

Médecine générale Du plus simple au plus complexe de nos patients hypertendus, cet article propose d'identifier leurs profils pour évaluer leurs risques potentiels et procurer un projet de soins adapté à chacun.

HTA : GÉRER LES PROFILS À HAUT RISQUE

Dr Pascal Clerc (Société Française de Médecine Générale – MCA faculté de Versailles-Saint-Quentin-en Yvelines – Médecine générale Les Mureaux), **Dr Abdel Latif El Hallak** (Société Française de Cardiologie – Centre de cardiologie d'Evrecquemont, Yvelines)

Parmi les patients polyopathologiques suivis en médecine générale, les patients atteints d'HTA sont les plus fréquents [1, 2]. Les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG-SFMG) montrent, en 2009, que cette pathologie **concerne en moyenne 12,8 % des patients, que le maximum de patients atteints est de 52,8 % pour la classe des 80-89 ans et que la moyenne des séances (consultations et visites) pour HTA est de 14,6 %**. L'étude Mona-Lisa réalisée dans la Communauté urbaine de Lille et les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne entre 2005 et 2007 donne une « prévalence de l'HTA après prise en compte de la structure d'âge des populations sources de 47,3 % chez les hommes et 35 % chez les femmes de 35 à 74 ans. Elle augmente fortement avec l'âge, passant de 23,9 % et 8,6 % dans la tranche d'âge 35-44 ans à 79,8 % et 71,3 % chez les 65-74 ans, chez les hommes et chez les femmes respectivement ». Le médecin généraliste français verrait trois patients hypertendus par jour [3]. La pathologie hypertensive fait l'objet de recommandations de prise en charge qui prennent en compte les facteurs de risques associés, mais ne s'intéressent pas aux multimorbidités dont la prévalence augmente avec l'âge.

UNE APPROCHE ISSUE D'UN TRAVAIL DE RECHERCHE

Le but du travail initial de recherche était d'établir des projets de soins adaptés à la typologie des patients. Nous avons utilisé la méthode statistique de l'analyse factorielle, qui permet de regrouper les patients qui se ressemblent le plus en fonction de variables choisies, disponibles dans les données de 49 médecins de la base OMG. → Les patients inclus dans l'étude étaient hypertendus quel que soit l'âge, ils avaient consulté leur médecin traitant au moins une fois pour HTA en 2007, et ils étaient suivis en 2008 et 2009 (le patient était exclu de l'analyse s'il n'avait pas consulté au moins une de ces années). Les variables patients étaient l'âge au 30 juin 2007, avec 6 modalités de classes d'âge (0-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et 80 ans et plus). Les autres variables sélectionnées pour la comorbidité, étaient les autres facteurs de risques CV (hyperlipidémie, hyperglycémie, diabète de type 2, obésité, tabagisme), les complications cardio-vasculaires (insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, fibrillations-flutters, blocs de branche, insuffisance rénale, artérite des membres inférieurs, AVC). Les variables de multimorbidité étaient les 33 pathologies chroniques (hors CV)

les plus fréquentes pour les patients hypertendus (présente pour au moins 1 % des patients). Les prescriptions médicamenteuses ont été utilisées comme marqueur de la complexité de prise en charge.

→ Au total 7008 patients hypertendus ont constitué la population d'étude. Ils ont généré 147 501 séances, pour 474 709 diagnostics. Les diagnostics CV représentaient 36 % de l'ensemble de leurs pathologies (aiguës et chroniques) et les autres maladies chroniques (arthrose, varices, hypothyroïdie...) représentaient 30 %. Près de 14 % des séances contenaient la prise en charge d'au moins un facteur de risque et d'une maladie CV. Une fois les profils identifiés nous avons illustré la prise en charge à partir de cas cliniques types tirés de la pratique réelle des médecins généralistes de l'OMG, en recoupant les points clés du plan personnalisé de soins proposé par la HAS [4].

PROFILS DE NOS PATIENTS HYPERTENDUS

Le résultat de ce travail est une **typologie de patients hypertendus en 8 classes**, dont les quatre premières concernent 70 % des patients, et qui sont centrées sur les facteurs de risques CV les moins complexes (*lire E1*). Les 4 autres classes sont centrées sur des patients hypertendus avec des facteurs de risques et des pathologies cardio-vasculaires dominantes, détaillées dans cet article.

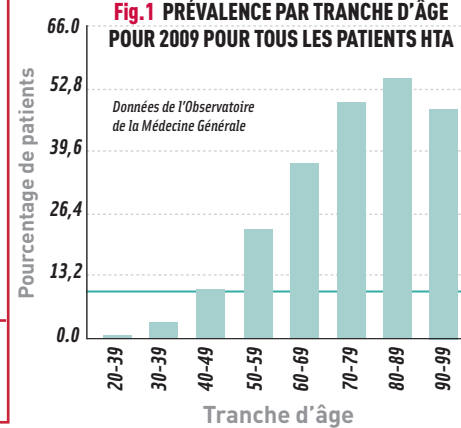
- Une classe de 8,6 % de patients, insuffisants rénaux (pour 53,7 % d'entre eux), avec un trouble de la conduction (pour 55,7 %).
- Une classe de 15 % de patients avec un diabète de type 2 (72,1 % des patients), une insuffisance coronarienne (34,1 %) et/ou une artérite des membres inférieurs (15,4 %).
- Une classe de 7 % de patients avec une fibrillation atriale dans 72,9 % des cas, et une insuffisance cardiaque dans la moitié des cas.
- Enfin, une classe de 4,4 % de patients avec un accident vasculaire cérébral.

Nous allons maintenant détailler pour le médecin généraliste la prise en charge de ces quatre classes de patients, à l'aide des dernières recos de cardiologie [5].

1^{er} PROFIL : PATIENTS AVEC FDR CV + TROUBLE DE CONDUCTION ET/OU INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Patient hypertendue de 72 ans, en insuffisance rénale chronique modérée stade 3b, avec un bloc auriculo-ventriculaire de type 2. Cette patiente souffre d'arthrose, d'insom-

Fig.1 PRÉVALENCE PAR TRANCHE D'ÂGE POUR 2009 POUR TOUS LES PATIENTS HTA



LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FRANÇAIS VERRAIT, EN MOYENNE, TROIS PATIENTS HYPERTENDUS PAR JOUR

nie, d'hyperuricémie, de reflux gastro-œsophagien, et de varices des membres inférieurs. Le nombre moyen de médicaments cardio-vasculaires pour ce type de patiente est d'au moins quatre. Elle consulte toutes les 4 à 6 semaines en moyenne son médecin traitant, et tous les 3 mois la consultation concerne la réévaluation de son traitement cardio-vasculaire.

→ Les objectifs pour ce profil

L'objectif pour ce type de patient est une tension artérielle à 130/80 mmHg.

Une variabilité tensionnelle trop importante d'une mesure à l'autre, doit être considérée comme un marqueur de risque CV supplémentaire et le signe d'un traitement antihypertenseur non optimal.

→ Le traitement médical

■ Favoriser les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes de l'angiotensine II (ARA II - si IEC non utilisables), puis les diurétiques de l'anse. On peut commencer par un IEC à faible dose, avec une surveillance du débit de filtration glomérulaire (DFG) par le MDRD à 1 mois. Si on observe une baisse du MDRD de plus de 20 %, il faut abandonner cette classe thérapeutique ; sinon continuer l'adaptation posologique. Les bêtabloquants sympathomimétiques intrinsèques (acébutolol) et les inhibiteurs calciques (amlodipine, etc.) non bradycardisants sont possibles.

■ Les règles hygiéno-diététiques (diététicienne) et l'activité physique restent d'actualité. Un programme d'éducation thérapeutique peut être proposé [6].

→ Les médicaments à éviter

■ Les bêtabloquants et inhibiteurs calciques bradycardisants (diltiazem, etc.) et les diurétiques épargneurs de potassium (amiloride, spironolactone).

■ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

→ Le suivi du médecin traitant : type et fréquence

Outre la surveillance tensionnelle, l'évaluation du poids, et de l'état nutritionnel est indispensable chez l'insuffisant rénal.

■ La surveillance des organes cibles est l'objectif principal du médecin : - dosage du MDRD à 1 mois, puis tous les 3 mois avec ionogramme sanguin et uricémie; - dosage de l'hémoglobine, de l'albuminémie, de l'urée sanguine, de la calcémie, phosphorémie, une à deux fois par an; - recherche d'une micro-albuminurie ou d'une protéinurie (à la bandelette ou sur échantillon) et fond d'œil, une fois par an.

■ En cas d'apparition d'œdèmes des membres inférieurs, il faut penser à la dégradation des organes cibles – aggravation de l'insuffisance rénale chronique, dysfonction du ventricule gauche (HTA ou rythmique) – et à la iatrogénie due aux inhibiteurs calciques.

■ Penser à adapter les posologies des traitements médicaux en fonction de l'évolution du DFG.

Vaccination contre la grippe et vérification du statut sérologique e l'hépatite B (vacciner si besoin).

■ Au stade d'insuffisance rénale avancée, une consultation néphrologique une fois par an est recommandée. Le passage en insuffisance rénale chronique sévère nécessite un suivi néphrologique régulier.

En cas de Néphropathie chronique grave penser à déclarer une ALD30 n°19 (néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif). Si polyopathologies

invalidantes déclarer une ALD « Hors liste Polypathologie ».

→ Le suivi cardiologue : type et fréquence

Le BAV 2 est divisé en 2 groupes : 2a (mobitz 1) et 2b (mobitz 2). Pour un mobitz 2a, il est proposé une consultation cardiologique tous les 6 mois et un Holter rythmique une fois par an. Pour un mobitz 2b, le patient est appareillé avec un stimulateur cardiaque (surveillance une fois par an); l'utilisation des β -bloquants devient possible.

Un test d'effort tous les 2 à 3 ans (évaluation réserve chronotrope et d'une éventuelle ischémie silencieuse). Une échographie cardiaque tous les 3 ans.

Une proposition de dénervation rénale est envisageable en cas d'hypertension sévère (quadrithérapie bien conduite). Cependant, la prudence reste de mise devant des résultats récents décevants.

2° PROFIL : PATIENTS AVEC 3 FDR CV + INSUFFISANCE CORONARIENNE CHRONIQUE

Patient de 76 ans, hypertendu, diabétique de type 2, hyperlipidémique, insuffisant coronarien et artéritique. Il a par ailleurs une hypertrophie de la prostate et des troubles sexuels. Il a plus de 4 médicaments CV. Il consulte toutes les 4 à 6 semaines et renouvelle ses médicaments cardio-vasculaires une fois sur deux.

→ Les objectifs pour ce profil

L'objectif tensionnel est de 130/80 mmHg, et celui de la fréquence cardiaque entre 50 et 60/mn. Le LDL-C est inférieur à 1 g/l et l'HbA1C à 7 %.

→ Le traitement médical possible

■ Les β -bloquants sont utilisés en post-infarctus malgré le diabète et l'artérite des membres inférieurs. Les IEC ou ARA II, ainsi que les inhibiteurs calciques non bradycardisants (type amlodipine, sinon risque de bradycardie sévère), sont possibles.

■ Une statine et un antiagrégant plaquettaire (Kardégic® 75 mg).

■ Les règles hygiéno-diététiques restent toujours d'actualité pour ce type de patient.

→ Les médicaments à éviter

Pas de β -bloquants au long cours si existence d'une artérite sévère avec antécédents d'ischémie aiguë. Attention aux interactions avec les α -bloquants pour le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

La gestion de la dysfonction érectile est à discuter avec le cardiologue (un mois après l'infarctus et après test d'effort). Pas d'association des inhibiteurs de la phosphodiesterase avec un autre vasodilatateur.

→ Le suivi du médecin traitant : type et fréquence

■ On proposera un suivi métabolique et un dosage du MDRD tous les 3 à 4 mois. Un fond d'œil et une micro-albuminurie une fois par an, et un écho-Doppler des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques tous les 3 ans.

■ La surveillance clinique concernera plus particulièrement les signes en faveur d'une ischémie myocardique et/ou des membres inférieurs et ceux (ronflement, fatigue, somnolence) en faveur d'un SAHOS (syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil).

■ Le diabétologue sera un partenaire du plan de soins si l'équilibre glycémique est impossible à atteindre. ●●●

◆ E1. LES QUATRE PROFILS DE PATIENTS HYPERTENDUS LES MOINS COMPLEXES

Il s'agit de patients hypertendus avec des facteurs de risque cardio-vasculaire mais sans pathologie cardio-vasculaire avérée.

• 1° PROFIL : HTA isolée ou HTA + 1 FDR CV

- 50 % des hypertendus - population : femmes (59,40 %) de moins de 60 ans en moyenne - le facteur de risque associé le plus fréquent est une hyperlipidémie

• 2° PROFIL : HTA + hyperglycémie ou diabète de type 2

- 5,74 % des hypertendus - ce sont typiquement des hommes (53 %) âgés de 50 à 59 ans - souffrant parfois d'arthropathies, d'hyperuricémie ou de troubles sexuels

• 3° PROFIL : HTA et obésité et hyperlipidémie et/ou diabète de type 2

- 5,67 % des hypertendus - population : femmes (59,1 %) de 40 à 49 ans (18,4 %) - pathologies associées (non CV) : arthropathies, asthme, céphalées, goutte, hypothyroïdie, œdèmes des MI, varices.

• 4° PROFIL : HTA et tabagisme et hyperlipidémie dans la moitié des cas

- 4,94 % des hypertendus - population : hommes (67,3 %) de moins de 60 ans en moyenne - pathologies associées (non CV) : alcool, BPCO, dépression, surpoids, troubles sexuels

Version longue du tableau avec principes de prise en charge disponible sur legeneraliste.fr

- Penser à la vaccination anti grippale.
- Déclaration en ALD n° 8 (diabète de type 2) et en ALD n° 13 (maladie coronaire).

→ **Le suivi cardiologique : type et fréquence**

Suivi cardiologique tous les 6 mois avec échographie cardiaque tous les ans et test d'ischémie à l'effort tous les ans (test d'effort ou écho de stress ou scintigraphie à l'effort).

3° PROFIL : PATIENTS AVEC 2 A 3 FDR CV + FIBRILLATION ATRIALE PERMANENTE + INSUFFISANCE CARDIAQUE

Patient de 73 ans hypertendu, diabétique, insuffisant cardiaque, en fibrillation atriale permanente. Il souffre d'une arthrose, d'un cancer de la prostate, de crises de goutte et d'une insomnie. Le nombre de médicaments CV est de cinq et plus. Ce patient consulte toutes les 6 semaines et une fois sur deux pour ces problèmes CV.

→ **Les objectifs pour ce profil**

Pour ce profil de patients, les objectifs sont les mêmes que ceux du patient précédent : tension artérielle à 130/80 mmHg, rythme cardiaque entre 50 et 60/min, LDL-C inférieur à 1 g/l, et HbA1C à 7 %.

→ **Le traitement médical possible**

■ Pour ce patient insuffisant cardiaque non coronarien, il est possible d'utiliser les bêtabloquants (carvedilol, nébivolol®, bisoprolol®, metoprolol), les IEC ou ARA II, diurétiques de l'anse (furosémide à la dose la plus faible sans signes congestifs).

■ Chez un patient diabétique dans un contexte d'insuffisance cardiaque les sulfamides hypoglycémisants sont préférés aux biguanides (CI : maladie chronique pouvant entraîner une hypoxie tissulaire).

■ La FA associée à l'insuffisance cardiaque est traitée par digoxine (seule indication) et toujours par un traitement anticoagulant type anti vitamine K (AVK) ou anticoagulants oraux directs (AOD). Le score CHA2DS2-VASc (*Congestive heart failure, Hypertension, Age - d'emblée affecté de deux points -, Diabetes, Stroke - d'emblée affecté de deux points -, Vascular disease, Age, Sex*) permet de choisir le traitement anticoagulant adapté.

→ **Les médicaments à éviter**

Les AINS chez ce patient arthrosique.

→ **Le suivi du médecin traitant : type et fréquence**

■ On propose un suivi des paramètres métaboliques de la fonction rénale et de l'ionogramme sanguin tous les 3 mois.

■ Le taux de digoxinémie est révisé tous les 6 mois en moyenne (nombreuses interactions médicamenteuses).

■ Le BNP ou le Pro-BNP (pas les mêmes laboratoires et normes) ne sont pas des marqueurs de suivi en dehors de l'existence de signes cliniques délétères. La surveillance du poids et la recherche de signes cliniques de décompensation débutante (majoration des œdèmes des membres inférieurs, asthénie, dyspnée, toux persistante, insomnie récente) font parties du suivi régulier. Dans ce cas la modification de la dose de furosémide et la surveillance du taux de BNP, ou NT-pro BNP, à intervalle d'un mois permet un suivi rapproché. Une élévation du taux nécessite une consultation cardiologique.

■ Penser à la vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique.

■ Si le patient est Insuffisant cardiaque non coronarien, le mettre en ALD n° 5 (insuffisance cardiaque grave)

→ **Le suivi cardiologique : type et fréquence**

■ Pour ce patient une consultation cardiologique tous les 6 mois, un test d'ischémie à l'effort tous les ans et une échographie cardiaque tous les 2 ans.

■ Si ce même patient était insuffisant cardiaque et insuffisant coronarien de moins de 12 mois, qu'il est une pose de stents ou non, il reçoit deux antiagrégants (Kardégic® et Ticagrélol ou Prasugrel ou Clopidogrel) et un AVK ou un AOD. Si le syndrome coronarien est stable depuis plus de 12 mois un antiagrégant type Kardégic® 75 mg avec un AVK ou un AOD sont suffisants.

4° PROFIL : PATIENTS AVEC 2 FDR CV + AVC

Patiente de 78 ans hypertendue, hyperlipidémique, et hémiparésie gauche à la suite d'un accident vasculaire ischémique 3 ans auparavant. Son IMC est à 28, elle présente une onychomycose, des œdèmes des membres inférieurs, une constipation. Le nombre de médicaments CV est de quatre et plus. Elle consulte toutes les 6 semaines et une fois sur trois pour son problème CV.

→ **Les objectifs pour ce profil**

L'objectif est d'éviter le bas débit cérébral, et donc une tension artérielle autour de 140/90. Le LDL doit rester inférieur à 1g/l.

→ **Le traitement médical possible**

Il est possible d'utiliser les IEC, ARA II, les inhibiteurs calciques et les bêbloquants. Utilisation d'une statine et d'un antiagrégant (Kardégic®) dans la majorité des cas, (étiologie ischémique dans 80 %), ou AVK ou AOD pour une cardiopathie emboligène (*Voir score de CHA2DS2-VASc*).

→ **Les médicaments à éviter**

Éviter les diurétiques.

Éviter antifongiques per os avec les AOD et AVK

→ **Le suivi du médecin traitant : type et fréquence**

■ Chez un fumeur, l'arrêt du tabac est impératif.

■ Suivi des paramètres métaboliques, et écho-Doppler des tronc supra aortiques une fois par an.

■ Si apparition d'œdème des membres inférieurs: attention aux inhibiteurs calciques, dysfonction VG (HTA ou rythmique), à l'insuffisance rénale.

■ Penser à la vaccination anti-grippale.

■ Mettre le patient en ALD N°1 pour AVC invalidant.

→ **Le suivi cardiologique : type et fréquence**

■ Suivi cardiologique tous les 6 mois avec tous les ans une échographie cardiaque tous les ans.

■ Si chutes à répétition (CI des anticoagulants), en dehors de l'exploration de l'étiologie des chutes par le médecin traitant, savoir qu'il existe une technique de fermeture de l'auricule gauche qui entraîne une réduction de 99 % des risques d'AVC et l'arrêt des anticoagulants.

EN RÉSUMÉ

L'objectif de la typologie délimite un périmètre qui indique les objectifs à atteindre, les traitements possibles, les médicaments à éviter, et les éléments du suivi des acteurs. Cela permet de construire un plan de soins personnalisé, négocié avec le patient, prenant en compte les paramètres psychologiques, familiaux et sociaux. ♦

BIBLIOGRAPHIE

1. Danet S. Rapport DREES: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. DREES, Editor. 2011. p. 340 p.
2. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de médecine générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010, in U F R Des Sciences De La Santé Paris - Ile-De-France - Ouest. 2012, Université De Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines: Académie De Versailles p. 96.
3. Le Menach A. et al. Evaluation of the prevalence and management of normocholesterolaemic and non coronary hypertensives in France. Arch Mal Coeur Vaiss, 2005. 98(3): p. 205-11.
4. HAS. Guide pratique d'élaboration : protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours (PPSPR). Étapes d'élaboration. Novembre 2011.
5. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens. 31(10): p. 1925-38.
6. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009. Paris.