

Stratégie devant une HTA résistante

Helene LELONG, Jacques BLACHER.

21 janvier 2017



FAMP

Fédération des Amicales des Médecins de Paris

www.famparis.com

***Hôtel-Dieu, Centre de Diagnostic et de Thérapeutique
Unité d' HTA et PCV
Paris, France***



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE**

Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE



*Jacques Blacher, Jean-Michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad,
Atul Pathak, Bruno Schnebert, Xavier Girerd*
au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle.

Groupe de lecture

*Michel Azizi, Jean-Philippe Baguet, Jean-Louis Bedel, Athanase Benetos,
Jean-Marc Boivin, Giampiero Bricca, Bernard Chamontin, Thierry Denolle,
Eleonore Dupont, Jean-Pierre Fauvel, Patrick Fayolle, Christian Ghasarossian,
Philippe Giral, Charles Gury, Daniel Herpin, Xavier Jeunemaitre, Yves Juilliere,
Sandrine Kretz, Patrick Lacolley, Stéphane Laurent, Antoine Lemaire, Cédric Lemogne,
Benoît Lequeux, Gérard London, Jean-Michel Mallion, Claire Mounier-Véhier,
Jean Pierre Nguyen, Dominique Pernin, Emmanuel Pinto, Athanase Protogerou,
Jean Ribstein, Dominique Saillard, Philippe Sosner, Natahlie Targowla Scandolo,
Christian Thuillez, Bernard Vaisse, Frédéric Villeneuve, Alexandra Yannoutsos*

*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.*



RECOMMANDATION

PRISE EN CHARGE DE L'HTA RÉSISTANTE

Groupe de travail

*Thierry Denolle, Bernard Chamontin, Gérard Doll, Jean-Pierre Fauvel, Xavier Girerd,
Daniel Herpin, Bernard Vaïsse, Frédéric Villeneuve*

au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle.

Groupe de lecture

*Jean-Philippe Baguet, Mohamed Benghanem, Jacques Blacher, Guillaume Bobrie,
Jean-Marc Boivin, Jean Bories, Thierry Brillac, Richard Champeaux, Philippe Cornet,
Eric Delannoy, Caroline Dourmap-Collas, Philippe Durandet, Philippe Giaime,
Jean-Michel Halimi, Pavel Hamet, Gladys Ibanez, Laurent Jacob, Faiçal Jarraya,
Jean-Pierre Lebeau, Georges Lecorff, Antoine Lemaire, Benoît Lequeux, Pierre Llaty,
Marilucy Lopez-Sublet, Jean-Michel Mallion, Arnaud Maudière, Claire Mounier-Véhier,
Jean-Jaeques Mourad, Edgar Nasr, Alexandre Persu, Pascal Poncelet, Pierre Raphael,
César Sejourne, Alain Siary, François Silhol, Philippe Sosner, Mohamed Temmar,
Pascal Toban, Jean-Luc Weiler, Noël Wuithier*



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS CENTRE**

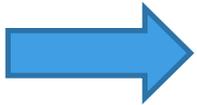
Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

s d'intérêt

Certains signataires de ce document indiquent avoir des liens d'intérêt avec des industriels qui commercialisent

Pourquoi une recommandation sur l'HTA résistante?

- Une HTA résistante s'accompagne d'une augmentation :
 - de l'atteinte des organes cibles
 - du risque cardio vasculaire et rénal : probabilité augmentée de près de 50 % de présenter un AVC sur une période de 3,8 ans



Nécessité d'une prise en charge adaptée

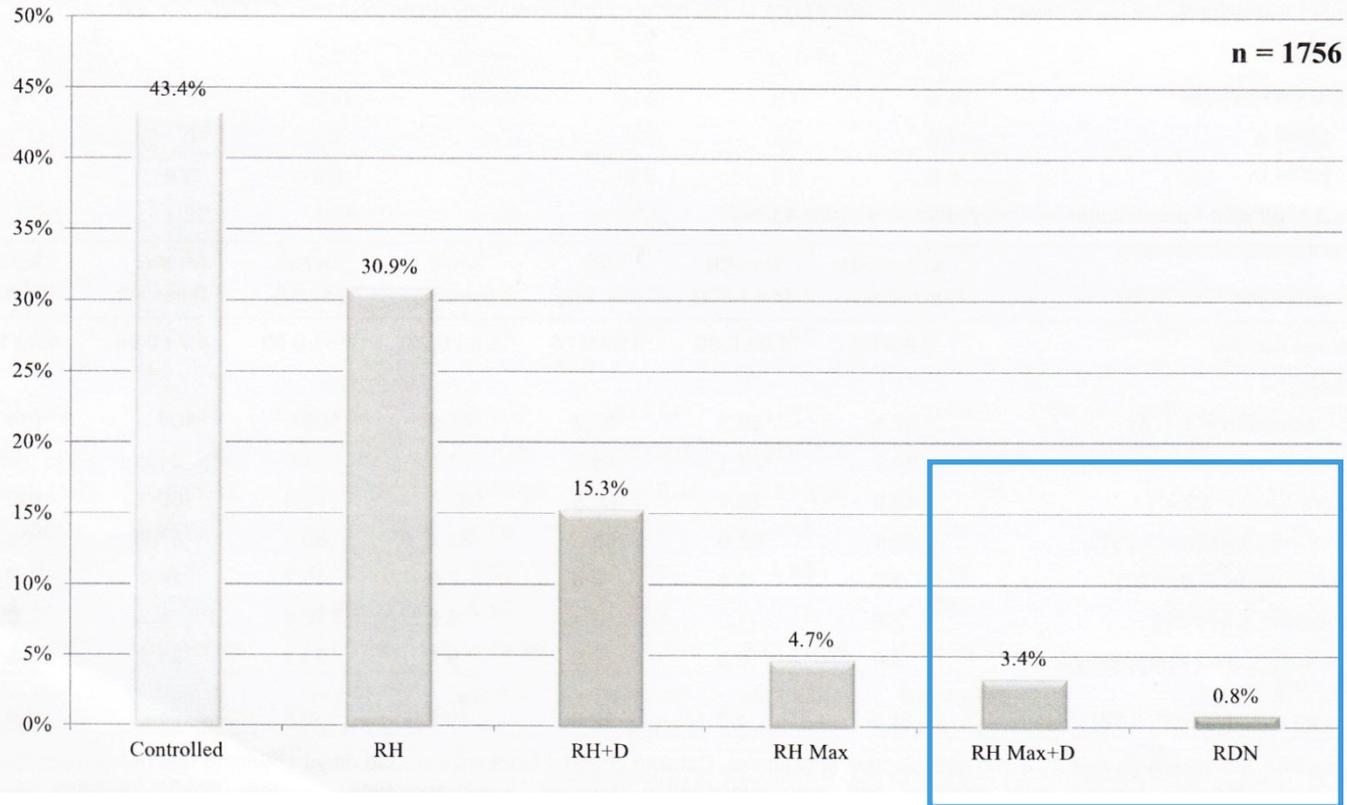
Définition

PRISE EN CHARGE DE L'HTA RÉSISTANTE



- Il est recommandé de définir une HTA résistante comme
 - une **HTA non contrôlée en consultation** (PA \geq 140/90 mmHg chez un sujet de moins de 80 ans, ou PAS \geq 150 mmHg chez un sujet de plus de 80 ans) et
 - **confirmée par une mesure en dehors du cabinet médical** (automesure ou mesure ambulatoire de la pression artérielle : voir annexe 1),
 - **malgré une stratégie thérapeutique comprenant:**
 - des **règles hygiéno-diététiques** adaptées
 - et **une trithérapie anti-hypertensive**, depuis au moins **4 semaines**, à dose **optimale**, incluant un **diurétique**.
- *Classe 1 Grade C*
- ++++

Prévalence: dépend de la définition



Hayek S et al: Am J Hypertens 2013

Diagnostic:

LES RENDEZ-VOUS DE L'HYPERTENDU

AVANT DE DÉBUTER LE TRAITEMENT

- 1) Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical.
- 2) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.
- 3) Réaliser un bilan initial.
- 4) Organiser une consultation d'information et d'annonce de l'HTA.

PLAN DE SOIN INITIAL (6 PREMIERS MOIS)

- 1) Objectif principal : contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois.
- 2) Privilégier cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.
- 3) Choix individualisé du premier traitement antihypertenseur, tenant compte notamment de la persistance.
- 4) Privilégier les bithérapies (fixes) en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire.
- 5) S'assurer de la bonne tolérance.

PLAN DE SOIN A LONG TERME

- 1) HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie: avis spécialisé après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en dehors du cabinet médical.
- 2) En cas d'HTA contrôlée, visite tous les 3 à 6 mois.
- 3) Dépister la mauvaise observance des traitements antihypertenseurs.
- 4) Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle.
- 5) Après 80 ans, objectif modulé sans dépasser 3 antihypertenseurs.
- 6) Après complication cardiovasculaire, ajustement des traitements et maintien de l'objectif tensionnel.



RECOMMANDATION

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE

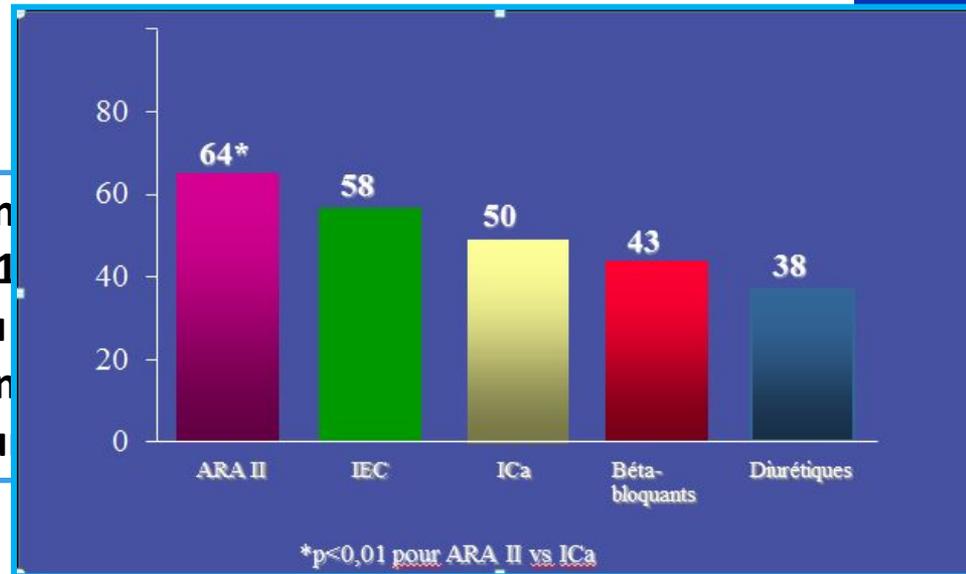
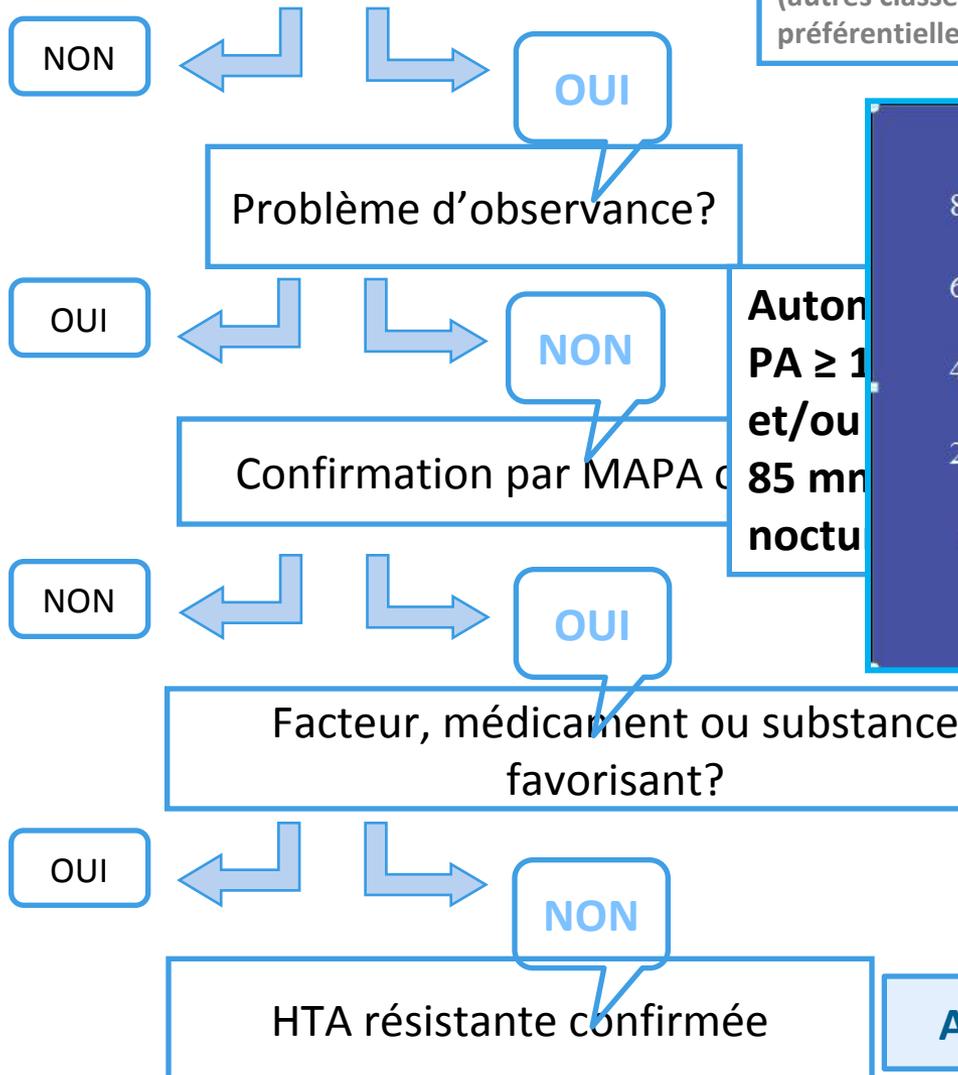
En pratique: HTA résistante en Médecine

Générale

Trithérapie adaptée à dose optimale

= Thiazidique + un bloqueur du SRA (ARA2 ou IEC) + un inhibiteur calcique à dose max tolérée

(autres classes sont à utiliser en cas d'intolérance ou d'indications préférentielles).



- Sympathomimétiques
- Inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Alcool
- Cocaïne, amphétamines
- Herbes (ephedra ou ma huang)
- Réglisse (acide glycyrrhizique)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Anti-rétroviraux
- Inhibiteurs de CYP17A1 : jus de pamplemousse, macrolides, antifongiques azolés

AVIS SPÉCIALISTE EN HTA

Prise en charge sp

Recherche d'une atteinte
d'organe cible

Fonction rénale,
protéinurie, ECG, écho
+/- bilan vasculaire

Y a-t-il une HTA secondaire

- **Angioscanner abdominal**
- **Echographie Doppler des artères rénales**
- **Dosage de la rénine et de l'aldostérone plasmatiques pour**
- **Dosage des méta- et normétanéphrines urinaires**
- **Dosage du cortisol libre urinaire (CLU) des 24h,**
- **polysomnographie**

uant

uant

en centre
spécialisé HTA

Alpha-bloquant
Anti-Hypertenseur
central

Etiologies

- **Syndrome d'apnée du sommeil** 64 % (80/125 patients explorés)
- **Hyperaldostéronisme primaire** 5,6 % (7)
- **Sténose de l'artère rénale** 2,4 % (3)
- **Maladie rénale** 1,6 % (2)
- **Dysthyroïdie** 0,8 % (1)
- **Contraception orale** 1,6 % (2)