



39. Choix des traitements antihypertenseurs en fonction du terrain

HTA du sujet âgé

Ces patients présentent souvent une HTA à prédominance systolique et une tendance à l'hypotension orthostatique ainsi qu'à l'hypovolémie. Par ailleurs, il n'est pas rare qu'ils présentent une insuffisance ventriculaire gauche associée à une insuffisance coronarienne plus ou moins latente. Enfin l'insuffisance rénale est souvent latente et l'artérite des membres inférieurs fréquente.

Ces faits impliquent une utilisation prudente des antihypertenseurs, en particulier lors de la mise en route du traitement. La posologie initiale doit être plus faible et la titration plus lente.

Dans ce contexte, les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques de longue durée d'action constituent les médicaments de premier choix. Au-delà de 80 ans, l'objectif est d'atteindre une PAS < 150 mmHg en l'absence d'hypotension orthostatique et sous réserve d'une surveillance de la créatininémie.

HTA de la femme enceinte ou allaitante

L'hypertension artérielle est présente chez 10 à 15 % des femmes enceintes. Non contrôlée, elle représente la première cause de mortalité et de morbidité néonatales. Elle apparaît essentiellement au cours du dernier trimestre de grossesse et s'accompagne d'œdèmes des membres inférieurs. L'hypertension artérielle gravidique associée à une protéinurie (> 0,5 g/24 h) correspond à la prééclampsie, avec un risque de complications fœtales plus important. Le but du traitement antihypertenseur est de réduire la fréquence des complications tant maternelles que fœtales. Il est essentiel que la baisse tensionnelle ne soit ni trop rapide (l'usage de la voie parentérale est à éviter) ni trop profonde (des valeurs inférieures à 130/80 mmHg peuvent être préjudiciables à la croissance fœtale):

- les bêtabloquants doivent être utilisés avec précaution en raison d'un risque néonatal (hypoglycémie, hypotension, bradycardie, voire défaillance cardiaque chez le nouveau-né). Ils sont également susceptibles de

- provoquer un retard de croissance intra-utérin. Le labétalol semble disposer des données les plus sûres. L'allaitement est déconseillé ;
- les antihypertenseurs centraux ont été largement utilisés dans la grossesse ; il convient toutefois d'éviter la clonidine et de privilégier l'alpha-méthyl dopa, traitement de référence, sous réserve d'une surveillance hématologique et hépatique et de l'absence d'un état dépressif. L'allaitement est déconseillé ;
 - les antihypertenseurs vasodilatateurs (alpha-bloquants), pouvant induire une hypoperfusion placentaire, sont déconseillés pendant la grossesse ou l'allaitement ;
 - les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) sont contre-indiqués chez la femme enceinte. La découverte d'une grossesse chez une patiente traitée par ces médicaments impose leur arrêt pendant toute la durée de celle-ci. L'allaitement est contre-indiqué chez les patientes traitées par ARA II et déconseillé pour les IEC ;
 - les inhibiteurs calciques, bien que leurs mentions légales de mise sur le marché en déconseillent l'utilisation pendant la grossesse, sont maintenant considérés comme apportant un rapport bénéfice/risque favorable car ils n'ont pas de retentissement sur la perfusion placentaire et fœtale. Les dihydropyridines (nifédipine, nicardipine) sont à privilégier, ces deux molécules étant également prescrites (hors AMM) en cas de menace d'accouchement prématuré. Les inhibiteurs calciques restent déconseillés pendant l'allaitement ;
 - les diurétiques sont susceptibles de réduire la perfusion placentaire et sont déconseillés pendant la grossesse et en cas d'allaitement.

Choix en fonction de la pathologie associée

HTA associée à une cardiopathie

- En cas d'insuffisance cardiaque systolique, les diurétiques et les IEC sont satisfaisants. Les bêtabloquants sont contre-indiqués (sauf certains d'entre eux, indiqués dans l'insuffisance cardiaque) ainsi que les ICA bradycardisants comme le vérapamil.
- En cas de bloc auriculo-ventriculaire, les bêtabloquants et les ICA à effet inotrope négatif (vérapamil, diltiazem) sont contre-indiqués.

- En cas de maladie coronarienne associée, les bêtabloquants et les ICA de longue durée d'action sont particulièrement indiqués.
- En post-infarctus du myocarde, il est recommandé d'utiliser en première intention un IEC ou un bêtabloquant.

HTA associée à une néphropathie

- S'il existe un syndrome néphrotique comportant des œdèmes importants, les diurétiques sont indiqués.
- En cas d'insuffisance rénale, les ICA et bêtabloquants peuvent être utilisés sans dommage pour le rein; le traitement de référence est toutefois un IEC à posologie adaptée à la clairance de la créatinine, associé souvent à un diurétique de l'anse (surveillance de la kaliémie). L'objectif tensionnel à atteindre est une PA < 130/80 mmHg (< 120/70 mmHg si protéinurie > 1 g/L).

HTA associée au diabète

- Chez les diabétiques insulinodépendants, les bêtabloquants peuvent aggraver les crises d'hypoglycémie; les bêtabloquants cardiosélectifs auraient un effet moindre donc sont préférables.
- En cas de néphropathie diabétique (diabète de type 1), les IEC présentent un effet favorable en diminuant la protéinurie et en augmentant la clairance à la créatinine.
- Chez le diabétique de type 2, les 5 classes d'antihypertenseurs de 1^{re} intention peuvent être utilisées. En présence d'une microalbuminurie, il est recommandé de choisir un IEC ou un ARA II (effet néphroprotecteur).
- Une polythérapie est souvent nécessaire chez le diabétique et il est recommandé d'inclure un diurétique thiazidique dans les associations. L'objectif tensionnel à atteindre est une PA < 130/80 mmHg.

HTA associée à une artériopathie périphérique

En cas d'artérite des membres inférieurs ou de syndrome de Raynaud, les ICA sont les antihypertenseurs de choix, alors que les bêtabloquants sont contre-indiqués (surtout pour les produits non cardiosélectifs et sans ASI).