



HTA résistante



Définition : TA > objectif tensionnel (140 / 90 ou 130/80) malgré une triple thérapie à dose adéquate comprenant un diurétique et mesures hygiénodiététiques

Prévalence rare env 5% selon la définition exacte et après mesure ambulatoire,

Par contre il est très fréquent qu'un hypertendu ne soit pas contrôlé : 60 à 75% des hypertendus ne sont pas contrôlés sans être obligatoirement résistants

NB : pas de frontière, les résistants font parti des non contrôlés, et le non contrôle favorise l'apparition de la résistance,

HTA résistante (et non contrôlées)



Donc environ 90% du "travail" des médecins consiste à optimiser la prise en charge des HTA non contrôlées

- 1°) écarter une sur-évaluation des chiffres tensionnels
- 2°) rechercher une cause comportementale
- 3°) le traitement est il bien conduit ?

Et environ 10% du "travail" consiste à prendre en charge les vraies HTA résistantes

- 4°) rechercher une HTA secondaire
- 5°) renforcer le traitement

HTA non contrôlées



1°) écarter une sur-évaluation des chiffres tensionnels = cause la plus fréquente d'HTA "résistante":

- brassard inadapté chez l'obèse,
- rigidité artérielle chez le sujet très âgé
- HTA blouse blanche

HTA non contrôlées

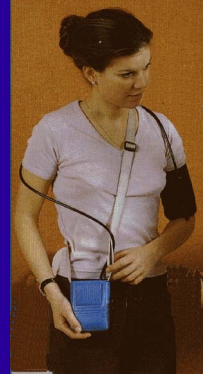
HTA blouse blanche :



- MAPA ou automesure quasi incontournables avant de parler de résistance.
- Plus de la moitié des patients adressés à un spécialiste sont pseudo résistant après réalisation d'une MAPA (Kaplan 2005).
- Le contrôle tensionnel est meilleur si basé sur une évaluation par pression ambulatoire (Ruilope 2007) surtout femmes, sujets âgés et obèses
- Permet d'éviter de sur-traiter de nbrx patients (Verbek 2007).
- Faisabilité et intérêt de l'automesure dans l'HTA résistante confirmée en médecine praticienne confirmée par l'étude de la CNAMTS de Bretagne en 2003 (Denolle), l'appareil électronique utilisé à la fois par les patients et par les MG a permis de reclasser des TA sur-évaluées (HTA blouse blanche) et encore plus de reclasser des TA sous-évaluées (HTA masquées).

HTA non contrôlées

MAPA et automesure



■ NORMES :

	jour	nuit	24 h
cabinet médical	< 140 / 90		
MAPA	< 135 / 85	< 120 / 70	< 125 / 80
automesure	< 135 / 85		

- Pour la **surveillance du traitement**, si l'on se base sur la MAPA ou sur l'automesure, la différence avec la PA « clinique » est entre 5 et 15 mmHg pour la systolique et entre 5 et 10 mmHg pour la diastolique, **puis cet écart tend à se réduire** lorsque le niveau de l'HTA diminue

HTA non contrôlées



2°) rechercher une cause comportementale qu'il serait possible de corriger :

- défaut d'observance (principale cause)
- apports sodés (natriurèse / 24 h)
- prise de poids
- toxique ou interaction médicamenteuse : alcool (++), tabac, AINS, contraceptifs oraux, corticoïde, réglisse, coupe-faim, ergot de seigle, vasoconst. nasal, pansement gastrique, EPO, cyclosporine

Observance : comment l'évaluer



Questionnaire du CLHTA : répondre par oui ou non :

1. Ce **matin** avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
2. Depuis la dernière consultation avez-vous été **en panne** de médicament ?
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement **avec retard** par rapport à l'heure habituelle ?
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre **mémoire** vous fait défaut ?
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait **plus de mal que de bien** ?
6. Pensez-vous que vous avez **trop de comprimés** à prendre ?

Observance : comment l'évaluer



Interprétation du test :

Bonne observance (0 oui)

Minime problème d'observance (1 ou 2 oui)

Mauvaise observance (> 3 oui)

Une étude menée récemment en France, dans le cadre d'un essai thérapeutique avec une évaluation de l'observance par pilulier, a montré que l'observance du traitement antihypertenseur prescrit sur 4 semaines chez 501 patients était

< 80 %	17 % des patients
80 à 100 %	63 % des patients
= 100 %	20 % des patients

Observance : comment l'améliorer



Expliquer :

- l'HTA est asymptomatique, le plus souvent,
- HTA = FDRCV et non "maladie"
- le but du traitement et l'objectif tensionnel
- les étapes de l'intervention thérapeutique
- le traitement est permanent et définitif (pas de "guérison")

Questionner :

- d'aborder le problème de l'observance à chaque consultation,
- de rechercher les effets secondaires

Concernant les troubles sexuels, + souvent avec les diurétiques, puis les β -bloquants, puis les autres, mais également avec le placebo.

Adapter :

- prendre en compte les effets secondaires et l'avis du patient
- de diminuer le nombre de prises médicamenteuses (éviter à midi)
- favoriser l'automesure,

Modifications du mode de vie

modifications

effets



Perte de 10 kg de poids

- 5 à - 20 mmHg



régime DASH (fruits, légumes, laitages allégés)

- 8 à - 14 mmHg



< 6 g/jour de NaCl

- 2 à - 8 mmHg



≥ 30 ' activité physique / jour

- 4 à - 9 mmHg



Limitation des boissons alcoolisées

- 2 à - 4 mmHg

HTA non contrôlées



3°) le traitement est il bien conduit ?

- définir l'objectif tensionnel (<140/90 ou <130/80) selon FDRCV, AOC ou MCV
- atteindre l'objectif tensionnel
- à chaque monothérapie le taux de répondeur est ~ 50%,
- l'ajustement du traitement se fait sur plusieurs mois.
- la majorité des patients nécessitent une association pour atteindre l'objectif tensionnel



HTA non contrôlées



- l'association de plusieurs classes thérapeutiques est habituellement nécessaire pour atteindre l'objectif thérapeutique, chez les patients dont le grade de sévérité des chiffres tensionnels est élevé ou ayant une AOC ou une MCV +++
- choisir les galéniques ayant une longue durée d'action, pour limiter le nb de cp
- adapter le traitement à la tolérance et à l'observance



HTA non contrôlées



■ arguments en faveur des plurithérapies :

- environ 50-60% de répondeurs à une monothérapie, vs 80% à une bithérapie
- existence de mécanismes de contre-régulation à l'effet des traitements,
- diminution des effets secondaires par diminution de la posologie de chaque molécule et par les effets de l'association,
- découragement du patient en cas de tâtonnement avec des monothérapies inefficaces successives.

■ En pratique : bithérapie à faible dose **dès le début** du traitement surtout **si** HTA de grade ≥ 2 ou en cas d'AOC ou de MCV

Mécanismes de contre-régulation



Mécanismes de contre-régulation de la pression artérielle induits par les médicaments antihypertenseurs

CLASSE	CONTRE-REGULATION
BETA-BLOQUANTS	Activation du système nerveux sympathique avec vasoconstriction par stimulation des récepteurs alpha-adrénergiques
DIURETIQUES	Stimulation du SRAA et du système nerveux sympathique, et augmentation de la sécrétion de vasopressine
IEC	Augmentation de la sécrétion de rénine Production d'angiotensine II par les chymases myocardiques
ANTAGONISTES CALCIQUES	Stimulation réflexe du système nerveux sympathique avec tachycardie
ALPHA-BLOQUEURS	Tachycardie réflexe par stimulation sympathique
ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX	Stimulation du SRAA par baisse du débit cardiaque avec rétention hydrosodée
VASODILATATEURS DIRECTS	Stimulation sympathique avec tachycardie réflexe
BLOQUEURS DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II	Augmentation de la production de rénine et augmentation de l'angiotensine II circulante

SRAA: Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone

Guy Amah Flashcardio.net magazine

Classes et paniers thérapeutiques



5 grandes classes

2 paniers

diurétiques
anticalciques

Action directe
sur contenu/contenant
vasculaire

β -bloquants
IEC
ARA2

action via effet
neuro-hormonale

Classes et paniers thérapeutiques

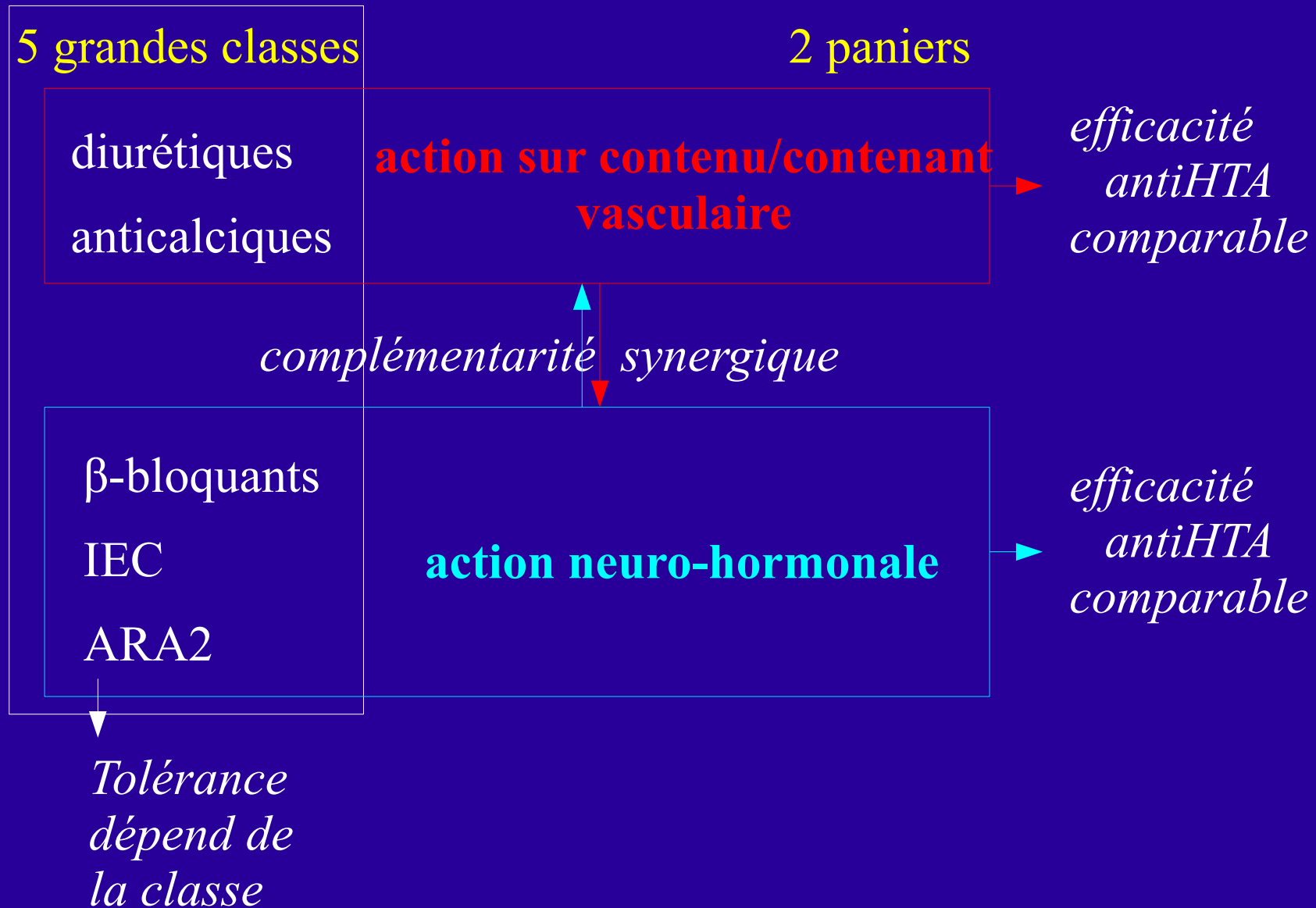


- Quelle est la **signification** pratique des **paniers** et des **classes** ?

Pour un patient hypertendu **non** traité :

- l'**efficacité** antiHTA est comparable au sein d'un même **panier**
- il y a une **complémentarité** synergique entre 2 classes appartenant à 2 **paniers différents** (blocage de la contre-régulation)
- la **tolérance** dépend de la **classe** mais pas du panier

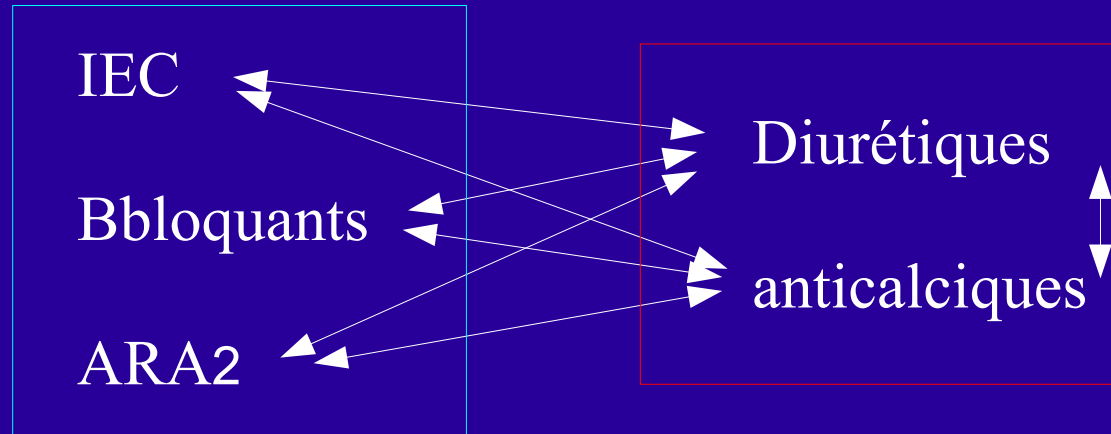
Classes et paniers thérapeutiques



Associations



■ complémentarité synergique :



■ associations problématiques :

IEC / diurétique épargnant K⁺ / ARA2

hyperkaliémie

β-bloquant / vérapamil / diltiazem

troubles de conduction
diminution de la contractilité

alphanbloquant / anticalcique

hypotension orthostatique

Comment modifier une monothérapie ?



	bonne tolérance	mauvaise tolérance
objectif TA atteint	idem	même panier autre classe
objectif TA non atteint	associer un 2ème médicament de l'autre panier	changer de panier

HTA non contrôlées



si objectif tensionnel non atteint avec 2 médicaments :

- 1) ajouter un 3ème, la **triple thérapie** doit toujours comporter un **diurétique** et il est proposé d'associer : 1 médicament « à action neuro-hormonale » (IEC, ARA2, Bbloq) + 1 anticalcique + 1 diurétique

Diurétique = HCTZ en 1ère intention (AMM)

Si insuff rénale (Cl creat < 30 ml/min) : diurétique de l'anse

Action hypotensive dose-dépendante : HCTZ et Furosemide

- 2) restriction sodée **NaCl < 6 g/j** et **arrêt des boissons** alcoolisées (hormis 1 verre de vin ou bière par repas)

HTA résistante vraie



rechercher une HTA 2ndaire

Justifié car la prévalence d'une HTA 2ndaire serait de 20% chez les 5% de patients vraiment résistants

HTA résistante vraies : HTA 2ndaires



Par ordre de fréquence

étiologie

Syndrome apnée du sommeil

Insuffisance rénale chronique

Hyperaldostéronisme primitif

Sténose d'une artère rénale

Syndrome de Cushing

Exceptionnellement

Phéochromocytome

Tumeur à rénine

Coarctation de l'aorte

diagnostic

Interrogatoire du patient, du conjoint
et échelle d'Epworth

Filtration glomérulaire évaluée par les formules
de Cockcroft ou du MDRD

Rénine, Aldostérone, Scanner

Doppler AR, Angiographie, Angioscanner

Test au dectacyl

Dérivés méthoxylés des catécholamines

Rénine Aldostérone, puis scanner

PA des membres inférieurs

HTA résistante vraie : HTA 2ndaires



Arguments en faveur du SAS :

- Ronflement
- Surpoids
- Somnolence diurne
- Asthénie matinele
- Pause respiratoires constatées par le conjoint
- Nycturie
- Étouffements nocturnes
- Diminution de la libido

HTA résistante vraie : HTA 2ndaires



Recherche de sténose artérielle rénale : intérêt chez les patients pouvant bénéficier d'une angioplastie :

- Jeunes hypertendu(e)s (fibrodysplasie)
- Fonction rénale qui se détériore rapidement
- Intolérance rénale aux IEC ou ARA2 dont l'indication est indispensable pour le myocarde
- Si OAP flash hypertensifs

La probabilité de trouver une SAR est bcp + élevées si patient à haut RCV (tabac, artérite ...)

HTA résistante vraie : HTA 2ndaires

Hyperaldostéronisme primaire : assez fréquent



Y penser si :

- $K < 3,7$ mmol/ à 2 reprises mais peut être normale au début
- $K < 3,5$, même sous diurétique
- HTA trop belle efficacité du spirinolactone
- HTA résistante vraie ;
- complications CV précoces

HTA résistante vraie : HTA 2ndaires

Hyperaldostéronisme primaire



Classiquement :

- Diagnostic : Aldo élevée + rénine effondrée
- Pb : stopper diurétiques, IEC, AA2, Bblq avant !!
- Puis scanner si hormonologie (+)

Attitude pragmatique (Pr X Girerd): SCANNER d'abord car réalisation des dosages hormonaux difficile en pratique :

- Si adénome unilatéral ; hormonologie puis si (+) chirurgie
- Si hyperplasie bilatérale ou normal, traitement d'épreuve d'emblée par spironolactone ou amiloride

HTA résistante



5°) renforcer le traitement : les recettes

- ajouter un 2ème médicament « à action neuro-hormonale »
(quadriothérapie)
- essayer centraux et alpha-bloquants (...)
- Forcer sur le diurétique selon la f° rénale :
HCTZ jusqu'à 50 mg ou Furosemide jusqu'à 120 mg
- spironolactone jusqu'à 75 mg ou amiloride jusqu'à 10 mg
- Minoxidil
- Assoc IEC ARA2
- Assoc DHP + inCa bradycardisant

Surveillance +++ et avis spécialisé +++