

# Pharmacie clinique

## L'HYPERTENSION ARTERIELLE STRATEGIE THERAPEUTIQUE

La stratégie thérapeutique dépend de deux paramètres :

- Les valeurs des pressions artérielles
- Le risque cardiovasculaire global

Stade HTA	Pressions artérielles	Pas de FDR associé	1 à 2 FDR	Plus de 2 FDR ou atteinte d'un organe cible ou diabète	Maladie cardiovasculaire ou rénale
		Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe C
Stade 1	140 < PAS < 159 90 < PAD < 99	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé	Risque élevé
Stade 2	160 < PAS < 179 100 < PAD < 109	Risque moyen	Risque moyen	Risque élevé	Risque élevé
Stade 3	PAS ≥ 180 PAD ≥ 110	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé



Traitement médicamenteux uniquement quand le risque est élevé

# Stratégie de prise en charge globale

Évaluation initiale biologique (creat, protéinurie, glycémie, K+, EAL) et du risque cardiovasculaire global

Risque faible

**Pendant 6 à 12 mois,**  
règles hygiéno-  
diététiques et  
réévaluation tous les 3  
à 6 mois

Risque moyen

**Pendant 6 mois,**  
règles hygiéno-  
diététiques + prise en  
charge des autres FDR  
et réévaluation tous  
les mois

Risque élevé

**Traitement  
médicamenteux  
d'emblée** + règles  
Hygiéno-diététiques +  
prise en charge des  
autres FDR et  
réévaluation à 1 mois

Lors de la réévaluation

Objectif tensionnel atteint :  
PA < 140/90 mmHg

Poursuite de la prise en charge  
avec contrôle tous les 3 à 6 mois

Objectif tensionnel non atteint :  
PA > 140/90 mmHg

Contrôle du respect des règles  
hygiéno-diététiques + adaptation  
ou initiation du traitement  
médicamenteux

# Les 10 règles à appliquer dans l'HTA

1/ pas de traitement sans **confirmation** de l'HTA

2/ débiter par une monothérapie ou une association fixe à faibles doses en 1 seule prise quotidienne pour une meilleure observance

3/ Le choix du traitement dépend du **profil du patient**

4/ Si pas de particularité, le traitement initial doit se porter sur

**inhibiteurs de l'influx calcique  
inhibiteurs de l'enzyme de conversion / sartans  
diurétiques thiazidiques**

5/ Une **évaluation de l'efficacité du traitement** doit systématiquement être réalisée à **4 semaines** et sera accompagnée au besoin d'un **renforcement thérapeutique**

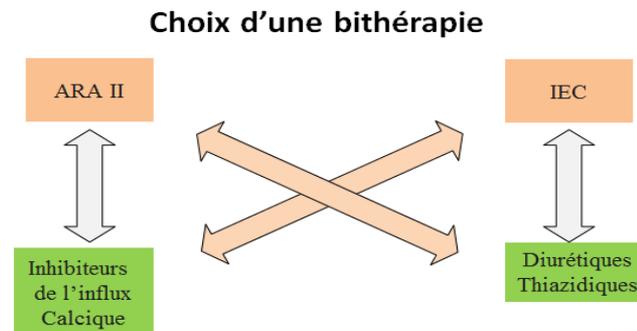
# Les 10 règles à appliquer dans l'HTA

## 6/ L'association est plus efficace que la substitution

	<b>Substitution</b>	<b>Association</b>
<135/85	50 %	86 %

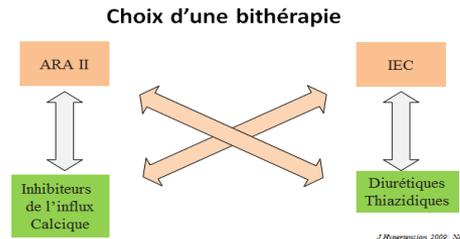
Les IEC ou les ARAII sont à associer à un diurétique thiazidique ou à un inhibiteur de l'influx calcique

inhibiteurs de l'influx calcique  
inhibiteurs de l'enzyme de conversion / sartans  
diurétiques thiazidiques



# Les 10 règles à appliquer dans l'HTA

7/ Les **combinaisons fixes** doivent être préférées aux combinaisons libres  
⇒ permettent de donner de petites doses unitaires de chacun des médicaments en traitement initial, afin de limiter les effets indésirables  
⇒ Permettent une meilleure observance



Ex : - perindopril arginine + indapamide

- enalapril + hydrochlorothiazide

- benazepril + hydrochlorothiazide

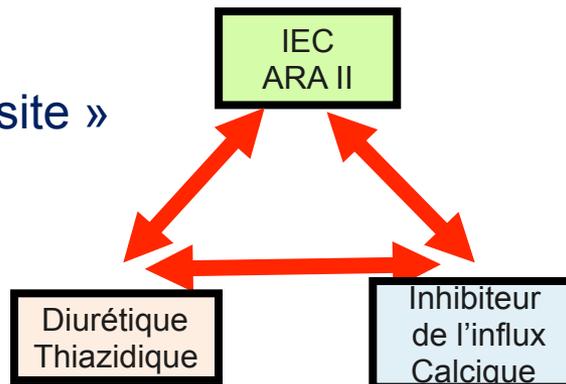
- amlodipine + valsartan

- atenolol + nifedipine

- bisoprolol + hydrochlorothiazide

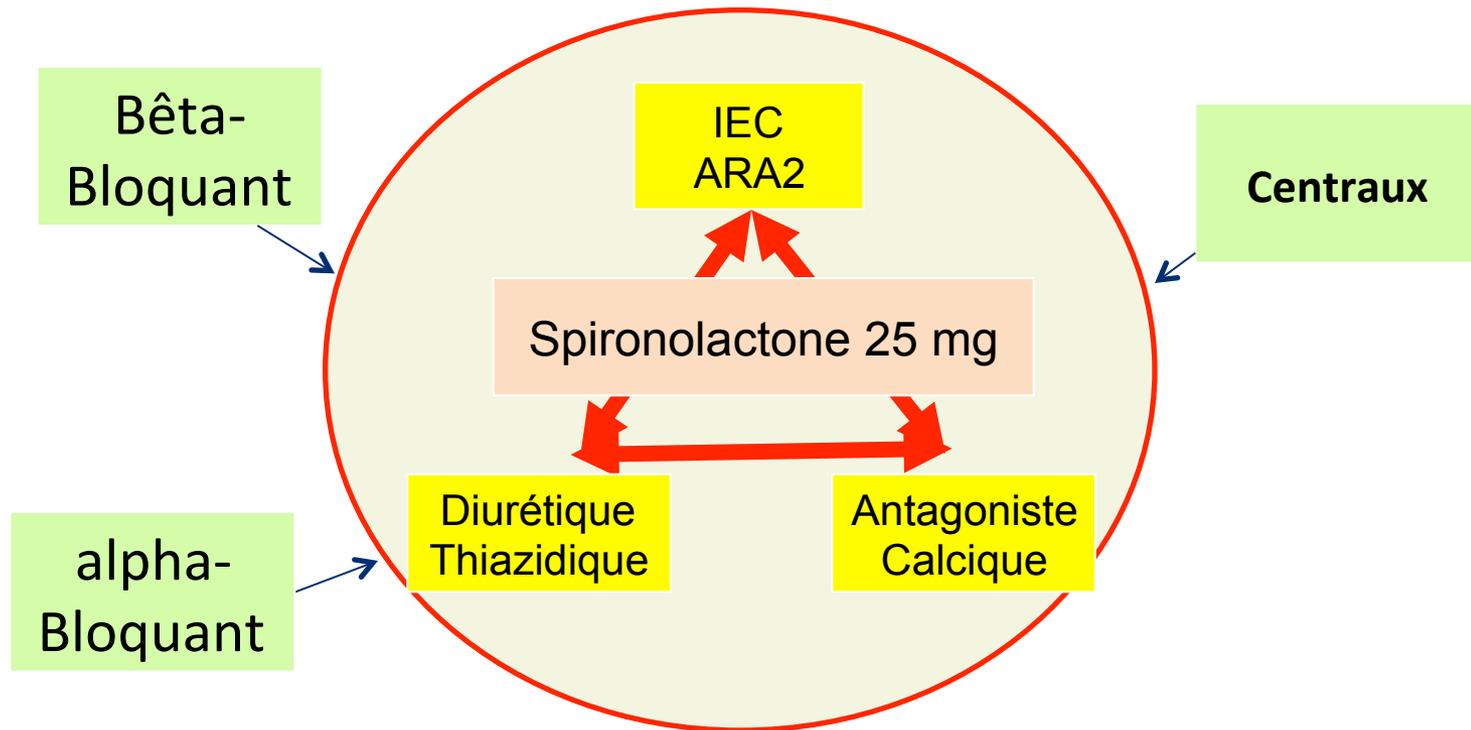
8/ Au-delà de la bithérapie : **la trithérapie** (15% des traitements)

« La triade de la réussite »



# Les 10 règles à appliquer dans l'HTA

9/ Au-delà de la triade, le **double blocage du SRAA** par l'association : IEC + spironolactone ou ARA 2 + spironolactone est à envisager



10/ En cas d'échec envisager une approche cardiaque, vasculaire ou centrale supplémentaires

# Traitement antihypertenseur en fonction du profil du patient

**Règle n°3** : le choix du traitement dépend du profil du patient

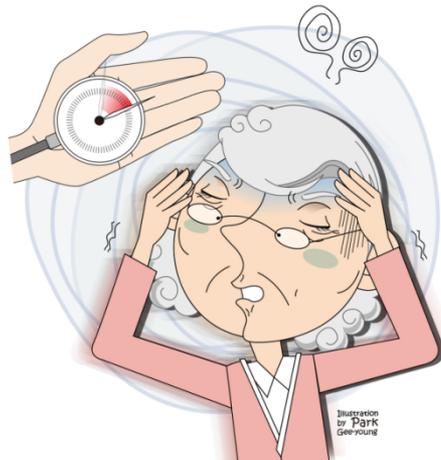
Comorbidités	Choix préférentiel
Diabète	IEC ou ARA 2
Insuffisance rénale	IEC ou ARA 2, diurétique de l' anse
Insuffisance cardiaque	IEC, bêtabloquants, diurétiques
Maladie coronarienne	IEC, bêtabloquants
Post-AVC	IEC + inhibiteurs calciques, diurétiques thiazidiques

Mais il existe d'autres profils...

## HTA et sujet âgé

Le caractère prioritaire du traitement antihypertenseur chez le sujet âgé doit être discuté selon les pathologies et les traitements associés, le risque à court terme pour les organes cibles et le respect de la qualité de vie

- Objectif tensionnel : **PAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique,**
- **Pas plus de 3 médicaments** antihypertenseurs
- Lors du bilan initial, évaluation **cognitive** du patient
- Débuter par des **doses** de principes actifs plus **faibles** et **titration plus lente**



## HTA et grossesse



➤ **Diurétiques : non justifiés**

⇒ risque d'ischémie foeto-placentaire et d'hypotrophie fœtale

➤ **IEC – ARA II contre indiqués (2ème et 3ème trimestre de grossesse)**

⇒ risque d'apparition chez le fœtus : insuffisance rénale / anurie / hypotension / oligo-hydramnios / hypoplasie pulmonaire / autres anomalies morphologiques

---



➤ **Traitement de 1ère intention : Le bêtabloquant labétalol**

➤ **Les inhibiteurs de l'influx calcique** (Nifédipine LP et nifédipine 3 x 20 mg/J)

➤ **Si besoin,  $\alpha$  méthyldopa**

## Poussée hypertensive et urgence hypertensive

- **Poussée hypertensive** : Prise en charge en ambulatoire  
Traitement antihypertenseur oral, visant au contrôle progressif de la PA en quelques jours (baisse de 20 % de la PAS dans les premières heures et PAD  $\leq$  100).
- peut être secondaire à :
  - un défaut d'observance / arrêt brutal du traitement (Bétabloquants, anti HTA centraux)
  - aggravation d'une infection
  - prise médicamenteuse ou toxique (vasoconstricteur sympathomimétique, EPO / cocaïne, amphétamine, ecstasy)
- **urgence hypertensive** : si souffrance viscérale, prise en charge à l'hôpital  
**Ex:** atteinte cardiaque (défaillance, OAP) neurologique (infarctus cérébral, contusion, tumeur) ou vasculaire (dissection aortique)

# Poussée hypertensive

PA systolique  $\geq 180$  mmHg et/ou PA diastolique  $\geq 110$  mmHg

Recherche de signes de souffrance viscérale :

- Signes neurologiques : encéphalopathie, signes neurologiques focaux
- Signes d'insuffisance cardiaque congestive, d'ischémie coronarienne
- Signes de rétinopathie 3 ou 4
- Signes de dissection aortique

Poussée tensionnelle sans souffrance viscérale

Recherche et traitement de cause favorisante :  
(arrêt de traitement antihypertenseur affection  
intercurrente : rétention d'urine)

Repos  
Traitement antihypertenseur oral  
(pas d'injectable)

**Après 2 à 4 heures,**  
Abaissement chiffres tensionnels  $< 180/110$

Traitement antihypertenseur oral au long cours

**Après 1 à 3 jours ,**  
Contrôle de la PA

Poussée tensionnelle associée à une souffrance viscérale:  
Urgence hypertensive

Hospitalisation en urgence

Déficit  
neurologique  
aigu

Orientation  
si possible  
vers unité  
d'urgence  
neurovasculaire

Si encéphalopathie  
hypertensive : nitroprussiate,  
nicardipine ou labétalol

Insuffisance cardiaque  
congestive où OAP ou  
décompensation aigüe d'une  
cardiopathie ischémique

Orientation si possible  
vers unité des soins  
intensifs  
cardiologiques  
nitrés IV + furosémide

Dissection  
aortique  
aigüe

Orientation  
vers unité  
chirurgicale  
spécialisé  
anti HTA  
injectable



**Avis spécialisé en cas de :**

- HTA sévère (PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg) d'emblée
- HTA avant l'âge de 30 ans
- HTA avec hypokaliémie
- Autres situations cliniques évocatrices d'une HTA secondaire

**Moyenne des valeurs de PA en automesure tensionnelle (AMT) ou en mesure ambulatoire de la PA (MAPA) (diurne) correspondant à une HTA**

- PAS ≥ 135 mmHg ou PAD ≥ 85 mmHg

**Cibles tensionnelles à 6 mois**

- PA diurne en AMT ou en MAPA < 135/85 mmHg
- PA < 140/90 mmHg
- Plus de 80 ans :
  - PAS < 150 mmHg
  - PAS diurne en AMT ou en MAPA < 145 mmHg

**CHEZ TOUS LES PATIENTS**  
SURVEILLANCE RÉGULIÈRE DE LA PA

Découverte d'une PA ≥ 140/90 persistante dans le temps

Confirmation de l'HTA par AMT ou MAPA

Bilan clinique et paraclinique

Consultation d'annonce : information du patient/  
adhésion du patient

- Recherche facteurs de risque cardio-vasculaire associés
- Recherche hypotension orthostatique
- Rechercher HTA compliquée ou secondaire

- Risques liés à l'HTA
- Bénéfices de la prise en charge

**INSTAURER DES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES**  
Mesure de la PA mensuelle (AMT ou MAPA) jusqu'au contrôle de la PA + surveillance selon plan de soins

Réduire :

- sédentarité - surpoids
- consommation d'alcool et de tabac
- aliments gras, sales et sucrés

**Surveillance selon plan de soins**

**Plan de soins de 0 à 6 mois**

- Consultation mensuelle jusqu'à l'obtention des chiffres cibles
- Mesurer la PA (AMT ou MAPA)
- Rappeler les mesures hygiéno-diététiques
- Expliquer les difficultés de prises quotidiennes
- Vérifier l'adhésion du patient
- Évaluer la tolérance et l'efficacité de la prise en charge

**Plan de soins après 6 mois**

- Consultation tous les 3 à 6 mois
- Mesurer la PA (AMT ou MAPA)
- Rappeler les mesures hygiéno-diététiques
- Expliquer les difficultés de prises quotidiennes
- Vérifier l'adhésion du patient
- Contrôle biologique (tous les 1 à 2 ans) et ECG (tous les 3 à 5 ans)
- Évaluer la tolérance et l'efficacité de la prise en charge
- Évaluer le risque d'interactions médicamenteuses
- Adapter les posologies médicamenteuses si besoin

Pharmacien

PA contrôlé

**Débuter une monothérapie**  
Mesure de la PA (AMT ou MAPA) + surveillance selon plan de soins

- IEC\* ou ARA2\*\* ou inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique
- Bêtabloquant en second choix
- De préférence en monoprise
- Prescription en DCI : éviter changement de marque

PA contrôlé

**Débuter une bithérapie**  
Mesure de la PA (AMT ou MAPA) + surveillance selon plan de soins

- Association de 2 classes parmi : IEC ou ARA2, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique

PA contrôlé

**Débuter une trithérapie**  
Mesure de la PA (AMT ou MAPA) + surveillance selon plan de soins

- IEC ou ARA2 + diurétique thiazidique + inhibiteur calcique

**Cibles tensionnelles NON atteintes à 6 mois malgré une trithérapie**  
Rechercher la cause de l'HTA

Avis spécialisé

\* Inhibiteur de l'enzyme de conversion  
\*\* Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2