

HTA, HORMONES ET FEMME

Avec le partenariat

*du Collège des Enseignants de Gynécologie Médicale (CEGM),
du Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire (CEMV),
du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF),
de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM),
du Groupe d'Étude sur la Ménopause et le vieillissement Hormonal (GEMVI),
de la Société Française d'Endocrinologie (SFE),
de la Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV),
de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT).*

GRUPE DE TRAVAIL

*Claire MOUNIER-VÉHIER (Cardiologue, Médecin vasculaire) Coordination du groupe,
Theodora BEJAN-ANGOULVANT (Cardiologue, Pharmacologue),
Jean-Marc BOIVIN (Médecin Généraliste), Jacques AMAR (Cardiologue, Thérapeute),
Pierre LANTELME (Cardiologue), Jacques BLACHER (Cardiologue, Thérapeute),
Laurence AMAR (Endocrinologue, Médecin Vasculaire),
Geneviève PLU-BUREAU (Gynécologue).*

GRUPE DE RELECTURE

*Yara ANTAKLY-HANON, Anne BACHELOT, Jean-Philippe BAGUET, Laurence BEQUET,
Rémi BERANGER, Jean-Jacques BOFFA, Nouari BOULGAMH,
Alessandra BURA-RIVIERE, Sophie CATTEAU-JONARD, Nathalie CHABBERT-BUFFET,
Bernard CHAMONTIN, Kenora CHAU, Jacqueline CONARD, Bénédicte COULM,
Marie-Antoinette De CRECY, Pia De REILHAC, Pascal DELSART, Thierry DENOLLE,
Claire DOUILLARD, Michel DREYFUS, Béatrice DULY-BOUHANICK, Philippe DURANDET,
Joseph EMMERICH, Jean-Pierre FAUVEL, Patrick FAYOLLE, Christian GHASAROSSIAN,
Marilyne GIORNO, Dominique GUERROT, Jean-Michel HALIMI, Fabienne HAUS,
Isabelle HERON, Alexandre HERTIG, Faiçal JARRAYA, Philippe JAURY,
Guillaume JONDEAU, Serge KOWNATOR, Natalia KPOGBEMABOU, Sandra LANGLET,
Claire LE HELLO, Sylvain LE JEUNE, Guillaume LEDIEU, Brigitte LETOMBE,
Patrice LOPES, Marilucy LOPEZ-SUBLET, Anne-Laure MADIKA,
Stéphane MANZO-SILBERMAN, Julia MARUANI, Ulrique MICHON-PASTUREL,
Héliane MISSEY-KOLB, Bruno MOULIN, Jean-Jacques MOURAD, Françoise MOUSTEOU,
Edgar NASR, Marie-Paule NOUSSE-HOUPPE, Elisabeth PAGANELLI,
Antoinette PECHERE, Alexandre PERSU, Anne-Sophie POLGE, Xavier POURRAT,
Brigitte RACCAH-TEBEKA, Geoffroy ROBIN, François SILHOL, Annie SOBASZEK,
Philippe SOSNER, Mickaël SOUED, Brigitte STANDISH-CHESNEL, Elisabeth STEYER,
Pierre-Louis THARAUX, Bernard VAÏSSE, Philippe VAN DE BORNE, Grégoire WUERZNER,
Alexandra YANNOOTSOS.*

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT

Les signataires de ce document indiquent avoir des liens d'intérêt avec des industriels qui commercialisent des produits de santé. Ils déclarent avoir réalisé ces recommandations en toute indépendance. La base de données publique Transparence - Santé rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé.

REMERCIEMENT

Rachida M'SSIEH pour le suivi opérationnel du projet consensus HTA, HORMONES ET FEMME

INTRODUCTION

Le risque d'hypertension artérielle (HTA) augmente avec l'âge mais avec des différences selon le sexe. L'HTA est une maladie rare chez les individus, hommes ou femmes, avant 50 - 60 ans, étant moins fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les données épidémiologiques françaises récentes de l'étude ESTEBAN (BEH 2018) retrouvent une dégradation de la situation en matière d'HTA chez les femmes par rapport à 2006. On observe à la fois une augmentation du niveau moyen de la pression artérielle, conjointement à une augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, ainsi qu'une moindre proportion de femmes hypertendues traitées par antihypertenseurs chez les femmes dès 55 ans.

Parallèlement, l'incidence des maladies cardio-vasculaires chez la femme est beaucoup plus faible que chez l'homme, puis augmente rapidement après la ménopause. L'hypothèse longtemps discutée pour expliquer cette plus faible incidence des pathologies artérielles chez la femme jeune a été celle de l'effet protecteur des estrogènes endogènes. La carence estrogénique lors de la ménopause est un des nombreux facteurs (génétiques, immuno-enzymatiques, facteurs de risque confondants) pouvant expliquer la majoration significative du risque cardio-vasculaire et métabolique chez les femmes après 50 ans. Les mécanismes par lesquels la carence estrogénique augmente le risque de l'HTA incluent notamment la perte de l'effet protecteur vasodilatateur et antiprolifératif des estrogènes endogènes sur les vaisseaux et la survenue d'une hyperandrogénie relative qui contribue à l'élévation de la pression artérielle (PA) après la ménopause. Il s'en suit conjointement l'apparition d'un syndrome métabolique avec insulino-résistance qui participe à la genèse de cette hypertension artérielle.

Malgré ces considérations physiopathologiques et les études épidémiologiques en faveur du rôle bénéfique du traitement hormonal de la ménopause (THM) sur la pression artérielle et le risque cardio-vasculaire chez la femme récemment ménopausée, les premiers essais randomisés, avec des traitements prescrits par voie orale, ont plutôt montré une augmentation de ce risque cardio-vasculaire. De plus, il n'a pas été clairement démontré que le THM réduisait le niveau de pression artérielle. L'effet du THM par voie transdermique était neutre. En réalité, les effets des estrogènes exogènes sur le vaisseau dépendent non seulement du type d'estrogène, de sa posologie et de sa voie d'administration, mais également de la présence (effets plutôt délétères) ou non (effets plutôt bénéfiques) d'athérome vasculaire pré-existant. De ceci découle la notion de fenêtre d'intervention pour le traitement hormonal de la ménopause qu'il convient de discuter chez la femme de moins de 60 ans, récemment ménopausée (< 10 ans), en prévention primaire, et dont le risque cardio-vasculaire est contrôlé. Par ailleurs, l'impact de la molécule progestative associée à l'estrogénothérapie chez la femme non hystérectomisée, doit être prise en compte.

Les spécificités de la femme concernant le risque d'HTA et le débat quant aux bénéfices et risques du THM chez la femme ménopausée hypertendue nous ont conduits à proposer un consensus d'experts de la Société Française d'Hypertension sur les spécificités de la prise en charge de l'HTA de la femme. Deux phases clés hormonales, la contraception et la ménopause ont été prises en compte avec l'impact des traitements exogènes hormonaux, la grossesse ayant fait l'objet d'un consensus spécifique en 2016 : <http://www.sfhta.eu>.

MÉTHODE

Le groupe d'experts a choisi de prendre en considération, principalement, les études (cohortes et essais thérapeutiques) de grande envergure, les revues systématiques et méta-analyses, et les recommandations nationales et internationales. Le groupe a considéré les articles publiés en langues française et anglaise jusqu'en juin 2018.

Afin de favoriser l'utilité pour la pratique quotidienne de ce consensus, le groupe a volontairement limité le nombre de recommandations à 15 et leur rédaction a été la plus synthétique possible.

Une cotation des recommandations a été effectuée par le groupe selon la méthode GRADE qui cote à la fois la qualité globale de la preuve scientifique (nombre et qualité des études) et la force des recommandations qui en découlent (force des preuves en faveur/défaveur de la recommandation). Les recommandations sont de grade A (preuve scientifique élevée), grade B (preuve scientifique moyenne), grade C (preuve scientifique faible) et de classe 1 (il est recommandé), classe 2 (il est suggéré), classe 3 (il n'est pas recommandé) ou un accord professionnel en l'absence de données suffisantes pour établir un niveau de preuve et la classe des recommandations.

Les recommandations ont ensuite été soumises avec leur argumentaire à un groupe de lecture comprenant des médecins hospitaliers et libéraux, généralistes et spécialistes. Pour chaque recommandation, ont été évaluées la précision, la pertinence, l'applicabilité, la correspondance à la pratique et l'utilité en utilisant une échelle discontinue graduée de 1 à 9.

La rédaction définitive des recommandations a été réalisée après la prise en compte de l'évaluation du groupe de lecture.

Un texte d'argumentaire, à partir duquel les recommandations ont été émises, sera publié, et accessible sur www.sfhta.eu.

Une évaluation de l'impact de ce document sur les objectifs de santé publique, basée sur une enquête épidémiologique serait souhaitable après sa diffusion.

ÉPIDÉMIOLOGIE

DIFFÉRENCES HOMME / FEMME (avant la ménopause / après la ménopause)

Prévalence de l'HTA globalement moins fréquente chez la femme avant la ménopause

Chez l'adulte, jusqu'à 50 - 60 ans, l'hypertension artérielle est une maladie peu fréquente, moins fréquente chez les femmes que chez les hommes. L'analyse de la littérature ne permet pas de déterminer si cette différence est liée à un effet protecteur des estrogènes endogènes sur le risque d'hypertension artérielle, à des différences génétiques ou immuno-enzymatiques liées au sexe mais d'origine non hormonale ou encore à de très nombreuses variables confondantes (consommation de sel, consommation d'alcool, consommation de fruits et de légumes, indice de masse corporelle, facteurs psycho-socio-économiques, sédentarité notamment).

Prévalence de l'HTA plus fréquente chez la femme à la ménopause

Après la ménopause, le risque de l'hypertension artérielle chez la femme augmente et rejoint rapidement celui de l'homme pour même le dépasser à partir de la septième décennie. Les facteurs faisant que l'hypertension artérielle devient plus fréquente après la septième décennie chez les femmes sont en rapport avec les différences de risque cardio-vasculaire et d'espérance de vie entre les hommes et les femmes en plus d'un probable effet survivant chez les hommes âgés. Les mécanismes faisant que la carence estroprogestative augmente le risque de survenue d'hypertension artérielle ont été largement étudiés. Ces mécanismes sont à l'évidence pluriels. Il n'a par contre pas été clairement démontré qu'un traitement hormonal de la ménopause réduisait le niveau de pression artérielle. Notons que la voie d'administration, le choix des molécules, le respect de la fenêtre d'intervention ainsi que la posologie semblent moduler les effets vasculaires potentiels.

HTA ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE DE LA FEMME

RECOMMANDATION 1

- a) Il est recommandé de dépister systématiquement l'HTA chez la femme, à chaque consultation médicale et obligatoirement au moment de la prescription d'une contraception ou d'un traitement hormonal de ménopause (**Grade B - Classe 1**). L'HTA, en consultation, est définie par une pression artérielle $\geq 140/90$ mm Hg ;
- b) En cas d'HTA légère à modérée dépistée en consultation (PAS comprise entre 140 et 179 mm Hg et/ou PAD comprise entre 90 et 109 mm Hg), il est recommandé de confirmer l'HTA par des mesures en dehors du cabinet médical soit par automesure tensionnelle (AMT), soit par mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) sur 24 heures (**Grade B - Classe 1**).

RECOMMANDATION 2

Chez la femme hypertendue (figure 1) :

- a) Il est recommandé d'évaluer le niveau de risque cardio-vasculaire en prenant en compte : la consommation de tabac, l'indice de masse corporelle, la circonférence abdominale, la présence d'un diabète, la glycémie à jeun, la présence d'une dyslipidémie (bilan d'exploration d'une anomalie lipidique), l'existence d'antécédents cardio-vasculaires familiaux précoces, l'existence d'une altération de la fonction rénale (créatininémie avec évaluation du débit de filtration glomérulaire), la détection d'une protéinurie avec l'étude du ratio urinaire albumine/créatinine (**Grade B - Classe 1**) ; il est recommandé d'évaluer par l'interrogatoire la sédentarité, le stress psycho-social et la ménopause le cas échéant (**Grade C - Classe 1**) ;
- b) Il est recommandé de rechercher des antécédents personnels de migraines avec aura étant donné l'augmentation associée du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique, particulièrement majoré par l'utilisation de certains traitements hormonaux (**Grade B - Classe 1**) ;
- c) Il est recommandé de rechercher les antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidique, pré-éclampsie, HELLP syndrome), de retard de croissance intra utérin, ou de diabète gestationnel (**Grade B - Classe 1**) ;

- d) Il est suggéré de dépister un syndrome d'apnée du sommeil devant des signes cliniques évocateurs à l'interrogatoire (**Grade C - Classe 2**).

HYGIÈNE DE VIE ET HTA CHEZ LA FEMME / SPÉCIFICITÉS FÉMININES DU TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

RECOMMANDATION 3

Les comportements de santé seront promus à tout âge chez la femme, notamment au cours de la péri-ménopause :

- a) Il est recommandé de proposer d'associer les mesures suivantes : un sevrage tabagique (**Grade A - Classe 1**) qui doit être aidé et suivi ; une alimentation, pauvre en sel avec un objectif à 6 g/jour de sel, riche en fibres, en légumes et acides gras polyinsaturés (**Grade A - Classe 1**) ; une limitation de la consommation d'alcool qui ne doit pas dépasser 1 unité/jour (1 unité = 125 ml de vin ou 250 ml de bière ou équivalent) avec moins de 8 unités par semaine et des journées sans consommation d'alcool (**Grade A - Classe 1**) ; en évitant le binge drinking (**Grade C - Classe 3**) ; une pratique régulière d'activité physique correspondant à 150 min/semaine à intensité modérée (respiration compatible avec une conversation) ou 75 min/semaine à intensité élevée (respiration incompatible avec une conversation) (**Grade A - Classe 1**) ; maintenir ou atteindre un IMC < 25 kg/m² (**Grade A - Classe 1**) ;
- b) Il est recommandé de rechercher et de prendre en compte les freins à la mise en œuvre des mesures d'amélioration de l'hygiène de vie, parmi lesquels on peut citer le statut socio-économique défavorisé, l'isolement, le stress au travail et la dépression (**Accord professionnel**).

SPÉCIFICITÉS DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ANTIHYPERTENSEUR CHEZ LA FEMME

RECOMMANDATION 4

Il n'y a pas de différence d'effet des antihypertenseurs selon le sexe (**Grade A - Classe 1**).

RECOMMANDATION 5

Concernant le risque des traitements antihypertenseurs lors d'une grossesse :

- a) Il est recommandé d'informer la patiente en âge de procréer de la contre-indication et de la nécessité d'interrompre les inhibiteurs d'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et les inhibiteurs directs de la rénine en cas de désir de grossesse ou de grossesse débutante (**Grade B - Classe 1**). Il est recommandé d'indiquer dans le dossier médical et dans le courrier cette information délivrée à la patiente (**Accord professionnel**) ;
- b) Il est suggéré d'informer la patiente en âge de procréer que la prise de spironolactone expose à un risque théorique de féminisation d'un fœtus masculin, raison pour laquelle il est déconseillé de l'utiliser en cas de désir de grossesse et ce, jusqu'à la fin de la 17^{ème} semaine d'aménorrhée (**Grade C - Classe 2**). A partir de la 18^{ème} semaine d'aménorrhée, la spironolactone pourra être administrée en l'absence d'alternative, après concertation multidisciplinaire et information de la patiente (**Accord professionnel**) ;
- c) Il est suggéré de réaliser une consultation pré-conceptionnelle chez la femme hypertendue traitée ayant un désir de grossesse pour adapter les traitements antihypertenseurs et vérifier le contrôle de la pression artérielle (**Grade C - Classe 2**).

RECOMMANDATION 6

Les situations les plus fréquentes chez les femmes où il convient de moduler le traitement antihypertenseur sont les suivantes :

- a) Il est suggéré d'envisager, en première intention, la prescription de diurétiques thiazidiques chez les patientes ménopausées à haut risque de fracture ostéoporotique, par exemple : les patientes ayant un antécédent de fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral ; ou un antécédent personnel de fracture périphérique de basse énergie ; ou une corticothérapie systémique en cours (**Grade B - Classe 2**) ;
- b) Il est suggéré d'envisager, en première intention, la prescription d'un bêtabloquant notamment le métoprolol ou le propranolol, chez les patientes

hypertendues migraineuses (**Grade C - Classe 2**) ; le candésartan est à envisager en deuxième intention, en cas de contre-indication ou d'inefficacité au bêtabloquant (**Accord professionnel**) ;

- c) Il est suggéré d'envisager, en première intention, la spironolactone chez la patiente hypertendue ayant un syndrome des ovaires polykystiques, afin de limiter certains symptômes tels que l'hirsutisme, du fait de son action sur les récepteurs des androgènes (**Grade B - Classe 2**) ;
- d) Il est suggéré d'envisager une alternative thérapeutique à la spironolactone chez les femmes qui souffrent de mastodynies ou de métrorragies (**Grade C - Classe 2**) ;
- e) Il n'y a pas d'argument à ce jour en faveur de l'augmentation du risque de cancer gynécologique chez les femmes traitées par la spironolactone. Toutefois, chez les femmes ayant eu un cancer du sein ou de l'endomètre, il est suggéré, par principe de précaution, de substituer la spironolactone par un autre anti-hypertenseur en l'absence d'indication spécifique (**Accord professionnel**).

HTA SECONDAIRES CHEZ LA FEMME

RECOMMANDATION 7

Les deux principales étiologies non iatrogènes d'une HTA secondaire chez la femme en âge de procréer sont l'hyperaldostéronisme primaire et la dysplasie fibromusculaire rénale.

- a) Il est recommandé de rechercher une HTA secondaire chez les femmes qui restent hypertendues trois mois après une grossesse, chez les patientes de moins de 40 ans ou chez les patientes ayant une HTA de grade 3 (PA \geq 180/110 mm Hg) (**Accord professionnel**) ;
- b) Il est suggéré que le bilan initial d'une HTA secondaire chez la femme soit effectué par un spécialiste de l'HTA ; il comportera un dosage de la rénine et de l'aldostérone et un angio-scanner des artères rénales (ou une angio-IRM en cas de contre-indication) (**Grade C - Classe 2**).

RECOMMANDATION 8

La principale étiologie iatrogène d'une HTA secondaire chez la femme en âge de procréer est la contraception estroprogestative.

- a) Devant la découverte d'une HTA sévère (PA \geq 180/110 mm Hg) en consultation chez une femme utilisant une contraception estroprogestative, il est recommandé d'arrêter immédiatement celle-ci au profit d'une contraception mécanique ou microprogestative ou d'un dispositif intra-utérin au cuivre et de débiter un traitement anti-hypertenseur **(Grade C - Classe 1)** ;
- b) Devant la découverte d'une HTA légère à modérée en consultation (PAS comprise entre 140 et 179 mm Hg et/ou PAD comprise entre 90 et 109 mm Hg) chez une femme utilisant une contraception estroprogestative, il est recommandé de confirmer l'HTA par une mesure de pression artérielle en dehors du cabinet (automesure-tensionnelle ou mesure ambulatoire pression artérielle) **(Grade C - Classe 1)**. En cas d'HTA avérée, il est recommandé d'interrompre la contraception estroprogestative au profit d'une contraception mécanique ou microprogestative ou d'un dispositif intra-utérin au cuivre **(Grade C - Classe 1)** ;
- c) Dans les deux cas de figure, il est recommandé de confirmer le diagnostic d'HTA au moins 3 mois après l'arrêt de la contraception estroprogestative par une mesure de pression artérielle en dehors du cabinet (AMT ou MAPA) **(Grade C - Classe 1)**.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET CONTRACEPTION

RECOMMANDATION 9

Concernant la contraception chez la femme hypertendue (figure 2) :

- a) Il n'est pas recommandé de prescrire une contraception estroprogestative à une femme hypertendue (contrôlée ou non contrôlée) et ce quel que soit son mode d'administration (voie orale, patch, anneau vaginal) car ces contraceptions sont associées à un risque d'augmentation de la pression artérielle **(Grade A - Classe 3)** ;
- b) Il est recommandé de proposer à une femme hypertendue qui ne désire pas de grossesse une contraception efficace : microprogestative, quel

que soit le mode d'administration (voie orale, sous cutanée ou intra utérine) ou un dispositif intra utérin au cuivre, en l'absence de contre-indication gynécologique **(Grade B - Classe 1)**.

HTA ET MÉNOPAUSE

RECOMMANDATION 10

Chez la femme hypertendue et ménopausée (Tableau 1) :

- a) Il est recommandé de renseigner l'ancienneté de la ménopause (< à 10 ans) ; de prendre en compte la précocité de la survenue de celle-ci (< 40 ans) et l'existence ou non de symptômes climatiques **(Grade B - Classe 1)** ;
- b) Il est recommandé de rechercher les symptômes suspects de la maladie coronaire de la femme (douleurs thoraciques de repos ou d'effort; fatigabilité ou dyspnée à l'effort d'aggravation progressive; signes digestifs tels que épigastralgies ou nausées; palpitations de repos ou d'effort) devant conduire à un dépistage ciblé par le cardiologue **(Grade C - Classe 1)** ;
- c) Il est recommandé de dépister l'artériopathie des membres inférieurs, d'expression clinique fréquemment atypique chez la femme, par l'interrogatoire, la palpation des pouls périphériques, et la mesure de l'index de pression artérielle systolique à la cheville (IPS pathologique quand < 0.9 ou >1.4). Une vigilance particulière sera portée aux femmes fumeuses ou diabétiques **(Grade B - Classe 1)**.

HTA ET TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE (THM)

RECOMMANDATION 11

Chez une femme hypertendue ménopausée n'ayant pas de symptômes climatiques, il n'est pas recommandé d'initier un THM **(Grade A - Classe 3)**.

RECOMMANDATION 12

Chez une femme hypertendue ménopausée ayant des symptômes climatiques (Tableau 2, figures 1 et 3) :

- a) Il est recommandé de discuter au cas par cas le THM avec le médecin généraliste ou le gynécologue en vérifiant l'absence de contre-indications, en particulier, cardio-vasculaires et gynécologiques **(Accord professionnel)** ;

- b) Il est recommandé de considérer les éléments suivants pour évaluer le risque cardio-vasculaire lié à l'instauration d'un THM : l'âge de la patiente (> 60 ans), l'ancienneté de la ménopause (> 10 ans), l'absence de contrôle tensionnel et un niveau de risque cardio-vasculaire élevé à très élevé (**Grade B - Classe 1**) ;
 - c) Il n'est pas recommandé de prescrire un THM (voie orale ou transdermique) chez une femme hypertendue à risque cardio-vasculaire élevé ou très élevé, quel que soit son âge et l'ancienneté de sa ménopause (**Grade A - Classe 3**) ;
 - d) Il n'est pas recommandé de prescrire un THM (par voie orale ou transdermique) chez une femme hypertendue de plus de 60 ans et dont la ménopause date de plus de 10 ans, quel que soit son niveau de risque cardio-vasculaire (**Grade B - Classe 3**) ;
 - e) Il est suggéré d'évaluer annuellement la balance bénéfico-risque avant de poursuivre un THM chez les femmes de plus de 60 ans et dont la ménopause date de moins de 10 ans (**Grade B - Classe 3**) ;
 - f) Il est recommandé de prescrire uniquement des œstrogènes par voie transdermique (voie orale contre indiquée) associés à de la progestérone naturelle ou de la dydrogestérone en l'absence d'hystérectomie, chez une femme hypertendue contrôlée, à risque cardio-vasculaire faible à modéré, âgée de moins de 60 ans, et dont la ménopause date de moins de 10 ans (**Grade B - Classe 1**).
- a) Il est suggéré d'envisager la prescription d'un traitement non hormonal du syndrome climatérique, qui sera discuté au cas par cas, en tenant compte de l'ensemble des symptômes (**Grade B - Classe 2**) ;
 - b) Il est recommandé d'informer les patientes de la méconnaissance des effets cardio-vasculaires des phyto-œstrogènes et de leur déconseiller leur utilisation (**Accord professionnel**).

PARCOURS DE SOINS DE LA FEMME HYPERTENDUE

RECOMMANDATION 15

Il est suggéré de mettre en place, le plus précocement possible, un parcours de soins coordonné entre le médecin généraliste, le gynécologue et le médecin cardio-vasculaire pour optimiser la prise en charge globale et le suivi de la femme hypertendue (**Accord professionnel**).

RECOMMANDATION 13

En cas de prescription d'un THM (Tableau 3) :

- a) Il est recommandé d'évaluer annuellement avec le médecin traitant ou le gynécologue les bénéfices (réduction des symptômes climatériques) et les risques (cardio-vasculaires, métaboliques, gynécologiques) chez la femme hypertendue utilisant un THM (**Accord professionnel**).

HTA ET TRAITEMENTS NON HORMONAUX DE LA MÉNOPAUSE

RECOMMANDATION 14

Chez la femme hypertendue ménopausée ayant des symptômes climatériques en cas de contre-indication au THM :

FIGURE 1 : Stratification spécifique du risque cardio-vasculaire artériel chez la femme

Accord professionnel

Catégorie de risque à 10 ans	Critères	
Risque CV élevé à très élevé <i>(au moins un des éléments suivants)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Maladie coronaire ou cérébro-vasculaire ◆ Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; artériopathie des artères rénales ou des artères digestives ; anévrisme de l'aorte abdominale ◆ Fibrillation atriale ◆ Plaque d'athérome significative documentée (sténose $\geq 50\%$) ◆ Insuffisance rénale modérée (CKD-eDFG : 30-50 mL/min/1.73m²) ou sévère (CKD-eDFG < 30 mL/min/1,73m²) ; et/ou ratio albumine/créatinine urinaire > 30 mg/g ◆ Diabète, avec ou sans atteinte d'organe cible ◆ Hypercholestérolémie sévère familiale (> 310 mg/dl) ◆ HTA de grade 3 (PA $\geq 180/110$ mn Hg) ou avec hypertrophie ventriculaire gauche ◆ Risque cardio-vasculaire selon le SCORE $\geq 5\%$ 	
Risque CV à préciser par un avis cardio-vasculaire <i>(au moins un des éléments suivants)</i>	<p style="text-align: center;">Facteurs de risque majeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tabagisme actif ou arrêt < 3 ans* +++ ◆ HTA grade 1 ou 2 non traitée, ou traitée et non contrôlée ◆ Dyslipidémie traitée ou non traitée ◆ Antécédent familial de maladie cardio-vasculaire au 1^{er} degré < 55 ans chez l'homme et < 65 ans chez la femme ◆ Antécédent familial d'AVC eu 1^{er} degré < 45 ans ◆ Obésité abdominale (circonférence abdominale ≥ 88 cm) 	<p style="text-align: center;">Autres facteurs ou situations à risque dont certains spécifiques chez la femme**</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidique, pré-éclampsie, HELLP syndrome) et/ou de diabète gestationnel** ◆ Migraine avec aura** ◆ Ménopause (surtout si < 40 ans)** ◆ Syndrome métabolique ◆ Athérosclérose infra-clinique (plaque d'athérome) de découverte fortuite non significative < 50 %) ◆ Maladie systémique auto-immune ◆ Maladie inflammatoire chronique ◆ Sédentarité ◆ Désadaptation cardio-vasculaire à l'effort
Risque CV faible à modéré	<ul style="list-style-type: none"> ◆ HTA grade 1 ou grade 2 traitée et contrôlée, sans autre facteur de risque cardio-vasculaire ◆ Risque cardio-vasculaire selon le SCORE < 5 % 	

***Le tabagisme est le 1^{er} facteur de risque majeur d'accident coronaire chez la femme de moins de 55 ans**

La femme est en **situation optimale de santé CV** si elle n'a **aucun facteur ou situation à risque** et une **hygiène de vie parfaite**

Mosca L. et al. *Recommandations AHA sur le risque cardio-vasculaire de femme*; Buschnell et al. *Recommandations AHA sur l'AVC de la femme*. Stratification du risque cardio-vasculaire HAS 2017 ; Stratification du risque cardio-vasculaire de l'hypertendu ESH/ESC 2018 ; Recommandation sur la prévention cardio-vasculaire ESC 2016 ; Recommandations de la Société Endocrinienne sur la ménopause 2015

FIGURE 2 : Prescription et suivi d'une contraception chez la femme hypertendue

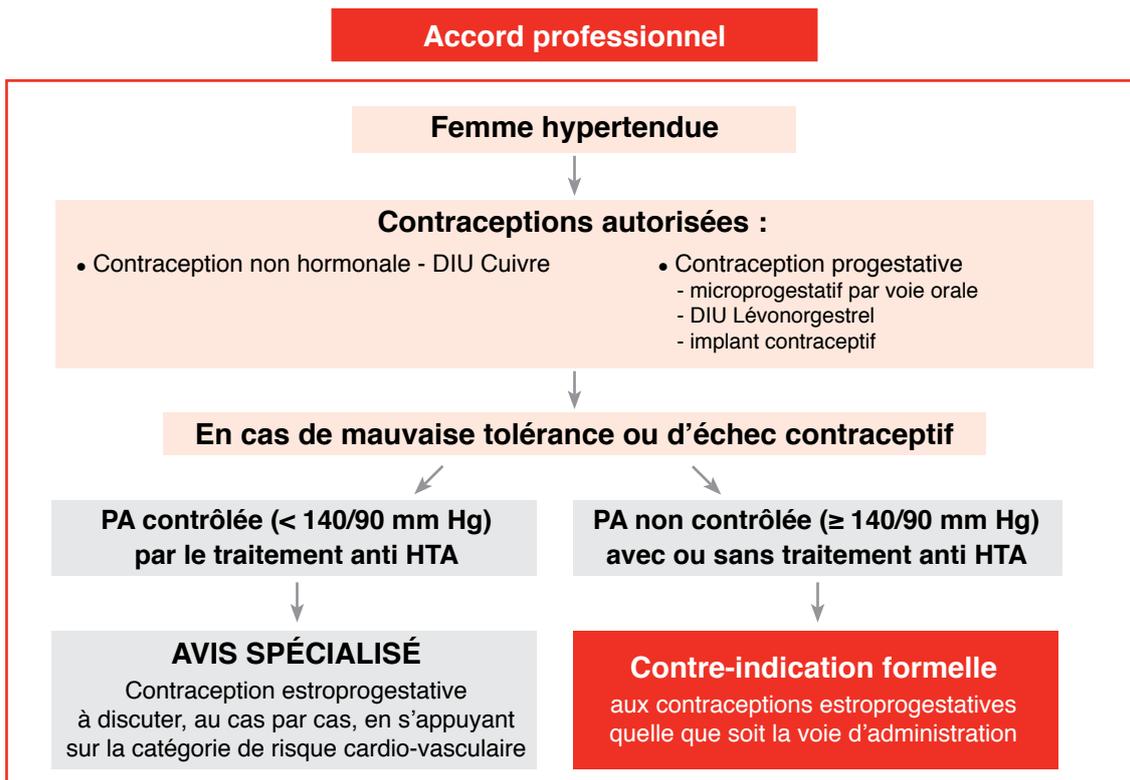
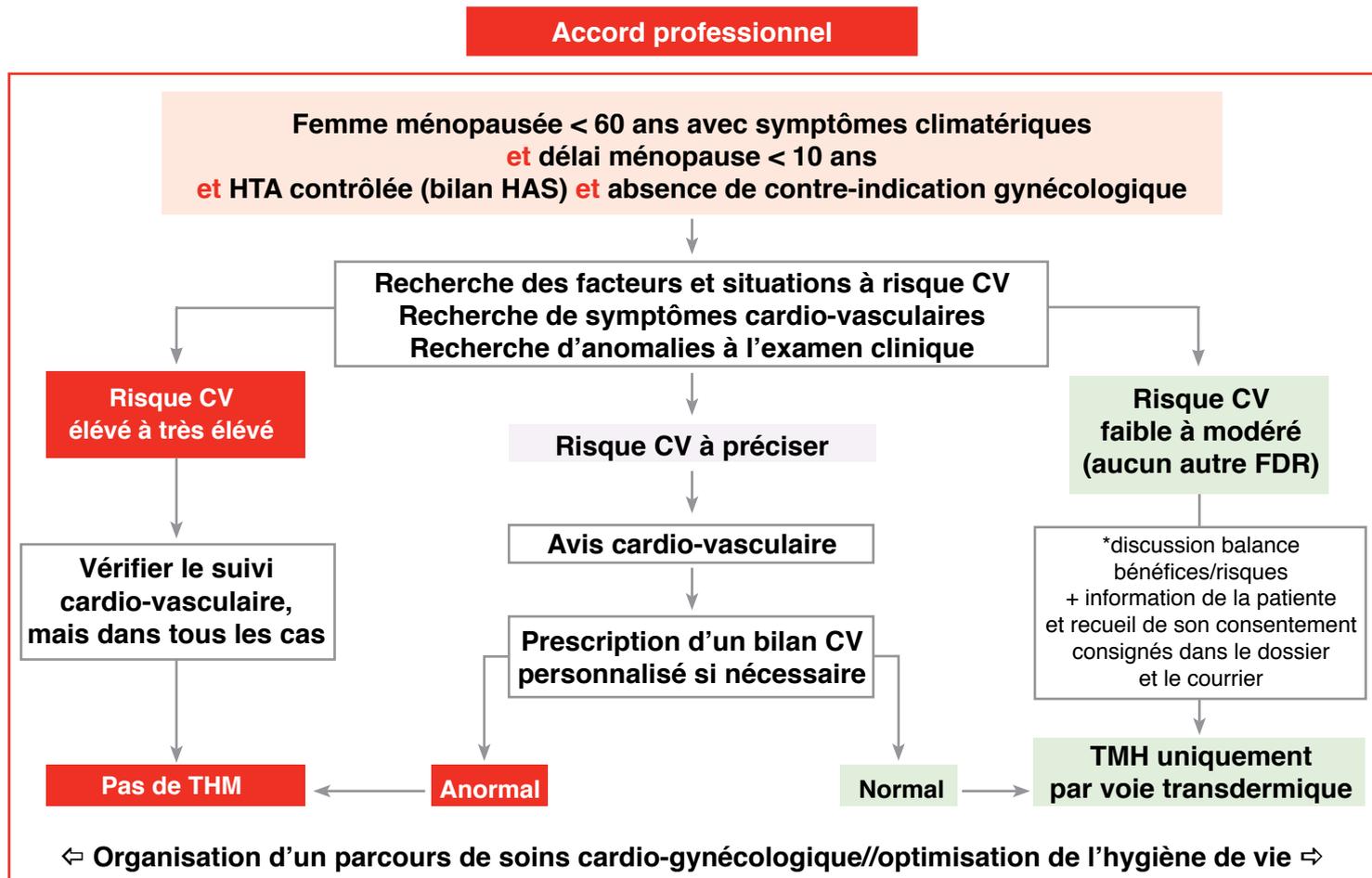


FIGURE 3 : Algorithme d'aide à la prescription du traitement hormonal de ménopause (THM) chez la femme hypertendue avec symptômes climactériques, selon la catégorie de risque cardio-vasculaire (CV)



Annexes

Ces tableaux sont des outils d'aide à la prise en charge des femmes hypertendues au moment de la ménopause. Il ne s'agit pas de recommandations.

Tableau 1 : Définitions en l'absence d'hystérectomie et de traitement hormonal

- **Périménopause ou transition ménopausique** : période précédant l'arrêt définitif des règles et incluant la première année d'aménorrhée; souvent associée à des symptômes cliniques tels que : cycles irréguliers et méno-métrorragies
- **Ménopause** : période débutant après 12 mois consécutifs d'aménorrhée avec arrêt définitif des règles chez une femme en bonne santé de plus de 40 ans; diagnostic clinique rétrospectif ; âge moyen ménopause en France : 51 ans
- **Insuffisance ovarienne prématurée (anciennement ménopause précoce)** : ménopause survenant avant 40 ans, naturelle, chirurgicale ou post-chimiothérapie/radiothérapie

*Recommandations IMS, Climacteric 2016 ; Recommandations Nice BMJ 2015 ;
Recommandations Endocrine Society. J clin endocrinol metabol 2015*

Tableau 2 : Syndrome climatérique de la ménopause (SCM)

Le SCM est défini par la présence d'un ou plusieurs symptômes cliniques suivants :

- Bouffées vasomotrices nocturnes et/ou diurnes
- Sueurs nocturnes et/ou diurnes
- Douleurs articulaires
- Troubles génito-urinaires
- Troubles de l'humeur : anxiété, dépression ou tendance dépressive, irritabilité, pertes d'attention, pertes de mémoire
- Troubles du sommeil
- Baisse de la libido
- Asthénie
- Frilosité

*Recommandations IMS, climacteric 2016 ; Recommandations Nice BMJ 2015 ;
Recommandations Endocrine Society. J clin endocrinol metabol 2015*

Tableau 3 : Balance bénéfiques-risques du traitement hormonal de la ménopause (THM)

Organes	Bénéfices	Risques
Syndrome climatérique	<ul style="list-style-type: none"> ↳ bouffées de chaleur ↳ sécheresse vaginale ↳ troubles de l'humeur ↳ troubles du sommeil ↳ arthralgies Amélioration de la sexualité 	
Os	<ul style="list-style-type: none"> ↳ ostéoporose ↳ fractures ostéoporotiques (vertèbres et col du fémur) 	
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> ↳ probable du risque d'IDM chez femmes récemment ménopausées sans facteur de risque cardio-vasculaire Peu d'informations avec la voie percutanée 	↗ risque d'IDM la première année de traitement avec le THM par voie orale
Cerveau	Peu d'informations avec la voie percutanée	↗ risque d'AVC avec le THM par voie orale
Veines (thrombose veineuse ou embolie pulmonaire)	Pas de modification du risque avec la voie percutanée	↗ risque TVP ou EP par voie orale
Cancer du sein		↗ risque après 5 ans d'utilisation
Cancer de l'endomètre		Pas de modification du risque si progestatif associé pendant au moins 12 jours par mois
Cancer de l'ovaire		↗ modéré du risque
Cancer du colon	↳ du risque	

Recommandations IMS, Climacteric 2016 ; Recommandations Nice BMJ 2015 ; Recommandations Endocrine Society. J clin endocrinol metabol 2015

MOTS CLÉS

hypertension artérielle - épidémiologie - hygiène de vie - diagnostic - traitement antihypertenseur - estrogène - progestérone - HTA secondaires - contraception - risque cardio-vasculaire - facteurs de risque - ménopause - syndrome climatérique - traitement hormonal - traitement non hormonal - parcours de soins - prévention.

GLOSSAIRE

AAA : anévrisme de l'aorte abdominale

AIT : accident ischémique transitoire cérébral

AMT : automesure tensionnelle

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AVC : accident vasculaire cérébral

CA : circonférence abdominale

CKD- DFG : Estimation du débit de filtration glomérulaire par l'équation CKD-EPI (à partir de la créatininémie. Chronic Kidney

Disease EPIdemiology collaboration Levey, 2009)

COP : contraception estroprogestative

DIU : dispositif intra-utérin

EAL : exploration d'une anomalie lipidique

EP : embolie pulmonaire

FDR : facteur de risque

HAS : haute autorité de santé

HELLP : hemolysis elevated liver enzymes - low platelets : hémolyse intra vasculaire, cytolysé hépatique, thrombopénie ; variante

d'une pré-éclampsie sévère

HTA : hypertension artérielle

IDM : infarctus du myocarde

IPS : index de pression systolique à la cheville

LVN : lévonorgestrel

MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle

PA : pression artérielle

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

RCV : risque cardio-vasculaire

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SCM : syndrome climatérique de la ménopause

SCORE : Systematic COronary Risk Evaluation system

THM : traitement hormonal de la ménopause

TVP : thrombose veineuse profonde



Société Française
d'Hypertension Artérielle

Société Française d'Hypertension Artérielle

Maison du Cœur

5, rue des Colonnes du Trône

75012 PARIS

Tél. : 01 44 90 70 30 - Fax : 01 43 22 63 61

www.sfhta.eu