

A thick black L-shaped frame surrounds the text. The top horizontal bar is on the left, the left vertical bar is on the left, and the bottom horizontal bar is on the right.

CAS CLINIQUE HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Bouvet Nadège – Interne DES médecine vasculaire
Dr Bertolino Julien

CAS CLINIQUE

- Mme M, 45 ans
- 1^{ère} consultation au cabinet
- Antécédents : appendicectomie et colique néphrétique
- Pas de traitement
- Consulte devant PA : 160/98 mmHg prise au travail

- Prise de PA au cabinet :
 - 1^{ère} : 169/105 mmHg bras Droit, 171/102 mmHg bras Gauche
 - 2^{ème} : 162/97 mmHg
 - 3^{ème} : 163/97 mmHg

INTERROGATOIRE

→ Que recherche-t-on ?

INTEROGRATOIRE ?

- Histoire de son HTA
- Symptômes d'HTA
- Facteurs de risque personnels et familiaux
- Médicaments/toxiques/contraception pouvant induire une HTA
- Signes d'HTA secondaire
- Signes de retentissement d'organes

INTERROGATOIRE

- G1P1 : grossesse non pathologique
 - Non ménopausée, pas de contraception
 - Tabagisme actif (10PA)
 - Alcool occasionnel
 - Pas de consommation de toxiques
 - AVC chez la mère à 60 ans
 - Secrétaire médicale
 - Vit et travaille à la campagne : pas d'exposition à la pollution
 - Sédentaire
 - Prise de 10 kg ces dernières années
 - Alimentation salée ++
 - PA <140/90mmHg lors des visites chez son médecin traitant
 - Dernière visite : 2 ans
 - Rapporte des céphalées résolutives dans la journée sans prise médicamenteuse
 - Pas de signe de SAOS
 - Pas d'hypokaliémie ou d'IR sur ses anciens bilans sanguins
 - Pas de signe de dysfonction thyroïdienne
 - Pas de signe de phéochromocytome, de Cushing ou d'acromégalie
- Examen clinique :
- IMC 29
 - Pas de signe d'HTA secondaire
 - Pas de signe de retentissement d'organe

DIAGNOSTIC D'HTA ?

- Diagnostic HTA confirmé ?
- Indication à un traitement médicamenteux ?
- Modification du mode de vie ?

HTA confirmée ?

- NON
 - *2^{ème} consultation dans un délai < 4 semaines*
 - *Automesure en ambulatoire : 2 PA le matin 2 PA le soir sur 3 à 7j, moyenne -J1*
 - *MAPA*

- Pas d'introduction de traitement (pas d'HTA de grade 3)

- Explication sur l'importance des règles hygiéno diététiques :
 - *Arrêt du tabac : proposition de substituts nicotiques*
 - *Favoriser l'activité physique ++*
 - *Alimentation pauvre en sel, riche en aliments végétaux*
 - *Perte de poids*

CAS CLINIQUE

- On programme une auto mesure tensionnelle en ambulatoire
- 2ème consultation à 2 semaines :
 - *Moyenne de l'automesure en ambulatoire : 162/97 mmHg*
 - *Moyenne de la 2^{ème} et 3^{ème} PA au cabinet : 167/98 mmHg*
- Diagnostic d'HTA confirmé

BILAN

1/Quel bilan paraclinique initial réalisez vous ?

2/Faites vous un bilan d'HTA SECONDAIRE ?

3/Que pensez vous du risque cardiovasculaire de cette patiente?

BILAN HTA

- Bilan HTA pour tout patient hypertendu : Hb ou Hte, GAJ et HbA1c, créatinine, DFG, K⁺, Na⁺, Ca⁺, acide urique, bilan lipidique, Ratio Albuminurie/créatinurie, ECG.

- Apporte bilan réalisé :
 - *Hb : 12,5 g/dL*
 - *HbA1c : 5,8%, glycémie à jeun : 0,90*
 - *Créatinine : 70 DFG : 95*
 - *K⁺ : 4,2 Na⁺ : 138 Ca⁺ : 2,3*
 - *Acide urique : 200 umol/L*
 - *CT : 2,26 g/l LDL : 1,35 g/l TG : 1,43 g/l HDL : 0,62 g/l*
 - *Ratio Albuminurie/créatinurie : 30mg/g*
 - *ECG : sans anomalie, pas de signe d'HVG*

EVALUATION DU RISQUE CARDIO VASCULAIRE ?

- Risque cardiovasculaire sur le grade et le stade de l'HTA :
 - Stade 1
 - Grade 2
 - Haut risque cardiovasculaire

- Introduisez vous une statine pour cette patiente? Feriez vous d'autres examens complémentaires ?

RISQUE CARDIOVASCULAIRE

- OUI pour l'introduction de statine :
 - *Atorvastatine 80 mg*
- Réalisation d'un doppler Tsao :
 - *Athérome diffus des deux carotides internes sans sténose significative*

TRAITEMENT

Introduit-on un traitement ?

En Monothérapie/ Bithérapie ? Quelle classe ?

Dans quel délai la revoit-on ?

TRAITEMENTS

- Traitement médicamenteux :
 - *Bithérapie en 1^{ère} intention +++*
 - *IEC/ARA2 + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique*
 - *Pas d'utilisation préférentielle de BB chez cette patiente*
 - Irbesartan/hydrochlorothiazide 300/12,5 mg
- Renforcement des explications sur importance des règles hygiène diététiques
- Explication l'intérêt de poursuivre la surveillance tensionnelle en ambulatoire
- Programme consultation de suivi dans 2 mois

CONSULTATION DE SUIVI

- La patiente n'est pas équilibrée, on majore le coaprovel à 300/25mg
- Lors de sa nouvelle consultation :
 - *PA au cabinet : 145/93 mmHg*
 - *A fait automesure tensionnelle une seule fois : 142/92 mmHg*
- Dit bien suivre les règles hygiéno diététiques

QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSEZ VOUS ?

1/On surveille, la PA est quasiment à l'objectif

2/Changer de bithérapie ?

3/Faire un bilan d'HTA secondaire?

4/Initier une tri thérapie ?

→ Initiation d'une tri thérapie avec ajout inhibiteur calcique

→ Amlor 10 mg

→ Pas d'indication à réaliser un bilan d'HTA secondaire à ce stade

CAS CLINIQUE

Lors de la consultation de contrôle : PA au cabinet de 145/92 mmHg

Quelle prise en charge proposez vous ?

- 1/Réaliser une MAPA
- 2/Réaliser un bilan d'HTA secondaire
- 3/Changer de trithérapie
- 4/S'assurer de la bonne observance du traitement

CAS CLINIQUE

- MAPA : 139/89 mmHg sur 24h, profil non dipper
- Bilan d'HTA secondaire négatif, pas de signe clinique de SAOS
- Patiente à priori bien observante

Que proposez vous ?

A/ Rien de plus, ce n'est pas une HTA résistante, la MAPA est équilibrée

B/ Vous recherchez un SAOS

C/ Vous introduisez vous une quadrithérapie ? Si oui laquelle ?

D/ Vous proposez une dénervation rénale

CAS CLINIQUE

- Dépistage du SAOS
- On initie une quadrithérapie avec ajout de spironolactone
- On proposera la dénervation rénale si HTA résistante sous quadrithérapie