

HTA, les situations cliniques du cardiologue en formation



AVRIL 2026

Ce FOCUS est réalisé par Cardio-online avec le soutien institutionnel de

SOMMAIRE

- D'une bonne mesure de la pression artérielle au diagnostic d'hypertension artérielle essentielle, quels outils et quelles étapes ? P.4
- Du diagnostic d'hypertension artérielle à l'instauration d'une première prise en charge thérapeutique, comment faire simple et bien ? P.6
- Comment évaluer et adapter le traitement d'une hypertension artérielle essentielle après l'instauration initiale d'une bithérapie fixe à demi-dose ? P.8
- Quel bilan annuel pour une hypertension artérielle essentielle à priori contrôlée ? P.10

Une série de quatre épisodes, réalisée en partenariat avec le



“ L'ÉDITORIAL

L'hypertension artérielle reste l'un des défis majeurs de la cardiologie moderne. Pathologie fréquente, silencieuse, longtemps asymptomatique, elle constitue pourtant le premier facteur de risque cardiovasculaire modifiable en France et dans le monde. Sa prise en charge, en apparence simple, se révèle en pratique jalonnée de décisions successives : confirmer le diagnostic, évaluer le risque, initier un traitement, adapter la stratégie, organiser le suivi.

C'est dans cette perspective qu'a été conçue la série « HTA, les situations cliniques du cardiologue en formation ». L'objectif n'est pas seulement de rappeler les recommandations, mais de les inscrire dans des situations pratiques, telles qu'elles se présentent dans la vraie vie : une pression artérielle mesurée au cabinet, un patient asymptomatique, une bithérapie à ajuster, une observance incertaine, un contrôle annuel à organiser. Autrement dit : replacer l'HTA dans la dynamique clinique quotidienne du cardiologue, entre savoir théorique et décision pragmatique.

L'une des forces de cette série réside dans la confrontation des points de vue entre experts et cardiologues en formation. Chaque situation clinique s'appuie sur un dialogue entre l'expérience clinique et la réalité de l'apprentissage. Cette approche permet de rendre visibles les interrogations concrètes rencontrées en pratique : quelle stratégie initiale choisir ? Quand intensifier le traitement ? Comment évaluer l'observance ? Faut-il rechercher systématiquement une cause secondaire ?

Ce format met aussi en lumière un aspect fondamental de la formation en cardiologie, cher au CCF : l'apprentissage par compagnonnage. Le cardiologue en formation ne doit pas se contenter d'acquérir des connaissances théoriques, mais il doit aussi apprendre à raisonner, à prioriser et à décider en pratique.

Cette démarche s'inscrit également dans l'évolution des outils pédagogiques. La série existe en version vidéo et podcast, témoignant de la diversification des formats d'apprentissage. La version magazine en propose une synthèse structurée, accessible et directement utilisable en pratique. Elle constitue ainsi un support complémentaire, permettant au cardiologue de revisiter les étapes clés de la prise en charge de l'HTA.

Cette série a été pensée comme un parcours progressif, guidant le cardiologue en formation à travers les étapes clés de la prise en charge de l'HTA essentielle. Chaque situation clinique correspond à un moment décisionnel : diagnostiquer, traiter, adapter, suivre. Ensemble, elles dessinent une trajectoire cohérente, reflétant la réalité de la pratique quotidienne.

Bonne lecture !

Dr Antonin Trimaillé
Past-président du Collège des
Cardiologues en Formation



ÉPISODE 1

D'une bonne mesure de la pression artérielle au diagnostic d'HTA essentielle, quels outils et quelles étapes ?



La référence pour affirmer le diagnostic d'hypertension artérielle est une mesure répétée en dehors du cabinet médical

L'hypertension artérielle essentielle est une pathologie qui touche 30 % de la population adulte dont le diagnostic ne doit plus aujourd'hui reposer exclusivement sur la mesure de pression artérielle réalisée au cabinet médical.

Le cabinet médical peut en effet être décrit comme le « pire endroit » pour réaliser cette mesure en raison de l'impossibilité d'y obtenir un repos physique et psychique strict d'au moins 5 minutes et de la fréquence de l'effet « blouse blanche ». Pour être valide, la mesure de la pression artérielle doit avoir lieu chez un patient au repos, silencieux, sans interaction avec des écrans et sans tabac ou café dans les 30 minutes précédentes.

Sauf en cas d'urgence hypertensive sévère, la confirmation diagnostique nécessite impérativement

D'après un programme réalisé entre le Pr Jean-Jacques Mourad, cardiologue à l'hôpital Franco-Britannique à Levallois-Perret et le Dr Antonin Trimaille, cardiologue à Strasbourg et past-president du CCF.

des mesures hors du cabinet médical, basées essentiellement sur l'utilisation de l'automesure tensionnelle réalisée dans de bonnes conditions (bien assis sur sa chaise) suivant la règle dite « des 3 » avec 3 mesures le matin avant toute prise médicamenteuse, 3 mesures le soir et ceci pendant 3 jours consécutifs. Il est important de demander au patient de prendre ses mesures au repos strict.

BIEN PRATIQUER L'AUTOMESURE TENSIONNELLE

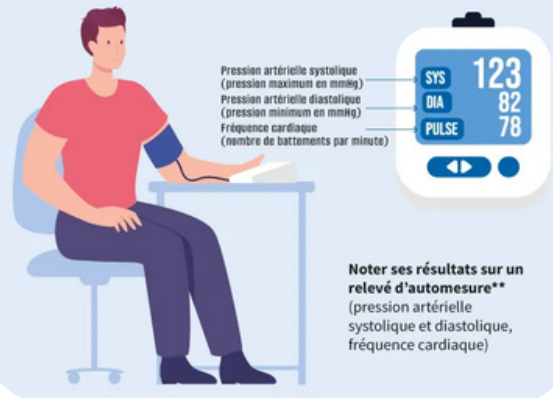
Se reposer **5 minutes environ** avant de commencer

Installer l'appareil **sur une table**. Utiliser un **appareil validé***, de préférence utilisé au niveau du bras

Avoir le **dos appuyé** et les **pieds à plat** sur le sol

Ne pas parler, ni bouger pendant les mesures

Choisir toujours le **même bras** pour effectuer les mesures



Noter ses résultats sur un **relevé d'automesure**** (pression artérielle systolique et diastolique, fréquence cardiaque)

La mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA), qui nécessite un équipement cardiologique, n'est indiquée qu'en deuxième intention. Elle a l'avantage de fournir un plus grand nombre de mesures, en particulier nocturnes, donnant des informations complémentaires importantes.

Il est important de se rappeler que les appareils d'automesure ou de MAPA sont mis en défaut en cas d'arythmie. Ainsi, en cas de FA, seule la mesure au sphygmomanomètre manuel est possible.

Chez un patient obèse, il faudra recourir à un brassard adapté qui peut être fourni en option avec certains appareils grand public. Chez les grands obèses avec bras coniques, la mesure au poignet peut être une alternative.

Le bilan initial de l'hypertendu doit rester simple

Devant une hypertension artérielle confirmée par l'automesure, le bilan initial doit rester pragmatique et éviter la surprescription d'examen complémentaires.

Il s'agira d'un bilan clinique complet incluant l'auscultation cardiaque et la palpation des pouls.

Le bilan biologique minimal doit comporter :

- une mesure de la glycémie,
- un bilan lipidique,
- une créatininémie (DFG),
- une kaliémie,
- une numération sanguine,
- une recherche de protéinurie sur spot urinaire,
- Un ECG de repos.

À noter que l'ECG de repos est suffisant, l'échographie cardiaque ou le score calcique ne sont pas indiqués en première intention en l'absence de signes d'appel (souffle, anomalies ECG). ■

Quiz


À VOUS DE JOUER !

1. Concernant la mesure de la pression artérielle pour le diagnostic d'HTA essentielle, quelle proposition est exacte ?

- A. La mesure au cabinet médical reste le « gold standard » en 2025
- B. L'automesure tensionnelle doit être réalisée selon la règle des 3 (3 mesures le matin, 3 le midi, 3 le soir pendant 3 jours)
- C. La MAPA (Mesure Ambulatoire de la PA) est indiquée en 1^{ère} intention chez tous les patients
- D. En cas d'arythmie complète (FA), les appareils automatiques sont souvent pris en défaut et la mesure manuelle est requise
- E. L'échographie cardiaque est indispensable avant de confirmer le diagnostic d'HTA essentielle

2. Le bilan initial minimal d'un patient hypertendu nouvellement diagnostiqué doit comprendre :

- A. Un scanner des artères rénales
- B. Une échographie cardiaque et un fond d'œil
- C. Un ionogramme, une créatininémie, une glycémie, un bilan lipidique, une recherche de protéinurie et un ECG
- D. Un score calcique
- E. Une MAPA et un dosage de la rénine plasmatique

 [Voir l'entretien sur Cardio-online.](#)

ÉPISODE 2

Du diagnostic d'HTA à l'instauration d'une première prise en charge thérapeutique, comment faire simple et bien ?



Annoncer et expliquer pourquoi traiter une maladie silencieuse

L'hypertension artérielle est une maladie asymptomatique. L'une des premières étapes clés va être d'expliquer au patient pourquoi il va être nécessaire de prendre un traitement quotidien toute sa vie, afin de prévenir les complications liées à ce « tueur silencieux ».

On peut expliquer au patient que le contrôle de sa pression artérielle permet la prévention des complications cardiovasculaires classiques (accidents vasculaires cérébraux, infarctus, insuffisance rénale, fibrillation auriculaire), mais aussi la prévention de la démence vasculaire et de la maladie d'Alzheimer : cela peut être un levier pour l'adhésion à la prise en charge.

Cette première consultation d'initiation de traitement est aussi l'occasion d'informer le patient sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques qui sont un prérequis indispensable avec :

- une activité physique régulière,
- une perte de poids,
- un arrêt du tabac,
- une réduction des apports sodés (attention aux sels cachés dans les

eaux et boissons pétillantes) et en augmentant les apports potassiques (fruits et légumes) qui ont un effet protecteur vasculaire.

Le premier traitement doit être simple et efficace, avec d'emblée une combinaison fixe de 2 classes thérapeutiques à demi-dose

Pour atteindre efficacement les objectifs d'un contrôle durable de la pression artérielle, la stratégie « Start Low, Go Slow » en monothérapie a été abandonnée au profit d'une action plus rapide et combinée.

Le traitement initial repose aujourd'hui sur la prescription d'emblée d'une bithérapie fixe à demi-dose. Cette bithérapie associe deux des trois classes thérapeutiques ayant fait les preuves de leurs bénéfices cardiovasculaires.

La composition de la bithérapie

Un bloqueur du système rénine angiotensine (un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2) associé à un inhibiteur calcique à tropisme vasculaire (toutes les molécules se terminant en « dipine », par exemple, amlodipine, félodipine, isradipine...) ou à un diurétique thiazidique ou apparenté.

Le suivi post-initiation, automesure et contrôle à 1 mois

L'objectif est d'atteindre la cible tensionnelle rapidement pour éviter le découragement du patient. La consultation de contrôle à la suite de la mise en route du traitement initial a idéalement lieu à 1 mois.

Le patient devra acquérir un appareil d'automesure validé dès l'initiation pour fournir des données lors de la consultation de contrôle en ayant appliqué la règle des 3 avec trois mesures réalisées le matin avant le petit-déjeuner et toute prise médicamenteuse ; trois mesures réalisées le soir avant le coucher en espaçant les prises de quelques minutes. Tout ceci pendant 3 jours consécutifs précédents la consultation. ■

LA RÈGLE DES 3 X 3



Quiz

À VOUS DE JOUER !

3. Quelle est la stratégie médicamenteuse recommandée en première intention pour une HTA essentielle commune en 2025 ?

- A. Monothérapie séquentielle (on augmente la dose jusqu'au maximum avant de changer)
- B. Bithérapie d'emblée à demi-dose en un seul comprimé (association fixe)
- C. Bithérapie d'emblée à pleine dose en deux comprimés distincts (matin et soir)
- D. Bêta-bloquant en monothérapie
- E. Mesures hygiéno-diététiques seules pendant 6 mois quelle que soit la tension

4. Parmi les arguments éducatifs suivants, lequel est particulièrement mis en avant pour motiver l'adhésion du patient asymptomatique à son traitement ?

- A. La prévention des crises de goutte
- B. La prévention de la démence vasculaire et de la maladie d'Alzheimer
- C. L'amélioration immédiate des performances sportives
- D. La disparition des céphalées (même si le patient n'en a pas)
- E. La perte de poids induite par les traitements

✦ Voir l'entretien sur [Cardio-online](#).

ÉPISODE 3

Comment évaluer et adapter le traitement d'une HTA essentielle après l'instauration initiale d'une bithérapie fixe à demi-dose ?



D'après un entretien entre le Dr Benoît Lequeux, cardiologue au CHU de Poitiers et le Dr Soundous M'Rabet, interne en cardiologie au CHU de Dijon et membre du CCF.

Une réévaluation à 1 mois après l'instauration du traitement initial

Le patient revient avec ses relevés d'automesure réalisés suivant la règle des 3. La cible tensionnelle à domicile est une moyenne qui doit être inférieure à 135/85 mmHg, en consultation. La cible systolique standard est comprise entre 120 et 129 mmHg.

Rechercher systématiquement l'hypotension orthostatique

La recherche d'une hypotension orthostatique doit être réalisée à chaque consultation, surtout chez le sujet âgé ou diabétique. Le protocole repose sur une mesure après 5 minutes de repos couché, puis debout à 1 minute et à 3 minutes.

La recherche est positive en cas de chute de la PAS de plus 20 mmHg ou de la PAD de plus de 10 mmHg. La présence d'une hypotension orthostatique peut amener à revoir les cibles tensionnelles à la hausse pour privilégier la tolérance. La tolérance biologique est aussi vérifiée à l'occasion de cette consultation, en vérifiant la fonction rénale et l'ionogramme sanguin.

Évaluer l'observance thérapeutique

À chaque consultation de suivi d'un hypertendu, il est essentiel d'évaluer l'observance du patient (on estime que seulement 40 % des patients sont observants dans l'HTA).

L'estimation de l'observance passe par l'interrogation de son patient en s'aidant du questionnaire développé par le Pr Xavier Girerd, qui propose des questions simples : « Au cours de la dernière semaine, avez-vous oublié un jour ou plus, la prise de l'un de vos médicaments ? », « Cela vous arrive-t-il de l'oublier en raison de problèmes de mémoire ? », « Vous est-il arrivé de ne pas prendre vos traitements certains jours parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? », « Pensez que vous avez trop de comprimés à prendre ? ».

Un algorithme simple d'escalade thérapeutique

Si la cible tensionnelle (120-129 mmHg systolique) n'est pas atteinte sous bithérapie fixe à demi-dose, il est aujourd'hui recommandé de passer rapidement à une trithérapie à faible dose également.

La composition de la trithérapie

Un bloqueur du système rénine-angiotensine (un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2), un inhibiteur calcique à tropisme vasculaire et un diurétique thiazidique ou apparenté. Il s'agira donc d'ajouter au traitement initial la 3^{ème} classe thérapeutique que le patient ne recevait pas encore (un inhibiteur calcique s'il recevait un diurétique et un inhibiteur du SRAA, un diurétique thiazidique s'il recevait un antagoniste calcique et un inhibiteur du SRAA).

Elle permet une atteinte de la cible thérapeutique beaucoup plus rapide, sans nécessité de monter les doses de la bithérapie initiée chez le patient.

Si cette trithérapie à demi-dose ne permet pas d'atteindre la cible tensionnelle, on passera à une trithérapie à dose maximale tolérée, en réévaluant toujours le patient à chaque étape, cliniquement et biologiquement. Chez un patient observant, on estime qu'une trithérapie permet d'arriver à contrôler 95 % des hypertendus.

Les bêta-bloquants ne sont indiqués qu'en cas de comorbidités spécifiques

Ils peuvent être utilisés quand il y a une autre indication spécifique à cette classe thérapeutique, une FA ou une insuffisance cardiaque par exemple. Ils ne sont pas indiqués pour le traitement de l'HTA en dehors des comorbidités justifiant leur prescription.

Une stratégie étape par étape, au-delà de la trithérapie

Un patient dont la pression artérielle évaluée par automesure (suivant la règle des 3) n'est pas normalisée par une trithérapie à dose maximale tolérée doit être adressé à un centre d'expertise de l'hypertension artérielle. Cela va permettre de rechercher une éventuelle cause

secondaire d'hypertension artérielle, d'évaluer plus précisément son observance et de discuter des options thérapeutiques supplémentaires telles que l'ajout d'un traitement par spironolactone puis l'indication éventuelle d'une intervention de dénervation rénale. ■

Quiz

À VOUS DE JOUER !

5. Un patient est sous bithérapie fixe (demi-dose) depuis 1 mois, sa PA au cabinet est de 138/88 mmHg et l'automesure confirme une moyenne à 136/86 mmHg. Quelle est la conduite recommandée ?

- A. Attendre 3 mois de plus pour voir l'effet retard
- B. Augmenter la bithérapie à pleine dose
- C. Passer à une trithérapie demi-dose (bloqueur SRAA + inhibiteur calcique + thiazidique)
- D. Ajouter un bêta-bloquant
- E. Prescrire une dénervation rénale

6. Comment définit-on une hypotension orthostatique significative ?

- A. Une chute de la PAS > 10 mmHg immédiatement au lever
- B. Une chute de la PAS > 20 mmHg ou de la PAD > 10 mmHg à 1 ou 3 minutes après le lever
- C. Un malaise ressenti par le patient au lever, sans critère tensionnel
- D. Une baisse de la fréquence cardiaque au lever
- E. Une PA debout inférieure à 100 mmHg systématiquement.

🔗 [Voir l'entretien sur Cardio-online.](#)

ÉPISODE 4

Quel bilan annuel pour une hypertension artérielle essentielle à priori contrôlée ?



Un bilan annuel pour s'assurer du contrôle de la PA et des autres facteurs de risque cardiovasculaire

Un patient hypertendu contrôlé doit être vu annuellement par son médecin traitant, le niveau tensionnel du patient étant évalué par ses chiffres d'automesure. On lui aura demandé de réaliser, dans de bonnes conditions, c'est-à-dire bien assis sur sa chaise et au repos, ses trois mesures le matin avant de prendre ses traitements, trois mesures avant le coucher, à distance du repas du soir et ceci trois jours de suite avant la consultation.

Durant cette consultation, on évaluera la tolérance du traitement ainsi que l'adhésion et l'observance du patient en s'aidant du questionnaire du Pr Xavier Girerd. La consultation s'accompagne d'un bilan biologique annuel, qui comporte une glycémie à jeun, un bilan lipidique, la fonction rénale, l'ionogramme sanguin avec natrémie et kaliémie, la recherche d'une protéinurie par le rapport albuminurie sur créatininurie urinaire. Si l'ECG initial était normal, il n'y a pas d'indication à le refaire chaque année.

D'après un entretien réalisé entre le Pr Théodora Angoulvant, cardiologue et pharmacologue au CHU de Tours, présidente de la Société Française d'Hypertension Artérielle, et le Dr Thomas de Saint Nicolas, interne en cardiologie au CHU de Lille et membre du CCF.

Une réévaluation du risque cardiovasculaire global

La consultation annuelle est l'occasion de réévaluer l'ensemble des facteurs de risque du patient au-delà de sa pression artérielle. Il faut s'assurer qu'il n'y a toujours pas de tabagisme, qu'il n'a pas pris de poids, pas développé de diabète, que le LDL cholestérol est dans la cible ou n'augmente pas avec l'âge, que le patient continue à suivre les mesures hygiéno-diététiques, en particulier en ce qui concerne l'activité physique et le suivi d'un régime méditerranéen. ■

🔗 [Voir l'entretien sur Cardio-online.](#)

LIRE, ÉCOUTER OU VISIONNER, À VOUS DE CHOISIR !

Ce FOCUS est une version synthétique de la série vidéo "HTA, les situations cliniques du cardiologue en formation", disponible également en version podcast.

Pour y accéder, scannez ce QR code :



À VOUS DE JOUER !

7. À quelle fréquence un patient hypertendu équilibré sans complication majeure doit-il consulter son cardiologue ou son médecin traitant pour le suivi de son HTA ?

- A. Tous les mois
- B. Tous les 3 mois
- C. Une fois par an
- D. Uniquement en cas de symptômes
- E. Tous les 5 ans

8. Concernant le bilan biologique annuel de suivi, quel élément n'est pas systématiquement requis si le patient est asymptomatique et stable ?

- A. Kaliémie et natrémie
- B. Créatininémie (DFG)
- C. Rapport albuminurie/créatininurie
- D. Troponine ultrasensible
- E. Bilan lipidique



Société
Française de
Cardiologie

Devenir membre de la SFC, c'est s'engager au sein d'une communauté professionnelle, à vos côtés pour **vous informer et vous accompagner dans vos projets** de communication, de formation et de recherche.



Les membres de la SFC ont accès à de nombreux avantages exclusifs :

- Intégrer la communauté de sa surspécialité
- Participer aux JESFC à un tarif préférentiel
- Recevoir les revues d'expression de la SFC
- Candidater aux prix et bourses
- Bénéficier d'un accès complet à Cardio-online
- S'assurer une affiliation à l'ESC
- Avoir accès à l'actualité en cardiologie
- Diffuser ses offres d'emploi

Devenez
membre !



www.sfcario.fr



Réponses aux quiz

- 1) Réponse D : en cas d'arythmie complète (FA), les appareils automatiques sont souvent pris en défaut et la mesure manuelle est requise
- 2) Réponse C : Un ionogramme, une créatininémie, une glycémie, un bilan lipidique, une recherche de protéinurie et un ECG. Les autres examens ne sont pas recommandés en 1^{ère} intention pour une HTA essentielle sans complication apparente
- 3) Réponse B : Bithérapie d'emblée à demi-dose en un seul comprimé (association fixe). Les bêta-bloquants ne sont pas indiqués en 1^{ère} ligne sans comorbidité spécifique
- 4) Réponse B : la prévention de la démence vasculaire et de la maladie d'Alzheimer (argument « choc » souligné par les experts)
- 5) Réponse C : Passer à une trithérapie demi-dose (bloqueur SRAA + inhibiteur calcique + thiazidique)
- 6) Réponse B : une chute de la PAS > 20 mmHg ou de la PAD > 10 mmHg à 1 ou 3 minutes après le lever
- 7) Réponse C : une fois par an
- 8) Réponse D : troponine ultrasensible

Cardio-online est la plateforme digitale d'information et d'éducation de la Société Française de Cardiologie.

Europa Digital & Publishing
19, allées Jean Jaurès
31000 Toulouse
France

Directeur de la publication :
Frédéric Doncieux

Rédacteur en chef
Pr Albert Hagège

Un dossier coordonné par le Dr Antonin Trimaille, préparé et réalisé par le Dr Pierre Delahousse, avec la participation du Pr Théodora Angoulvant, du Dr Nabil Bouali, du Dr Benoît Lequeux, du Pr Jean-Jacques Mourad, du Dr Soundos M'Rabet, du Dr Thomas de Saint Nicolas et du Dr Antonin Trimaille.

Ce document a été réalisé en toute indépendance et sous la seule responsabilité des auteurs, du coordonnateur et du directeur de la publication, qui sont garants de l'objectivité de l'information délivrée. Le Comité Éditorial de Cardio-online est consultable en [clicquant ici](#).

L'objectif de ce document est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'Autorisation de Mise sur le Marché, et ne doivent donc pas être mises en pratique. Certaines données publiées dans ce projet de l'éditeur peuvent ne pas avoir été validées par les Autorités Françaises.

Copyright © Europa Digital & Publishing 2026

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduit, stocké dans un système d'extraction ou transmis, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur Europa Digital & Publishing.

Toute demande relative à une reproduction en dehors du cadre ci-dessus doit être adressée à Europa Digital & Publishing à l'adresse contact@cardio-online.fr.

Au cœur des patients,



JESFC
2027



13-15 janvier
Palais des Congrès de Paris

Retrouvez toute l'actualité des JESFC
sur sfcardio.fr et cardio-online.fr

#JESFC