

# Hypertension artérielle

Du diagnostic à la prise en charge

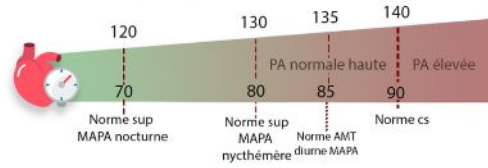
CHU  
BDX

CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
BORDEAUX

PAS 147  
PAD 97  
PLS 63

**? Dépistage**  
Pression de consultation

**✓ Confirmation**  
**Mesure ambulatoire**  
La mieux corrélée au risque cardiovasculaire  
**MAPA** (Holter tensionnel) **AMT** (auto-mesure)  
Préférée pour le diagnostic initial Préférée pour le suivi



**Bilan minimal :**  
→ Kaliémie sans garrot  
→ Créatininémie  
→ Albuminurie/créatininurie sur échantillon  
→ Glycémie et bilan lipidique à jeun  
→ Electrocardiogramme

**Prise en charge médicale**  
Réévaluation tous les mois en automesure jusqu'à atteindre l'objectif < 135 / 85 mmHg

- Apports raisonnables en sel : < 5 g NaCl /jour  
*Privilégier les épices pour assaisonner*
- Consommation abondante de fruits et légumes  
*Alimentation de type plant-based diet*
- Activité physique  
150 minutes par semaine d'intensité modérée (Vélo, natation, marche rapide)
- Perte ou absence de prise de poids
- Limitation de la prise d'alcool
- Arrêt du tabac

Suivi de la titration en alternance ou avec l'aide d'un.e IPA ou de téléconsultations

- Bithérapie à demi-doses IEC ou ARA2\* + Inhibiteur calcique ou Thiazidique / apparenté
- Majoration jusqu'aux posologies maximales
- Ajout d'une 3e molécule Trithérapie IEC ou ARA2 + Inhibiteur calcique + Thiazidique / apparenté
- Majoration jusqu'aux posologies maximales

- Recherche HTA secondaire**
- ✓ HTA résistante
  - ✓ Hypokaliémie, atteinte d'organes cibles disproportionnée par rapport à l'ancienneté/sévérité de l'HTA
  - ✓ Âge ≤ 40 ans
  - ✓ Anamnèse évocatrice d'une cause spécifique
  - Hyperaldostéronisme primaire ?  
Ratio aldostérone / rénine plasmatique
  - Hypercorticisme ?  
Cortisol libre urinaire des 24h, test de freinage minute
  - Sténose des artères rénales ?  
Doppler des artères rénales ou scanner injecté
  - Syndrome d'apnées du sommeil ?  
Anamnèse. Si point d'appel, Epworth +/- polygraphie

- Echec des mesures précédentes : HTA résistante**  
Confirmer par MAPA
- Inobservance thérapeutique ?  
Dosages pharmacologiques urinaires, MPR
  - Respect des mesures hygiéno-diététiques ?  
Natriurèse des 24h, enquête hygiéno-diététique
  - Cause iatrogénique ?  
Contraception oestro-progestative, etc.
- Introduction d'un antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes\*\*  
(ex : Spironolactone 25 mg/j)

Prendre contact avec un centre de référence  
[www.sfhta.eu](http://www.sfhta.eu)

\*\* attention au risque d'hyperkaliémie particulièrement si DFG < 30ml/min

\* Surveiller e et dosage créatinine/Kaliémie 7-14 jours après introduction ou augmentation de posologie

# Hypertension artérielle

*Du diagnostic à la prise en charge*

PAS	147
PAD	97
PLS	63

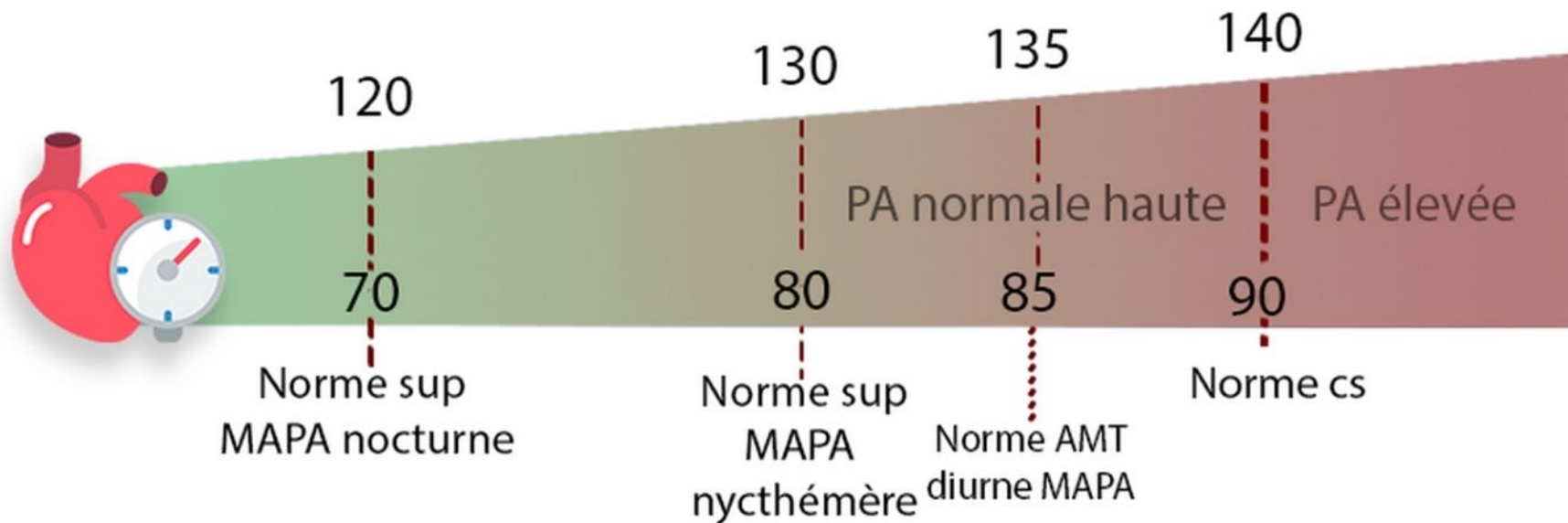
**? Dépistage**  
**Pression de consultation**



**Confirmation**  
**Mesure ambulatoire**

*La mieux corrélée au risque cardiovasculaire*

**MAPA** (Holter tensionnel)      **AMT** (auto-mesure)  
*Préférée pour le diagnostic initial*      *Préférée pour le suivi*





# Bilan minimal :

→ Kaliémie sans garrot

→ Créatininémie

→ Albuminurie/créatininurie sur échantillon

→ Glycémie et bilan lipidique à jeun

→ Electrocardiogramme





# Prise en charge médicale

Réévaluation tous les mois en automesure  
jusqu'à atteindre l'objectif < 135 / 85 mmHg

Apports raisonnables en sel :  
**< 5 g NaCl /jour**

*Privilégier les épices pour assaisonner*

Consommation abondante de  
**fruits et légumes**

*Alimentation de type plant-based diet*

**Activité physique**

150 minutes par semaine d'intensité modérée  
*(Vélo, natation, marche rapide)*

Perte ou absence de prise de poids

Limitation de la prise d'alcool  
Arrêt du tabac

*Suivi de la titration*

**Bithérapie à demi-doses**  
IEC ou ARA2\*  
+ Inhibiteur calcique  
ou Thiazidique / apparenté

↓  
**Majoration jusqu'aux  
posologies maximales**

↓  
**Ajout d'une 3e molécule**  
Trithérapie IEC ou ARA2  
+ Inhibiteur calcique  
+ Thiazidique / apparenté

↓  
**Majoration jusqu'aux  
posologies maximales**

\* Surveillance dosage créatinine/Kaliémie 7-14 jours  
après introduction ou augmentation de posologie



Echec des mesures précédentes :

## HTA résistante

Confirmer par MAPA

→ **Inobservance** thérapeutique ?

*Dosages pharmacologiques urinaires, MPR*

→ Respect des mesures **hygiéno-diététiques** ?

*Natriurèse des 24h, enquête hygiéno-diététique*

→ Cause **iatrogénique** ?

*Contraception oestro-progestative, etc.*

Introduction d'un **antagoniste des**

**récepteurs aux minéralocorticoïdes\*\***

*(ex : Spironolactone 25 mg/j)*

\*\* attention au risque d'hyperkaliémie particulièrement si DFG<sub>e</sub> < 30 ml/min

## Recherche HTA secondaire

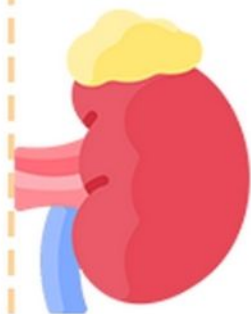
✓ HTA résistante

✓ Hypokaliémie, atteinte d'organes cibles

disproportionnée par rapport à l'ancienneté/sévérité de l'HTA

✓ Âge  $\leq 40$  ans

✓ Anamnèse évocatrice d'une cause spécifique



**Hyperaldostéronisme primaire ?**

Ratio aldostérone / rénine plasmatique

**Hypercorticisme ?**

Cortisol libre urinaire des 24h, test de freinage minute

**Sténose des artères rénales ?**

Doppler des artères rénales ou scanner injecté

**Syndrome d'apnées du sommeil ?**

Anamnèse. Si point d'appel, Epworth +/- polygraphie