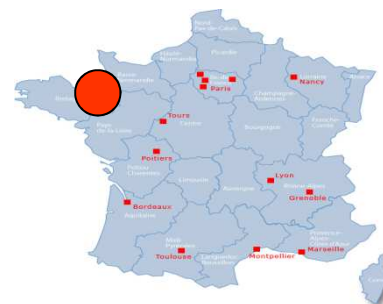


Dr Caroline DOURMAP  
Prévention cardiovasculaire  
Centre d'excellence européen en HTA  
Cardiologie- Pôle TVM  
CHU Rennes

Séminaire FMC  
EvalForm  
mars 2017  
Rennes

# Cas cliniques

Gestion d'une élévation tensionnelle  
inhabituelle au cabinet médical



**Objectifs pédagogiques** : répondre aux questions ci-dessous à partir de cas cliniques :

- Comment et dans quel délai confirmer le diagnostic d'HTA ?
- Qu'est-ce qu'une urgence hypertensive ?
- Quel(s) examen(s) réaliser rapidement ou plus tard ?
- Que rechercher ?
- Quand traiter ? Comment ?
- Quand et pourquoi demander un avis spécialisé ?

# Cas clinique 1

- Homme de 55 ans, peu suivi médicalement, non fumeur
- Consulte pour élévation tensionnelle inhabituelle repérée à la médecine du travail
- Asymptomatique
- Notion d'un IDM et d'HTA traitée chez son frère de 48 ans
- Pas de surpoids
- PA 156/95 mmHg
- Traitement: aucun

## 1.1 Quel bilan initial faites vous si l'examen physique est normal ?

- 1 – Sodium, potassium, créatinine avec estimation du DFG, glycémie, EAL
- 2 – Recherche d'une protéinurie
- 3 – Rapport albumine/créatinine urinaire
- 4 – ECG
- 5 – Fond d'oeil

# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
Sodium, potassium, créatinine avec estimation du DFG, glycémie, EAL	5	50%
Recherche d'une protéinurie	2	20%
Rapport albumine/créatinine urinaire	1	10%
ECG	2	20%
Fond d'oeil	0	0%
NSP	0	0%
Total	10	100%

Réponses effectives : 10

Non-réponse(s) : 0

Modalités les plus citées : Sodium, potassium, créatinine avec estimation du DFG, glycémie, EAL; Recherche d'une protéinurie; ECG

Taux de réponse : 100%

# Reco HAS – SFHTA 2016

## Bilan clinique et paraclinique initial par le médecin généraliste

L'interrogatoire, l'examen physique et le bilan paraclinique ont pour but de :

- rechercher une atteinte vasculaire, cardiaque, cérébrale ou rénale associée ;
- identifier les facteurs de risque cardio-vasculaire associés, notamment antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, diabète, dyslipidémie, tabagisme, âge, sexe, etc. et évaluer le risque cardio-vasculaire selon les modalités définies dans les recommandations de la HAS : *Principales dyslipidémies : stratégie de prise en charge* (travail en cours). La découverte d'une anomalie lipidique ou d'une glycémie élevée est à prendre en charge selon les recommandations existantes ;
- rechercher une HTA secondaire et des facteurs aggravants<sup>6</sup>.

Le bilan paraclinique initial comporte :

- sodium et potassium plasmatiques ;
- créatinine plasmatique avec estimation du débit de filtration glomérulaire<sup>7</sup> ;
- glycémie à jeun ;
- exploration d'une anomalie lipidique à jeun ;
- recherche d'une protéinurie quelle que soit la méthode ;
- ECG de repos.

Le rapport albumine/créatinine urinaire ne se justifie pas chez le patient hypertendu sauf s'il est diabétique non protéinurique.

<sup>7</sup> Estimation du DFG : pour l'évaluation de la fonction rénale : estimation du DFG par l'équation CKD-EPI et si possible, pour l'adaptation des posologies, estimation de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft et Gault, HAS fiche bon usage Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique 2012

## 1.1 Quel bilan initial faites vous si l'examen physique est normal ?

- 1 – Sodium, potassium, créatinine avec estimation du DFG, glycémie, EAL
- 2 – Recherche d'une protéinurie
- 3 – Rapport albumine/créatinine urinaire
- 4 – ECG
- 5 – Fond d'oeil

## 1.2 Comment confirmez vous le diagnostic d'hypertension artérielle chez ce patient ?

- 1 – Vous lui prêtez un autotensiomètre pour qu'il effectue un relevé d'automesure
- 2 – Vous lui demandez de vous revoir dans 1 mois en consultation simple
- 3 – Vous l'adressez au cardiologue pour une MAPA
- 4 – Vous contrôlez ses chiffres tensionnels en fin de consultation et débutez un traitement si PA  $\geq$  140/90mmHg
- 5 – Vous lui demandez de faire mesurer sa PA quotidiennement chez le pharmacien ou par une IDE pendant 1 semaine



# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
<b>Vous lui prêtez un autotensiomètre, pour qu'il effectue un relevé d'automesure ?</b>	10	100%
<b>Vous lui demandez de vous revoir dans 1 mois en consultation simple</b>	0	0%
<b>Vous l'adressez au cardiologue pour une MAPA</b>	0	0%
<b>Vous contrôlez ses chiffres tensionnels en fin de consultation et débutez un traitement si PA <math>\geq</math> 140/90mmHg</b>	0	0%
<b>Vous lui demandez de faire mesurer sa PA quotidiennement chez le pharmacien ou par une IDE pendant 1 semaine</b>	0	0%
<b>NSP</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Réponses effectives : 10

Taux de réponse : 100%

Non-réponse(s) : 0

Modalité la plus citée : Vous lui prêtez un autotensiomètre, pour qu'il effectue un relevé d'automesure ?

S'assurer que les chiffres tensionnels sont en effet excessifs en dehors du cabinet médical +++



Comment faire ?



Automesure tensionnelle

MAPA\*  
(ou Holter tensionnel)



☺ L'effet blouse blanche est fréquent (30 à 75%)  
et de bon pronostic (« fausse hypertension »)

\*Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

# Reco HAS – SFHTA 2016

## Mesure de la PA : dépistage et surveillance

Il est recommandé que le médecin généraliste mesure régulièrement la PA de ses patients afin de dépister précocement l'apparition d'une HTA et surveiller l'évolution des chiffres tensionnels chez un patient hypertendu.

D'autres professionnels de santé sont encouragés à participer à ce dépistage et à cette surveillance en mesurant la PA des patients : il s'agit principalement des autres médecins spécialistes, des médecins de santé au travail, des pharmaciens d'officine et des infirmiers.

La constatation de chiffres de PA  $\geq 140/90$  mmHg par ces professionnels de santé nécessite que le patient soit orienté vers son médecin traitant.

## Technique de mesure de la PA

- Utiliser de préférence un appareil au bras, électronique et validé<sup>2</sup>
- Effectuer au minimum 2 mesures avec un brassard adapté à la circonférence du bras, le cas échéant
- Mesurer la PA la première fois aux deux bras<sup>3</sup> (considérer le bras où la mesure est la plus haute) et mesurer la fréquence cardiaque (FC)
- Effectuer les mesures chez un patient en position assise ou allongée, au repos durant au moins 3 à 5 min, dans le calme et sans parler
- Lors de la mesure initiale et au cours du suivi : il faut rechercher une hypotension orthostatique<sup>4</sup> après 1 et 3 min au moins en position debout

# Reco HAS – SFHTA 2016

## **Confirmation du diagnostic d'HTA**

Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, au domicile du patient afin de confirmer le diagnostic d'HTA, par automesure tensionnelle (AMT) ou par mesure ambulatoire de la PA (MAPA).

Il est recommandé de confirmer le diagnostic d'HTA avant de débuter un traitement antihypertenseur médicamenteux, sauf en cas d'urgence hypertensive.

En pratique, l'AMT est plus adaptée en soins primaires et favorise l'implication du patient dans sa prise en charge.

Cependant, la MAPA apporte des informations complémentaires dans certaines situations (exploration d'une variabilité tensionnelle importante, suspicion d'absence de baisse tensionnelle nocturne ou d'une dysautonomie, etc.).

La constatation d'une HTA en consultation associée à une PA normale en dehors du cabinet médical (PA diurne moyenne < 135/85 mmHg) est appelée « HTA blouse blanche ».

L'« HTA blouse blanche » ne requiert habituellement pas le recours à un traitement antihypertenseur. Elle nécessite une surveillance tensionnelle annuelle ainsi que la mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques, car le risque de passage à une HTA permanente est élevé.

# Reco HAS – SFHTA 2016

## Modalités de l'automesure tensionnelle (AMT)

- Utiliser un appareil validé et de préférence avec un brassard huméral
- Former le patient à la technique de l'automesure tensionnelle (et si besoin son entourage)
- Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
- Effectuer 3 mesures le matin avant le petit déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes<sup>5</sup>
- Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées
- **Moyenne des valeurs de PA en AMT ou en MAPA (diurne) correspondant à une HTA :**
  - PAS  $\geq$  135 mmHg ou PAD  $\geq$  85 mmHg



RELEVÉ D'AUTOMESURE						
Utilisez votre appareil en position assise :						
- le matin avant le petit-déjeuner						
- le soir entre le dîner et le coucher						
Inscrire tous les chiffres qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre pour la pression systolique et diastolique.						
Systolique = pression systolique / Diastolique = pression diastolique / pression moyenne						
	Jour 1		Jour 2		Jour 3	
	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE	DIASTOLIQUE
Matin						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
Soir						
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
MOYENNE SYSTOLIQUE						
MOYENNE DIASTOLIQUE						
Nom :		Prénom :				
Période du relevé : du		au				
Traitement :						

## 1.2 Comment confirmez vous le diagnostic d'hypertension artérielle chez ce patient ?

- 1 – Vous lui prêtez un autotensiomètre pour qu'il effectue un relevé d'automesure
- 2 – Vous lui demandez de vous revoir dans 1 mois en consultation simple
- 3 – Vous l'adressez au cardiologue pour une MAPA
- 4 – Vous contrôlez ses chiffres tensionnels en fin de consultation et débutez un traitement si PA  $\geq$  140/90mmHg
- 5 – Vous lui demandez de faire mesurer sa PA quotidiennement chez le pharmacien ou par une IDE pendant 1 semaine

### **1.3 Quelle prise en charge prévoyez vous si le diagnostic d'HTA légère est confirmée ?**

- 1 – Initier les mesures hygiéno-diététiques immédiatement
- 2 – Débuter un traitement médicamenteux par IEC immédiatement
- 3 – Débuter un traitement médicamenteux par Bêtabloquant immédiatement
- 4 – Convenir avec le patient d'un suivi toutes les 4 semaines jusque normalisation tensionnelle
- 5 – Prévoir une consultation de cardiologie

# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
<b>Initier les mesures hygiéno-diététiques immédiatement</b>	10	100%
<b>Débuter un traitement médicamenteux par IEC immédiatement</b>	5	50%
<b>Débuter un traitement médicamenteux par Bêtabloquant immédiatement</b>	0	0%
<b>Convenir avec le patient d'un suivi toutes les 4 semaines jusqu'à normalisation tensionnelle</b>	6	60%
<b>Prévoir une consultation de cardiologie</b>	4	40%
<b>NSP</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

Réponses effectives : 10

Non-réponse(s) : 0

Modalités les plus citées : Initier les mesures hygiéno-diététiques immédiatement; Convenir avec le patient d'un suivi toutes les 4 semaines jusqu'à normalisation tensionnelle; Débuter un traitement médicamenteux par IEC immédiatement

Taux de réponse : 100%



# Reco HAS – SFHTA 2016

## **Consultation d'information et d'annonce**

La prise en charge d'un patient hypertendu nécessite une information et un temps éducatif qui se font au mieux dans le cadre d'une consultation dédiée.

Cette consultation permet d'informer le patient des risques liés à l'HTA, des bénéfices démontrés du traitement antihypertenseur, de fixer les objectifs du traitement, et d'établir un plan de soins. La décision médicale partagée<sup>12</sup> entre le médecin et son patient favorise l'adhésion du patient à sa prise en charge.

Il est recommandé que des mesures hygiéno-diététiques soient initiées dès cette consultation. En fonction du profil du patient, de la sévérité de son HTA, de ses préférences et de son adhésion à ces mesures, le délai de mise en route du traitement médicamenteux sera adapté pour atteindre l'objectif d'une PA contrôlée à 6 mois.

Au cours des 6 premiers mois, des consultations médicales mensuelles sont recommandées jusqu'à obtention du contrôle tensionnel pour évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement, renforcer l'éducation et parfaire l'information du patient.

### 1.3 Quelle prise en charge prévoyez vous si le diagnostic d'HTA légère est confirmée ?

- 1 – Initier les mesures hygiéno-diététiques immédiatement
- 2 – Débuter un traitement médicamenteux par IEC immédiatement
- 3 – Débuter un traitement médicamenteux par Bêtabloquant immédiatement
- 4 – Convenir avec le patient d'un suivi toutes les 4 semaines jusque normalisation tensionnelle
- 5 – Prévoir une consultation de cardiologie

**1.4 Laquelle ou lesquelles de ces mesures, par ailleurs toutes recommandées chez le patient avec hypertension essentielle, ont une efficacité démontrée sur l'amélioration du niveau tensionnel ?**

- 1 – Réduire le surpoids de 5%
- 2 – Réduire la consommation de NaCl en dessous de 6 g/j
- 3 – Augmenter la consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers écrémés
- 4 – Augmenter l'activité physique à 3 fois 30 mn/semaine
- 5 – Arrêter le tabac

# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
Réduire le surpoids de 5%	9	90%
Réduire la consommation de NaCl en dessous de 6 g/j	8	80%
Augmenter la consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers écrémés	3	30%
Augmenter l'activité physique à 3 fois 30 mn/semaine	9	90%
Arrêter le tabac	5	50%
NSP	0	0%
Total	10	

Réponses effectives : 10

Non-réponse(s) : 0

Modalités les plus citées : Réduire le surpoids de 5%; Augmenter l'activité physique à 3 fois 30 mn/semaine; Réduire la consommation de NaCl en dessous de 6 g/j

Taux de réponse : 100%

# Reco HAS – SFHTA 2016

## Place des mesures hygiéno-diététiques

Il est recommandé de proposer des mesures hygiéno-diététiques à tous les patients hypertendus. Elles contribuent à la réduction des chiffres tensionnels et font partie intégrante de la prise en charge.

Elles comprennent :

- la pratique d'une activité physique régulière et adaptée aux possibilités du patient (par exemple 30 min/j au moins 3 fois/semaine en endurance) ;
- la réduction du poids en cas de surcharge pondérale ;
- la suppression ou la réduction de la consommation d'alcool : une consommation journalière supérieure à 3 verres chez l'homme et 2 verres chez la femme doit entraîner une prise en charge adaptée ;
- une normalisation de l'apport sodé (6-8 g/j de sel au maximum, soit une natriurèse d'environ 100 à 150 mmol/j) ;
- l'arrêt d'une intoxication tabagique. cette mesure n'entraîne habituellement pas directement une réduction de la PA, mais est essentielle pour réduire la morbi-mortalité ;
- une alimentation privilégiant la consommation de fruits légumes et d'aliments peu riches en graisse et saturées <sup>13</sup>.



# Effets des traitements non pharmacologiques dans l'HTA

## Poids

-4,5Kgs >>>>> - 10mmHg PAS

## Restriction sodée

normotendus : PAS/PAD - 2/- 1mmHg

hypertendus : PAS/PAD -5/- 3mmHg

## Régime DASH (fruits et légumes)

DASH : - 6mmHg PAS

DASH et restriction sodée : PAS/PAD -10/-4mmHg

## Exercice physique

PAS/PAD -3,84/-2,58mmHg

**1.4 Laquelle ou lesquelles de ces mesures, par ailleurs toutes recommandées chez le patient avec hypertension essentielle, ont une efficacité démontrée sur l'amélioration du niveau tensionnel ?**

- 1 – Réduire le surpoids de 5%
- 2 – Réduire la consommation de NaCl en dessous de 6 g/j
- 3 – Augmenter la consommation de fruits, de légumes et de produits laitiers écrémés
- 4 – Augmenter l'activité physique à 3 fois 30 mn/semaine
- 5 – Arrêter le tabac

## Cas clinique 1: take home messages

Chiffres tensionnels légèrement augmentés chez un patient de plus de 50 ans asymptomatique à risque intermédiaire

- Vérifier la normalité de l'examen clinique chez ce patient asymptomatique.
- Identifier les facteurs de risque CV (autres que l'hérédité et l'âge déjà présents chez ce patient).
- Evaluer la PA à domicile (AMT ou MAPA).
- Prescrire le bilan paraclinique initial.
- Initier les mesures hygiéno-diététiques.
- Convenir d'un délai de mise en route d'un traitement médicamenteux avec le patient et le revoir toutes les 4 semaines pour atteindre l'objectif d'une PA contrôlée à 6 mois.
- Prévoir une consultation de cardiologie compte tenu de l'hérédité coronaire.



# Cas clinique 2

- Femme de 76 ans
- Dépressive
- Visite chez le cardiologue il y a 1 an pour des palpitations ; améliorée par BB
- Consulte pour le renouvellement de ses traitements
- PA inhabituelle à 165/77mmHg; FC 65; examen normal par ailleurs
- Traitement: deroxat; bisoce 2,5 mg
- Biologie récente: Na 139; K 4,2; DFG 77 ml/min; Gly 0,97 g/l; CT 1,54; HDLc 0,45; TGs 1,72; LDLc 0,75; BU normale; hémogramme normal; TSH normale

## 2.1 Que penser des chiffres tensionnels de cette patiente ?

- 1 – Sont normaux pour l'âge
- 2 – Montrent une HTA systolique isolée
- 3 – Nécessitent d'être recontrôlés
- 4 – Peuvent être liés à un effet blouse blanche
- 5 – Peuvent refléter une rigidité artérielle accrue

# analyse de l'enquête pré

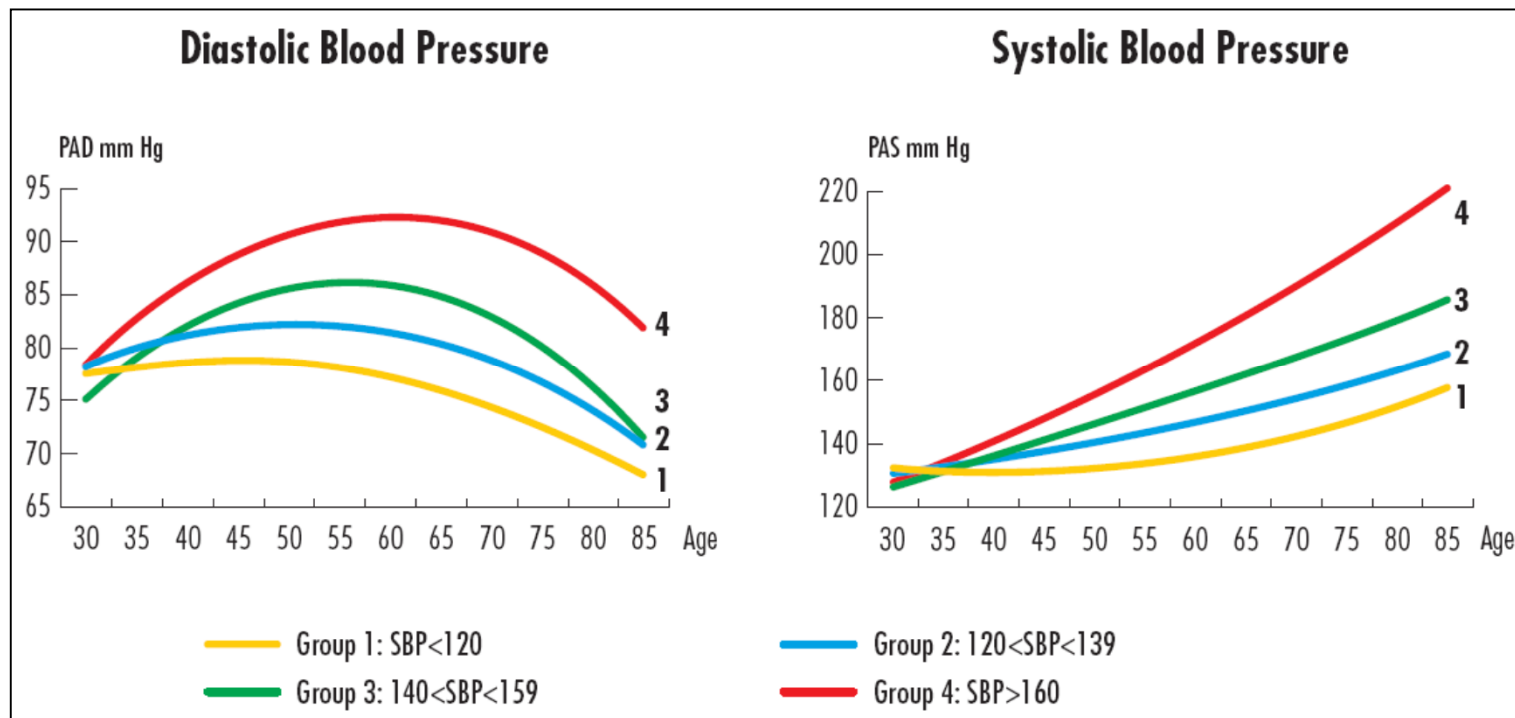
	Effectifs	% Obs.
Sont normaux pour l'âge	0	0%
Montrent une HTA systolique isolée	8	80%
Nécessitent d'être recontrôlés	10	100%
Peuvent être liés à un effet blouse blanche	9	90%
Peuvent refléter une rigidité artérielle accrue	5	50%
NSP	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

Réponses effectives : 10      Non-réponse(s) : 0

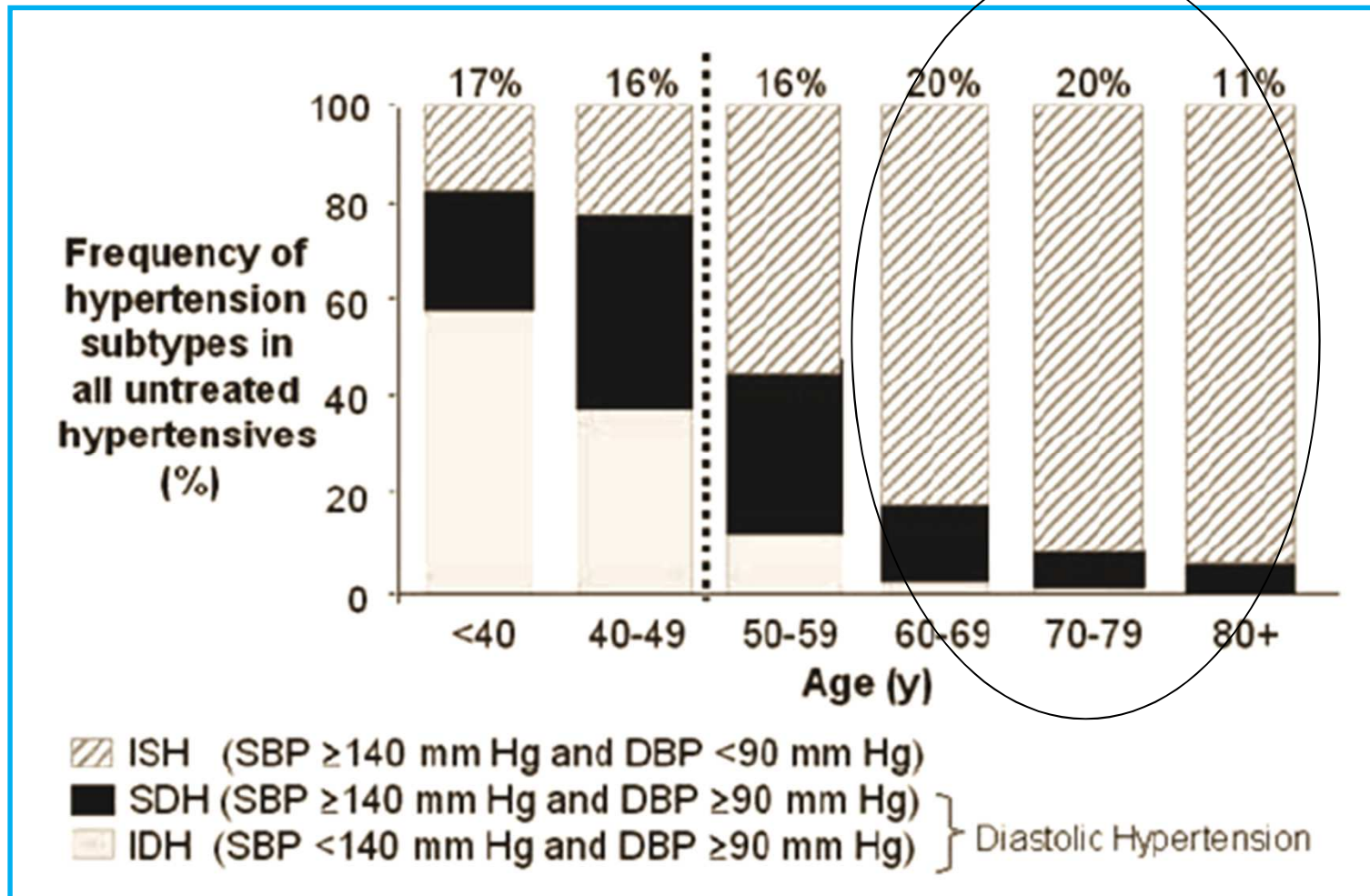
Taux de réponse : 100%      Modalités les plus citées : Nécessitent d'être recontrôlés; Peuvent être liés à un effet blouse blanche; Montrent une HTA systolique isolée

# Evolution de la PA avec l'âge

- La systolique augmente avec l'âge
- La diastolique augmente jusqu'à 60 ans puis se stabilise et décroît



# Variétés tensionnelles de l'HTA du sujet âgé



Franklin S. Am J Hypertens 2004 ; 17 : 49S-54S.

# Recommendations ESH

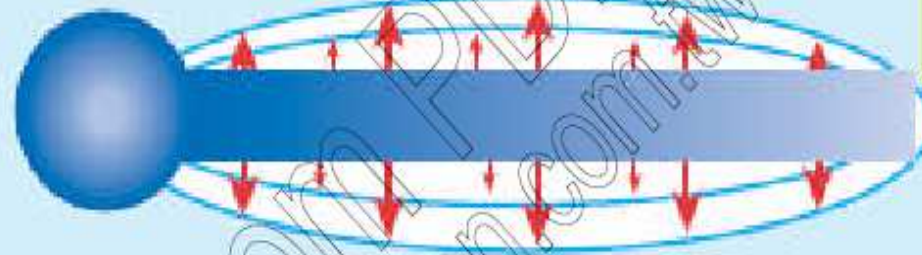
**Table 3** Definitions and classification of office blood pressure levels (mmHg)<sup>a</sup>

Category	Systolic		Diastolic
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	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	≥140	and	<90

Le vieillissement des parois artérielles conduit à une augmentation de la rigidité des artères

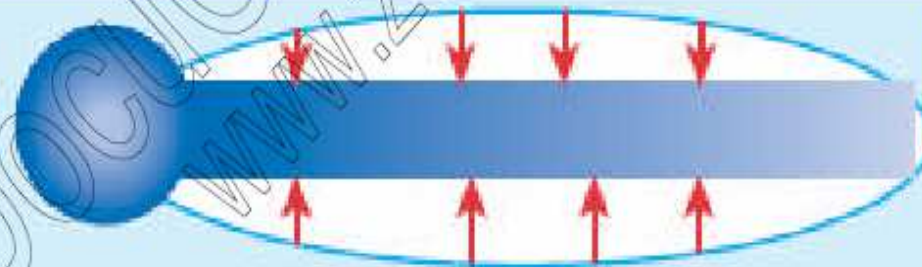
## Élasticité aortique et vieillissement

pendant la systole, la rigidité artérielle augmente la PA artérielle



↑ TAS

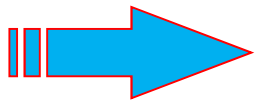
pendant la diastole, la perte d'élasticité baisse la PA



↓ TAD

# Prévalence de l'HTA de consultation (« blouse blanche ») chez le sujet âgé

---



20 à 30% dans les essais

- SYST EUR = 25%
- COSIMA = 28%
- SHEAF = 13%



## 2.1 Que penser des chiffres tensionnels de cette patiente ?

- 1 – Sont normaux pour l'âge
- 2 – Montrent une HTA systolique isolée
- 3 – Nécessitent d'être recontrôlés
- 4 – Peuvent être liés à un effet blouse blanche
- 5 – Peuvent refléter une rigidité artérielle accrue

**2.2 Vous suspectez une HTA blouse blanche. Que pensez-vous utile de faire à ce stade de la prise en charge ?**

- 1 – Majorer la posologie du bêtabloquant
- 2 – Ajouter un traitement diurétique
- 3 – Recontrôler les chiffres tensionnels au domicile de la patiente (AMT ou MAPA)
- 4 – Doser la rénine
- 5 – Adresser la patiente au cardiologue pour une échographie cardiaque

# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
Majorer la posologie du bêtabloquant	0	0%
Ajouter un traitement diurétique	0	0%
Recontrôler les chiffres tensionnels au domicile de la patiente (AMT ou MAPA)	10	100%
Doser la rénine	0	0%
Adresser la patiente au cardiologue pour une échographie cardiaque	0	0%
NSP	0	0%
Total	10	

Réponses effectives : 10

Taux de réponse : 100%

Non-réponse(s) : 0

Modalité la plus citée : Recontrôler les chiffres tensionnels au domicile de la patiente (AMT ou MAPA)

## 2.2 Vous suspectez une HTA blouse blanche. Que pensez-vous utile de faire à ce stade de la prise en charge ?

- 1 – Majorer la posologie du bêtabloquant
- 2 – Ajouter un traitement diurétique
- 3 – Recontrôler les chiffres tensionnels au domicile de la patiente (AMT ou MAPA)
- 4 – Doser la rénine
- 5 – Adresser la patiente au cardiologue pour une échographie cardiaque

**2.3 Le diagnostic d'HTA systolique est finalement retenu. Que proposez-vous comme prise en charge à cette patiente ?**

- 1 – Rien compte tenu de son âge
- 2 – Débuter un traitement
- 3 – Convenir d'un RDV après 3 mois de traitement
- 4 – Rien en attendant un contrôle cardiologique
- 5 – Manger sans sel

# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
Rien compte tenu de son âge	0	0%
Débuter un traitement	8	80%
Convenir d'un RDV après 3 mois de traitement	1	10%
Rien en attendant un contrôle cardiologique	1	10%
Manger sans sel	0	0%
NSP	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Réponses effectives : 10                      Non-réponse(s) : 0

Taux de réponse : 100%                      Modalités les plus citées : Débuter un traitement; Convenir d'un RDV après 3 mois de traitement; Rien en attendant un contrôle cardiologique

# Reco HAS – SFHTA 2016

## **Définition d'une cible tensionnelle à atteindre à 6 mois**

Il est recommandé d'obtenir une PA systolique comprise entre 130 et 139 mmHg et une PA diastolique < 90 mmHg à 6 mois au cabinet médical, confirmées par des mesures au domicile (PA diurne en AMT ou en MAPA < 135/85 mmHg).

Chez le sujet âgé de 80 ans ou plus, il est recommandé d'obtenir une PA systolique < 150 mmHg, sans hypotension orthostatique (PAS diurne en AMT ou en MAPA < 145 mmHg).

Chez ces patients, la lutte contre une iatrogénie est impérative. Le fait de ne pas dépasser dans la plupart des cas 3 molécules antihypertensives après 80 ans entre dans ce cadre.

# La recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique chez le sujet âgé

Chute de PAS de plus de **20mmHg** et/ou PAD de plus de **10mmHg** après 1 et 3 minutes d'orthostatisme

La fréquence de l'hypotension orthostatique est <5% avant 65 ans mais peut atteindre 25-30% après 75 ans

Les risques liés à l'hypotension orthostatique apparaissent à court terme supérieurs aux bénéfices du traitement

R/Se méfier des *médicaments associés*++ (alpha-bloquant dans l'HBP par exemple, psychotropes)



# HTA du sujet âgé

La décision de traiter repose pour chaque individu non pas sur l'âge réel mais sur une analyse individuelle qui prend en compte :

- l'espérance de vie
- La qualité de vie
- l'existence de comorbidités
- de l'atteinte des organes cibles
- du risque iatrogène

## Bénéfice du traitement après 80ans: méta-analyse après l'étude Hyvet

Evénements	Risque Relatif	p
AVC	-35%	<0,001
Insuffisance cardiaque	-50%	0,001
Evénements CV	-27%	<0,001
Mortalité totale	+6%	0,53

- 8 essais, 6701 hypertendus > 80ans
- Diminution de la morbidité
- Effet neutre la mortalité

**2.3 Le diagnostic d'HTA systolique est finalement retenu. Que proposez-vous comme prise en charge à cette patiente ?**

- 1 – Rien compte tenu de son âge
- 2 – Débuter un traitement
- 3 – Convenir d'un RDV après 3 mois de traitement
- 4 – Rien en attendant un contrôle cardiologique
- 5 – Manger sans sel

## 2.4 Quelle(s) classe(s) médicamenteuse(s) recommandera-t-on chez cette patiente ?

- 1 – Central
- 2 – Diurétique thiazidique
- 3 – IEC
- 4 – Antagoniste calcique
- 5 – Diurétique de l'anse

# analyse de l'enquête pré

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
Central	0	0%
Diurétique thiazidique	3	30%
IEC	5	50%
Antagoniste calcique	4	40%
Diurétique de l'anse	1	10%
NSP	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	
<b>Réponses effectives : 10</b>	<b>Non-réponse(s) : 0</b>	
<b>Taux de réponse : 100%</b>	<b>Modalités les plus citées : IEC; Antagoniste calcique; Diurétique thiazidique</b>	

# Reco HAS – SFHTA 2016

## Par quelle classe médicamenteuse débiter ?

Il est recommandé de débiter un traitement pharmacologique : diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2), par une monothérapie, au mieux en monoprise. Les bêtabloquants peuvent être utilisés comme antihypertenseurs mais ils semblent moins protecteurs que les autres classes thérapeutiques vis-à-vis du risque d'accident vasculaire cérébral.

## Éléments à prendre en compte dans le choix initial des médicaments

Globalement, 70 % des patients hypertendus vus en ville n'ont pas de complications. Néanmoins il est recommandé d'adapter le choix thérapeutique en fonction des comorbidités associées (tableau 1)

Les diurétiques de l'anse (à la place des diurétiques thiazidiques) peuvent être prescrits chez un patient hypertendu, en cas d'insuffisance rénale sévère (DFG estimé  $< 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), ou de syndrome néphrotique ou chez l'insuffisant cardiaque.

L'utilisation des IEC et des ARA2 nécessite un contrôle du sodium et du potassium plasmatiques et de la créatinémie dans un délai de 1 à 4 semaines après l'initiation du traitement puis lors des modifications posologiques ou en cas d'événement intercurrent.

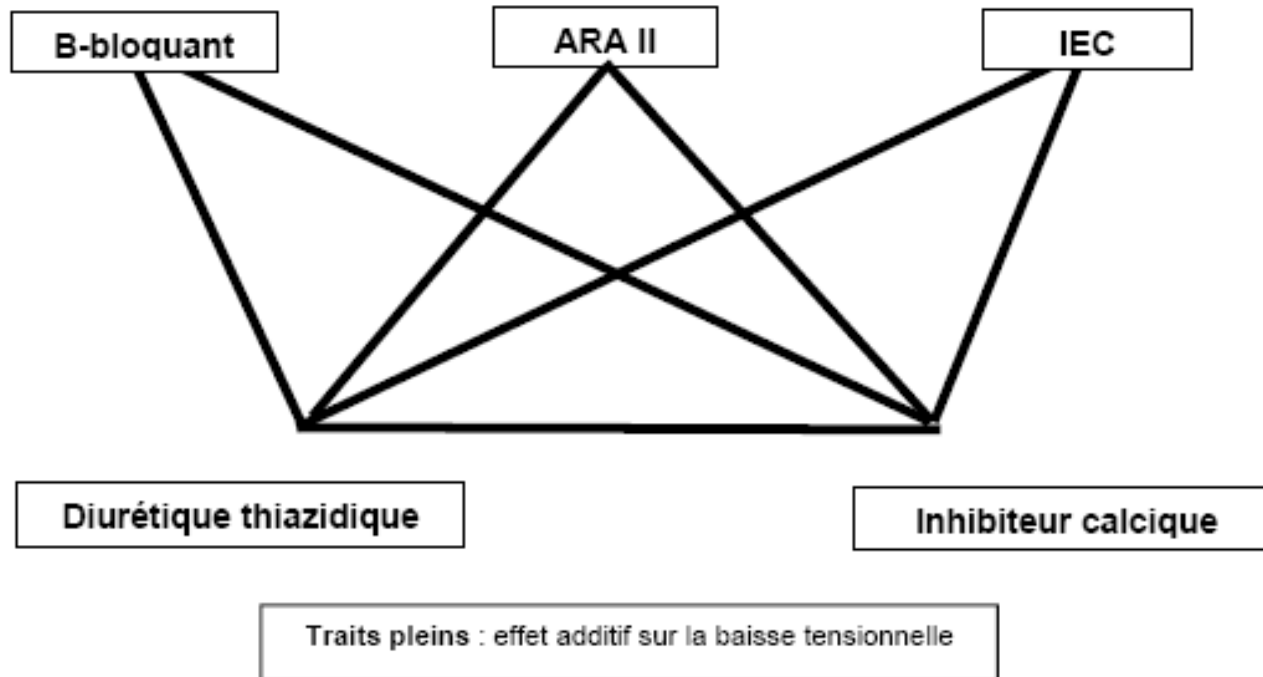
Il convient lors de la prescription d'un antihypertenseur de préférer la molécule (et la posologie) la plus efficiente.



# Choix thérapeutiques spécifiques dans des situations particulières

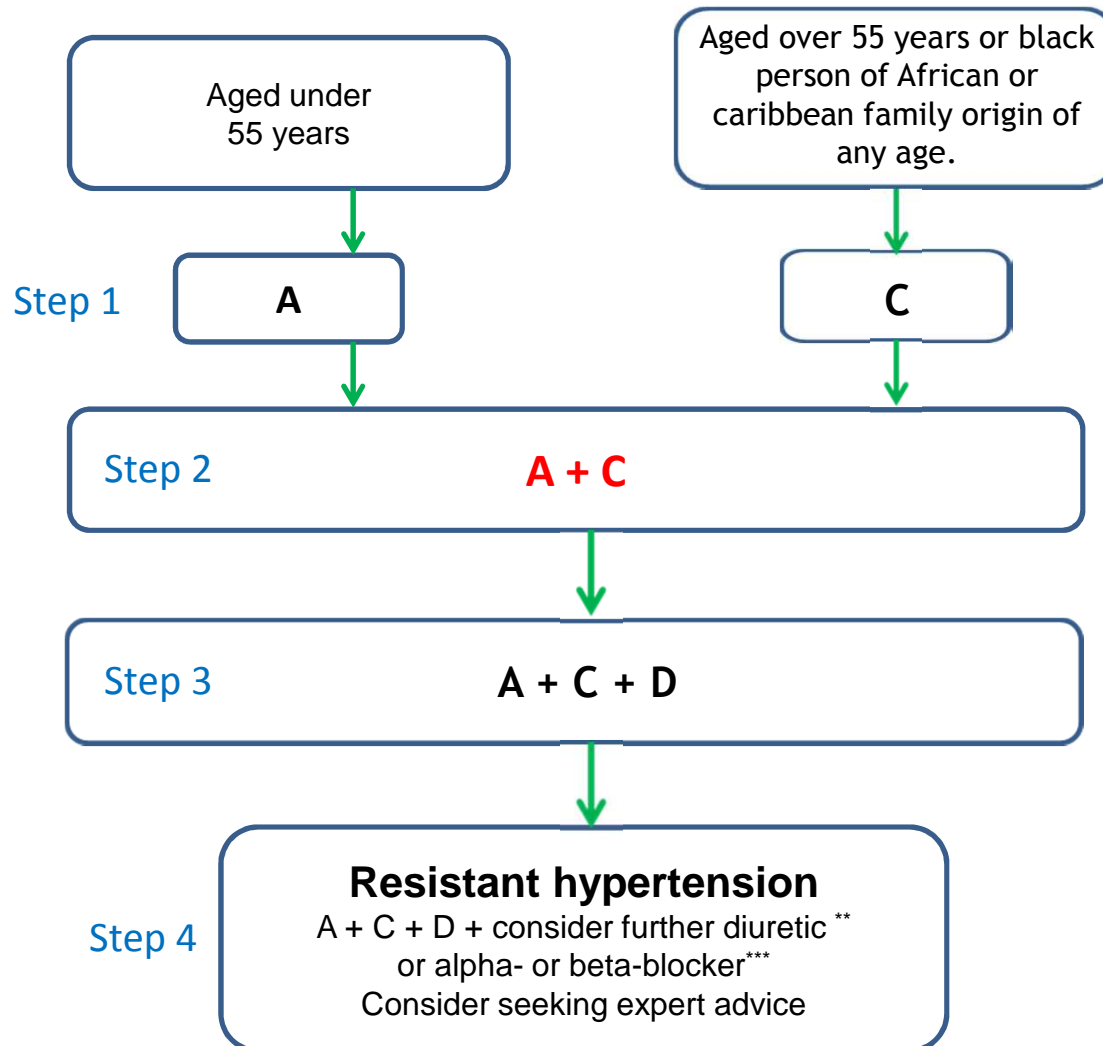
Indications spécifiques	Classes thérapeutiques préférentielles
Sujet âgé, hypertension systolique	Diurétique thiazidique Inhibiteur calcique dihydropyridine de longue durée d'action
Néphropathie diabétique (type 1) à partir du stade de microalbuminurie	IEC ou ARA-II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie diabétique (type 2) à partir du stade de microalbuminurie	ARA-II ou IEC Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie non diabétique	IEC ou ARA-II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Cardiopathie post IDM	IEC Bêta-bloquant
Maladie coronarienne	Bêta-bloquant ICA de longue durée d'action
Insuffisance cardiaque systolique	Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse IEC (1 <sup>re</sup> intention) ou ARA-II ( en cas d'intolérance IEC) Bêta-bloquant Antialdostérone (aux stades III et IV de la NYHA)
Hypertrophie ventriculaire gauche	ARA-II Diurétique thiazidique
Antécédents d'accident vasculaire cérébral	Diurétique thiazidique Diurétique thiazidique et IEC

# Les paniers thérapeutiques





# Les recommandations anglaises



## Key

**A** – ACE inhibitor or angiotensin II receptor blocker (ARB)

**C** – calcium-channel blocker (CCB)\*

**D** – Thiazide-like diuretic

\* A CCB is preferred but consider a thiazide-like diuretic if a CCB is not tolerated or the person has oedema, evidence of heart failure or a high risk of heart failure.

\*\* Consider a low dose of spironolactone<sup>15</sup> or higher doses of a thiazide-like diuretic

\*\*\* Consider an alpha- or beta-blocker if further diuretic therapy is not tolerated, or is contraindicated or ineffective.

# HTA du sujet âgé – recos ESH

Antihypertensive treatment strategies in the elderly

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref. <sup>c</sup>
In elderly hypertensives with SBP $\geq$ 160 mmHg there is solid evidence to recommend reducing SBP to between 150 and 140 mmHg.	I	A	141, 265
In fit elderly patients <80 years old antihypertensive treatment may be considered at SBP values $\geq$ 140 mmHg with a target SBP < 140 mmHg if treatment is well tolerated.	IIb	C	-
In individuals older than 80 years with an initial SBP $\geq$ 160 mmHg it is recommended to reduce SBP to between 150 and 140 mmHg, provided they are in good physical and mental conditions.	I	B	287
In frail elderly patients, it is recommended to leave decisions on antihypertensive therapy to the treating physician, and based on monitoring of the clinical effects of treatment.	I	C	-
Continuation of well-tolerated antihypertensive treatment should be considered when a treated individual becomes octogenarian.	IIa	C	-
All hypertensive agents are recommended and can be used in the elderly, although diuretics and calcium antagonists may be preferred in isolated systolic hypertension.	I	A	444, 449, 451, 452

## 2.4 Quelle(s) classe(s) médicamenteuse(s) recommandera-t-on chez cette patiente ?

- 1 – Central
- 2 – Diurétique thiazidique
- 3 – IEC
- 4 – Antagoniste calcique
- 5 – Diurétique de l'anse

Cas clinique 2: take home messages  
HTA systolique isolée chez une patiente âgée sous BB

- Evaluer la PA à domicile (AMT si possible ou MAPA chez le cardiologue).
- Ne pas modifier le traitement si HTA blouse blanche.
- Envisager l'ajout d'un thiazidique ou d'un calcique en priorité si HTA confirmée.
- Dépister l'hypoTA orthostatique et les troubles cognitifs.

# Cas clinique 3

- Femme de 35 ans, boulangère, 1 enfant
- Elle est migraineuse; connue pour une HTA labile
- Consulte en urgence pour céphalées avec nausées
- PA inhabituelle à 185/125 mmHg
- Père et frère hypertendus
- Surpoids
- Examen neurologique et CV normal par ailleurs
- Traitement : cérazette
- La patiente est admise aux urgences à votre demande pour compléter le bilan par une biologie (Na 141, K 4,3, DFG normal, hémogramme normal), un scanner cérébral (normal) et un fond d'œil (normal).

### 3.1 Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous chez cette jeune patiente ?

- 1 – Poussée hypertensive
- 2 – Urgence hypertensive
- 3 – HTA sévère
- 4 – HTA maligne
- 5 – Migraine simple

# analyse de l'enquête pré

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Poussée hypertensive</b>	8	80%
<b>Urgence hypertensive</b>	2	20%
<b>HTA sévère</b>	3	30%
<b>HTA maligne</b>	1	10%
<b>Migraine simple</b>	1	10%
<b>NSP</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	
<b>Réponses effectives : 10</b>	<b>Non-réponse(s) : 0</b>	
<b>Taux de réponse : 100%</b>	<b>Modalités les plus citées : Poussée hypertensive; HTA sévère; Urgence hypertensive</b>	

# Recommandations AFSSAPS 2002

→ 2 cadres nosologiques

L'élévation tensionnelle sans souffrance  
viscérale immédiate ou HTA sévère grade III  
(« urgencies »)

L'urgence hypertensive  
avec souffrance viscérale  
(« emergencies »)



# L'urgence hypertensive avec souffrance viscérale (« emergencies »)

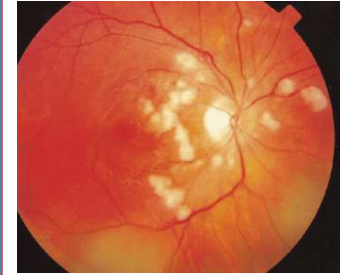
Elévation tensionnelle avec souffrance viscérale immédiate  
mettant en jeu le pronostic vital

## Tableau 8 – Urgences hypertensives

---

- Encéphalopathie hypertensive
  - IVG hypertensive
  - Hypertension avec infarctus du myocarde
  - Hypertension avec angor instable
  - Hypertension avec dissection aortique
  - Hypertension sévère lors d'une hémorragie méningée ou d'un AVC
  - Crise de phéochromocytome
  - Usage d'amphétamines, de LSD, de cocaïne, d'ecstasy
  - Hypertension péri-opératoire
  - Prééclampsie sévère ou éclampsie
-

# L'hypertension maligne ou accélérée



- élévation sévère et rapide de la PA (PAD généralement mais pas toujours >140mmHg)
- + une atteinte vasculaire particulièrement manifeste au niveau de la rétine = **rétinopathie sévère** : hémorragies, exsudats, œdème papillaire
- +/- **encéphalopathie hypertensive**: altérations neurologiques réversibles, céphalées, confusion, troubles visuels, nausées, vomissements, convulsions
- +/- **insuffisance rénale aiguë** (pas toujours réversible)
- +/- **hémolyse** mécanique avec schizocytose et CIVD

### 3.1 Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous chez cette jeune patiente ?

- 1 – Poussée hypertensive
- 2 – Urgence hypertensive
- 3 – HTA sévère
- 4 – HTA maligne
- 5 – Migraine simple

### 3.2 Que faites-vous ?

- 1 – Mettre la patiente au calme au repos
- 2 – Hospitaliser la patiente
- 3 – Donner un LOXEN 20 par voie orale
- 4 – Perfuser la patiente avec du LOXEN IVSE
- 5 – Faire une ponction lombaire

# analyse de l'enquête pré

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Mettre la patiente au calme au repos</b>	10	100%
<b>Hospitaliser la patiente</b>	3	30%
<b>Donner un LOXEN 20 par voie orale</b>	8	80%
<b>Perfuser la patiente avec du LOXEN IVSE</b>	0	0%
<b>Faire une ponction lombaire</b>	1	10%
<b>NSP</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

**Réponses effectives : 10**                      **Non-réponse(s) : 0**

**Taux de réponse : 100%**                      **Modalités les plus citées : Mettre la patiente au calme au repos; Donner un LOXEN 20 par voie orale; Hospitaliser la patiente**

## Urgences HTA

PA élevée  
avec souffrance viscérale

Hospitaliser pour  
surveillance intensive, biologie, imagerie  
Traiter la douleur, l'anxiété, la rétention

OAP, dissection, HTA maligne

Atteinte neuro-  
logique focale

Réduire  
la PA

Attendre  
l'imagerie cérébrale

## HTA sévère

PA  $\geq$  180/110 mmHg  
sans souffrance viscérale

Repos de quelques heures

traitement  
oral et progressif

### 3.2 Que faites-vous ?

- 1 – Mettre la patiente au calme au repos
- 2 – Hospitaliser la patiente
- 3 – Donner un LOXEN 20 par voie orale
- 4 – Perfuser la patiente avec du LOXEN IVSE
- 5 – Faire une ponction lombaire

### **3.3 La patiente est autorisée à regagner son domicile compte tenu de l'amélioration de la situation clinique. Que lui dites-vous ?**

- 1 – Que vous allez lui prescrire un traitement antihypertenseur
- 2 – Que vous allez la revoir dans un délai d'un mois
- 3 – Que vous allez demander un avis spécialisé
- 4 – Qu'elle ne doit plus prendre de cérazette
- 5 – Que son hypertension est sûrement d'origine familiale



# analyse de l'enquête pré

	Effectifs	% Obs.
Que vous allez lui prescrire un traitement antihypertenseur ?	10	100%
Que vous allez la revoir dans un délai d'un mois ?	6	60%
Que vous allez demander un avis spécialisé ?	5	50%
Qu'elle ne doit plus prendre de cérazette ?	1	10%
Que son hypertension est sûrement d'origine familiale ?	7	70%
NSP	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

Réponses effectives : 10                      Non-réponse(s) : 0

Taux de réponse : 100%

Modalités les plus citées : Que vous allez lui prescrire un traitement antihypertenseur ?; Que son hypertension est sûrement d'origine familiale ?; Que vous allez la revoir dans un délai d'un mois ?

# Reco HAS – SFHTA 2016

## SUSPICION D'HTA SECONDAIRE

En cas de :

- HTA sévère (PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg) d'emblée,
- HTA avant l'âge de 30 ans,
- HTA avec hypokaliémie,
- autres situations cliniques évocatrices d'une HTA secondaire (voir tableau).

il est recommandé d'avoir recours à un avis spécialisé pour réaliser un complément d'explorations (dosages hormonaux, écho-Doppler des artères rénales, anqio-TDM abdominale, etc.).

## Principales causes d'HTA secondaire

Toxiques ou médicaments<sup>8</sup>, maladies rénales, hyperaldostéronisme primaire, phéochromocytome, sténose de l'artère rénale, syndrome de Cushing

## EN CAS D'ANOMALIE RÉNALE

Lors du bilan initial et au cours du suivi la découverte d'une créatininémie élevée et/ou d'une protéinurie doit être contrôlée à 1 mois. En cas de persistance un avis néphrologique doit être demandé<sup>9</sup>.

## EN CAS D'ANOMALIE CARDIAQUE

La découverte d'une anomalie cardiaque à l'interrogatoire, à l'examen physique ou à l'ECG nécessite de demander un avis spécialisé auprès d'un cardiologue qui pourra préconiser la réalisation d'explorations complémentaires (MAPA, Holter rythmique, écho-Doppler cardiaque, test d'ischémie myocardique, écho-Doppler artériel, etc.).

## REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS

Chez le sujet de 75 ans ou plus, il est recommandé d'effectuer un repérage des troubles cognitifs (en utilisant le MMSE<sup>11</sup>) qui peuvent impacter, entre autres, l'adhésion thérapeutique.

### 3.3 La patiente est autorisée à regagner son domicile compte tenu de l'amélioration de la situation clinique. Que lui dites-vous ?

- 1 – Que vous allez lui prescrire un traitement antihypertenseur
- 2 – Que vous allez la revoir dans un délai d'un mois
- 3 – Que vous allez demander un avis spécialisé
- 4 – Qu'elle ne doit plus prendre de cérazette
- 5 – Que son hypertension est sûrement d'origine familiale

## 4.2 Quel traitement lui prescrivez-vous pour ne pas interférer avec le bilan étiologique qui sera probablement prévu ?

- 1 – Un diurétique thiazidique
- 2 – Un bêtabloquant
- 3 – Un antagoniste calcique
- 4 – Un IEC
- 5 – Un ARA2

# analyse de l'enquête pré

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Un diurétique thiazidique</b>	0	0%
<b>Un bêtabloquant</b>	4	40%
<b>Un antagonistes calcique</b>	6	60%
<b>Un IEC</b>	0	0%
<b>Un ARA2</b>	0	0%
<b>NSP</b>	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Réponses effectives : 10**                      **Non-réponse(s) : 0**  
**Taux de réponse : 100%**                      **Modalités les plus citées : Un antagonistes calcique; Un bêtabloquant**

# Diagnostic biologique de l'HAP

- Exploration du système rénine-angiotensine-aldostérone
  - Aldostérone plasmatique élevée (>180pg/ml)
  - Rénine plasmatique basse
  - Rapport A/R >23
  - Aldostérone urinaire augmentée
- Conditions de prélèvement+++
  - Régime normosodé (natriurèse 100mmol/l)
  - Position couchée après une heure de décubitus
  - Pas de IEC, AA2, BB, Diu depuis 15 jours (pas d'antialdostérone depuis 6 semaines)

## 4.2 Quel traitement lui prescrivez-vous pour ne pas interférer avec le bilan étiologique qui sera probablement prévu ?

- 1 – Un diurétique thiazidique
- 2 – Un bêtabloquant
- 3 – Un antagoniste calcique
- 4 – Un IEC
- 5 – Un ARA2

Cas clinique 3: take home messages  
HTA sévère chez une femme jeune

- C'est une poussée hypertensive symptomatique sans signe de retentissement viscéral.
- Mettre la patiente au calme au repos.
- Faire baisser la PA (LOXEN 20 par voie orale en l'absence de signe de retentissement viscéral).
- Prescrire un traitement par voie orale d'emblée (ex: AMLODIPINE 10) et revoir la patiente dans un délai de 15 jours.
- Demander un avis spécialisé compte-tenu de la sévérité de l'HTA pour bilan étiologique (qui fera découvrir une sténose d'artère rénale d'origine fibrodysplasique).