

# Recommandations Européennes 2023 pour la prise en charge de l'Hypertension Artérielle

---

## Introduction

Les Recommandations ESH (Société Européenne et Internationale d'Hypertension Artérielle, Société européenne de Néphrologie) 2023 viennent renforcer et compléter les recommandations de 2018, avec quelques nouveautés.

## Les changements majeurs qui peuvent impacter notre pratique

- La place de la mesure ambulatoire de la pression artérielle est renforcée
- Les appareils « *cuffless* » sont exclus des options de mesure de la pression artérielle
- Les indications de bilans d'HTA secondaire sont élargies, compte tenu de leur prévalence importante dans certains sous-groupes
- Il est recommandé d'introduire un traitement anti-HTA dès 130/80 mm Hg chez les patients en prévention secondaire, en particulier coronariens, si les règles hygiéno-diététiques ne suffisent pas à les ramener sous ce seuil
- L'heure de prise des traitements est libre, au choix du patient
- En cas d'HTA résistante avérée, si le DFG est  $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ , un double blocage du néphron est recommandé, en associant un diurétique de l'anse et un diurétique thiazidique
- En cas d'HTA résistante avérée, si le DFG est  $> 40 \text{ ml/min/1,73m}^2$ , une dénervation rénale peut être proposée au patient
- Ajout d'un paragraphe conséquent sur la prise en charge des patients porteurs d'un cancer et traités pour cela.
- Il est recommandé de démarrer un traitement anti-hypertenseur adapté chez la femme enceinte dès que la pression artérielle dépasse 140/90 mm Hg en consultation (confirmée en ambulatoire), indépendamment du profil de risque de la patiente.
-

# 1. Définition, classification et mesure de l'hypertension artérielle

## a) Définition et classification

**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 <sup>a</sup>	≥140	and	<90
Isolated diastolic hypertension <sup>a</sup>	<140	and	≥90

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

<sup>a</sup>Isolated 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).

### **Figure 1 : Classification de la pression artérielle en cabinet et définitions des grades d'hypertension**

La relation entre la pression artérielle et les événements cardiovasculaires / rénaux, ainsi que la mortalité, est continue, ce qui rend la distinction entre une pression artérielle dite « normale » et l'hypertension quelque peu arbitraire.





L'HTA est définie comme le niveau de pression artérielle auquel les avantages d'un traitement l'emportent sur les risques, tels que documentés par des essais cliniques.

La classification des différents grades d'hypertension, et la définition (basées sur la mesure de la pression artérielle en cabinet) sont inchangées par rapport aux recommandations précédentes de 2018.

## b) Évaluation du risque cardiovasculaire

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 <sup>a</sup>	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

	<b>&lt;50 years</b>	<b>60–69 years</b>	<b>≥70 years</b>	Complementary risk estimation in Stage 1 with SCORE2/SCORE2-OP
	<2.5%	<5%	<7.5%	
	2.5 to <7.5%	5 to <10%	7.5 to <15%	
	≥7.5%	≥10%	≥15%	

**Figure 2 : Scores d'évaluation du risque cardiovasculaire**

### Hypertension-mediated organ damage (HMOD)

Increased large artery stiffness:  
Pulse pressure (in older people) ≥60 mmHg  
Carotid–femoral PWV >10 m/s (if available)  
ECG LVH (Sokolow–Lyon index >35 mm, or R in aVL ≥11 mm; Cornell voltage-duration product (+6 mm in women) >2440 mm·ms, or Cornell voltage >28 mm in men or >20 mm in women)  
Echocardiographic LVH (LV mass index: men >50 g/m<sup>2.7</sup>; women >47 g/m<sup>2.7</sup> (m = height in meters); Indexation for BSA may be used in normal-weight patients: >115 g/m<sup>2</sup> in men and >95 g/m<sup>2</sup> in women)  
Moderate increase of albuminuria 30–300 mg/24h or elevated ACR (preferably in morning spot urine) 30–300 mg/g  
CKD stage 3 with eGFR 30–59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>  
Ankle–brachial index <0.9  
Advanced retinopathy: hemorrhages or exudates, papilloedema

**Figure 3 : Liste des lésions organiques dues à l'hypertension**

L'évaluation et la quantification du risque cardiovasculaire total sont importants chez les patients hypertendus afin de :

1. Définir l'importance de la protection cardiovasculaire apportée au patient par le traitement et adapter la prise en charge (les patients à haut risque et très haut risque auront un tel bénéfice en termes de prévention qu'ils pourront être traité dès que la pression artérielle systolique (PAS et PAD) au cabinet dépasse 130 / 80 mm Hg)
2. Déterminer l'éventuelle indication à un bilan vasculaire (Écho-Doppler des troncs supra-aortiques, score calcique coronaire)

### 3. Définir la cible de LDLc du patient

**Les Recommandations insistent sur l'importance de prendre en considération les atteintes d'organes liées à l'HTA dans l'évaluation du risque cardiovasculaire des patients.** En effet, l'inclusion des atteintes d'organes liées à l'HTA aide à identifier les patients hypertendus à haut risque ou à très haut risque CV qui pourraient, sinon, être mal classés, comme présentant un niveau de risque inférieur par la table SCORE 2 et OP.

#### c) Mesure de la pression artérielle

TABLE 4. Definitions of hypertension according to the correspondence of home and ambulatory BP values with office BP

Method	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Office BP <sup>a</sup>	≥140	and/or	≥90
Ambulatory BP			
Awake mean	≥135	and/or	≥85
Asleep mean	≥120	and/or	≥70
24 h mean	≥130	and/or	≥80
Home BP mean	≥135	and/or	≥85

#### Figure 4 : Définitions de l'hypertension en fonction de la correspondance entre les valeurs de la pression artérielle à domicile et en ambulatoire et la pression artérielle au cabinet médical

- L'importance de se baser en priorité sur des mesures de pression artérielle hors du cabinet (automesures tensionnelles ou holter tensionnel) a été renforcée dans ces recommandations (I, C).
- Ces nouvelles guidelines insistent également sur l'importance d'utiliser des appareils de bras, automatiques et validés pour la mesure de la pression artérielle (liste des appareils validés ici : [www.stridebp.org](http://www.stridebp.org)).

À défaut, des mesures répétées de la PA doivent être prises au cabinet sur plus d'une consultation, sauf lorsque l'HTA est sévère. À chaque consultation, trois mesures de PA doivent être enregistrées, espacées de 1 à 2 minutes, et des mesures supplémentaires doivent être effectuées si les deux premières lectures diffèrent de > 10 mm Hg (I,C).

Les recommandations suivantes n'ont pas changé non plus :

- Mesurer la PA aux deux bras au moins lors de la première consultation, car une différence de PA entre les bras > 15-20 mm Hg suggère une maladie athéromateuse et est associée à un risque CV accru (I,A).
- Si une différence de PA entre les bras est enregistrée, il est recommandé que toutes les mesures de PA utilisent le bras avec la mesure de la PA la plus élevée (I, C).
- Il faut également rechercher une hypotension orthostatique, qui modifierait l'attitude thérapeutique.

## 2. Évaluation clinique et paraclinique du patient hypertendu

### a) Évaluation clinique

Objectifs :

- Préciser le niveau de pression artérielle et de risque cardiovasculaire, et évaluer les atteintes d'organes cibles (*cf ci-dessus*)
- Rechercher des signes orientant vers une des causes d'HTA secondaire

Signes à rechercher :

- Symptômes et facteurs de risque cardiovasculaires
- Consommation de drogue, toxicomanie, thérapies concomitantes: corticoïdes, vasoconstricteur nasal, chimiothérapie, réglisse
- Grossesse en cours et utilisation de contraceptifs oraux
- Antécédents de maladie rénale / urinaire, HTA rénovasculaire
- Recherche d'hyperaldostéronisme : antécédents d'hypokaliémie spontanée ou provoquée par les diurétiques, épisodes de faiblesse musculaire et tétanie
- Souffle lombaire à la recherche d'une sténose artérielle rénale
- Recherche phéochromocytome : sueurs, maux de tête, anxiété ou palpitations ; tâche cutanée café-au-lait (neurofibromatose)
- Symptômes / signes évocateurs d'une maladie thyroïdienne ou d'hyperparathyroïdie
- Comparaison du pouls radial avec le fémoral, la tension artérielle aux membres supérieurs et inférieurs pour détecter la différence radio-fémorale dans la coarctation aortique, souffle sous clavier gauche.
- Signes évocateurs d'un syndrome de Cushing ou d'une acromégalie
- Antécédents d'apnée du sommeil

### b) Évaluation paraclinique

Les objectifs sont les mêmes que l'évaluation clinique : évaluer le niveau de risque cardiovasculaire, les atteintes d'organe cible de l'HTA et les signes orientant vers une HTA secondaire.

**TABLE 8. Selected standard laboratory tests for work-up of hypertensive patients<sup>a</sup>**

• Hemoglobin and/or hematocrit
• Fasting blood glucose and HbA1c
• Blood lipids: total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides
• Blood potassium and sodium
• Blood uric acid
• Blood creatinine (and/or cystatin C) for estimating GFR with eGFR <sup>a</sup> formulas
• Blood calcium
• Urine analysis (first voided urine in the morning), multicomponent dipstick test in all patients, urinary albumin/creatinine ratio, microscopic examination in selected patients

eGFR, estimated glomerular filtration rate; HDL, high-density lipoprotein; LDL, low-density lipoprotein.

<sup>a</sup>Can be adapted according to the clinical circumstance.

## Figure 5 : Sélection d'analyses de laboratoire standards pour le bilan des patients hypertendus

Le bilan initial, appelé autrefois « bilan standard de l'OMS », est à réaliser chez tous les patients hypertendus au diagnostic. Il associe une hémoglobine, HBA1C, et glycémie à jeun, un bilan lipidique complet, le niveau d'acide urique, le niveau de créatininémie / le DFG, la kaliémie natrémie calcémie, un RAC (ratio albuminurie / créatinurie, qui remplace la microalbuminurie) et un ECG.

Les autres examens (notamment ETT et épreuve d'effort) ne sont recommandés que s'il existe un point d'appel lors du bilan initial.

TABLE 9. Assessment of hypertension-mediated organ damage (HMOD)<sup>a</sup>

Basic screening tests for HMOD recommended for all hypertensive patients	Aim
12 lead ECG	Measure HR and AV conduction, detect cardiac arrhythmias, myocardial ischemia and infarction, screen for LVH
Urine albumin:creatinine ratio (UACR)	Detect and classify CKD
Serum creatinine and eGFR	Detect and classify CKD
Extended screening for HMOD	
Echocardiography	Evaluate structure and function of the ventricles and left atrium, detect valvular disease, aortic root diameter and ascending aortic aneurysm
cfPWV or baPWV	Evaluate aortic/large artery stiffness
Carotid artery ultrasound	Determine carotid intima-media thickness, plaque and stenosis
Coronary artery calcium scan	Determine the presence and extent of coronary calcium to predict CAD events
Abdominal aorta ultrasound	Screen for aortic aneurysm
Kidney ultrasound	Evaluate size and structure of kidney, detect renovascular disease, determine RRI (by spectral doppler ultrasonography)
Spectral doppler ultrasonography	Diagnosis of renovascular disease and determination of RRI
ABI	Screen for LEAD
Retina microvasculature	Detect microvascular changes
Cognitive function testing (MMSE, MoCA)	Screen for early stages of dementia
Brain imaging (CT, MRI)	Detect structural brain damage

<sup>a</sup>Can be adapted according to the clinical circumstance.

## Figure 6 : Évaluation des lésions organiques liées à l'hypertension

Un des objectifs principaux de cette évaluation est de déterminer si le patient appartient à l'une des catégories suivantes, associées à une prévalence importante d'HTA secondaire :

**TABLE 13. Patient characteristics that should raise the suspicion of secondary hypertension**

Younger patients (<40 years) with grade 2 or 3 hypertension or hypertension of any grade in childhood
Sudden onset of hypertension in individuals with previously documented normotension
Acute worsening of BP control in patients with previously well controlled by treatment
True resistant hypertension
Hypertensive emergency
Severe (grade 3) or malignant hypertension
Severe and/or extensive HMOD, particularly if disproportionate for the duration and severity of the BP elevation
Clinical or biochemical features suggestive of endocrine causes of hypertension
Clinical features suggestive of renovascular hypertension or fibromuscular dysplasia
Clinical features suggestive of obstructive sleep apnea
Severe hypertension in pregnancy (>160/110 mmHg) or acute worsening of BP control in pregnant women with preexisting hypertension

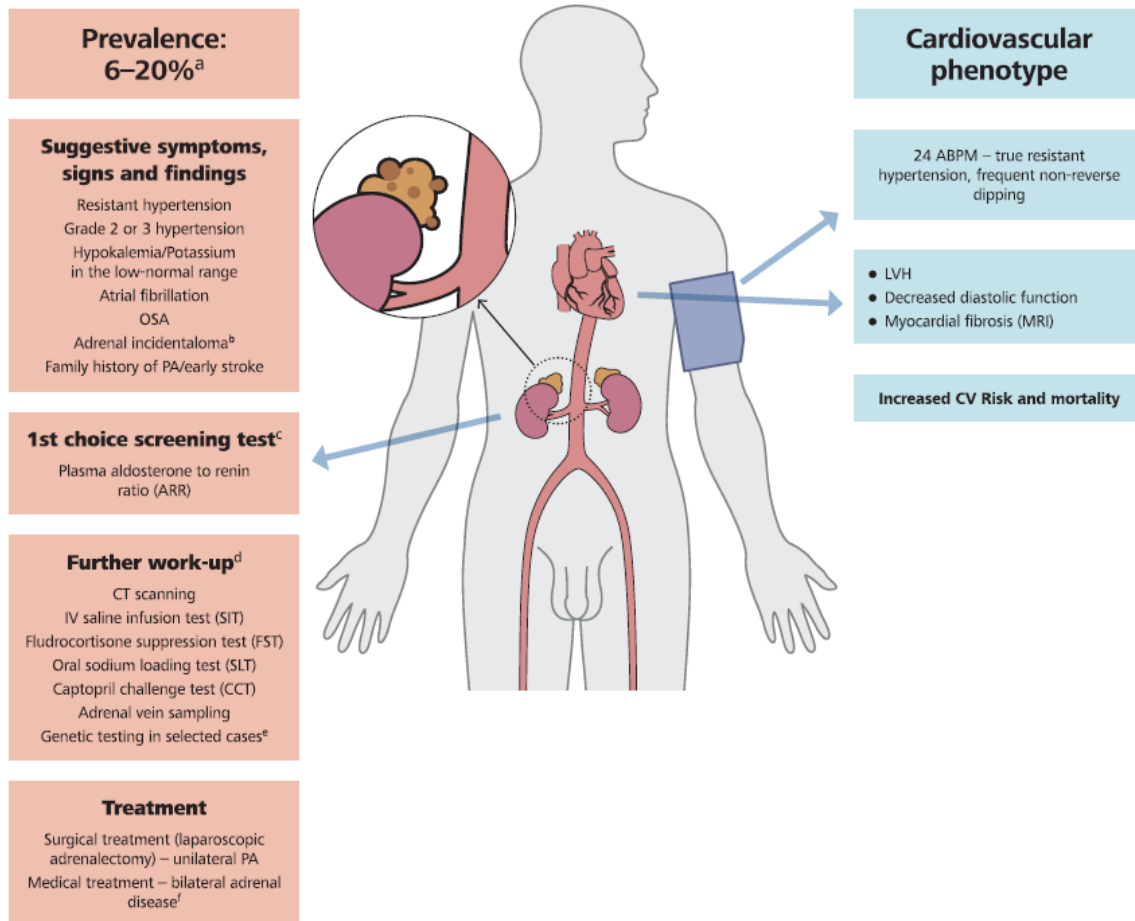
**Figure 7 : Caractéristiques des patients qui doivent faire suspecter une hypertension secondaire**

- Apparition précoce d'une HTA de grade 2 ou 3 (< 40 ans)
- HTA résistante
- HTA avec point d'appel clinique ou biologique (kaliémie < 3.5 mmol/l quelque soit le contexte, même une seule fois, même avec des diurétiques, insuffisance rénale, protéinurie par exemple)
- HTA avec atteinte disproportionnée des organes cibles
- HTA d'emblée sévère, ou devenant brutalement sévère, urgences hypertensives
- 

**Si le patient correspond à l'une de ces catégories, il devra bénéficier d'un bilan d'HTA secondaire complet auprès d'un praticien formé.**

Ci-dessous 3 infographies sur la présentation typique d'un patient porteur d'un hyperaldostéronisme primaire, d'une sténose athéromateuse des artères rénales, ou d'une dysplasie fibromusculaire des artères rénales.

## Infographies : Profils caractéristiques de patients présentant une HTA secondaire

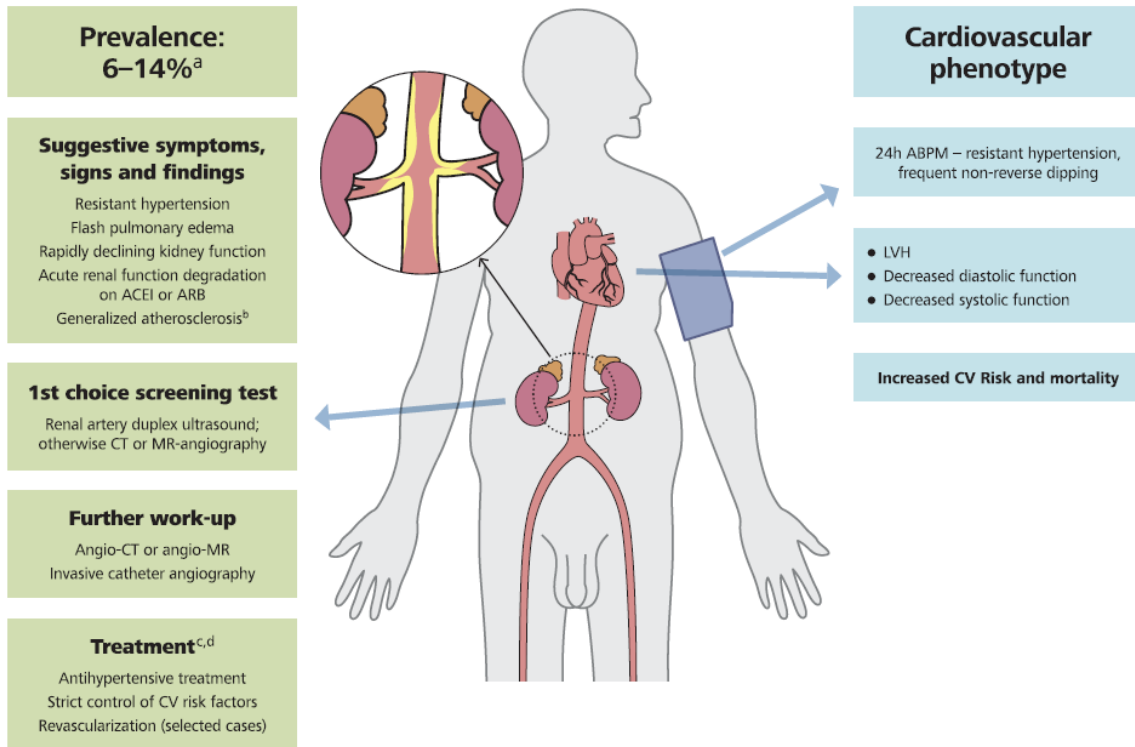


**FIGURE 8 C** Primary aldosteronism (PA). (a) Depends on the population screened – ranges from 3.2% to 12.7% in primary practice and from 1% to 30% in referral centers; prevalence increases with the severity of hypertension to 20%. (b) PA prevalence in patients with adrenal incidentaloma ranges from 1.6% to 4.3%. (c) ARR requires at least normalization of plasma potassium and interruption of existing treatment with spironolactone and beta-blockers. (d) Overall, seated SIT appears reliable and less complicated than FST and SLT. CCT may be a good alternative in patients at risk of potential fluid overload (patients with kidney failure or HF). (e) Although the majority of primary aldosteronism cases are sporadic, up to 5% of patients may have a familial form of the disease. Genetic testing should be performed in all patients with early onset primary aldosteronism (i.e. <20 years of age), irrespective of the severity of the clinical phenotype, and in patients with a family history of primary aldosteronism. (f) Steroidal MRAs are the treatment of choice for primary aldosteronism in patients with bilateral adrenal disease or unilateral disease that cannot be surgically treated.

## Hyperaldostéronisme primaire



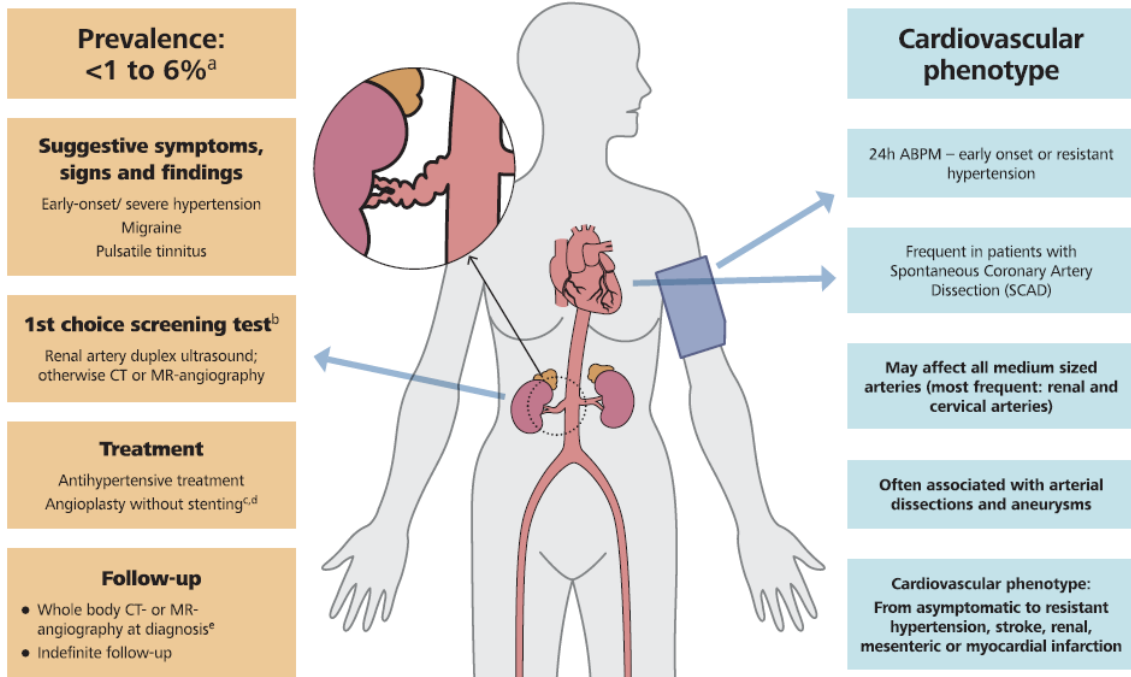
(a) Atherosclerotic renovascular disease



**FIGURE 8** Atherosclerotic renovascular disease (ARVD). (a) The prevalence of ARVD differs considerably between studied populations – in a population-based cohort >65 years of age, ARVD (defined as >60% stenosis) was identified in 6.8%. Among hypertensives, the prevalence of ARVD is probably around 1% in patients with mild hypertension, but may be as high as 14%–24% in patients with severe or resistant hypertension. (b) In view of the frequent association with atherosclerotic lesions in other arterial beds, a cardiovascular work-up should be considered. (c) Medical management of ARVD should aim to reduction of CV risk and protection of kidney function; hypertension control is a prominent goal. With regard to antihypertensive treatment, an ACEI or an ARB are considered as first-line option (contraindicated in bilateral renal artery stenosis or stenosis in a solitary kidney). (d) Observational data showed that renal artery stenting in addition to medical therapy is associated with renal and CV benefits in patients presenting with high-risk ARVD phenotypes – resistant hypertension, recurrent pulmonary oedema, heart failure and deterioration of kidney function.

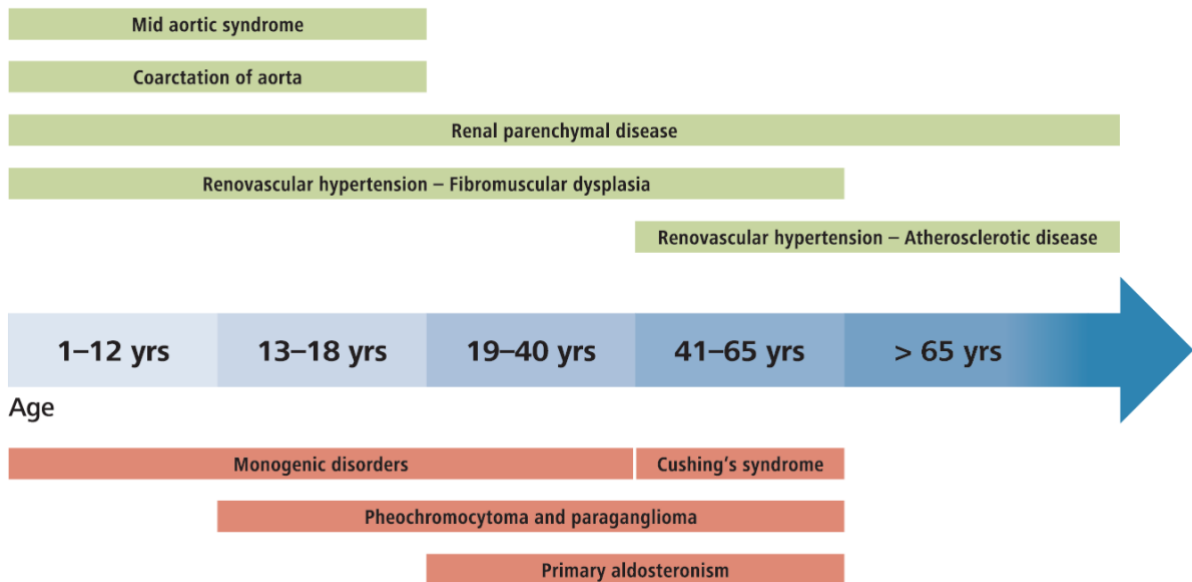
## Sténose athéromateuse des artères rénales

(b) Fibromuscular Dysplasia



**FIGURE 8 B** Fibromuscular Dysplasia (FMD). (a) FMD occurs predominantly in young or middle-aged women. However it may be diagnosed at any age, both in women and men. Renal FMD is the second cause of renovascular hypertension after atherosclerotic renal artery stenosis. (b) Two subtypes of FMD have been described: multifocal FMD (80–90% of cases) and focal FMD (10–20% of cases). The characteristic lesion of multifocal FMD is the “string of beads”, characterized by alternating areas of stenosis and dilatation in the mid and distal portions of the artery. Focal FMD is characterized by focal stenosis of variable length, which may occur in any part of the artery and requires exclusion of atherosclerosis, inflammatory or genetic arteriopathies. (c) In a meta-analysis, the rate of cure of hypertension after angioplasty was 36% (range 14–85%) but may be much higher in younger patients with recent onset hypertension. Angioplasty deserves also to be considered in patients with renal FMD and resistant hypertension. (d) Stent kinking and fracture have been reported in the setting of renal FMD. Accordingly, stenting is usually not recommended in renal FMD and reserved for treatment of flow-limiting per-procedural dissection or in case of renal artery aneurysm. (e) In over 50% of cases, patients with renal FMD have lesions in one or more other arterial beds (multivessel FMD). Patients with FMD also often have arterial dissections, aneurysms or marked arterial tortuosity. For these reasons, it is recommended to perform at least once a life-time from head to pelvis angio CT or if contra-indicated MR-angiography in all patients with FMD.

**Dysplasie Fibromusculaire des artères rénales**



**Figure 8 :** Incidence des différentes formes d’HTA secondaire en fonction de l’âge  
Les 4 causes les plus fréquentes étant la prise de toxique, l’hyperaldostéronisme primaire, la maladie rénale et la sténose des artères rénales

### 3. Traitement de l'HTA

#### a) Les seuils de pression artérielle nécessitant un traitement

Des interventions sur le mode de vie sont recommandées pour tous les patients à partir d'une pression artérielle normal-haute (> 130 / 80 mm Hg). Le seuil nécessitant de démarrer un traitement pharmacologique a été ramené à 140/90 mm Hg pour la majorité des patients, sauf pour les patients de plus de 80 ans, où il est fixé à 160/90 mm Hg.

**!/\ Pour les patients en prévention secondaire, en particulier les coronariens, il est recommandé de démarrer un traitement si la pression artérielle reste > 130 et/ou 80 mm Hg de systolique et diastolique malgré les hygiéno-diététiques (Recommandation IA) !/\**

Office BP thresholds for drug treatment initiation

Recommendations and statements	CoR	LoE
In patients 18 to 79 years, the recommended office threshold for initiation of drug treatment is 140 mmHg for SBP and/or 90 mmHg for DBP.	I	A
In patients ≥80 years, the recommended office SBP threshold for initiation of drug treatment is 160 mmHg.	I	B
However, in patients ≥80 years a lower SBP threshold in the range 140 – 160 mmHg may be considered.	II	C
The office SBP and DBP thresholds for initiation of drug treatment in frail patients should be individualized.	I	C
In adult patients with a history of CVD, predominantly CAD, drug treatment should be initiated in the high-normal BP range (SBP ≥130 or DBP ≥80 mmHg).	I	A

**Figure 9 : Seuils de pression artérielle en cabinet pour l'instauration d'un traitement médicamenteux**

#### b) Objectifs de pression artérielle sous traitement

Pour les patients de 18 à 64 ans : moins de 130/80 mm Hg (IA) en consultation

Pour les patients de 64 à 79 ans : moins de 140/80 mm Hg, voire moins de 130/80 mm Hg si le traitement est bien toléré.

Pour les patients de plus de 80 ans :

- systolique entre 140 et 150 mm Hg : viser 130-139 mm Hg si la tolérance est bonne
- Diastolique entre 70 et 80 mm Hg
- 

**Ne pas viser moins de 120/70 mm Hg**

### c) Traitement de l'HTA : mesures hygiéno-diététiques systématiques

Des modifications du mode de vie peuvent prévenir ou retarder l'apparition de l'HTA et réduire le risque CV, ainsi que prévenir le besoin d'un traitement médicamenteux chez les patients présentant une hypertension de grade 1. Elles doivent être systématiques.

Cependant, une intervention sur le style de vie ne devrait jamais retarder le début du traitement médicamenteux chez les patients présentant une atteinte d'organe liée à l'HTA, ou présentant un risque CV élevé.

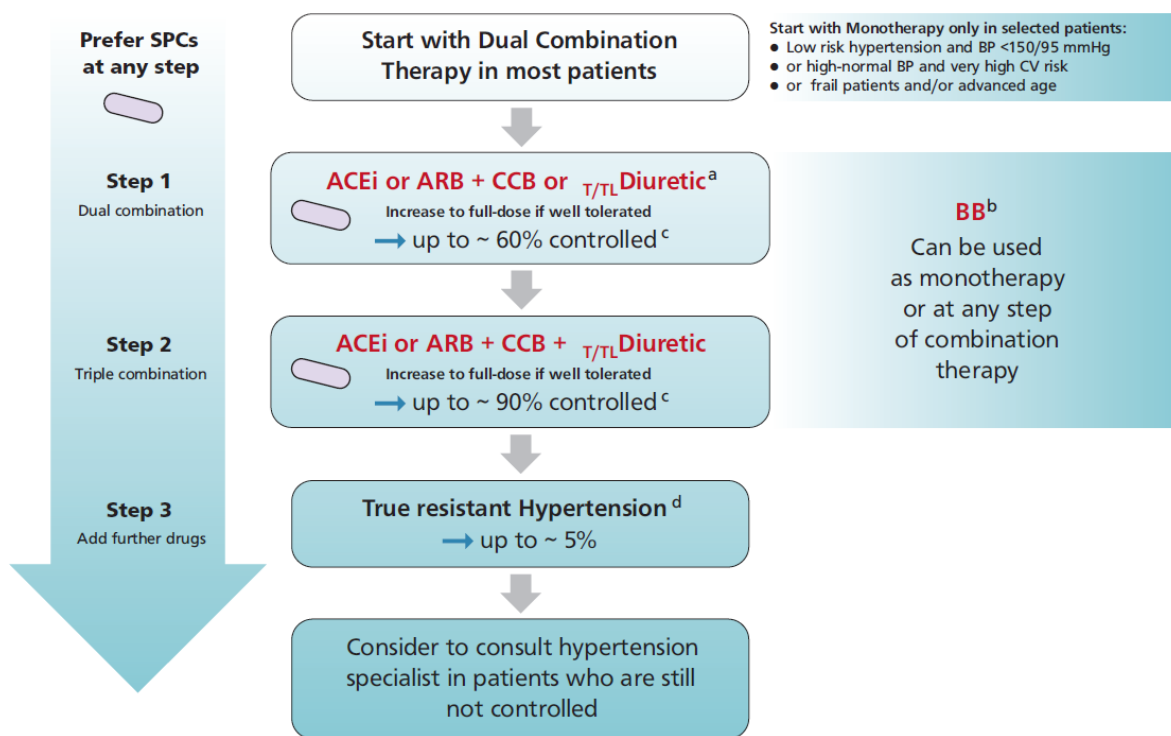
### d) Traitement médicamenteux de l'HTA

**L'algorithme décisionnel a été développé pour fournir une recommandation de traitement simple et pragmatique pour le traitement de l'HTA, basé sur quelques principes et recommandations clés. Celui-ci est comparable à l'algorithme de 2018 de part son efficacité :**

- Utilisation de bithérapies combinées afin d'améliorer la rapidité, l'efficacité et la prévisibilité du contrôle tensionnel (I,A). Cela provient du concept selon lequel un traitement initial efficace de l'hypertension nécessite au moins 2 médicaments pour la plupart des patients. Attention cependant à adapter la dose au niveau tensionnel ambulatoire pour ne pas « sur-traiter » le patient. Monothérapie pour les patients âgés et ceux à faible risque CV présentant une hypertension de grade 1 (I,B).
- Les associations médicamenteuses à préférer sont un IEC/ARA2 avec un inhibiteur calcique ou un diurétique (I,A). Bêta-bloquant si indication spécifique (I,A).
- Une triple association comprenant un IEC (ou un ARA2) , un inhibiteur calcique et un diurétique doit être utilisée si la PA n'est pas contrôlée par une bithérapie à pleine dose (I,A).
- L'addition de spironolactone à une triple thérapie est le traitement de choix dans les cas d'hypertension résistante si le patient présente un DFG > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**Nouveautés des recommandations 2023 :**

- Si le DFG est  $< 30 \text{ ml/min/m}^2$ , il est recommandé de réaliser un double blocage par diurétique de l'anse et diurétique thiazidique (IIB).
- La dénervation rénale peut être discutée en cas d'HTA résistante prouvée à une trithérapie bien conduite, sans HTA secondaire, si le patient présente un DFG  $> 40 \text{ ml/min/m}^2$  (IIB).
- L'heure de prise du traitement anti-hypertenseur est libre, au choix du patient. Le médecin devra limiter le nombre de comprimés et de prises par jour dans son ordonnance.



**Figure 10 : Stratégie générale de réduction de la pression artérielle chez les patients souffrant d'hypertension**

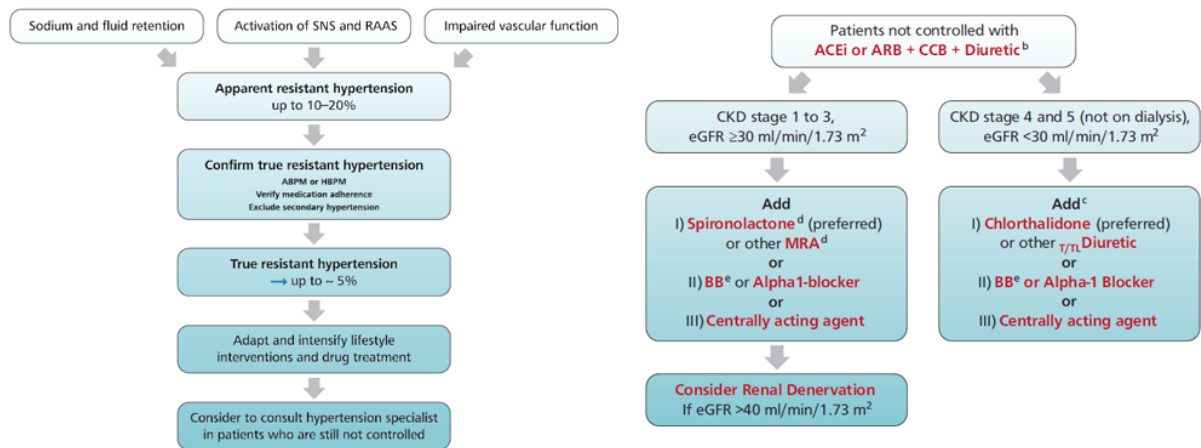


Figure 11 : Stratégie d'abaissement de la pression artérielle dans l'hypertension artérielle dite résistante

## Le suivi

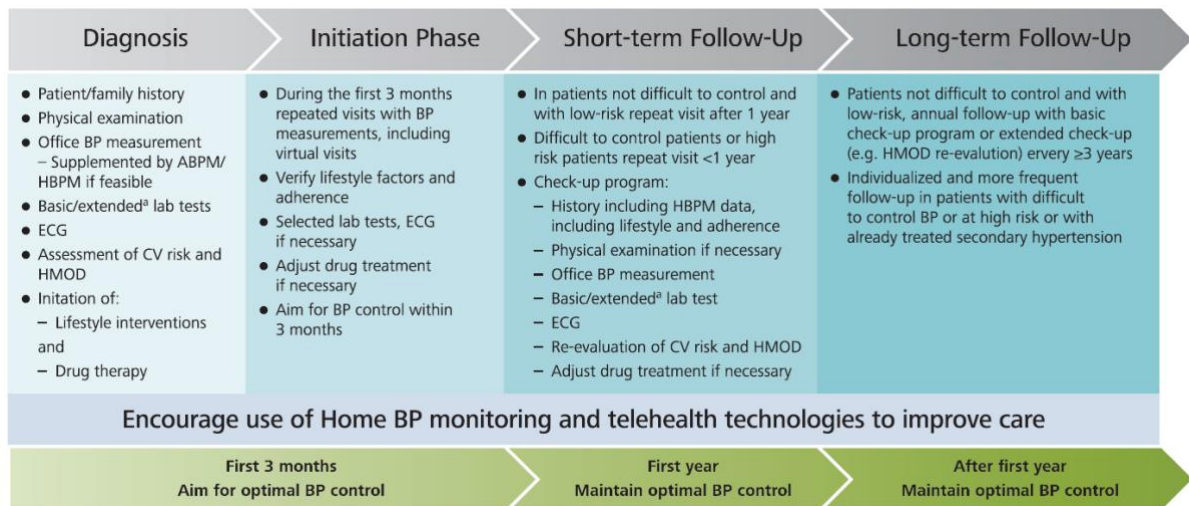


Figure 12 : Encourager l'utilisation des technologies de surveillance de la pression artérielle à domicile et de télésanté pour améliorer les soins

#### 4. Cas particulier : prise en charge de l'HTA chez un patient porteur d'un cancer

Avec les nouveaux traitements anticancéreux, la survie de cette population s'améliore. Ces patients sont à haut risque cardiovasculaire, entraînant un nouveau domaine pour le cardiologue, y compris lors de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Les recommandations 2023 s'y consacrent en profondeur, avec plusieurs messages clés :

- On ne démarre pas un traitement anti-cancéreux chez un patient présentant une HTA Sévère (grade 3) confirmée en ambulatoire
- Prudence avec les diurétiques thazidiques en cas d'atteinte osseuse (risque d'hypercalcémie), et à l'utilisation des diurétiques avec les traitements allongeant le QT (risque d'hypokaliémie et de torsade de pointe)
- Éviter les inhibiteurs calciques non bradycardisants, qui peuvent entraîner des interactions pharmacologiques avec les anticancéreux (VERAPAMIL, DILTIAZEM)
- Privilégier les IEC ou ARA2 lors des HTA sous anti-angiogéniques
- Revoir la prescription anti-HTA en cas d'état général altéré, dans les situations palliatives

Recommendations	CoR	LoR
In patients with cancer, the same definition of hypertension, thresholds, targets, lifestyle interventions and drug treatment strategies are recommended as for the general hypertension population.	I	C
In patients with uncontrolled hypertension and BP values $\geq 180$ mmHg for systolic and/or $\geq 110$ mmHg for diastolic BP, it is not recommended to initiate anticancer therapy.	III	C
In patients with uncontrolled hypertension and BP values $\geq 180$ mmHg for systolic and/or $\geq 110$ mmHg for diastolic BP, measures to control BP and symptoms should be initiated by team-based multidisciplinary care to allow initiation of anticancer therapy as early as possible.	I	C
Thiazide/Thiazide-like diuretics may be used only if needed for BP control and in patients with fluid retention, because of their potential to cause unwanted effects in cancer patients including increases in serum calcium concentration in patients with bone metastasis, increased risk of cardiac arrhythmias due to prolonging the QT interval by inducing hypokalaemia, increase the risk of hyponatremia, and potential worsening of hypovolaemic states or dehydration.	II	C
Non-DHP CCBs should be avoided in cancer patients who are treated with anticancer drugs that are susceptible to pharmacokinetic interactions mediated by CYP3A4 and/or P-gp.	III	B
Hypertension induced by VEGF inhibitors may be treated with either RAS-inhibitors (ACEis or ARBs) or DHP-CCBs.	II	B
In severely ill cancer patients, treatment of hypertension should be individualised according to symptoms, co-morbidities and polypharmacy in a shared-decision making process.	I	C

**Figure 13 : Prise en charge de l'HTA chez un patient porteur d'un cancer**

Version traduite et résumée de : "2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension  
The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension  
Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH)"