

EDITORIAL



A NEW DEFINITION FOR HIGH BLOOD PRESSURE – RATIONALE BEYOND THE NUMBERS

UNE NOUVELLE DÉFINITION DE L' HYPERTENSION ARTÉRIELLE – JUSTIFICATION AU-DELÀ DES CHIFFRES

Camelia Diaconu

International Secretary General of the Balkan Medical Union
President of the Romanian National Section

Secrétairé Général International de l'Union Médicale Balkanique
Présidente de la Section Nationale Roumaine

The last months of 2017 have brought to the attention of the medical community the problem of arterial hypertension, as the 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults of the American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) has been published. The guideline is an update of the „Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure“ (JNC 7), that was published in 2003. The new American guideline came with a „surprise“: normal blood pressure is defined now as a value $< 120/80$ mm Hg. Elevated blood pressure is considered $120-129/<80$ mm Hg, hypertension stage 1 is $130-139$ or $80-89$ mm Hg, and hypertension stage 2 is ≥ 140 or ≥ 90 mm Hg. The term „prehypertension“ has been eliminated by the new guideline. The guideline's authors tried to incorporate all the new information from

Les derniers mois de 2017 ont attiré l'attention de la communauté médicale sur le problème de l'hypertension artérielle, après la publication du nouveau guide 2017 pour la prévention, la détection, l'évaluation et la prise en charge de l'hypertension artérielle chez l'adulte, du Collège Américain de Cardiologie. La ligne directrice est une mise à jour du „Septième rapport du Comité national conjoint sur la prévention, la détection, l'évaluation et le traitement de l'hypertension artérielle“ (JNC 7), publié en 2003. Le nouveau guide américain est venu accompagné d'une „surprise“: la pression artérielle normale est définie maintenant comme une valeur $< 120/80$ mm Hg. Une tension artérielle élevée est considérée comme étant de $120-129 / <80$ mm Hg, l'hypertension de niveau 1 est de $130-139$ ou $80-89$ mm Hg, et l'hypertension de niveau 2 est ≥ 140 ou ≥ 90 mm Hg. Le terme „préhypertension“ a été éliminé par le nouveau guide. Les auteurs du guide ont tenté d'incorporer toutes les nouvelles informations provenant

epidemiologic studies regarding the cardiovascular risks of high blood pressure patients.

What are the recommendations of this guideline, besides the decreased cut-off values of the blood pressure? A strong emphasis is put on blood pressure measurement. The authors recommend that the physicians follow the standards for accurate blood pressure measurement. For the diagnosis of arterial hypertension, at least two readings obtained on at least two occasions should be used. To confirm the diagnosis, out-of-office and self-monitoring of the blood pressure are recommended. For the screening of white coat hypertension or the diagnosis of masked hypertension (in individuals with elevated office blood pressure values, but not meeting the criteria for hypertension), ambulatory blood pressure monitoring or home blood pressure monitoring should be used. Screening of other cardiovascular risk factors is very important in hypertensive patients: diabetes, dyslipidemia, smoking, excessive weight, lack of physical activity, psychosocial stress, unhealthy diet, obstructive sleep apnea. Patients with a diagnosis of primary hypertension should have an initial evaluation of complete blood cell count, lipid profile, thyroid stimulating hormone (TSH), uric acid, basic metabolic panel, urine analysis, albumin-to-creatinine ratio, electrocardiogram and echocardiography (optional). Screening for secondary causes of hypertension is necessary for patients with new-onset or uncontrolled hypertension, including drug-resistant, abrupt onset, age <30 years, target organ damage or for the onset of diastolic hypertension in older adults or in the presence of unprovoked or excessive hypokalemia. Lifestyle changes are of cornerstone importance in reducing blood pressure and decreasing the cardiovascular risk: weight loss, heart-healthy diet, physical exercise, no excessive alcohol consumption, a diet low in sodium (< 1500 mg/day) and saturated fat, consumption of vegetables, fruits and grains.

Antihypertensive drugs are used for secondary prevention in patients with clinically manifest cardiovascular diseases and an average systolic blood pressure ≥ 130 mm Hg or a diastolic blood pressure ≥ 80 mm Hg. The guideline recommends a new approach to decision-making for treatment, that incorporates underlying cardiovascular risk. To assess the need for antihypertensive medication, the 10-year atherosclerotic cardiovascular risk (ASCVD) is used.

Regarding the treatment, initial first-line therapy for stage 1 hypertension may include thiazide diuretics, calcium channel blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) or

d'études épidémiologiques concernant les risques cardiovasculaires des patients hypertendus.

Quelles sont les recommandations de ce guide, en plus de la diminution des valeurs limites de la pression artérielle? Un fort accent est mis sur la mesure de la pression artérielle. Les auteurs recommandent que les médecins suivent les normes pour la mesure précise de la tension artérielle. Pour le diagnostic de l'hypertension artérielle, au moins deux lectures obtenues au moins à deux reprises doivent être utilisées. Pour confirmer le diagnostic, la mesure de la pression artérielle à la maison et l'auto-surveillance de la pression artérielle sont recommandées. Pour le dépistage de l'hypertension blouse blanche ou le diagnostic d'hypertension masquée (chez les personnes dont la tension artérielle est élevée, mais qui ne correspondent pas aux critères d'hypertension), une surveillance ambulatoire de la pression artérielle ou une surveillance de la tension artérielle à domicile doivent être utilisées. Le dépistage d'autres facteurs de risque cardiovasculaire est très important chez les patients hypertendus: diabète, dyslipidémie, tabagisme, poids excessif, manque d'activité physique, stress psychosocial, régime alimentaire malsain, apnée obstructive du sommeil. Les patients avec un diagnostic d'hypertension primaire doivent avoir une évaluation initiale de l'hémogramme, du profil lipidique, de la thyroïdostimuline (TSH), de l'acide urique, du panneau métabolique basique, de l'analyse urinaire, du rapport albumine-créatinine, de l'électrocardiogramme et de l'échocardiographie (sur option). Le dépistage des causes secondaires d'hypertension est nécessaire chez les patients présentant une hypertension débutante ou incontrôlée, y compris une pharmacorésistance, un début brutal, un âge inférieur à 30 ans, une atteinte des organes cibles ou l'apparition d'hypertension diastolique chez les adultes plus âgés ou en présence d'une hypokaliémie excessive. Les changements de mode de vie sont essentiels pour réduire la tension artérielle et diminuer le risque cardiovasculaire: perte de poids, régime sain, exercice physique, pas de consommation excessive d'alcool, régime pauvre en sodium (<1500 mg/ jour) et graisses saturées, consommation de légumes, fruits et céréales.

Les antihypertenseurs sont utilisés pour la prévention secondaire chez les patients présentant des maladies cardiovasculaires cliniquement manifestes et une pression artérielle systolique moyenne ≥ 130 mm Hg ou une pression artérielle diastolique ≥ 80 mm Hg. Le nouveau guide recommande une nouvelle approche à la prise de décision pour le traitement, qui intègre le risque cardiovasculaire sous-jacent. Pour évaluer le besoin de médicaments

angiotensin receptor blockers (ARBs), with a target blood pressure less than 130/80 mm Hg. In patients with stage 2 hypertension and an average blood pressure value of 20/10 mm Hg above the target, two first-line drugs of different classes are recommended. A better adherence to treatment may be obtained with once-daily drug administration or combination therapy. For patients with confirmed arterial hypertension and known cardiovascular disease or 10-year ASCVD risk $\geq 10\%$, a blood pressure target of $<130/80$ mm Hg is recommended. In diabetic patients with arterial hypertension, antihypertensive drug treatment should be initiated at a blood pressure $\geq 130/80$ mm Hg, with a treatment goal of $<130/80$ mm Hg; all first-line classes of antihypertensive agents are useful.

In the future, it will be interesting to see if the changes of the ACC/AHA guideline will have an impact on the next European Society of Hypertension guideline.

antihypertenseurs, le risque cardiovasculaire athérosclérotique de 10 ans (ASCVD) est utilisé.

En ce qui concerne le traitement, le traitement initial de première intention peut comprendre des diurétiques thiazidiques, des inhibiteurs calciques, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, avec une pression artérielle cible inférieure à 130/80 mm Hg. Chez les patients avec une hypertension artérielle de stade 2 et une valeur de pression artérielle moyenne de 20/10 mm Hg au-dessus de la cible, deux médicaments de première intention de classes différentes sont recommandés. Une meilleure adhérence au traitement peut être obtenue avec l'administration d'un médicament une fois par jour ou une thérapie combinée. Chez les patients présentant une hypertension artérielle confirmée et une maladie cardiovasculaire connue ou un risque ASCVD de 10 ans $\geq 10\%$, une pression artérielle cible $<130/80$ mm Hg est recommandée. Chez les patients diabétiques souffrant d'hypertension artérielle, un traitement antihypertenseur doit être instauré à une pression artérielle $\geq 130/80$ mm Hg, avec un objectif de traitement $<130/80$ mm Hg; toutes les classes d'antihypertenseurs de première intention sont utiles.

À l'avenir, il sera intéressant de voir si les changements du nouveau guide américain auront un impact sur le prochain guide de la Société Européenne d'Hypertension Artérielle.