



European Society of Hypertension

Nouvelles recommandations ESH 2023 *Ce qui a changé*

Pr. BACHIR CHERIF A
Service de médecine interne CHU Blida

Définition et classification pas de changement

- L'hypertension artérielle est définie sur la base de valeurs répétées de PAS > 140 mmHg et /ou PAD > 90 mmHg

TABLE 1. Classification of office BP and definitions of hypertension grades

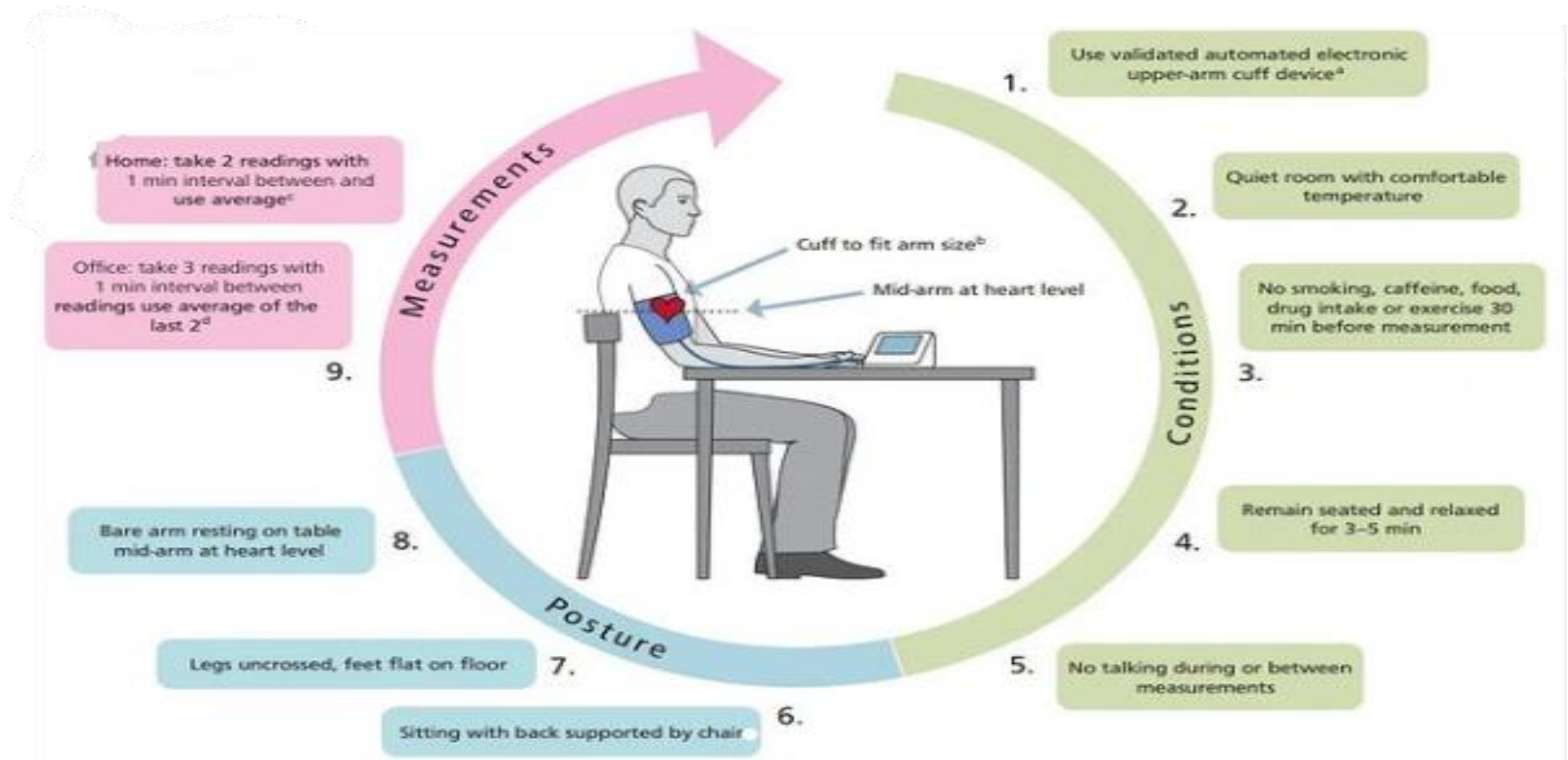
Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and	80–84
High-normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^a	≥140	and	<90
Isolated diastolic hypertension ^a	<140	and	≥90

The BP category is defined by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.

^aIsolated systolic or diastolic hypertension is graded 1, 2 or 3 according to SBP and DBP values in the ranges indicated. The same classification is used for adolescents ≥16 years old (Section 15.1).

Mesures de la pression artérielle

- La mesure de la pression artérielle est la pierre angulaire du diagnostic , la prise en charge et la surveillance de l'HTA
- L'utilisation des appareils validés dans des bonnes conditions de mesures est indispensable dans la démarche diagnostique



Recommandations and statements	CoR	LoR
Des brassards électroniques automatiques pour le haut du bras sont recommandés pour la mesure de la pression artérielle au bureau et en dehors du bureau (à domicile et ambulatoire).	I	B
Appareils auscultatoires manuels hybrides avec écran LCD ou LED, ou un compte à rebours numérique ou des appareils anéroïdes résistants aux chocs peuvent être utilisés pour la mesure de la PA au cabinet si les appareils automatisés ne sont pas disponibles	I	B
Seuls des appareils correctement validés doivent être utilisés www.stridebp.org	I	B
Les appareils de tension artérielle <u>sans brassard ne doivent pas être utilisés</u> pour l'évaluation ou prise en charge de l'hypertension en pratique clinique.	III	C

***Evaluation du risque
cardiovasculaire***

Risque cardio-vasculaire selon le grade et le stade d'hypertension

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, CVD or CKD	BP (mmHg) grading			
		High-normal SBP 130–139 DBP 85–89	Grade 1 SBP 140–159 DBP 90–99	Grade 2 SBP 160–179 DBP 100–109	Grade 3 SBP ≥ 180 DBP ≥ 110
Stage 1	No other risk factors ^a	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	≥3 risk factors	Low to moderate risk	Moderate to high risk	High risk	High risk
Stage 2	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus	Moderate to high risk	High risk	High risk	Very high risk
Stage 3	Established CVD or CKD grade ≥4	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

<50 years	60–69 years	≥70 years
<2.5%	<5%	<7.5%
2.5 to <7.5%	5 to <10%	7.5 to <15%
≥7.5%	≥10%	≥15%

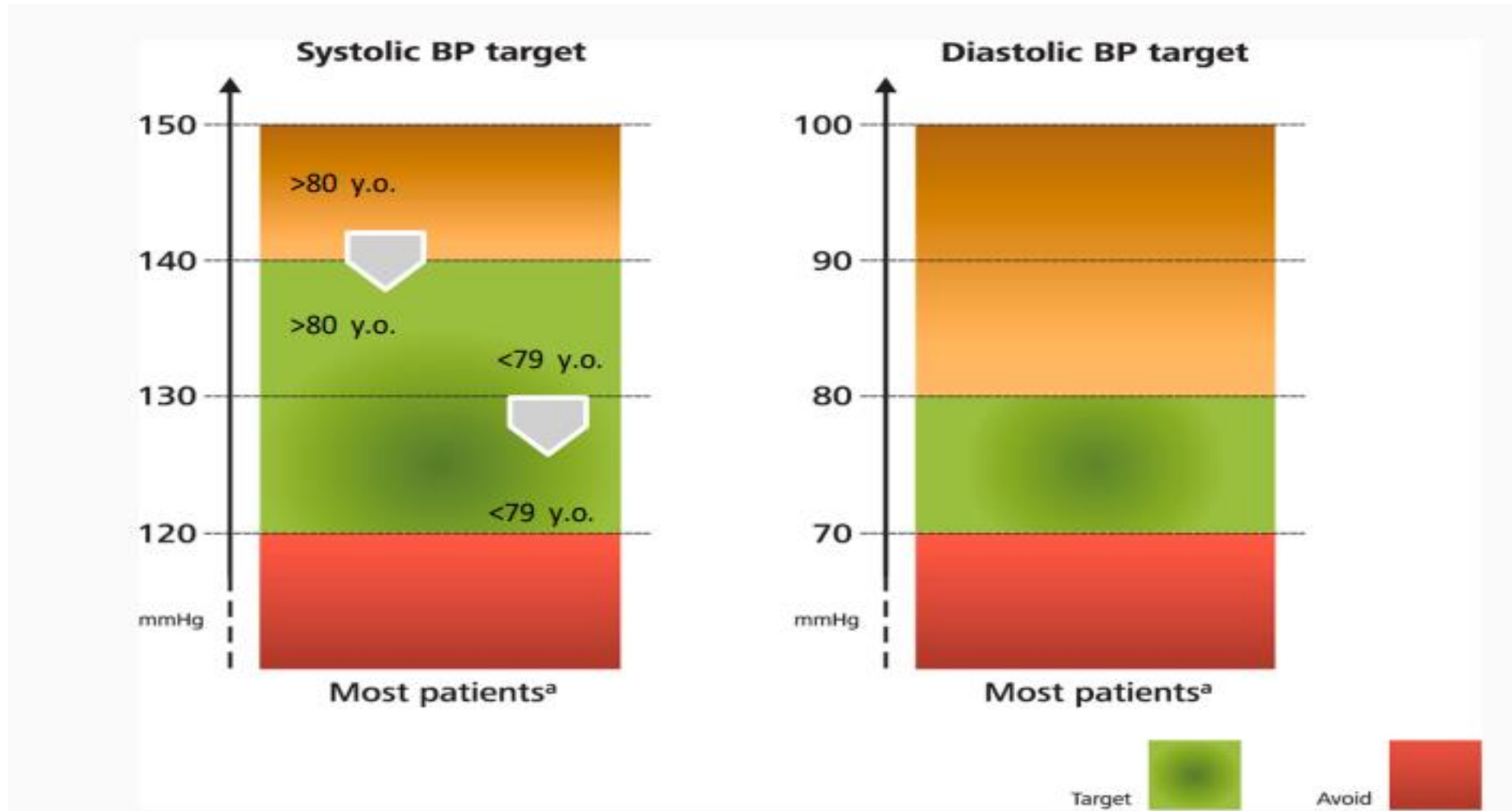
Complementary risk estimation in Stage 1 with SCORE2/SCOR2-OP

Évaluation du risque d'hypertension avec SCORE2 et SCORE2-OP

Recommandations		
L'évaluation du risque CV avec les systèmes <u>SCORE2 et SCORE2-OP</u> est recommandé aux patients hypertendus qui ne sont pas déjà à un niveau élevé ou risque très élevé en raison de maladie cardiovasculaire ou maladie rénale chronique , diabète de longue durée , diabète compliqué , HMOD sévère (par exemple LVH) ou un facteur de risque unique nettement élevé (par exemple cholestérol , albuminurie)	I	B

Quelle cible thérapeutique ?

Objectif de la TA dans la population générale adulte hypertendu



La stratégie thérapeutique

Seuil de tension artérielle en cabinet pour l'initiation d'un traitement médicamenteux

Recommandations		
Chez les patients âgés de <u>18 à 79 ans</u> , le seuil recommandé en cabinet pour le début du traitement médicamenteux est de <u>140 mmHg</u> pour la PAS et/ou de <u>90 mmHg</u> pour la PAD.	I	A
Chez les patients <u>≥ 80 ans</u> , le seuil de PAS recommandé en cabinet pour le début du traitement médicamenteux est de <u>160 mmHg</u> .	I	B
Cependant, chez les patients ≥80 ans, un seuil de PAS inférieur dans la plage 140 – 160 mmHg peuvent être envisagés.	II	C
Chez les patients adultes ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires, principalement coronariennes, le traitement doit être instauré dans la plage de tension artérielle normale élevée (PA≥130 ou PAD ≥80 mmHg).	I	A

Traitement médicamenteux

Recommandations

L'initiation d'une monothérapie peut être envisagée chez les patients présentant :
hypertension de grade 1 et risque faible si la TA n'est que légèrement élevée (moins de 150 mmHg de PAS et 95 mmHg de PAD) ou TA normale élevée, fragilité et/ou âge avancé.

I

C

Si la tension artérielle n'est pas contrôlée avec une association de trois médicaments en utilisant la dose maximale recommandée et tolérée des composants respectifs, il est recommandé de prolonger le traitement conformément aux recommandations pour l'hypertension résistante

I

B

L'utilisation d'associations de comprimés uniques (RCP) doit être privilégiée à toutes les étapes du traitement, c'est-à-dire lors de l'initiation du traitement par une association de deux médicaments et à toute autre étape du traitement

I

B

Préférer les CPC
A tout moment

Étape 1
Double combinaison

Étape 2
Triple combinaison

Étape 3
Ajouter d'autres médicaments

Commencer par la double combinaison
thérapie chez la plupart des patients

ACEi ou ARB+CCB ou T/TLdiuretica
Augmenter a la dose complète si bien tolérée
➡ Jusqu'à 60% contrôlée

ACEi ou ARB+CCB ou T/Tdiuretica
Augmenter a la dose complète si bien tolérée
➡ Jusqu'à 90% contrôlée

Hypertension véritablement résistante

Envisager de consulter un spécialiste de
l'hypertension chez les patients qui
ne sont toujours pas contrôlés

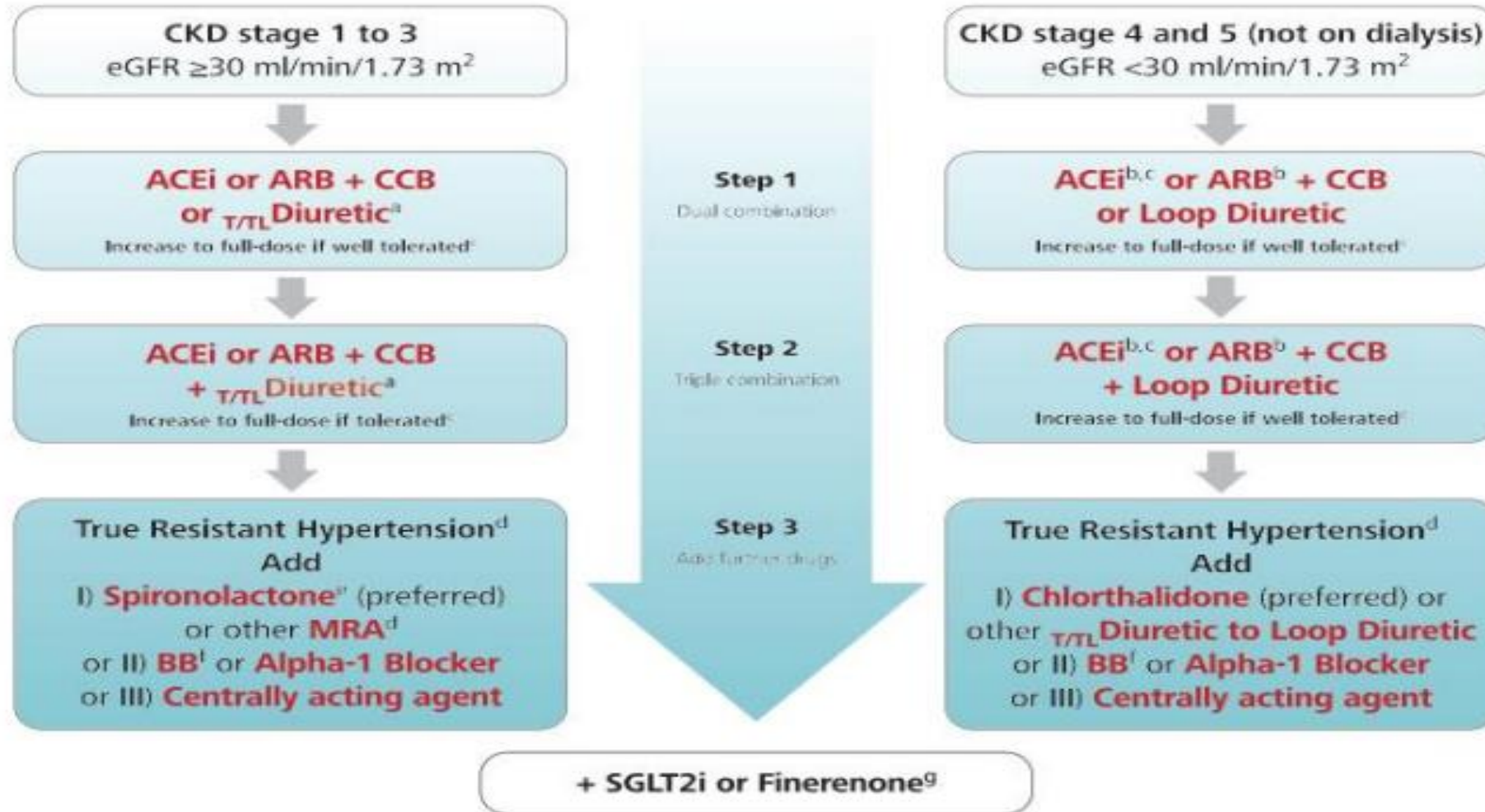
BBb

Peut être utilisé
en monothérapie
ou à n'importe
quelle
étape d'un
traitement
combiné

Situations justifiant l'utilisation des beta bloquants

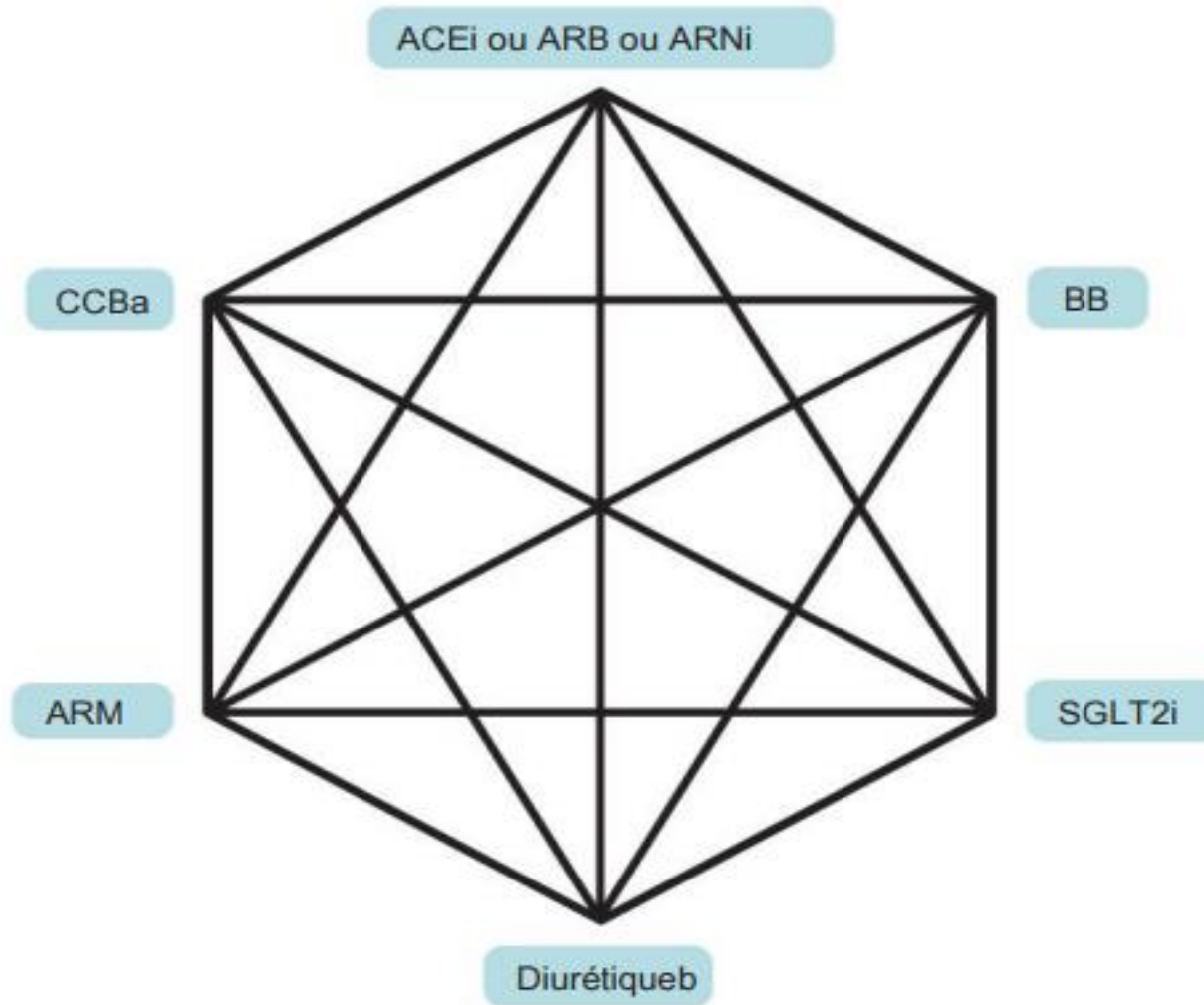
- Syndrome coronarien chronique/ syndrome coronarien aigu
- L'insuffisance cardiaque
- Fibrillation auriculaire
- Femme en âge de procréer/planifiant une grossesse
- Arythmie ou tachycardie

HTA ET REIN

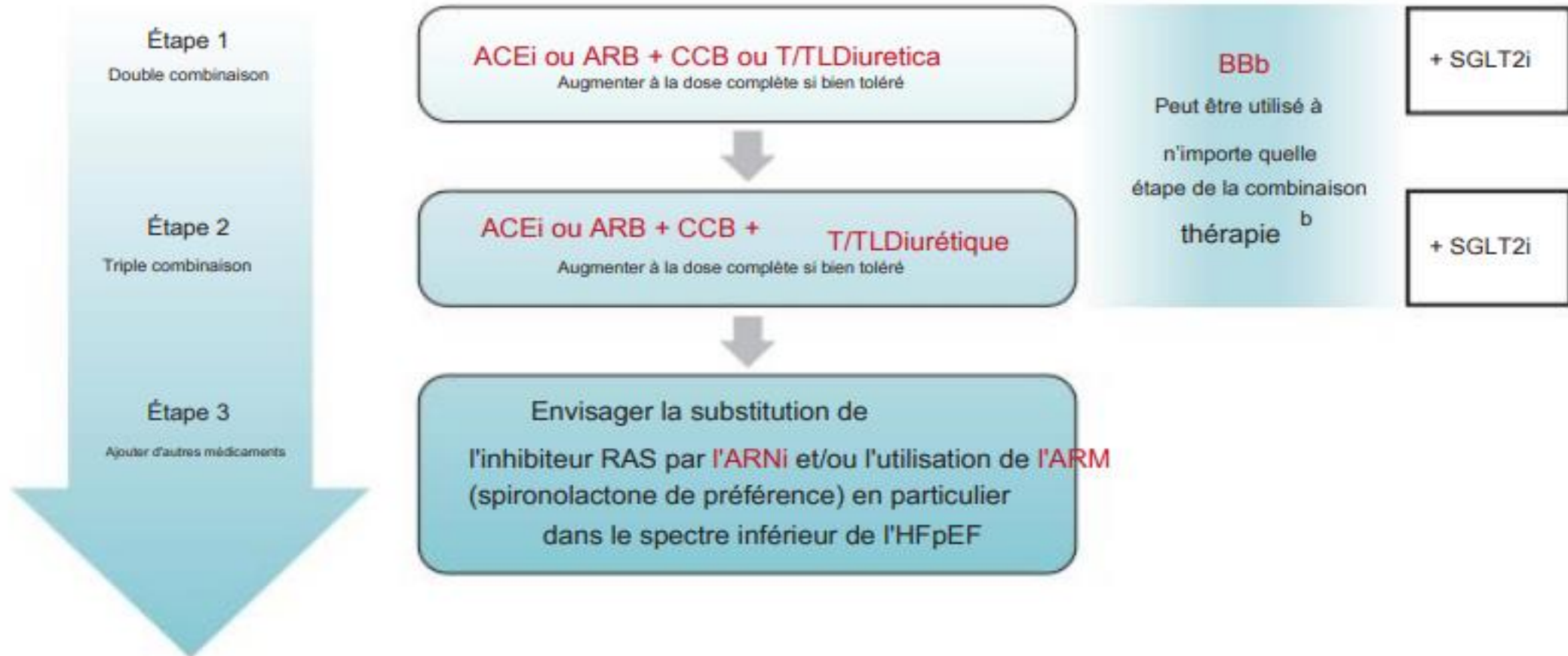


Recommandations		
<p>Chez la plupart des patients atteints d'IRC (patients jeunes, patients présentant un rapport albumine/créatinine ≥ 300 mg/g, patients à haut risque cardiovasculaire) la PA doit être abaissée <u>< 130/80</u> mmhg si elle est tolérée</p>	II	B
<p><u>Les inhibiteurs du SGLT-2</u> sont recommandés chez les patients atteints de néphropathies diabétiques et non diabétiques IRC si <u>le DFGe est au moins 20 ou 25 ml/min/1,73².</u></p>	I	B
<p>La finérénone MRA non stéroïdienne est recommandée dans patients atteints d'IRC et d'albuminurie associés au type 2 diabète sucré si le DFGe est d'au moins 25 ml/min/1,73² et potassium sérique</p>	I	B

HTA et insuffisance cardiaque



Algorithme de prise en charge de l'insuffisance cardiaque



Stratégie thérapeutique de l'HTA en cas d'insuffisance cardiaque

Recommandations		
Chez les patients souffrant d'hypertension et d'insuffisance cardiaque avec réduction fraction d'éjection (HFrEF), il est recommandé d'associer des médicaments dont les bénéfices sont documentés, y compris <u>les IECA (ARA si ce n'est pas le cas). qui pourrait être remplacé par ARNI (sacubitril/valsartan), BB, MRA et SGLT2is</u>	I	B
L'utilisation de <u>non-DHP-CCB</u> n'est pas recommandée dans l'ICFrEF en raison de leur effet inotrope négatif prononcé.	III	C

Hypertension artérielle et FA

Recommandations		
Au moins <u>trois mesures</u> de tension artérielle en cabinet par auscultation sont recommandé chez les patients atteints de FA pour tenir compte des variations des valeurs de tension artérielle.	I	B
Les <u>BB</u> sont la classe de médicaments privilégiée pour le contrôle de la fréquence cardiaque des patients souffrant de FA. La fréquence cardiaque au repos doit être réduite inférieure à <u>110 battements</u> par minute, en ciblant une fréquence cardiaque < 80 battements par minute sur la base d'une analyse ECG, en particulier dans patients symptomatiques.	I	B
<u>La digoxine</u> peut être ajoutée aux BB pour améliorer le contrôle des FC dans la FA.	II	B

HTA et sujet âgé

Recommendations and statements	CoR	LoE
Patients 65 to 79 years old		
The recommended office threshold for initiation of drug treatment is 140/90 mmHg.	I	A
The primary goal of treatment is to lower BP to <140/80mmHg	I	A
However, lowering BP to below 130/80mmHg can be considered if treatment is well tolerated.	I	B
Patients 65 to 79 years old with ISH		
The primary goal of treatment is to lower SBP in the 140 to 150 mmHg range.	I	A
However, a reduction of office SBP in the 130 to 139 mmHg range may be considered if well tolerated, albeit cautiously if DBP is already below 70 mmHg.	II	B
In dedicated RCTs in older patients with ISH, CCBs and Thiazide/Thiazide-like diuretics have been mainly used. However, all other major drug classes can be used, because of the frequent co-existence of compelling indications and the need of combination therapy to control SBP.	I	A
Initiation of treatment with a two-drug combination is also recommended in most older patients with ISH, who are not frail.	I	C

ESH 2023 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

Patients ≥ 80 years old		
The recommended office SBP threshold for initiation of drug treatment is 160 mmHg.	I	A
However, a lower SBP threshold in the 140 to 160 mmHg range may be considered.	II	C
Office BP should be lowered to a SBP in the 140 to 150 mmHg range and to a DBP < 80 mmHg.	I	A
However, reduction of office SBP between 130 to 139 mmHg may be considered if well tolerated, albeit cautiously if DBP is already below 70 mmHg.	II	B

Hypertension artérielle et grossesse

Recommandations		
Chez les femmes présentant des troubles hypertensifs pendant la grossesse, l'instauration ou l'intensification du traitement médicamenteux est recommandée lorsque la PAS est <u>≥ 140 mmHg et/ou la PAD ≥ 90 mmHg</u>	I	C
Chez les femmes souffrant d'hypertension gestationnelle (avec ou sans pré-éclampsie), la tension artérielle doit être abaissée jusqu'à un <u>objectif inférieur à 140/90 mmHg</u>	I	C
Chez les femmes souffrant de troubles hypertensifs pendant la grossesse, une baisse trop marquée de la tension artérielle doit être évitée. Une PAD <80mmhg g pendant le traitement n'est pas recommandée.	III	C
<u>Le labétalola</u> et <u>l'α-méthyl-DOPA</u> sont les agents hypotenseurs de premier choix pour les troubles hypertensifs de la grossesse, sauf contre-indication	I	B
<u>L'aspirine</u> (100 à 150 mg, au coucher, aux semaines 11 à 35) doit être administrée aux femmes enceintes présentant un risque élevé ou modéré de pré-éclampsie	I	B

AVC hémorragique

Recommandations		
Chez les patients ayant subi un AVC hémorragique et <u>< 6 heures</u> après l'apparition des symptômes, une <u>TA < 140/90 mmHg</u> est recommandée pour éviter l'expansion de l'hématome	II	B
Chez les patients ayant subi un AVC <u>hémorragique > 6 heures</u> après l'apparition des symptômes, une <u>PAS ≥ 220 mmHg</u> peut être soigneusement abaissée par un traitement iv <u>à < 180 mmHg</u> . Si la TA < 220 mmHg, des réductions lentes et modérées de la TA sont préférables à une TA intensive jusqu'à < 140/90 mmHg	II	B

AVC ischémique

Recommandations		
Chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ischémique aigu éligible à une thrombolyse iv (IVT) ou à une thrombectomie mécanique (MT), la pression artérielle doit être soigneusement abaissée et <u>maintenue à <180/105mmHg</u> pendant au moins les 24 premières heures suivant l'intervention.	II	B
Chez les patients non éligibles à l'IVT ou à la MT avec une TA $\geq 220/120$ mmHg, un traitement médicamenteux peut être envisagé sur la base du jugement clinique, pour réduire la TA <u>de 15 %</u> au cours <u>des 24 premières heures</u> suivant le début de l'AVC.	II	B
Chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ischémique aigu, une réduction systématique de la tension artérielle avec un traitement antihypertenseur n'est pas recommandée.	III	C

Conclusion

- Les recommandations de l'ESH 2023 viennent renforcer et compléter les recommandations de 2018 avec quelques nouveautés qui influence la prise en charge de différents phénotypes de l'hypertension artérielle