



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

Objectifs tensionnels par Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle chez les hypertendus

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.

L'évaluation de la pression artérielle (PA) par la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) est la méthode de référence chez les hypertendus connus.

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 >130mmHg et PAD >80mmHg. 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 >15mmHg.

Résultats :

Nous avons colligé 52 patients hypertendus, dont 30 femmes. L'âge moyen était de 52ans, avec une durée moyenne d'évolution de l'HTA de 37ans. Les comorbidités étaient : diabète (n=20), dyslipidémie (n=18), obèse (n=19) et complications macrovasculaires (n=4). Le traitement de l'HTA était : ARA II (29%), IEC (8%), Diurétiques (23%), inhibiteur calcique (12%), bêta bloquant (10%), Aldactone (8%) et autres (6%). L'objectif tensionnel était atteint selon les paramètres de la MAPA suivants : la PA moyenne des 24 heures dans 24%, la PA diurne dans 23% et la PA nocturne dans 24%. La charge tensionnelle était normale dans 25%, la pression pulsée était normale dans 51%, la poussée matinale était normale dans 80%, et une variabilité normale dans 63%. Le Profil non dipper retrouvé dans 57%.

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 52 patients consultant pour HTA et présélectionnés dominant par le sexe féminin 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 prédominance 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'HTAm dans leur population de patients diabétiques traités [3]. Dans notre étude, 18 patients avaient une dyslipidémie et 19 obèses. Dans notre étude, des complications macrovasculaires retrouvées chez 4 patients et ceci conforme avec une étude faite par une association européenne de l'HTA en 2010 qui avait souligné la prévalence élevée de l'HTAm, de l'ordre de 30%, dans une population porteuse d'une atteinte athéromateuse, quelle que soit sa localisation [4]. Dans notre étude on a renforcé l'intérêt des bloqueurs du système rénine-angiotensine dans la prise en charge de l'HTA avec un équilibre obtenu dans 37%, le reste du traitement est utilisé à des proportions variables. Le profil non dipper élevé dans 57%. Dans notre étude la charge tensionnelle était moins équilibrée par rapport aux poussées matinales, 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.

Conclusion :

La MAPA reste très utile et doit occuper une place privilégiée dans l'évaluation du profil tensionnel. La MAPA a permis d'évaluer l'efficacité du traitement chez les hypertendus connus afin d'améliorer leurs objectifs tensionnels ou un éventuel réajustement thérapeutique, on n'est pas retissant 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.

[1] 14. van den Broek P, Kalkbrenner A, Kalkbrenner B, et al. (2002) The burden of hypertension in the world. *Hypertension* 40: 1111-1117.

[2] 5. Mancia G, De Zeeuw D, Schmieder RE, et al. (2003) Local treatment of hypertension with the angiotensin II receptor antagonist losartan. *Hypertension* 41: 1111-1117.

[3] 3. Ben-Dov D, Ben-Dov D, Ben-Dov D, et al. (2007) The prevalence of hypertension in a population of patients with type 2 diabetes mellitus. *Hypertension* 49: 1111-1117.

[4] 4. Chagnac A, Katzir R, Glickman M, et al. (2007) The prevalence of hypertension in a population of patients with type 2 diabetes mellitus. *Hypertension* 49: 1111-1117.