

Prise en charge de l'HTA résistante

Anne-Hélène Reboux
PH néphrologie
CHUFG

Définition

- HTA non contrôlée en consultation et confirmée par une mesure en dehors du cabinet médical (auto-mesure ou mesure ambulatoire de la PA) malgré une stratégie thérapeutique comprenant des mesures hygiéno-diététiques adaptées et une trithérapie antihypertensive depuis au moins 4 semaines, à dose optimale, incluant un diurétique.

Mesures hygiéno-diététiques

- Consommation de sel (6 g/24h)
- Activité physique (endurance) régulière
- Lutter contre surpoids/obésité
- Privilégier la consommation de fruits et légumes
- Réduire la consommation excessive d'alcool
- Interrompre une intoxication tabagique

Trithérapie antihypertensive

- Bloqueur du SRA (IEC ou ARA II)
- Inhibiteur calcique
- Diurétique thiazidique (diurétique de l'anse si IRC stade 4 et 5)

Rappel (1)

- Première consultation (découverte d'1 HTA)
 - Pas de mise en route d'un traitement (sauf si PA \geq 180/110 mmHg), automesure ou MAPA
 - Organiser une consultation d'information (30 min)
 - Informer des risques liés à l'HTA
 - Expliquer les bénéfices démontrés du ttt antiHTA
 - Fixer les objectifs du traitement
 - Établir un plan de soin à court et à long terme
 - échanger avec le patient son point de vue sur les bénéfices/inconvénients du suivi d'un traitement

Rappel (2)

- Suivi mensuel tant que l'HTA n'est pas contrôlée
- Le contrôle tensionnel doit être obtenu dans les 6 premiers mois

PA non contrôlée

- sujet de moins de 80 ans : PA \geq 140/90 mmHg
- sujet $>$ 80 ans : PAS $>$ 150 mmHg
- Auto mesure : PA \geq 135/85 mmHg
- MAPA
 - \geq 130/80 mmHg sur 24h
 - \geq 135/85 mmHg en période diurne
 - \geq 120/70 mmHg en période nocturne

Rechercher une mauvaise observance

- Mettre en place des stratégies adaptées à chacun permettant d'améliorer l'observance
 - Simplification des schéma thérapeutiques
 - Arrêt des traitements mal tolérés
 - Usage de piluliers
 - Auto-mesure tensionnelle (impliquer le patient)
 - Éducation thérapeutique

- Rechercher des traitements ou substances ayant une action vasopressive
 - Anti-angiogéniques
 - Anticalcineurines (ciclosporine, tacrolimus)
 - Corticoïdes
 - Erythropoïétine
 - Œstrogènes de synthèse
 - Sympathomimétiques
 - Inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
 - Alcool, cocaïne, amphétamines
 - réglisse

- Rechercher des traitements ou substances pouvant interférer avec le métabolisme et/ou l'action des antihypertenseurs
 - AINS
 - Anti-rétroviraux
 - Inhibiteurs du CYP17A1 : jus de pamplemousse, macrolides, antifongiques azolés.

HTA résistante confirmée

- Demander l'avis d'un spécialiste en HTA pour
 - Rechercher une atteinte d'organe cible
 - Rechercher une HTA secondaire
 - Établir une stratégie thérapeutique ultérieure

Recherche d'une atteinte d'organe cible

- Créatininémie, protéinurie/créatininurie
- ECG de repos et échographie cardiaque
- Explorations vasculaires selon le contexte clinique
- Patients à risque
 - Diabétique, obèse, origine africaine, prise excessive de sel, néphropathie, atteinte athéromateuse vasculaire, rigidité des artères, sujet > 75 ans

Recherche d'une HTA secondaire

- Ionogramme sanguin et urinaire des 24h, créatininémie, protéinurie/créatininurie
- Angioscanner abdominal
- Echographie doppler des artères rénales
- Rapport aldostérone/rénine plasmatique, aldostéronurie/24h (créatininurie)
- Dosage des méta et normétanéphrines urinaires, des catécholamines sanguines
- Dosage du cortisol libre urinaire/24h, test de freinage rapide à la dexaméthasone 1 mg
- Recherche d'une apnée du sommeil

En dehors d'une étiologie curable retrouvée

- Quadrithérapie
 - Spironolactone
 - β -bloquant
 - Alpha-bloquant
 - Antihypertenseur central
- Dénervation rénale ?
 - Au cas par cas