

## AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

# HTA ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

L'hypertension artérielle (HTA) est une élévation anormale de la pression artérielle au repos. Son origine est multifactorielle, faisant intervenir des facteurs individuels et des facteurs d'environnement. Dans la majorité des cas, on ne retrouve pas de cause médicale de l'HTA, on parle alors d'HTA essentielle. L'HTA constitue un facteur de risque cardiaque et vasculaire, dont la prise en charge est justifiée par les complications à long terme qu'elle entraîne. D'autres maladies cardiovasculaires sont fréquentes et potentiellement graves : maladies artérielles (dont les conséquences de l'HTA), valvulopathies et maladies veineuses thromboemboliques.

### EN FRANCE, 10 À 15 % DES ADULTES SONT HYPERTENDUS

*Dans l'observation du Comede, l'HTA est plus fréquente chez les ressortissants d'un pays d'Afrique centrale (Congo RD 66 %, Congo 53, Angola 57), et à un degré moindre chez ceux d'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire 45, Guinée Conakry 30), d'Asie du Sud (Sri Lanka 30, Bangladesh 16) et d'Haïti (21). La prévalence de l'HTA est plus élevée dans certaines populations originaires d'Afrique subsaharienne, sa survenue plus précoce, ses complications plus sévères et plus fréquentes. Ces particularités seraient liées à des facteurs constitutionnels (responsabilité du gène de l'angiotensinogène dans la résorption accrue de sodium) et environnementaux.*

### ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HTA

**L'OMS qualifie de transition épidémiologique la progression des maladies non transmissibles – incluant l'HTA – observée dans les pays en développement**, dont les effets délétères sur la santé viennent s'ajouter à ceux des maladies infectieuses et parasitaires. Cette transition est liée à une alimentation inappropriée (consommation accrue d'aliments industriels gras, salés ou sucrés), la sédentarité, l'obésité et une consommation excessive d'alcool. En 2002, l'HTA serait responsable de 7 millions de décès prématurés dans le monde et de 4 % des années de vie en bonne santé (AVCI) perdues. Cette estimation fait de l'HTA le deuxième facteur de risque sanitaire mondial après l'infection à VIH (6 % AVCI perdues).

### CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DE L'HTA

**L'HTA est le plus souvent asymptomatique**, découverte lors d'un examen systématique. Elle peut provoquer des céphalées en cas d'augmentation brutale (la « poussée hypertensive » justifie une prise en charge médicale rapide). Sa gravité tient à ses conséquences à long terme : insuffisance cardiaque avec hypertrophie ventriculaire (fréquente chez les Africains), accident vasculaire cérébral hémorragique, insuffisance rénale, plus rarement insuffisance coronarienne, accident vasculaire oculaire, artérite des membres inférieurs, dissection aortique.

**La définition de l'HTA** repose sur la mesure à l'aide du tensiomètre des pressions artérielles diastolique (PAD) et systolique (PAS) chez un patient au repos depuis 5 minutes :

- HTA essentielle de l'adulte, non compliquée, permanente :  $90 \leq \text{PAD} < 110 \text{ mmHg}$  et/ou  $140 \leq \text{PAS} < 180 \text{ mmHg}$  ;
- HTA sévère :  $\text{PAS} \geq 180 \text{ mmHg}$  ou  $\text{PAD} \geq 110 \text{ mmHg}$ .

**Le diagnostic est confirmé par la permanence de l'HTA** sur des mesures répétées, avec un tensiomètre au brassard adapté, avant d'instituer un traitement médicamenteux : chiffres élevés mesurés 2 fois lors de 3 consultations successives espacées sur une période de 3 à 6 mois.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'HTA

**L'objectif principal n'est pas tant de faire baisser la pression artérielle que de réduire le risque cardiovasculaire global (RCV).** La première démarche consiste à évaluer ce risque en recherchant d'autres facteurs de risque et/ou signes de gravité :

AUTRES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	ATTEINTE DES ORGANES CIBLES	TROUBLES CLINIQUES ASSOCIÉS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- âge &gt; 50 ans chez l'homme et &gt; 60 ans chez la femme</li> <li>- tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de trois ans)</li> <li>- dyslipidémie : HDL-cholestérol <math>\leq 0,40 \text{ g/l}</math> et LDL <math>\geq 1,60 \text{ g/l}</math></li> <li>- antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce</li> <li>- obésité abdominale</li> <li>- sédentarité</li> <li>- consommation excessive d'alcool</li> <li>- diabète traité ou non</li> <li>- précarité socio-économique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hypertrophie ventriculaire gauche</li> <li>- atteinte rénale : microalbuminurie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maladie coronarienne</li> <li>- antécédents d'accident vasculaire cérébral</li> <li>- artériopathie périphérique</li> <li>- insuffisance rénale</li> </ul>

**L'estimation de ce risque individuel détermine la stratégie de la prise en charge et le pronostic du patient hypertendu.** Le risque peut être quantifié (de faible à élevé) en tenant compte de la sévérité de l'HTA (de légère à modérée) et du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire ou d'une atteinte des organes cibles ou d'une maladie cardiovasculaire associée.

**Le bilan initial conduit à une recherche étiologique de l'HTA dans certains cas :**

- s'il s'agit d'une HTA sévère d'emblée, ou résistante à une trithérapie, ou encore d'HTA chez un sujet jeune (< 30 ans) ;
- devant des signes cliniques ou biologiques évocateurs : céphalées/sueurs/palpitations en faveur d'un phéochromocytome ; hypokaliémie ; souffle dorsal d'une coarctation de l'aorte, lombaire ou para-ombilical d'une sténose de l'artère rénale ; aspect en faveur d'un syndrome de Cushing.

## BILAN INITIAL

- Protection maladie indispensable (admission immédiate CMU-C ou instruction prioritaire AME).
- À jeun : glycémie, cholestérol total et HDL, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol.
- Kaliémie, créatininémie et clairance.
- ECG.
- Bandelette urinaire. (quantification de protéinurie/hématurie si +).
- Échographie cardiaque seulement en cas de signes fonctionnels (douleurs thoraciques, dyspnée d'effort), clinique (souffle) ou ECG de repos (troubles de la repolarisation ou BBG).

## SURVEILLANCE D'UNE HTA ESSENTIELLE, NON COMPLIQUÉE ET PERMANENTE

- Contrôle TA tous les 3 mois sauf si objectif non atteint ou nouveau symptôme.
- Kaliémie, créatininémie et clairance tous les ans.
- Glycémie à jeun, cholestérol total et HDL, triglycérides, ECG tous les 3 ans si bilan initial normal.

## LA MAPA (MESURE AMBULATOIRE DE PRESSION ARTÉRIELLE)

- Elle permet de faire le diagnostic de la réaction d'alarme (effet « blouse blanche »).
- Elle permet de vérifier le bon équilibre sous traitement et la répartition des prises.
- Dans le cas d'absence de rythme nycthéral, la MAPA apporte des informations d'ordre pronostic, et oriente vers une HTA secondaire.

## MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES FACE À L'HTA

### Le mode de vie et la qualité de l'observance sont essentiels :

- restriction sodée prudente (+++ chez le patient africain car plus grande sensibilité au sel) ;
- réduction pondérale en cas de surcharge (voir *Nutrition* page 246) ;
- réduction de la consommation d'alcool et/ou de tabac (l'arrêt complet est recommandé, voir *Conduites addictives* page 241) ;
- pratique régulière d'un exercice physique ;
- prévention et dépistage des autres facteurs de risque : diabète, dyslipidémies ;
- régime alimentaire riche en fruits et légumes et pauvres en graisses saturées.

### Ces objectifs doivent être adaptés selon l'environnement de chaque patient :

situation administrative, ressources, conditions d'hébergement et possibilités d'adaptation des repas. Il est essentiel de personnaliser les informations théoriques, et de s'assurer de bonnes conditions de communication (interprète professionnel si besoin). Si, dans certains cas, les mesures hygiéno-diététiques sont suffisantes pour normaliser la pression artérielle, la précarité des patients conduit à débiter plus rapidement un traitement médicamenteux. Les mesures hygiéno-diététiques doivent de toute façon accompagner le traitement médicamenteux ; elles sont d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique.

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'HTA

Il s'agit d'un traitement à vie à prendre quotidiennement. Le traitement doit toujours être assorti d'une information du patient sur les nécessités et les conditions du suivi thérapeutique. Cette information est essentielle pour recueillir l'adhésion d'un patient asymptomatique à une thérapeutique très prolongée.

**Parmi les différentes classes de médicaments antihypertenseurs disponibles**, les produits de référence sont les diurétiques et les  $\beta$ -bloquants :

- les diurétiques constituent le traitement de première intention notamment chez les patients originaires d'Afrique sub-saharienne dans l'attente de l'évaluation des facteurs de risque et de l'atteinte des organes cibles. Ils sont répartis en trois classes : les thiazidiques (hydrochlorothiazide 1/2 à 1 cp 25 mg/j avec contrôle Na+, K+) sont les plus utilisés ; les diurétiques de l'anse (furosé-

mide) sont les seuls actifs en cas d'insuffisance rénale ; les diurétiques distaux (spironolactone) sont anti-kaliurétiques, à l'opposé des précédents et sont en général combinés aux thiazidiques et contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale ;

- pour les autres patients, outre les diurétiques, les  $\beta$ -bloquants restent les traitements les mieux validés, surtout en cas d'angor, après un infarctus, en cas de grossesse ou de tachyarythmie : aténolol 1 cp 100 mg/j, contre-indiqués en cas d'asthme ;
- les antagonistes calciques sont efficaces mais de coût plus élevé ;
- les inhibiteurs de l'axe rénine-angiotensine (IEC inhibiteurs de l'enzyme de conversion et ARA II inhibiteurs de l'angiotensine II), d'un coût également élevé, peuvent être proposés en 2<sup>e</sup> intention ;
- pour une majorité de patients, il sera toutefois nécessaire de recourir à une association de 2 principes actifs : le traitement de deuxième intention est une bithérapie qui combine généralement une petite dose de diurétique thiazidique à un  $\beta$ -bloquant, à un inhibiteur de l'enzyme de conversion, à un inhibiteur calcique ou un  $\beta$ -bloquant et un inhibiteur calcique.

## DÉCISION THÉRAPEUTIQUE SELON LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE

	PA 140-159/90-99 mmHg	PA 160-179/100-109 mmHg	PA $\geq$ 180/110 mmHg
0 FDR CV	<b>Risque faible</b> : traitement hygiéno-diététique 6 mois puis médicamenteux	<b>Risque moyen</b> : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	<b>Risque élevé</b> : traitement médicamenteux d'emblée
1 à 2 FDR CV	<b>Risque moyen</b> : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	<b>Risque moyen</b> : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	<b>Risque élevé</b> : traitement médicamenteux d'emblée
> 3 FDR et/ou AOC et/ou diabète. Maladie cardio-cérébro-vasculaire ou rénale associée	<b>Risque élevé</b> : traitement médicamenteux d'emblée	<b>Risque élevé</b> : traitement médicamenteux d'emblée	<b>Risque élevé</b> : traitement médicamenteux d'emblée

FDR Facteur de risque, CV Cardiovasculaire, AOC Atteinte des organes cibles

## COMPLICATIONS DE L'HTA ET AUTRES MALADIES ARTÉRIELLES

**L'athérosclérose est un processus évolutif continu marqué par l'épaississement des parois des vaisseaux sanguins** (constitution de plaques athéromateuses) et qui conduit à l'obstruction et à la fragilisation progressive de ces vaisseaux. Ce processus est accéléré par un certain nombre de facteurs de risque (voir *supra*). L'athérosclérose provoque des pathologies touchant certains organes cibles, notamment le cœur (artères coronaires), le cerveau et les membres inférieurs.

**La présence de facteurs de risque ou d'atteinte des organes cibles conditionne l'utilisation préférentielle de certaines molécules, en tenant compte des contre-indications :**

- *chez un patient diabétique, commencer le traitement en monothérapie par certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril ou enalapril) ;*
- *en cas de complications de l'HTA, préférer les inhibiteurs de l'enzyme de conversion en cas d'insuffisance cardiaque, les diurétiques suite à un accident vasculaire cérébral et les  $\beta$ -bloquants après un infarctus du myocarde ;*
- *chez le sujet âgé, les diurétiques sont supérieurs aux  $\beta$ -bloquants en termes d'efficacité préventive et d'effets indésirables ; les anticalciques sont également préconisés.*

**Insuffisance coronarienne, angor et infarctus du myocarde (IDM).** Les artères coronaires, qui constituent un réseau vasculaire irriguant les parois musculaires (myocarde) du cœur assurent à celui-ci l'oxygénation indispensable à son bon fonctionnement. Lorsque, en raison de la réduction du calibre des artères coronaires, l'apport sanguin ne répond plus aux besoins du cœur (insuffisance coronarienne), il apparaît une souffrance du myocarde :

- si cette souffrance est transitoire, on parle d'angor ou d'« angine de poitrine ». Il s'agit d'une douleur thoracique antérieure constrictive et très anxiogène pouvant irradier vers les mâchoires et le bras gauche, apparaissant surtout à l'effort et cédant au repos ;
- si l'artère coronaire est occluse et entraîne une nécrose (mort cellulaire) du muscle cardiaque, on parle alors d'infarctus du myocarde (IDM). Cette nécrose peut provoquer une altération de la fonction cardiaque et/ou des troubles du rythme dont les conséquences peuvent être fatales.

**Le diagnostic d'insuffisance coronarienne repose sur les résultats de l'électrocardiogramme (ECG)** et/ou de l'ECG d'effort et/ou de la coronarographie et/ou de la scintigraphie myocardique de perfusion. En urgence, le traitement de l'angor consiste en l'arrêt de l'effort et la prise sublinguale de trinitrine ou de dérivés nitrés d'action rapide. Celui de l'IDM relève d'une prise en charge cardiologique urgente et hospitalière afin de tenter une reperfusion du muscle cardiaque dans les plus brefs délais (thrombolyse médicamenteuse ou angioplastie percutanée). Le traitement préventif secondaire de l'insuffisance coronarienne consiste en la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire, la prise de médicaments fluidifiant le sang (aspirine) et de vasodilatateurs ( $\beta$ -bloquants, dérivés nitrés et/ou anticalciques). Dans certains cas, une revascularisation chirurgicale (pontage) ou percutanée (angioplastie avec pose d'un stent) est proposée. La surveillance repose sur un examen clinique trimestrielle et une surveillance annuelle du risque cardiovasculaire global.

**Accident vasculaire cérébral (AVC).** De symptomatologie polymorphe selon le territoire atteint (paralysie d'un membre, troubles de la parole, crise comitiale, coma...), l'AVC peut être ischémique, causé par l'occlusion d'une artère cérébrale athéromateuse ou par migration d'un caillot, ou hémorragique par rupture d'une artère (anévrisme, HTA). Le handicap moteur et les conséquences sociales peuvent être très graves. Le diagnostic repose sur les résultats du scanner cérébral en urgence. Le traitement de l'AVC relève d'une prise en charge spécialisée hospitalière avec nursing, surveillance des fonctions vitales et thrombolyse en cas d'accident ischémique. Par la suite, une rééducation fonctionnelle est entre-

prise en centre spécialisé ou à domicile selon la gravité de l'atteinte neurologique. Le traitement préventif secondaire consiste, comme pour l'insuffisance coronarienne, en la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire.

**Artériopathie des membres inférieurs.** Cette atteinte des artères des membres inférieurs se manifeste par une claudication intermittente (douleurs à la marche), dont la gravité se mesure avec le « périmètre de marche », distance parcourue avant l'apparition de cette douleur. Le diagnostic est confirmé par l'échographie artérielle et/ou l'artériographie des membres inférieurs. Dans ce cas, le traitement repose également sur la réduction ou la suppression des facteurs de risque cardiovasculaire et l'instauration d'un traitement fluidifiant (aspirine). Des mesures chirurgicales de revascularisation peuvent parfois être proposées.

## VALVULOPATHIES

**Les 4 valves cardiaques (aortique, mitrale, tricuspide et pulmonaire)** qui séparent les ventricules des oreillettes d'une part et les ventricules des artères pulmonaires et de l'aorte d'autre part, peuvent présenter des altérations fonctionnelles. Ces dysfonctions, par insuffisance et/ou par rétrécissement, peuvent retentir sur la fonction cardiaque. Une atteinte valvulaire se traduit cliniquement par un souffle cardiaque et le diagnostic est confirmé par l'échographie cardiaque. En cas de retentissement important de la valvulopathie sur la fonction cardiaque, un remplacement chirurgical de la valve peut être proposé au prix de l'instauration au long cours d'un traitement anticoagulant. La surveillance repose sur une surveillance clinique trimestrielle, une échographie cardiaque annuelle et une surveillance biologique de la coagulation.

**La fréquence des valvulopathies chez les exilés est en diminution en raison de la diffusion des traitements antibiotiques préventifs dans les pays en développement.** En effet, le risque de complication infectieuse (endocardite d'Osler) en cas de bactériémie et/ou de septicémie justifie de couvrir tous les soins dentaires par une antibiothérapie préventive adaptée, et de traiter les infections bactériennes de la sphère ORL par antibiotiques.

## MALADIES VEINEUSES THROMBOEMBOLIQUES

**Les réseaux veineux profonds et superficiels qui assurent le retour sanguin vers le cœur ont tendance à se dilater chez certains patients,** sous l'influence de facteurs environnementaux, hormonaux et médicamenteux. Cette insuffisance veineuse se

traduit par des douleurs à la marche, des paresthésies et, cliniquement, par la présence de varicosités et de varices. Sur le réseau veineux profond, la dilatation entraîne une stase sanguine qui peut favoriser la formation d'un caillot (thrombose), et la constitution d'une phlébite. La phlébite est une urgence médicale qui nécessite l'administration d'un traitement anticoagulant et le dépistage systématique de l'embolie pulmonaire. Le traitement préventif repose sur le port de bas de contention et de la pratique d'un exercice physique régulier.

### RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR PAGE 382)

**Un étranger « sans-papiers » atteint d'une maladie cardiovasculaire, relevant d'un traitement médicamenteux et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplit les critères médicaux de « régularisation »,** notamment en cas d'HTA sévère et/ou de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaire associés. L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long termes.

**Dans l'observation du Comede (voir Rapports annuels sur [www.comede.org](http://www.comede.org)), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades diminuent depuis 2003,** les refus étant principalement fondés sur la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine. Parmi 167 réponses documentées entre 2000 et 2006, le taux d'accord est de 78 % en première demande, de 73 % en renouvellement, et de 58 % en recours contentieux, avec de grandes variations selon les départements. Les rapports médicaux destinés au Médecin inspecteur de santé publique (MISP) et, en cas de recours contentieux, les certificats destinés au tribunal administratif doivent argumenter sur le pronostic, l'existence de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que sur les indicateurs relatifs au système de santé du pays d'origine ; ainsi que sur le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine, apprécié notamment par les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine (voir *Repères géopolitiques et accès aux soins* page 31), en particulier le pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels.