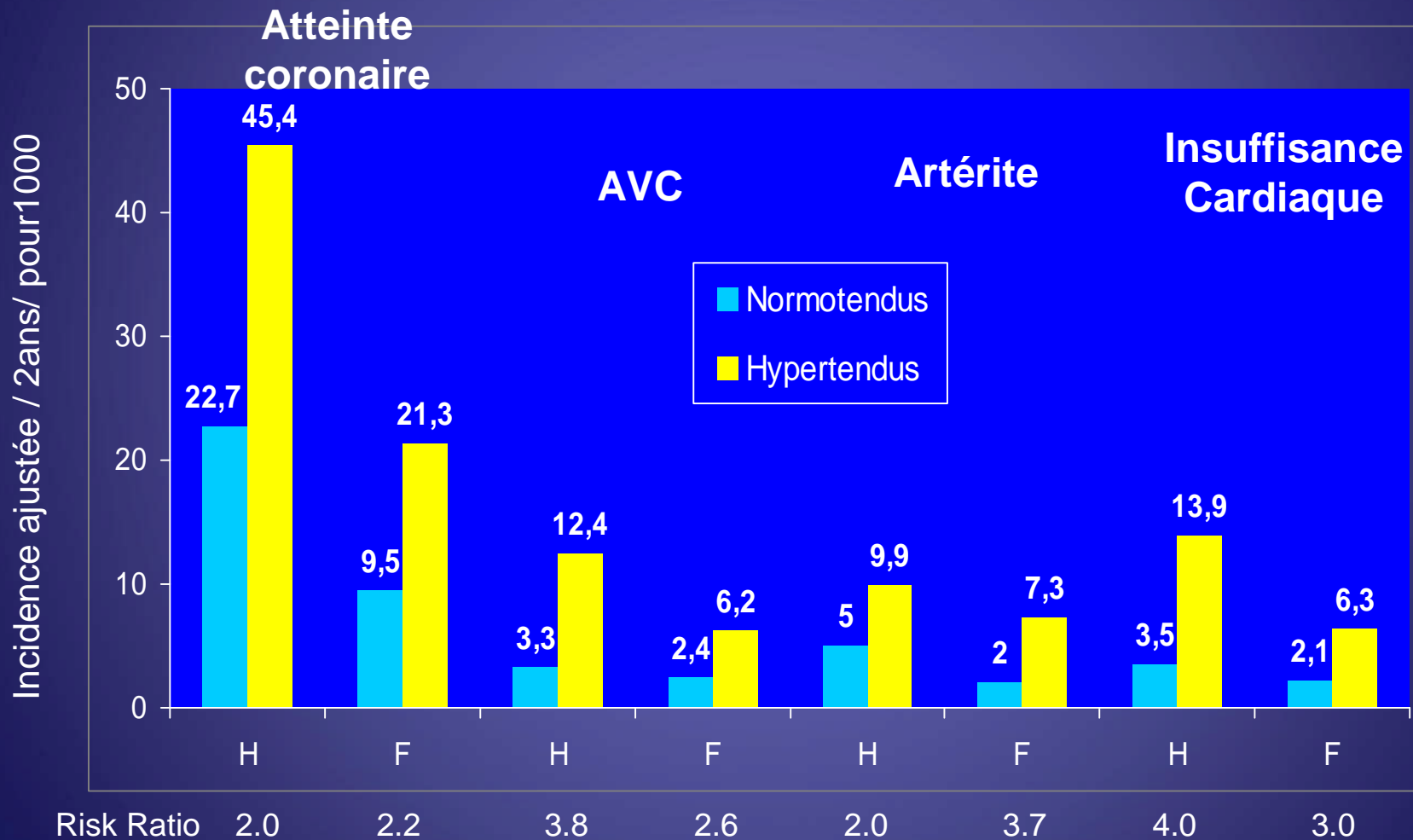


Prise en charge de l'HTA :
Les nouvelles recommandations
de l'ESH/ESC 2007

Les patients hypertendus ont une morbidité cardiovasculaire plus élevée



Etude de Framingham-

JAMA 1996



Définition et Classification de la PA (mmHg)

Catégorie	PAS		PAD
Optimale	<120	et	<80
Normale	120-129	et/ou	80-84
Normale haute	130-139	et/ou	85-89
HTA grade 1	140-159	et/ou	90-99
HTA grade 2	160-179	et/ou	100-109
HTA grade 3	≥180	et/ou	≥110
HTA systolique isolée	≥140	et	<90

HISTOIRE FAMILIALE ET PERSONNELLE

- HTA: Ancienneté, valeurs antérieures, traitements antérieurs.
- FRV / Habitus
- Possibilité d'HTA secondaire
 - Rein: Atcd, SF, Antalgiques et AINS
 - HTA induites par médts ou autre substance
 - SF évocateurs (Phéo et hyperaldostéronisme)
- SF d'atteinte d'organes cibles
 - Cerveau
 - Rein
 - Cœur
 - Artères périphériques

EXAMEN CLINIQUE - HTA SECONDAIRE

- Cushing: obésité facio-tronculaire, amyotrophie, fragilité cutanée et sous cutanée.
- Neurofibromes (phéochromocytome)
- Gros rein
- Souffle abdominal.
- Souffle précordial (coarctation, I Ao)
- Diminution des pouls fémoraux, asymétrie des pouls, de la TA.

EXAMEN CLINIQUE: Atteinte des organes cibles, obésité

- Organes cibles
 - Cerveau: Souffle carotidien, AIT
 - Rétine: FO
 - Cœur: IC, Galop, IM, Arythmie.
 - Artères périphériques: Souffle vasculaire, pouls distaux, signes cutanés distaux.
- Obésité:
 - Poids
 - Tour de taille (H>102, F>88cm)
 - IMC (Surpoids>25, Obésité>30 Kgs/m²)

EXAMENS DE LABORATOIRE

- **Systematiques:**
 - Glycémie, Cholestérol total, LDL, HDL, Triglycérides, Kaliémie, Uricémie, Créatinine, Clearance, Hémoglobine et hématocrite.
 - Bandelettes urinaires.
 - ECG
- **Conseillés:**
 - Echo cardiaque, Echo-doppler carotidien, Protéinurie, IPS, FO, HGPO, Auto mesure ou MAPA, Vitesse de l'onde du pouls.
- **Orientés:**
 - Bilan complémentaire CV ou rénal orienté (systématique si HTA compliquée).
 - Bilans hormonaux, Artériographie, Scanner et IRM si argument clinique



Le risque cardiovasculaire total

- Évaluation **globale** du risque cardiovasculaire
- La classe de l'HTA ne détermine pas seule le risque
- La coexistence de facteurs de risque, de maladie, d'atteintes des organes cibles participent à la détermination du risque
- Toute la stratégie thérapeutique initiale découle de la mesure de ce risque cardiovasculaire total



Les facteurs de risque CV

- **Niveau de PAS** et niveau de PAD
- **Pression pulsée** (chez les sujets âgés)
- Age (homme > 55ans, femme > 65 ans)
- Tabagisme
- Dyslipidémie
 - Cholestérol total > 5.0 mmol/l (1,90 g/l) ou
 - LDL-C >3.0 mmol/l (1,15 g/l) ou
 - **HDL-C**
 - homme : <1.0 mmol/l (0.40 g/l),
 - Femme : <1.2 mmol/l (0.46 g/l) ou
 - Triglycérides >1.7 mmol/l (1,50 g/l)
- Glycémie à jeun entre 5.6-6.9 mmol/L (1,02-1,25 mg/dL)
- **Test d'hyperglycémie provoquée orale anormal**
- Obésité abdominale (tour de taille >102cm (H), 88cm (F))
- Antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce (Homme d'âge <55 ans, Femme d'âge <65 ans)



Atteinte subclinique des organes cibles

- **Hypertrophie ventriculaire gauche**
 - électrocardiographique ou
 - échocardiographique
- **Épaississement de la paroi carotidienne** (épaisseur intima média >0.9 mm) ou plaque carotidienne
- **Vitesse de l'onde de pouls carotidofémorale >12 m/sec**
- **Petite augmentation de la créatininémie :**
 - H : 115-133 $\mu\text{mol/l}$ (13-15 mg/l)
 - F : 107-124 $\mu\text{mol/l}$ (12-14 mg/l)
- **Estimation de filtration glomérulaire <60 ml/min/1.73 m² ou clairance de la créatinine <60 ml/min**
- **Rapport PA cheville / PA bras <0.9**
- **Microalbuminurie entre 30-300 mg/24h ou rapport albumine sur créatinine: ≥ 22 (H), ou ≥ 31 (F) mg/g**



Le syndrome métabolique

- **La définition du syndrome métabolique du NCEP** (National Cholesterol Education Program) correspond à l'existence d'**au moins 3 des critères suivants** :
 - Tour de taille supérieur à 102 cm pour les hommes, 88 cm pour les femmes
 - Triglycérides supérieurs à 1,6 mmol/l (1.40mg/l)
 - HDL cholestérol inférieur à 1,04 mmol/l (0.40) pour les hommes, **1,29 mmol/l (0.50) pour les femmes**
 - **Pression artérielle supérieure ou égale à 130 / 85 mm Hg ou traitement anti-hypertenseur**
 - **Glycémie à jeun supérieure ou égale à 6,1 mmol/l (1.10 mg/l)**



Stratification du risque CV en 4 catégories (ESH/ESC 2007)

PA (mmHg)					
Autre FDR ou atteinte des organes cible	Normal PAS 120-129 PAD 80-84	Normal haut PAS 130-139 PAD 85-89	Grade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grade 3 PAS \geq 180 PAD \geq 110
Pas d'autre FDR	Risque moyen	Risque Moyen	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Haut Risque ajouté
1 ou 2 FDR	Risque ajouté faible	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Risque ajouté modéré	très haut Risque ajouté
3 ou + FDR, AOC, SM, Diabète	Risque ajouté modéré	Haut Risque ajouté	Haut Risque ajouté	Haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté
Maladie CV ou rénale	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté

AOC : atteinte des organes cibles

SM : syndrome métabolique



ESH 2007

PA cible : les objectifs de plus en plus stricts

- Population générale : PA < 140/90 mmHg ou moins si toléré chez tous les hypertendus
- PA < 130/80 mmHg
 - Diabète
 - Insuffisance rénale, protéinurie
 - Antécédents d'AIT et d'AVC
 - Coronaropathie et IC



PA cible en fonction du type de mesure

(mmHG)	PAS	PAD
Automesure	< 130-135	< 85
Au brassard	< 140	< 90
MAPA 24 h	< 125-130	< 80
MAPA jour	< 130-135	< 85
MAPA nuit	< 120	< 70



Indications de la MAPA

- Variabilité des mesures au brassard de la PA pendant une ou différentes visites, avant traitement ou sous traitement.
- PA au brassard élevée chez des sujets à faible risque CV
- Écart important entre la PA mesurée au brassard et l'automesure tensionnelle
- Suspicion de résistance au traitement
- Suspicion d'épisodes d'hypotension, en particulier chez les sujets âgés et diabétiques, polymédiqués ou parkinsonniens.
- Suspicion de pré-éclampsie chez la femme enceinte ayant une PA au brassard élevée



Initiation du traitement antihypertenseur

		PA (mmHg)			
Autre FDR ou atteinte des organes cible	Normal PAS 120-129 PAD 80-84	Normal haut PAS 130-139 PAD 85-89	Grade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grade 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Pas d'autre FDR	PAS DE TRAITEMENT		MESURES HYGIENO-DIETETIQUES (MHD) plusieurs mois avant le début du traitement		TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR IMMEDIAT
1 ou 2 FDR	MHD				
3 ou + FDR, SM, ASOC, diabète	MHD	MHD	TRAITEMENT + MESURES HYGIENO-DIETETIQUES		
Maladie CV ou rénale	TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR IMMEDIAT				

FDR : facteurs de risque

ASOC : atteinte subclinique des organes cibles

SM : syndrome métabolique



Stratégie thérapeutique

- 5 classes majeures d'antihypertenseurs sont adaptées pour initier et maintenir le traitement antihypertenseur, seul ou en association :
 - diurétique thiazidique,
 - antagoniste calcique,
 - IEC,
 - ARA II,
 - Bêtabloquant

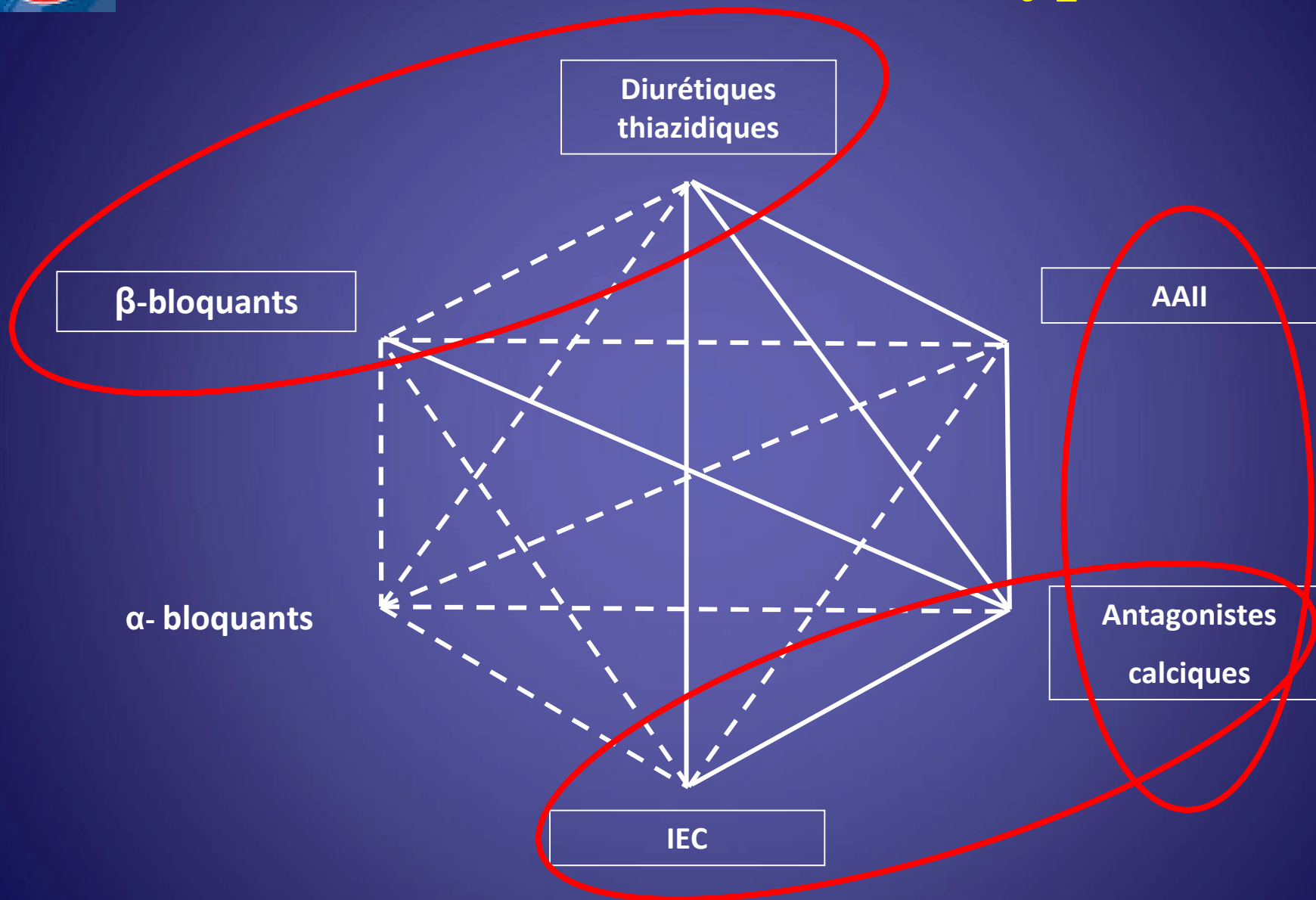


Stratégie thérapeutique

- Plusieurs traitements sont souvent nécessaires pour atteindre la PA cible.
- Le choix du traitement initial et les associations de traitements sont guidés par les preuves de la classe.
- La PA ciblée doit tenir compte du risque cardiovasculaire global.



Combinaison entre les antihypertenseurs





Priorité : atteindre l'objectif tensionnel

Box 8 Position statement: Goals of treatment

- In hypertensive patients, the primary goal of treatment is to achieve maximum reduction in the long-term total risk of cardiovascular disease.
- This requires treatment of the raised BP per se as well as of all associated reversible risk factors.
- BP should be reduced to at least below 140/90 mmHg (systolic/diastolic), and to lower values, if tolerated, in all hypertensive patients.

Chez les patients hypertendus, le premier objectif est d'obtenir une réduction maximale de la PA pour obtenir des bénéfices cardiovasculaires

more so if the target is a reduction to < 130 mmHg. Additional difficulties should be expected in elderly and diabetic patients, and, in general, in patients with cardiovascular damage.

- In order to more easily achieve goal BP, antihypertensive treatment should be initiated before significant cardiovascular damage develops.





L'objectif tensionnel doit être atteint rapidement

pressure control was evident within a few months [472].

Therefore in Fig. 2 the acceptable time delay to assess the results of life style changes is prudently shorter than indicated in previous guidelines [3]. Drug treatment should be initiated promptly in grade 2 hypertension as well as in grade 1 and 2 hypertension if the risk is high or very high.

with moderate total risk. In patients with moderate total risk treatment may be delayed for a few months (in patients with hypertension without a risk factor for cardiovascular risk) for several months. However, even in these patients lack of blood pressure control after a suitable period of

**Réduction du délai de prise en charge
par les mesures hygiéno-diététiques
Initiation rapide du traitement**

**Changer obligatoirement de
classe si la PA ne baisse pas**

6.2.2 Monotherapy (Box 12)

Treatment can start with a single drug, which should be administered at low dose. If blood pressure is not controlled, either a full dose of the initial agent can be administered or the patient can be switched to an agent of a different class (which should also be administered, first at low and then at full dose). Switching to an agent from a different class is mandatory in case the first agent had no blood pressure lowering or induced important side effects. This "sequential monotherapy" approach may allow to find the drug to which any individual patient best responds both in



Contrôle de la PA sur 24 h par une monoprise

Box 10 Position statement: Choice of antihypertensive drugs

- The main
- due to low
- Five major
- thiazide
- inhibitors,
- β -blockers
- maintainan
- or in com
- combinati
- be used in
- or at high

La baisse de la PA doit durer 24 heures. Les antihypertenseurs efficaces sur 24h doivent être préférés.

- The BP lowering effect should last 24 hours. This can be checked by office or home BP measurements at trough or by ambulatory BP monitoring.
- Drugs which exert their antihypertensive effect over 24 hours with a once-a-day administration should be preferred because a simple treatment schedule favours compliance.

Une baisse de la PA efficace tout au long des 24h est importante pour le pronostic en plus du contrôle tensionnel.

with drugs used for other conditions present in the patient; 6) the cost of drugs, either to the individual patient or to the health provider. Cost considerations, however, should

ability, and protection should give a lasting effect and a lower blood pressure with a once-a-day administration. Simplification of therapy [584],

while effective 24-hour blood pressure control is prognostically important in addition to office blood pressure control [88]. Long-acting drugs also make the antihypertensive effect more homogeneous over the 24 hours, thus minimizing blood pressure variability [585].



Choix du traitement antihypertenseur

- Règles générales :

- Amener la PAS et la PAD aux objectifs.
- Utiliser un traitement à la dose optimale et en association si nécessaire.
- Utiliser un traitement efficace sur 24h
- Eviter ou réduire le risque d'effets indésirables



Choix du traitement antihypertenseur

Le choix d'un ou plusieurs traitement doit tenir compte de :

1. L'expérience favorable ou défavorable du patient avec le traitement ou ses composants
2. L'effet des traitements sur le risque CV en fonction du risque individuel du patient
3. La présence de l'atteinte subclinique ou clinique des organes cibles (maladie CV, maladie rénale, diabète)
4. La présence de maladies concomitantes qui limitent l'utilisation ou au contraire rendent préférables certaines classes thérapeutiques
5. Les possibilités d'interactions avec d'autres traitements
6. Le coût du traitement pour le patient ou pour le système de santé, mais le choix ne doit jamais se faire au détriment de l'efficacité, de la tolérance et de la protection du patient

Que retenir des recommandations de l'ESH 2007?

- **Priorité : baisser la PA**
 - Efficacement jusqu'à la PA cible voire au-delà si toléré
 - Rapidement et conjointement avec les MHD
 - Durablement sur tout le nycthémère
- Choisir et associer les classes thérapeutiques en fonction de leurs indications.
- Veiller aux effets indésirables et à la facilité de prise du traitement car ils déterminent la compliance du patient.
- Baisser la PA, c'est protéger les organes cibles.

DIA COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES

Indications préférentielles ESH/ESH 2003

Atteinte des organes cible subclinique

HVG

Athérosclérose asymptomatique

Microalbuminurie

insuffisance rénale

IEC, AAI, I,

ICA,

AAI

IEC

Évènement clinique

1er AVC

1er IDM

angor

insuffisance cardiaque

FA

récurrente

permanente

insuffisance rénale terminale/ protéinurie

artériopathie périphérique

Antihypertenseur au choix

BB, IEC

BB, ICA

Diurétiques, BB, IEC, Antialdosterone

ARB, ACEI

BB, ICA non-dihydropyridine

IEC, AAI, diurétiques de l'anse

ICA

Cas particuliers

HTA systolique isolée (sujet âgé)

DID

Grossesse

Race noire

Diurétiques, ICA

IEC, AAI

ICA, methyldopa, BB

Diurétiques, ICA

Indications préférentielles ESH/ESC 2007

Atteinte des organes cible subclinique

HVG	IEC, AAI, ICA
Athérosclérose asymptomatique	ICA, IEC
Microalbuminurie	AAI, IEC
Insuffisance rénale	IEC, AAI

Évènement clinique

1er AVC	Antihypertenseur au choix
1er IDM	BB, IEC, AAI
Angor	BB, ICA
Insuffisance cardiaque	Diurétiques, BB, IEC, Antialdosterone, AAI
FA	
récurrente	ARB, ACEI
permanente	BB, ICA non-dihydropyridine
Insuffisance rénale terminale/ protéinurie	IEC, AAI, diurétiques de l'anse
Artériopathie périphérique	ICA

Cas particuliers

HTA systolique isolée (sujet âgé)	Diurétiques, ICA
Syndrome métabolique	IEC, AAI, ICA
DID	IEC, AAI
Grossesse	ICA, methyldopa, BB
Race noire	Diurétiques, ICA



Indications préférentielles selon la classe

Diurétiques thiazidiques	Béta-bloquants	Antagonistes calciques (dihydropyridines)	Antagonistes calciques (verapamil/diltiazem)
HTA systolique isolée (sujet âgé)	Angor	HTA systolique isolée (sujet âgé)	Angor
Insuffisance cardiaque	Post-IDM	Angor	Athérosclérose carotidienne
HTA chez les sujets à peau noire	Insuffisance cardiaque	Hypertrophie VG	Tachycardie supraventriculaire
	Tachyarythmies	Atherosclerose (carotide/ coronaire)	
	Glaucome	Grossesse	
	Grossesse	HTA chez les sujets à peau noire	

Indications préférentielles selon la classe

IEC	AAII	Diurétiques (antialdosterone)	Diurétiques de l'anse
Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque	Insuffisance rénale terminale
Dysfonction VG	Post-IDM	Post-IDM	Insuffisance cardiaque
Post-IDM	Néphropathie diabétique		
Néphropathie diabétique	Néphropathie diabétique		
Néphropathie non diabétique	Protéinurie/ Microalbuminurie		
Hypertrophie VG	Hypertrophie VG		
Athérosclérose carotidienne	Fibrillation auriculaire		
Protéinurie/ Microalbuminurie	Syndrome métabolique		
Fibrillation auriculaire	Toux induite par les IEC		
Syndrome métabolique			

La place des bêtabloquants

- Chez des patients présentant un syndrome métabolique ou à haut risque de survenue de diabète, les bêtabloquants et surtout en association à un diurétique thiazidique ne sont pas recommandés.
- Les bêtabloquants vasodilatateurs comme carvedilol ou nébivolol n'ont pas ou peu d'effet sur l'incidence du diabète.

in these patients have never been investigated. As mentioned in sections 4.4.5, 5.5 and 6.2.1, unless required by specific indications, β -blockers should be avoided in subjects with the metabolic syndrome because of their adverse effect on the incidence of new onset diabetes as well as on body weight [715], insulin sensitivity and the lipid profile [716]. However, these effects appear to be less pronounced or absent with the new vasodilating β -blockers such as carvedilol and nebivolol [572,717].

contribution of the two agents difficult. It may not apply, however, to vasodilator β -blockers, such as carvedilol and nebivolol, which have less or no dys-metabolic action, as well as a reduced incidence of new onset diabetes compared with classical β -blockers [571,572]. β -blockers, ACE inhibitors and angiotensin receptor antagonists are less effective in blacks in whom diuretics and calcium antagonists should be preferred [299,573].

Contre-indications des traitements antihypertenseurs

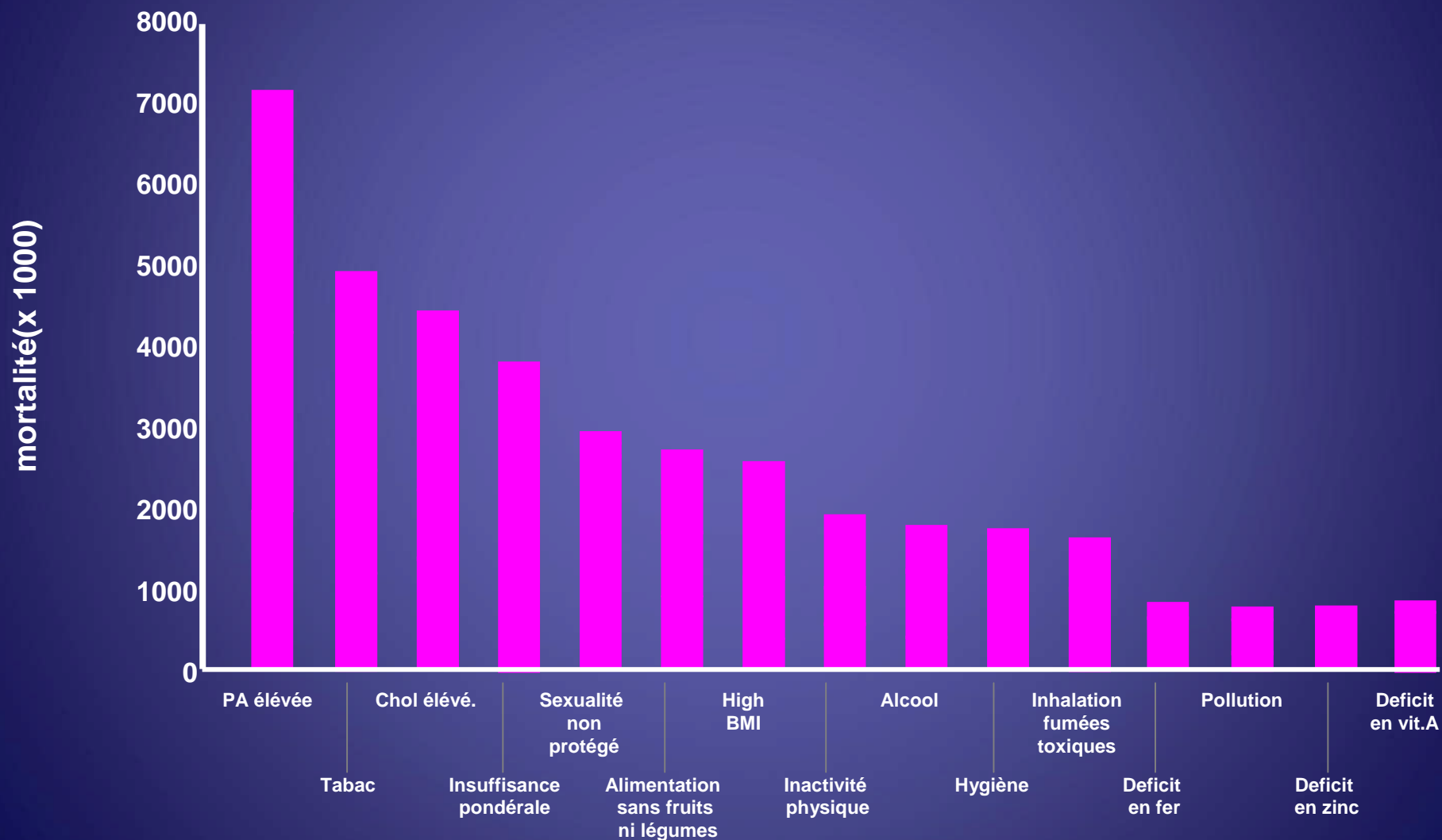
	Formelle	Possible
Diuretiques thiazidique	Goutte	Syndrome métabolique Intolérance au glucose Grossesse
Béta-bloquants	Asthme BAV 1er ou 2ième degré	Artériopathie périphérique Syndrome métabolique Intolérance au glucose Athlètes et patients sportifs BPCO
Antagonistes calciques (dihydropiridines)		Tachyarrhythmie Insuffisance cardiaque
Antagonistes calciques (verapamil, dilitazem)	BAV 1er ou 2ième degré Insuffisance cardiaque	
IEC	Grossesse Oedème angioneurotique Hyperkaliémie Sténose bilatérale de l'artère rénale	
AAII	Grossesse Hyperkaliémie Sténose bilatérale de l'artère rénale	
Diuretiques (antialdosterone)	Insuffisance rénale Hyperkaliémie	

Stratification du risque CV en 4 catégories (ESH/ESC 2003)

PA (mmHg)					
Autre FDR ou atteinte des organes cible	Normal PAS 120-129 PAD 80-84	Normal haut PAS 130-139 PAD 85-89	Grade 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grade 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grade 3 PAS \geq 180 PAD \geq 110
Pas d'autre FDR	Risque moyen	Risque Moyen	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Haut Risque ajouté
1 ou 2 FDR	Risque ajouté faible	Risque ajouté faible	Risque ajouté modéré	Risque ajouté modéré	très haut Risque ajouté
3 ou + FDR	Risque ajouté modéré	Haut Risque ajouté	Haut Risque ajouté	Haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté
Maladie CV ou rénale	Haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté	très haut Risque ajouté

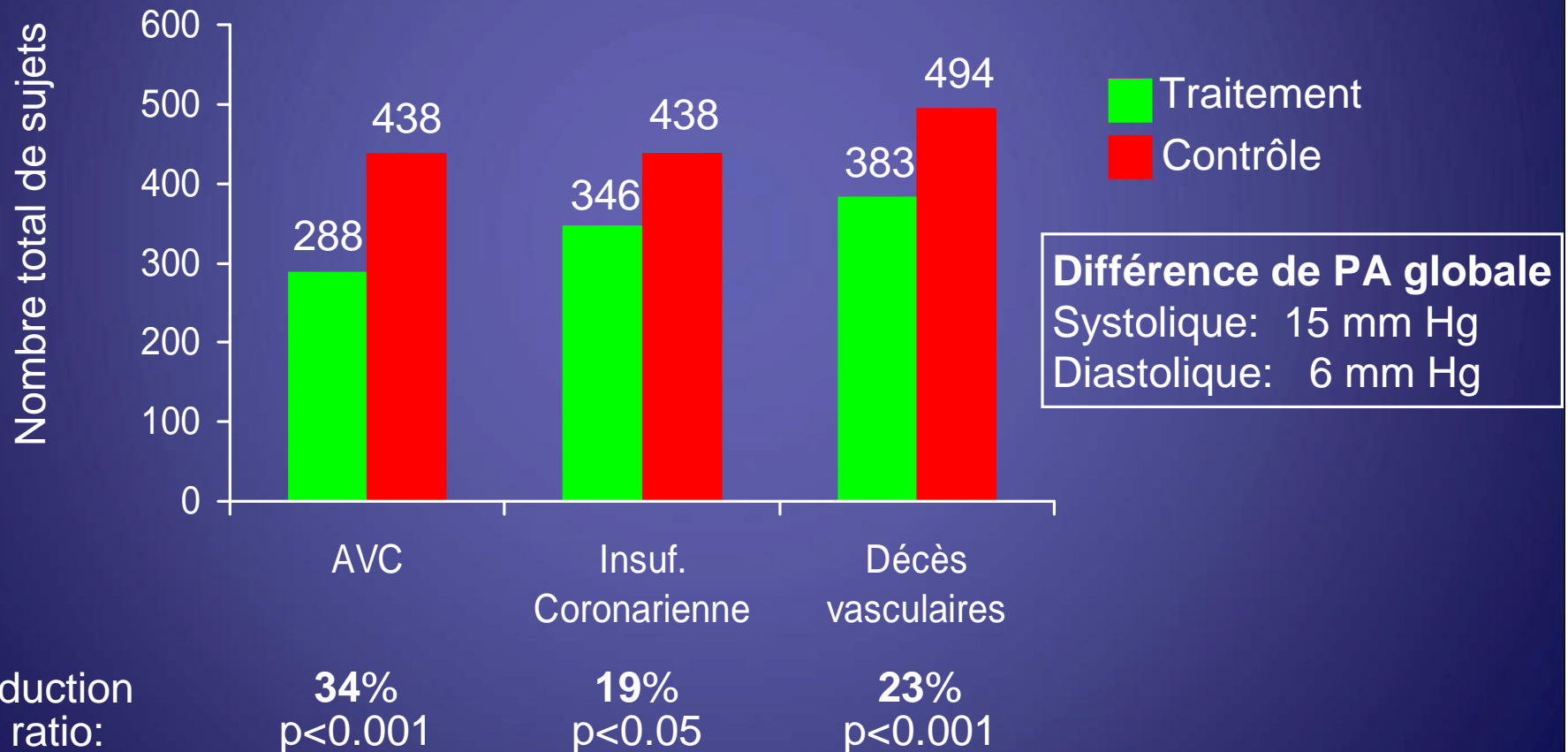
Prise en charge de l'HTA :
Les nouvelles recommandations
de l'ESH/ESC 2007

L'HTA : principal facteur de risque de mortalité dans toutes les régions du monde (WHO Report 2002)



Le traitement de l'hypertension réduit la morbi-mortalité cardiovasculaire

5 essais randomisés chez 12,483 hypertendus âgés



MacMahon S, Rodgers A. The effects of blood pressure reduction in older patients: an overview of five randomized controlled trials in elderly hypertensives. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15(6): 967-78.



European Society of Hypertension
www.eshonline.org

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

**European Society of Hypertension
European Society of Cardiology**

Journal of Hypertension 2007;25:1105-1187

HAS 2005 - Objectifs tensionnels

HTA essentielle

PAS < 140 et PAD < 90 mmHg

**HTA chez le
diabétique**

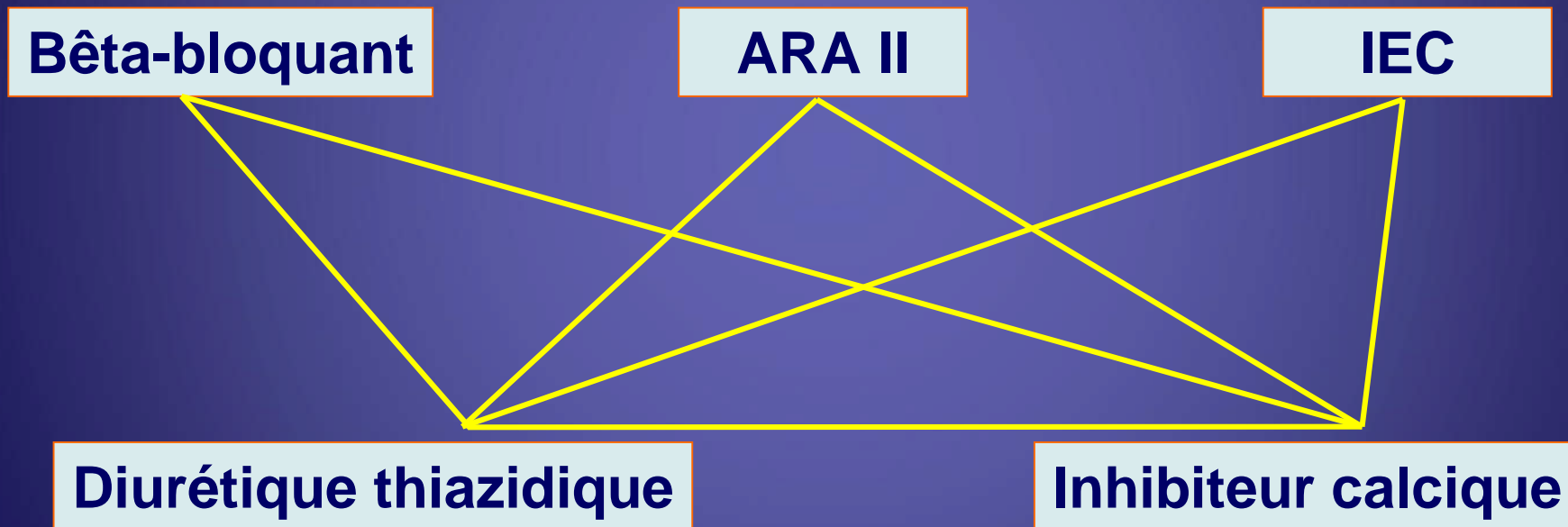
PAS < 130 et PAD < 80 mmHg

**HTA et Insuffisance
rénale**

**PAS < 130 et PAD < 80 mmHg et
protéinurie < 0.5g/j**

Stratégie thérapeutique - HAS 2005

Association des classes thérapeutiques favorisant la baisse tensionnelle



Toute trithérapie antihypertensive doit comprendre un diurétique thiazidique

Recommandation 2 : Mesure de la pression artérielle

Lors de la mesure de la pression artérielle, une attention particulière doit être portée aux points suivants :

- Le patient doit être assis depuis plusieurs minutes, dans une pièce calme, avant de commencer la mesure
- Pratiquer au moins deux mesures à 1-2 minutes d'intervalle, et répéter les mesures si les deux premières sont très différentes
- Utiliser un brassard standard (12-13 cm de long et 35 cm de large) mais disposer de brassards plus grands ou plus petits pour les bras gros ou minces, respectivement. Utiliser le plus petit brassard pour les enfants.
- Le brassard doit être au niveau du cœur, quelle que soit la position du patient
- La PAS et la PAD sont identifiées par les phases I et V de Korotkoff
- Lors de la première consultation, mesurer la PA aux deux bras pour dépister de possibles différences liées à une pathologie vasculaire. Dans ce cas, garder comme référence la valeur la plus élevée
- Mesurer la PA 1 et 5 minutes après le passage en orthostatisme chez les sujets âgés ou diabétiques, et tous ceux chez lesquels il existe un risque d'hypotension orthostatique
- Mesurer la fréquence cardiaque par palpation du pouls (au moins 30 secondes) après la seconde mesure en position assise

Recommandation 4 : Histoire familiale et personnelle

1. Ancienneté de l'hypertension et valeurs antérieures
 2. Possibilité d'une HTA secondaire
 - a. Histoire familiale de néphropathie (polykystose ?)
 - b. Maladie rénale, infections urinaires, hématurie, consommation d'antalgiques (néphropathie parenchymateuse)
 - c. Médicaments et autres substances : contraceptifs oraux, réglisse, carbenoxolone, gouttes nasales, cocaïne, amphétamines, corticoïdes, AINS, érythropoïétine, cyclosporine
 - d. Épisodes de sueurs, céphalées, anxiété, palpitations (phéochromocytome)
 - e. Épisodes de faiblesse musculaire et de tétanie (hyperaldostéronisme)
 3. Facteurs de risque
 - a. Histoire personnelle et familiale d'hypertension et de maladies cardiovasculaires
 - b. Histoire personnelle et familiale de dyslipidémie
 - c. Histoire personnelle et familiale de diabète
 - d. Tabagisme
 - e. Habitudes alimentaires
 - f. Obésité ; Quantification de l'activité physique
 - g. Ronflement, apnées du sommeil (s'enquérir auprès du partenaire)
 - h. Personnalité
 4. Symptômes d'atteinte des organes cibles
 - a. Cerveau et yeux : céphalées, vertiges, troubles visuels, Accident ischémique transitoire, déficit sensitif ou moteur
 - b. Cœur : palpitations, douleur thoracique, dyspnée, œdème des chevilles
 - c. Rein : soif, polyurie, nycturie, hématurie
 - d. Artères périphériques : extrémités froides, claudication intermittente
 5. Traitement antihypertenseur antérieur : médicaments pris, efficacité et effets secondaires
- Facteurs d'environnement personnels ou familiaux particuliers

Recommandation 5 : Examen clinique à la recherche d'une HTA secondaire, d'une atteinte des organes cibles et d'une obésité viscérale

Signes suggestifs d'une HTA secondaire ou d'une atteinte des organes cibles

Éléments du syndrome de Cushing

Signes cutanés de neurofibromatose (phéochromocytome)

Gros reins palpables (polykystose rénale)

Souffle aortique abdominal (HTA réno-vasculaire)

Souffle précordial (coarctation, maladie aortique)

Diminution ou retard des pouls fémoraux, diminution de la PA fémorale (coarctation, maladie aortique).

Signes suggestifs d'une atteinte des organes cibles

Cerveau : souffles carotidiens, déficit moteur ou sensitif

Rétine : anomalie du fond d'œil

Cœur : localisation et pulsatilité de la pointe du cœur, trouble rythmique, galop, râles pulmonaires, oedèmes périphériques

Artères périphériques : absence, diminution, ou asymétrie des pouls, extrémités froides, lésions cutanées d'allure ischémique

Carotides : souffles systoliques

Obésité viscérale

Poids corporel

Tour de taille excessif en position debout : H > 102 cm, F > 88 cm

Augmentation de l'indice de masse corporelle (poids (Kg)/Taille (m)²)

Surpoids ≥ 25 Kg/m², Obésité ≥ 30 Kg/m²

Recommandation 6 : Examens de laboratoire

Examens systématiques

- Glycémie à jeun
- Cholestérol total
- LDL-cholestérol
- HDL-Cholestérol
- Triglycérides (à jeun)
- Kaliémie
- Uricémie
- Créatinine
- Estimation de la clearance de la créatinine (formule de Cockcroft-Gault) ou de la filtration glomérulaire (formule MDRD)
- Hémoglobine et hématocrite
- Bandelette urinaire (complétée par une bandelette microalbuminurie et un examen microscopique du sédiment urinaire)
- Électrocardiogramme

Tests conseillés

- Échographie cardiaque
- Échographie-Doppler carotidienne
- Dosage de la protéinurie (si bandelette positive)
- Index cheville/bras
- Fond d'œil
- Test de tolérance au glucose (si glycémie à jeun > 5,6 mmol (1 g/l))
- Automesure tensionnelle et MAPA
- Vitesse de l'onde de pouls (si appareillage disponible)

Évaluations poussées (domaine du spécialiste)

- Recherche plus approfondie d'une atteinte cardiaque, rénale ou vasculaire. Impératif si HTA compliquée
- Recherche d'une HTA secondaire suggérée par l'histoire clinique, l'examen, ou le bilan de routine : dosage de rénine et aldostérone, corticostéroïdes, catécholamines plasmatiques et/ou urinaires ; artériographie ; échographie-Doppler des reins et des surrénales ; Scanner, IRM