

المملكة المغربية  
وزارة الصحة



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé



المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



## Recommandations de Bonnes Pratiques Médicales

Affection **L**ongue **D**urée  
**ALD 14** (Selon l'Arrêté Ministériel)

# L'hypertension artérielle de l'adulte

**CIM 10: I 10**  
**Code ANAM : E 113**

Réf ANAM : 0.3.88.01

## Résumé

**AVRIL 2010**

# SOMMAIRE

I- Liste des participants a l'élaboration des RBPM de l'HTA .....	3
II- Liste des prestataires concernés par la prise en charge et le suivi des patients :.....	3
III- Introduction : .....	4
IV- Prévalence : .....	4
V- Association aux autres facteurs du risque cardiovasculaire : .....	4
VI- Définitions : .....	4
VII- Pression Pulsée (PP):.....	4
VIII- Pression Artérielle Centrale (PAC): .....	5
IX- Mesure et Auto mesure de la tension artérielle : .....	5
X- Bilan initial : .....	5
XI- Le bilan biologique minimal : .....	5
XII- Facteurs du risque cardiovasculaire .....	6
XIII- HTA résistante : .....	6
XIV- Dépistage des complications : .....	6
XV- Prise en charge thérapeutique de l'HTA : .....	6
XVI- Stratégie thérapeutique : .....	6
XVII- Indications préférentielles : .....	7
XVIII- Formes cliniques particulières : .....	7
XVIII- Conclusion : .....	8

## I- Liste des participants a l'élaboration des RBPM de l'HTA

Nom et Prénom	Spécialité	Secteur	Institution	Conflits d'intérêt
ABDELKHIRANE Cherif	cardiologue	privé	Casablanca	aucun
AZZOUZI Leila	cardiologue	public	CHU Ibn Rochd	aucun
BENNIS Kawtar	Résident en cardiologie	public	CHU Ibn Rochd	aucun
BENSAFIDDINE Soumaia	cardiologue	privé	Casablanca	aucun
BENTALHA Soufiane	Médecin généraliste	Privé	Casablanca	aucun
BOUGTEB Hanane	Résident en cardiologie	public	CHU Ibn Rochd	aucun
CHRAIBI Said	cardiologue	privé	Casablanca	aucun
CHRAIBI Nacer	cardiologue	privé	Casablanca	aucun
DEMBRI Khalid	Endocrinologue	Privé		aucun
DRIGHIL Abdelnasser	cardiologue		CHU Ibn Rochd	aucun
HABBAL Rachida	cardiologue	public	CHU Ibn Rochd	aucun
HAJJI May	Médecin interniste	privé	Casablanca	aucun
KISSI Dounia	épidémiologie	public	Casablanca	aucun
LAKHSSASSI Abdeltif	Cardiologue	Privé	Casablanca	aucun
MIGUIL Mohamed	Anesthésiste réanimateur	public	CHU Ibn Rochd	aucun
SOULAMI Kenza	néphrologue	public	CHU Ibn Rochd	aucun
ZAID Driss	néphrologue	privé	Casablanca	aucun

## II- Liste des prestataires concernés par la prise en charge et le suivi des patients :

- Médecin généraliste,
- Médecin interniste,
- Cardiologue,
- Endocrinologue,
- Néphrologue,
- Neurologue
- Radiologue,
- Pédiatre,
- Médecin biologiste
- Infirmier(e)
- Kinésithérapeute,
- Psychologue,
- Diététicien(ne)

### **III- Introduction :**

Les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine du quart des décès enregistrés dans le monde et représentent la première cause de décès prématuré de l'adulte. L'HTA est l'un des principaux déterminants de ces maladies ; elle constitue un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement.

Au Maroc, l'HTA constitue l'un des principaux motifs de consultation dans les services sanitaires ambulatoires. Le coût de prise en charge des maladies cardiovasculaires en pratique de santé publique est très élevé d'où l'intérêt d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique optimisée et de la prévention par la lutte contre leurs facteurs de risque.

### **IV- Prévalence :**

Les organismes scientifiques définissent l'hypertension au delà de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique. En fonction de ces critères, la prévalence est de 25 à 40 % selon le pays et la population considérée.

Au Maroc, les résultats de l'enquête prospective 2000 du Ministère de la Santé ont donné une prévalence globale de l'HTA de 33,6%. On retrouve à peu près le même taux dans les pays arabes du pourtour de la Méditerranée.

La prévalence de l'HTA augmente significativement avec l'âge. Elle est de 53,8 % chez les personnes âgées de plus de 40 ans et de 72,2% chez les 65 ans et plus.

### **V- Association aux autres facteurs du risque cardiovasculaire :**

L'HTA est associée à un facteur de risque (FR) dans 40% des cas. A deux FR majeurs dans 21,9% des cas.

Le diabète est souvent associé à l'HTA : 13.9% des hypertendus sont diabétiques et 65.5% des diabétiques sont hypertendus.

Les obèses ont une HTA dans 58,1% des cas. De même, en cas d'excès pondéral, une HTA est retrouvée chez 50,8% des sujets.

### **VI- Définitions :**

Pression artérielle optimale : < 120/80mmHg

Pression artérielle normale : 120-129/80-84mmHg

Pression artérielle normale haute : 130-139/85-89mmHg

HTA grade 1 : 140-159/90-99mmHg

HTA grade 2 : 160-179/100-109mmHg

HTA grade 3 : >180/110mmHg

HTA systolique isolée :  $\geq 140 / < 90$ mmHg

### **VII- Pression Pulsée (PP):**

La PP ou pression différentielle est la différence entre la pression systolique et la pression diastolique. C'est un facteur indépendant de risque cardiovasculaire. Une pression pulsée augmentée (>60mmHg) constitue un facteur de risque de mortalité cardiovasculaire et par cardiopathie ischémique, mais pas par atteinte cérébro-vasculaire.

## VIII- Pression Artérielle Centrale (PAC):

Les valeurs de la PAC et de la pression artérielle brachiale ne sont pas identiques notamment en cas de rigidité artérielle importante. Les données suggèrent que la mesure de la PAC pourrait apporter des informations sur le pronostic des patients hypertendus (indépendamment de leur pression artérielle brachiale) et sur les effets cardiovasculaires des médicaments antihypertenseurs.

## IX- Mesure et Auto mesure de la tension artérielle :

**La mesure de la tension artérielle** est un moment important du diagnostic de l'HTA. C'est en fonction des chiffres recueillis que l'on décide ou non si le sujet est hypertendu et s'il est nécessaire de faire un bilan et un traitement. C'est pourquoi la mesure doit être effectuée selon des critères rigoureux.

L'appareil doit être fiable, le brassard adapté à la taille du bras, le patient doit être en position assise (de préférence) ou allongé, au repos depuis au moins cinq minutes, sans avoir fumé ni pris d'excitants (caféine). Il faut prendre plusieurs mesures et faire la moyenne des deux ou trois dernières. Il faut répéter les mesures au cours de plusieurs consultations espacées, avant de poser le diagnostic d'hypertension artérielle.

Il faut se méfier de l'HTA blouse blanche (chiffres tensionnels élevés au cabinet médical, chiffres normaux en dehors du cabinet) et de l'HTA masquée (chiffres normaux au cabinet, élevés en dehors).

Dans les cas où le diagnostic reste incertain, on peut s'aider de la mesure ambulatoire de la pression artérielle. L'appareil électronique prend une mesure toutes les 15 mn le jour et toutes les 30 mn la nuit. Une moyenne de TA > 130/80 mmHg pour la mesure de 24 h confirme l'HTA.

La moyenne de jour doit être < 135/85 mmHg, et la moyenne de nuit < 120/70 mmHg.

La mesure ambulatoire permet aussi d'éliminer les hypertensions blouse blanche, d'affirmer une vraie résistance thérapeutique, de confirmer l'hypotension artérielle sous traitement, etc.

**L'auto mesure de la tension artérielle** donne des renseignements voisins, tant au niveau diagnostique que pronostique. Elle a l'avantage d'être moins coûteuse et d'impliquer le patient dans le suivi du traitement.

## X- Bilan initial :

De l'hypertendu comporte un examen clinique qui recherche un retentissement viscéral, des facteurs du risque cardiovasculaire et éventuellement une recherche étiologique.

## XI- Le bilan biologique minimal :

Recommandé par l'OMS comporte une glycémie à jeun, un bilan lipidique (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides), une kaliémie, une créatinémie (calcul de la clairance), un examen des urines par bandelette urinaire à la recherche d'une hématurie, glycosurie ou protéinurie.

Le bilan comporte aussi un électrocardiogramme chez le sujet de plus de 40 ans, et des examens d'imagerie (radiographies, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique) en fonction des facteurs de risque présents ou d'une orientation étiologique particulière.

L'écho doppler cardiaque, rénal et vasculaire est particulièrement performant dans l'évaluation du retentissement viscéral et une recherche étiologique. En raison de son coût, il ne doit pas être généralisé.

Le bilan peut aussi comporter un fond d'oeil, un bilan hormonal, une épreuve d'effort...

Des recherches plus sophistiquées (épreuves dynamiques hormonales...) sont habituellement réservées aux services hospitaliers spécialisés.

## **XII- Facteurs du risque cardiovasculaire**

Associés peuvent être :

- héréditaires : âge, sexe, hérédité;
- acquis: obésité, sédentarité, tabagisme, alcool, diabète, dyslipidémie, etc.

Le bilan effectué permet d'établir le risque cardiovasculaire à 10 ans (risque de présenter une atteinte coronarienne ou un accident vasculaire cérébral). On distingue un grade 1 (HTA légère sans facteurs de risque associés), un grade 2 (HTA modérée avec plusieurs facteurs de risque associés ou un diabète associé) et un grade 3 (HTA sévère avec plusieurs facteurs de risque associés ou un diabète associé).

## **XIII- HTA résistante :**

On dit qu'une HTA est résistante au traitement lorsque le patient est sous polythérapie anti-hypertensive (incluant un diurétique), à doses thérapeutiques, et avec une observance effective du traitement. Cette forme relève d'une mesure ambulatoire pour confirmer la résistance et d'une courte hospitalisation pour un bilan qui recherche les causes de la résistance thérapeutique.

## **XIV- Dépistage des complications :**

Les complications peuvent porter sur tous les viscères. Les plus importantes sont au niveau cardiaque (hypertrophie cardiaque, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque); cérébral (accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique), rénal (insuffisance rénale de tous stades); atteinte vasculaire périphérique ...

## **XV- Prise en charge thérapeutique de l'HTA :**

La prise en charge thérapeutique de l'HTA comporte deux volets :

- une prise en charge non-pharmacologique,
- une prise en charge pharmacologique.

Les deux sont associées chez la plupart des patients.

- La prise en charge non pharmacologique a pour but de contrôler le poids, le diabète, la dyslipidémie, de supprimer ou de diminuer l'intoxication tabagique ou alcoolique, de stimuler l'activité physique régulière ou la pratique du sport chaque fois que possible. La diminution de l'apport sodé est un élément important de l'approche hygiéno-diététique.

- La prise en charge pharmacologique utilise les familles thérapeutiques disponibles. Par ordre d'ancienneté, ce sont les diurétiques thiazidiques, les bêta-bloquants, les antagonistes du calcium, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine II. Les anti-hypertenseurs centraux n'ont plus que de rares indications. Les alphabloquants n'ont plus d'indication en première ligne, mais peuvent être utilisés en association lorsqu'une polythérapie associant les autres familles n'a pas permis d'obtenir le contrôle tensionnel.

## **XVI- Stratégie thérapeutique :**

L'observance au long cours du traitement dépend du nombre de comprimés quotidiens et du nombre de prises. L'idéal est une monothérapie monoprise. Si après 4 semaines de traitement l'HTA n'est pas contrôlée, on prescrit une association thérapeutique, soit par une association fixe faiblement dosée ou non, ou une association libre de deux familles thérapeutiques. Le contrôle ou non est évalué toutes les 4 semaines.

## **XVII- Indications préférentielles :**

Il existe des indications préférentielles selon le statut du sujet : coronarien, diabétique, insuffisant rénal, sujet âgé, femme enceinte...

- Devant une HTA grade I, il n'y a pas d'urgence à instaurer le traitement pharmacologique. On se donne six mois environ pour effectuer les contrôles tensionnels, chercher et corriger d'éventuels facteurs de risque, introduire les conseils hygiéno-diététiques.
- Devant une HTA grade II, on peut se donner un mois pour effectuer le bilan de retentissement viscéral et la recherche des facteurs du risque cardiovasculaire. On introduit les mesures hygiéno-diététiques immédiatement, et les médicaments au bout de quelques semaines.
- Devant une HTA grade III, On introduit immédiatement les mesures hygiéno-diététiques et les médicaments, tout en lançant le bilan de retentissement et de recherche des facteurs de risque.

En règle générale, on se donnera d'autant plus de temps que l'HTA est considérée comme légère, et on sera d'autant plus agressif sur le plan thérapeutique que l'HTA est sévère, avec un nombre élevé de facteurs de risque, et un retentissement viscéral net.

## **XVIII- Formes cliniques particulières :**

Il existe des formes cliniques particulières qu'il faut savoir prendre en charge :

- le sujet âgé est très souvent hypertendu. Il est habituellement facilement contrôlé par un diurétique thiazidique à faibles doses ou un antagoniste du calcium. Les doses doivent être augmentées progressivement.

Il faut se méfier des hypotensions orthostatiques qui peuvent entraîner des malaises et des chutes, avec fractures osseuses!

- le sujet diabétique bénéficie d'un traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion, ou si nécessaire par un antagoniste de l'angiotensine II. Ces deux familles apportent, en plus du contrôle tensionnel, une néphroprotection certaine.

- les sujets présentant une insuffisance rénale bénéficient du traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion, ou si nécessaire par un antagoniste de l'angiotensine II.

- Au décours d'un accident vasculaire cérébral : le traitement antihypertenseur réduit fortement le risque de récurrence, et diminue le risque associé d'événements cardiovasculaires. Il n'y a actuellement, aucune preuve d'un effet bénéfique de l'abaissement de la pression artérielle lors d'un AVC aigu. Un traitement antihypertenseur ne doit être débuté qu'après stabilisation de la situation clinique, généralement quelques jours après l'accident.

- Au décours d'un accident coronarien ou chez le coronarien stable, le traitement par beta-bloquants et inhibiteurs de l'enzyme de conversion a permis de diminuer les récurrences et d'améliorer le pronostic.

- la contraception orale augmente le risque cardiovasculaire chez la femme. L'HTA doit être recherchée et traitée.

- le traitement hormonal substitutif de la ménopause avait soulevé des espoirs. Il permet de diminuer l'incidence des fractures osseuses par ostéoporose, l'incidence du cancer colique, mais au prix d'une augmentation du risque d'accidents cardiovasculaires, de maladie thrombo-embolique...

#### - Les urgences hypertensives :

Les urgences hypertensives sont définies comme des élévations notables de la pression artérielle associés à une atteinte aigüe au niveau des organes cibles. Ces situations cliniques sont rares (1% des patients hypertendus).

Cependant, elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Ceci justifie un diagnostic précoce de ces urgences et une prise en charge rapide et adéquate.

Les élévations aigües de la PA sans atteinte aigüe au niveau des organes cibles sont par contre assez fréquentes.

Une urgence vraie doit être hospitalisée immédiatement et le traitement antihypertenseur mis en route par voie veineuse (seringue autopousseuse, ou à défaut perfusion intraveineuse sous surveillance stricte), pour obtenir une réduction des chiffres tensionnels contrôlée. Le médicament le plus utilisé actuellement est la nicardipine.

Les élévations aigües de la tension artérielle, sans signes de retentissement associés, relèvent d'une simple mise en observation de quelques heures. Elles ne nécessitent pas de traitement anti-hypertenseur en urgence dans la plupart des cas.

- Au cours de la grossesse, il y a un risque maternel et foetal lié à l'apparition d'une hypertension artérielle. On distingue l'HTA gravidique qui survient avant 20 semaines de grossesse, et le pré éclampsie qui survient après 20 semaines d'aménorrhée.

Le traitement repose sur le repos, en décubitus latéral gauche, l'arrêt des efforts physiques importants, le régime normo sodé, et un traitement anti-hypertenseur.

Les diurétiques sont à éviter en raison de l'hypo volémie constante chez ces patientes.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine II sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Toutes les autres familles peuvent être utilisées. L'alpha méthyl dopa reste le médicament de choix.

Les formes sévères nécessitent habituellement l'hospitalisation et l'interruption de la grossesse.

### **XVIII- Conclusion :**

La prise en charge d'une HTA est relativement facile. La prise en charge peut être assurée par un médecin généraliste, avec ou sans collaboration des spécialistes. Elle nécessite une bonne connaissance des différentes situations possibles, d'une méthodologie de mesure et de suivi rigoureuse. Le choix thérapeutique permet d'obtenir le contrôle des chiffres tensionnels assez facilement chez plus des deux tiers des patients.

Lorsque le contrôle tensionnel n'est pas obtenu, que le malade présente de nombreux facteurs de risque ou un retentissement viscéral important, ou qu'il s'agit d'une forme clinique particulière, il faut savoir référer le patient au spécialiste ou à un centre spécialisé pour un complément de bilan et une adaptation de la prise en charge.

Une prise en charge thérapeutique bien faite permet d'éviter deux accidents cérébraux sur trois et un accident coronarien sur trois, mais retarde aussi l'apparition d'une insuffisance rénale ou la survenue d'un diabète. De même, le traitement améliore la qualité de la vie.