

Dr MALTI Z. Dr ALLAL D. D BESSAYAH Dr TABTI E. Pr LOUNICI A.

L'apport de la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle dans le diagnostic de l'hypertension artérielle méconnue

Introduction :

L'hypertension artérielle (HTA) entraîne près de 9,4 millions de décès par an dans le monde et sa prévalence devrait augmenter de 10 % entre 2000 et 2025 avec une estimation de 560 millions de patients hypertendus en plus[1].

Actuellement, la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA), est devenue un outil indispensable de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Elle permet notamment de diagnostiquer l'hypertension artérielle de la blouse blanche, l'hypertension masquée, de mesurer la pression artérielle (PA) aussi bien de jour que de nuit et ainsi de mettre en évidence une perte du rythme circadien.

La mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) est la méthode de référence dans le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) méconnue.

• Matériels et méthode

- Il s'agit d'une étude prospective transversale monocentrique incluant des patients adultes non connus hypertendus consultant au service de médecine interne sur une période d'un an. La MAPA a été réalisée sur 24 heures par appareil validé marque GE TONOPR Une pression artérielle moyenne des 24 heures est définie par une PAS > 130 mmHg et PAD > 80 mmHg. Les pressions artérielles pendant l'éveil (minimum 14) avec une moyenne de 135/85 et le sommeil (minimum 7) dont la moyenne est de 120/80 ont été enregistrées. Le fléchissement tensionnel est défini par une baisse d'au moins 10 % de la PAS moyenne enregistrée pendant l'éveil par rapport à la PAS moyenne enregistrée pendant le sommeil. La charge tensionnelle anormale est définie pour une PA > 135/85 mm Hg au-delà de 30%. La pression pulsée est définie la différence de la PAS moyenne et de la PAD moyenne sur 24 h (normale 55-60 mm). La variabilité est définie par un écart type > 15 mmHg.

Résultats :

Nous avons colligé 127 patients, dont 84 femmes. L'âge moyen était de 48 ans. Nous avons détecté 58 HTA méconnue, dont 38 femmes, d'âge moyen 49 ans. Les comorbidités étaient : diabète (n=16), dyslipidémie (n=15), obésité (n=10) et complications cardiovasculaires (n=3). La PA moyenne des 24 h était élevée dans 81 %, la PA diurne était élevée dans 86 % et la PA nocturne était élevée dans 75 %. Le profil non dipper était à 50 %. La charge tensionnelle était élevée dans 73 %, la pression pulsée anormale dans 39 %, une poussée matinale retrouvée dans 32 %, une variabilité tensionnelle significative dans 41 %.

Conclusion :

La MAPA reste très utile et doit occuper une place privilégiée dans l'évaluation du profil tensionnel. La MAPA a permis de dépister un nombre considérable d'HTA méconnue parmi les patients ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire. On n'est pas retenu à prescrire la MAPA chez nos malades, vu que la majorité est mutualiste. Notre service étant en progression continue, offrant ainsi l'appareil de la MAPA à l'ensemble de la population qui est devenu un atout majeur dans la prise en charge des hypertendus.

Références

[1] A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-20.

[2] S. Kaplan NM. Misdiagnosis of systemic hypertension and recommendations for improvement. Am J Cardiol 1987; 60: 1383-6

[3] Delsart P, Marboeuf P, Delhay C, Lemesle G, Mourier-Vehier C. Should we screen for masked hypertension in patient with vascular disease? Vasc Health Risk Manag 2010;6:333-8

[4] Fagard RH, Cornelissen VA. Incidence of cardiovascular events in white-coat, masked and sustained hypertension versus true normotension: a meta-analysis. J Hypertens 2007;25:2193-8.

Discussion:

La mesure conventionnelle de la TA est une mesure ponctuelle sur un sujet au repos et peut ne pas refléter le statut tensionnel réel de l'individu le long de la journée, pendant le sommeil et au cours de l'activité physique. Elle peut, ainsi, conduire dans un nombre non négligeable de cas à porter le diagnostic d'hypertension artérielle par défaut ou par excès [2]. En réponse à ces limites, la MAPA a prouvé sa supériorité par rapport à la simple mesure clinique. Parmi les 127 patients consultant et présélectionnés, seuls 58 (soit 46 %) présentaient une pression artérielle élevée, proportion faible attendue étant donné la part importante de patients présentant une HTA. Le sexe féminin prédomine dans notre série et cela peut être en rapport avec la sédentarité de la population, ou la fréquence de consultation des femmes par rapport aux hommes. On a noté une prévalence de l'âge moyen jeune. Les facteurs de risques cardiovasculaires de notre population étaient majorés par le diabète, ce qui alerte sur l'intensification de prise en charge simultanée de l'HTA chez cette population ainsi que le dépistage systématique de cette association. En 2007, Ben-Dov et al. notaient également une prévalence élevée d'HTA dans leur population de patients diabétiques traités [3]. Dans notre étude, 26 % avait une dyslipidémie, 17 % avait une obésité. Dans notre étude, 5 % ont développé des complications cardiovasculaires. En pratique, il est important de dépister l'HTA car elle est clairement associée à un sur-risque d'événements cardiovasculaires [4]. Dans notre étude on a noté une HTA moyenne très élevée dans 81 % diurne et nocturne, le profil non dipper élevé chez la moitié de la population d'étude. Dans notre étude la charge tensionnelle était la plus importante par rapport aux poussées matinale, variabilité tensionnelle et pression pulsée. Bien que la MAPA ne soit pas le meilleur outil pour explorer la variabilité instantanée en raison de la faible fréquence des mesures, l'aspect particulièrement anarchique de la courbe de PA peut apporter un certain nombre d'enseignements. Il est possible de mesurer cette variabilité tensionnelle en prenant comme indicateur l'écart-type de la PA. Ce caractère irrégulier de la PA traduit l'existence d'à-coups tensionnels susceptibles de retentir sur le cœur, le rein ou la rétine. Cette variabilité exacerbée de la PA contraste avec le caractère immuable de la fréquence cardiaque, traduisant une altération du baroréflexe qui résulte de la neuropathie végétative cardiaque et vasculaire du diabète.