

# HTA et Femme

# Nouvelles Recommandations

Pr Gabrielle SARLON – BARTOLI

Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle

Timone

## HTA, HORMONES ET FEMME



Société Française  
d'Hypertension Artérielle

*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).*

### *GROUPE 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).*

# Epidémiologie

- Etude Esteban – BEH 2018 – Spécificités de la femme  $\geq 55$  ans
- Augmentation du niveau moyen de PA
- Augmentation de prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité
- Augmentation de l'HTA non traitée
- Augmentation de l'HTA traitée non contrôlée

# Physiopathologie

- Augmentation des maladies cardio-vasculaires à partir de la ménopause
- Carence oestrogénique
- Facteur favorisant l'élévation de PA par :
  - Perte de l'effet protecteur vasodilatateur et antiprolifératif des estrogènes endogènes sur les vaisseau
  - Hyperandrogénie relative
  - Syndrome métabolique avec insulino-résistance

# Traitement hormonal de la ménopause

- Plutôt augmentation du risque cardio-vasculaire
- Pas de preuve réelle de réduction de PA sous THM
- Effets vasculaires fonction :
  - Du type d'estrogène, de sa posologie et de sa voie d'administration
  - De la présence (effets plutôt délétères) ou non (effets plutôt bénéfiques) d'athérome vasculaire pré-existant
- Notion de fenêtre d'intervention : femme de moins de 60 ans, récemment ménopausée (< 10 ans), en prévention primaire, et dont le risque cardio-vasculaire est contrôlé
- Impact de la molécule progestative associée à l'oestrogénothérapie

# HTA et risque cardiovasculaire 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 ;

# MESURE DE LA PRESSION ARTERIELLE



Société Française  
d'Hypertension Artérielle

## *GROUPE DE TRAVAIL*

*Thierry DENOLLE, Roland ASMAR, Guillaume BOBRIE, Jean-Marc BOIVIN,  
Xavier GIRERD, Sylvain LE JEUNE, Bernard VAÏSSE.*

## *GROUPE DE RELECTURE*

*Yara ANTAKLY-HANON, Mathieu ARTIFONI, André ATALLAH, Christophe BACHELET,  
Nicolas BARBER-CHAMOUX, Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Jacques BLACHER,  
Romain BOULESTREAU, François CHANTREL, Yves DIMITROV, Gérard DOLL,  
Giselle DUGELAY, Béatrice DULY-BOUHANICK, Philippe GOSSE, Dominique GUERROT,  
Faïçal JARRAYA, Guillaume LAMIRAULT, Benoit LEQUEUX, Marilucy LOPEZ-SUBLET,  
Alain MERCIER, Laurène MILLET, Claire MOUNIER-VÉHIER, Jean-Jacques MOURAD,  
Edgar NASR, Olivier ORMEZZANO, Laurence PEREZ, Alexandre PERSU, Jean  
RIBSTEIN, François SILHOL, Philippe SOSNER, Elisabeth STEYER, Mohamed TEMMAR,  
Philippe VAN DE BORNE, Emmanuelle VIDAL-PETIOT.*

# Conditions de mesure au cabinet

- Appareil automatique électronique
- Marquage CE et validé par l'ANSM (<http://ansm.sante.fr/>)
- Brassard huméral adapté à la circonférence du bras
- Assis ou couché au repos depuis qq minutes
- 3 mesures répétées à 1 minute avec moyenne des 2 dernières
- Si possible à déclenchement automatique

Liste des autotensiomètres enregistrés dans le cadre de la surveillance du marché



Liste des autotensiomètres enregistrés et publiés depuis le 1er janvier 2006

Modèles bras (Huméraux) (08/08/2012) (141 ko)

Modèles poignets (Radiaux) (08/08/2012) (137 ko)



# HTA et risque cardiovasculaire 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**).

# Deux méthodes de mesure ambulatoires

- **MAPA :**

mesure ambulatoire  
de la pression artérielle



- **AMT :**

automesure  
tensionnelle à domicile



# Automesure tensionnelle à domicile

- « Règle des 3 » :
  - 3 mesures consécutives en position assise le matin
  - 3 mesures consécutives en position assise le soir
  - Pendant 3 jours, en période d'activité habituelle en dehors du week-end

# Objectifs de PA

## Valeurs de référence

### MAPA

24h : < 130 - 80 mmHg

Jour : < 135 - 85 mmHg

Nuit : < 120 - 70 mmHg

### AMT

Jour : < 135 - 85 mmHg



## RECOMMANDATION 2

Chez la femme hypertendue (figure 1) :

- 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 psychosocial et la ménopause le cas échéant (**Grade C - Classe 1**) ;
- 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**) ;
- 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**) ;
- Il est suggéré de dépister un syndrome d'apnée du sommeil devant des signes cliniques évocateurs à l'interrogatoire (**Grade C - Classe 2**).

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

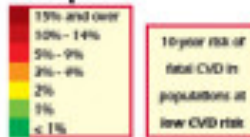
Accord professionnel

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

\*Le tabagisme est le 1<sup>er</sup> facteur de risque majeur d'accident coronarien chez la femme de moins de 55 ans

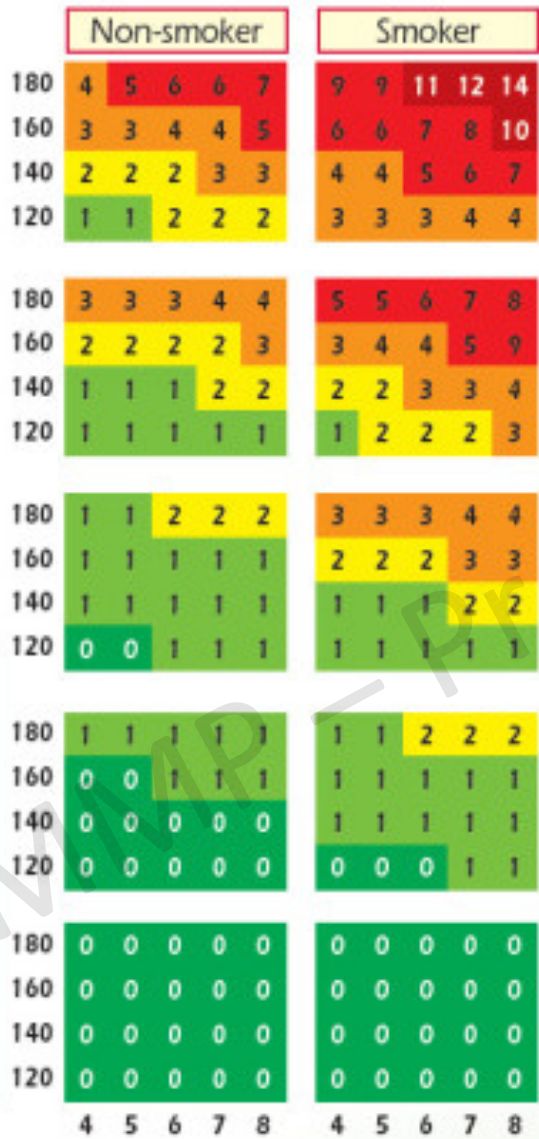
La femme est en situation optimale de santé CV si elle n'a aucun facteur ou situation à risque et une hygiène de vie parfaite

**SCORE**

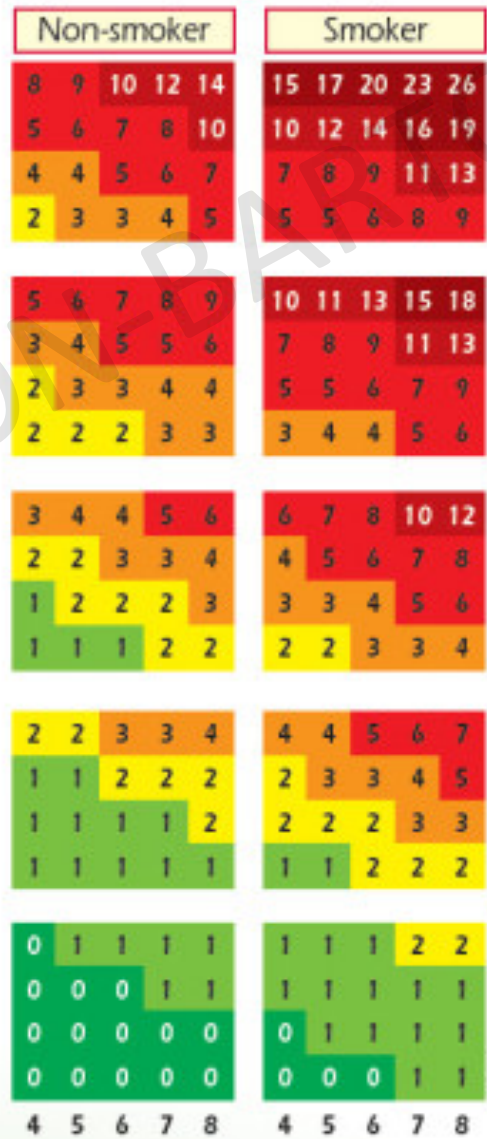


10-year risk of fatal CVD in populations at low CVD risk

**Women**



**Men**



Age

65

60

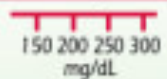
55

50

40

Systolic blood pressure (mmHg)

Cholesterol (mmol/L)



# Spécificités 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/m<sup>2</sup> **(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

## 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<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (**Grade C - Classe 2**). A partir de la 18<sup>ème</sup> 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**).



# Spécificités du traitement médicamenteux

## 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**) ;

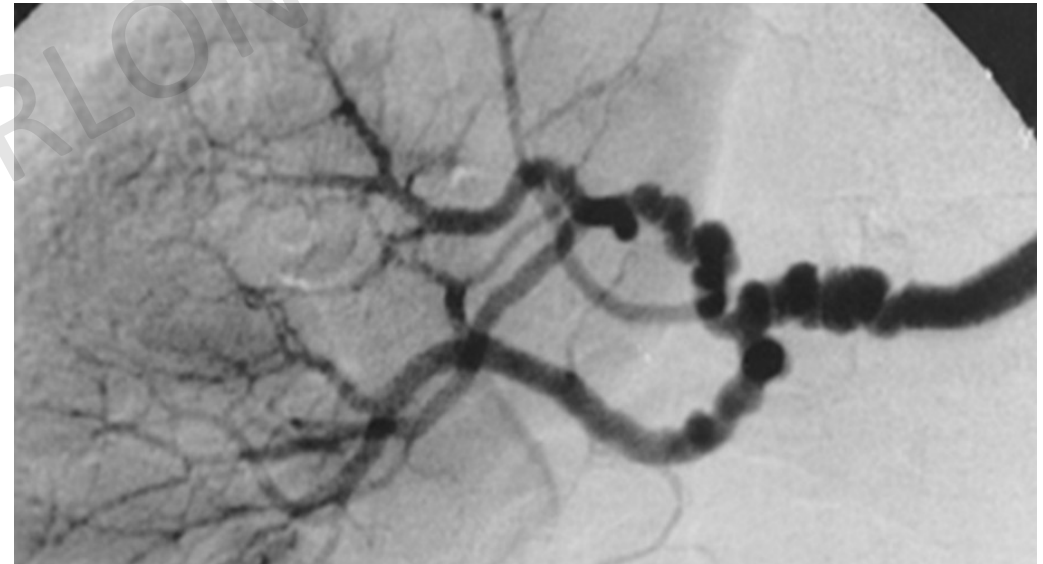
- c) Il est suggéré d'envisager, en première intention, la spironolactone chez la patiente hypertendue ayant un syndrome des ovaires polykystiques, afin de limiter certains symptômes tels que l'hirsutisme, du fait de son action sur les récepteurs des androgènes (**Grade B - Classe 2**) ;
- d) Il est 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 secondaire 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**).



# HTA secondaire iatrogène de la femme

## 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 débuter 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).

# HTA et contraception

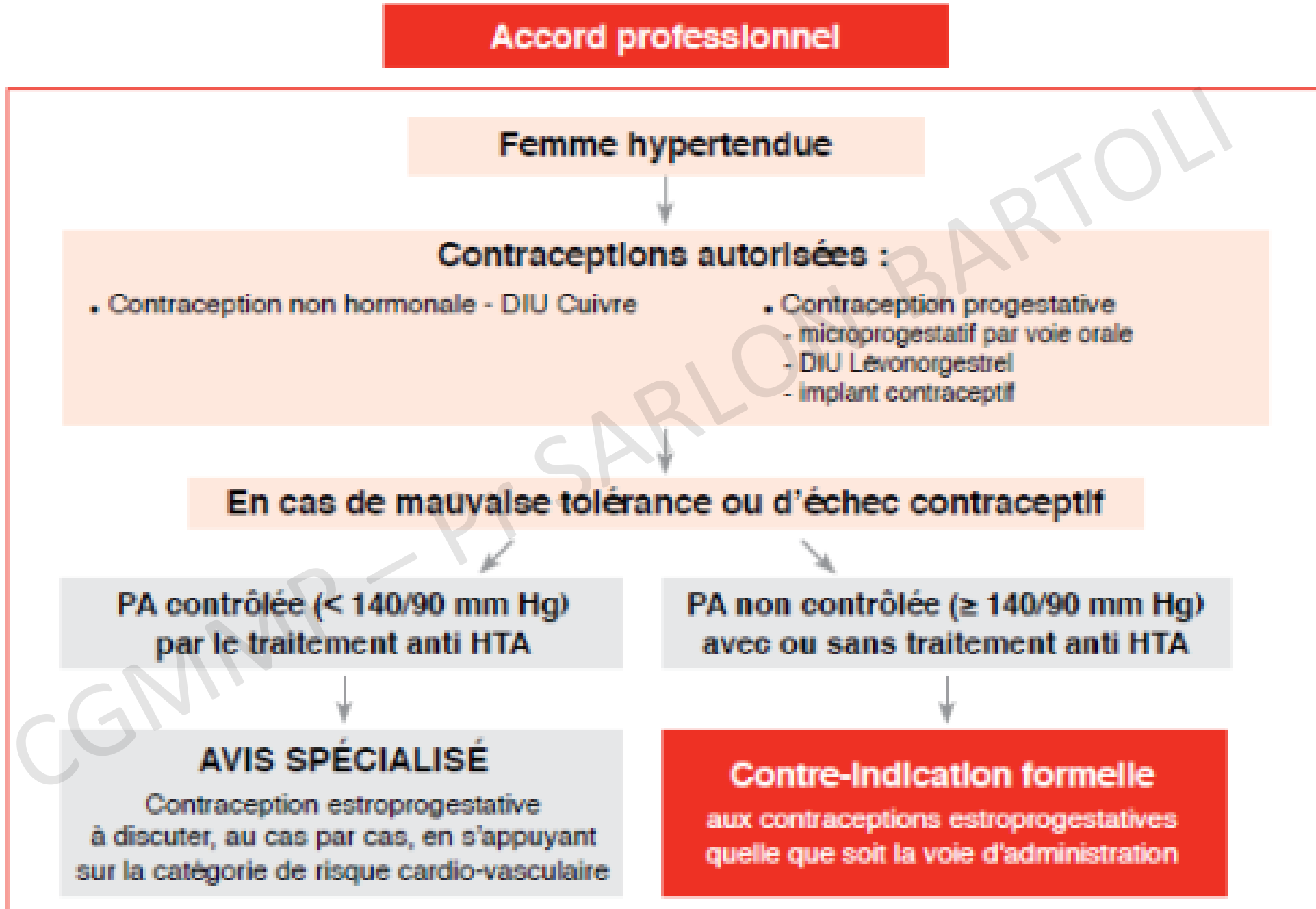
## RECOMMANDATION 9

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**).

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



# 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 climactériques **(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 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**).

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*

# HTA et THM

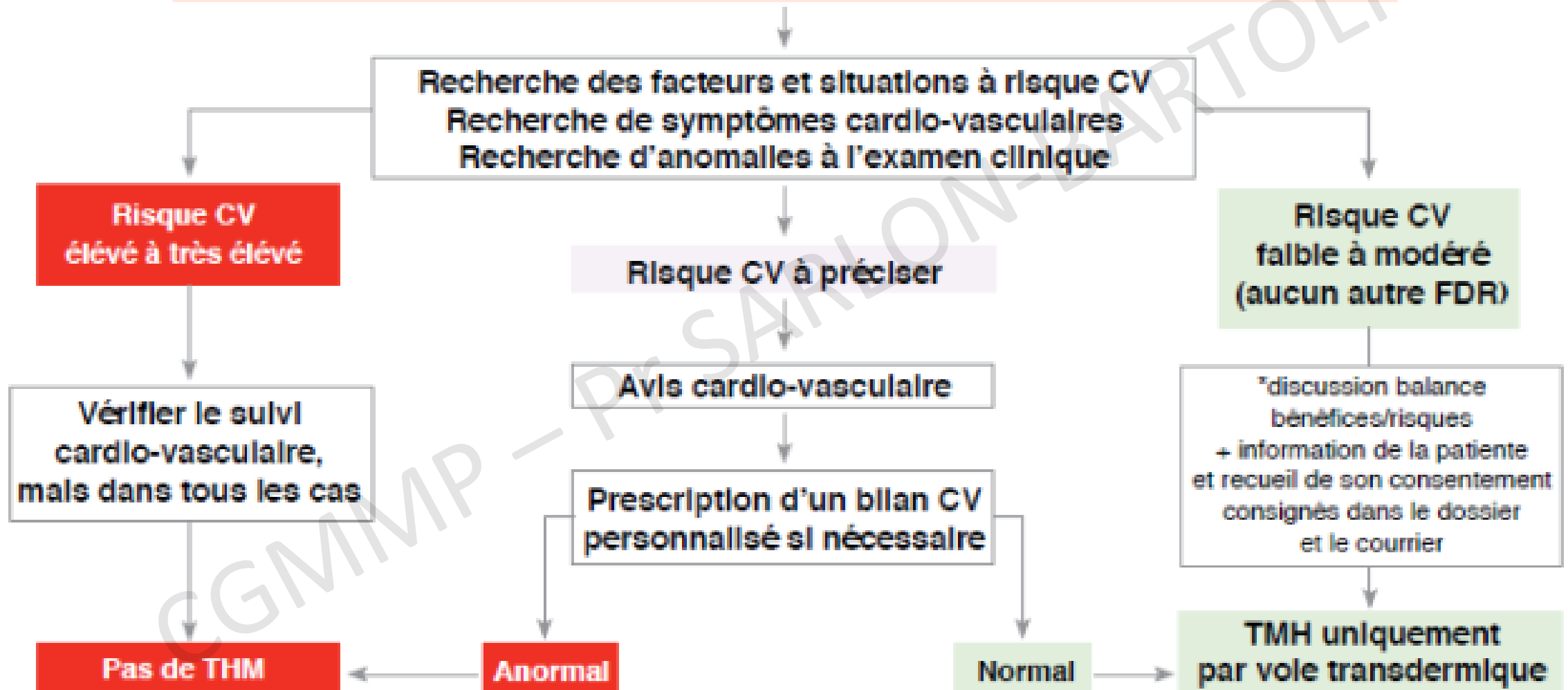
## RECOMMANDATION 12

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)**.



Femme ménopausée < 60 ans avec symptômes climactériques  
et décal ménopause < 10 ans  
et HTA contrôlée (bilan HAS) et absence de contre-Indication gynécologique



⇔ Organisation d'un parcours de soins cardio-gynécologique//optimisation de l'hygiène de vie ⇔

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

Organes	Bénéfices	Risques
Syndrome climatérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ bouffées de chaleur</li> <li>↳ sécheresse vaginale</li> <li>↳ troubles de l'humeur</li> <li>↳ troubles du sommeil</li> <li>↳ arthralgies</li> <li>Amélioration de la sexualité</li> </ul>	
Os	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ ostéoporose</li> <li>↳ fractures ostéoporotiques (vertèbres et col du fémur)</li> </ul>	
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ probable du risque d'IDM chez femmes récemment ménopausées sans facteur de risque cardio-vasculaire</li> <li>Peu d'informations avec la voie percutanée</li> </ul>	↗ 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	

### 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 traitement non hormonal de la ménopause

## RECOMMANDATION 14

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

- a) Il est suggéré d'envisager la prescription d'un traitement non hormonal du syndrome climactérique, 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 soin de la femme hypertendue

## 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**).

# Conclusions

- Mesure systématique de la PA en consultation avec un appareil automatique
- COP : contre indiquée en cas d'HTA
- THM : contre indiqué en cas de risque cardiovasculaire élevée à très élevée
- THM par voie transdermique uniquement
- Evaluer la fenêtre d'intervention pour prescrire le THM

En vous remerciant !!

CGMMP – Pr SARLON-BARTOLI