

Rédacteurs	Dr Faddoul Minerva CH Chalon sur Saône
Date	30/05//2015
Validation/ Approbation	validation DR Fayard cardiologue à Chalon/ Saône Commission protocoles
Bibliographie	<i>Références :</i> <i>-Recommandation de la Société Française d' Hypertension Artérielle (janvier 2013)</i>

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HTA TEXTE LONG

I – Définitions et classification des niveaux de pression artérielle

Catégorie	PAS		PAD
Optimal	<120	et	<80
Normale	120-129	et /ou	80-84
Normale haute	130-139	et /ou	85-89
HT grade1	140-159	et ou	90-99
HT grade2	160-179	et /ou	100-109
HT grade 3	≥180	et/ou	≥110
HT grade systolique isolée (HSI)	≥140	et	<90

Classification Européenne de cardiologie HTA ESC/EHS 2007

HT=hypertension

Pratiquer au moins deux mesures à 1-2 minutes d'intervalle, et répéter les mesures si les deux

II - Recommandation : Mesure de la pression artérielle

premières sont très différentes

Utiliser un brassard standard mais disposer de brassards plus grands ou plus petits pour les bras gros ou minces, respectivement.

Le brassard doit être au niveau du cœur, quelle que soit la position du patient.

Lors de la première consultation, mesurer la PA aux deux bras pour dépister de possibles différences liées à une pathologie vasculaire. Dans ce cas, garder comme référence la valeur la plus élevée.

Mesurer la Pression Artérielle 1 et 5 minutes après le passage en orthostatisme chez les sujets âgés ou diabétiques, et tous ceux chez lesquels il existe un risque d'hypotension orthostatique

Mesurer la fréquence cardiaque par palpation du pouls (au moins 30 secondes) en position assise

III – EVALUATION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

- ▶ Âge : > 55 ans pour les hommes, > 65 ans pour les femmes
- ▶ Tabac
- ▶ Antécédents familiaux de maladie cardio- vasculaire précoce (IDM, AVC)
- ▶ Maladie cardiovasculaire (coronaropathie, insuffisance cardiaque, artériopathie) ou rénale avérée. (Néphropathie)
- ▶ Diabète
- ▶ Dyslipidémie
 - LDL-cholestérol $\geq 1,15$ g/l (>3 mmol/l)
 - HDL-cholestérol H $\leq 0,4$ g/l (1 mmol/l) F <1.2 mmol/l
 - Triglycérides G >1.7 mmol/l (1.5g/l)
- ▶ Obésité abdominale

- ▶ ***Signes d'HTA maligne (encéphalopathie hypertensive)***
 - PA diastolique ≥ 140 mm Hg
 - Signes neurologiques réversibles (céphalées, confusion, et troubles visuels)
 - Insuffisance rénale
 - Rétinopathie (hémorragie, œdème papillaire),
 - CIVD

Seuls les patients avec une atteinte viscérale d'un organe cible doivent avoir un traitement immédiat intraveineux au cours d'une hospitalisation (encéphalopathie, IDM, IVG hypertensive, éclampsie, saignement menaçant, dissection aortique, insuffisance rénale rapidement croissante, crise de phéochromocytome, usage amphétamine, de LSD, de cocaïne, ectasie, hypertension péri opératoire). **la cible à atteindre est PAD de 100-110 mm Hg dans les premières 24heures.**

IV - BILAN D'HTA

Systematique :

- Ionogramme sanguin, kaliémie, glycémie, NFS, plaquettes, Calcémie, acide urique, formule MDRD
- LDL-cholestérol, triglycérides, HDL-cholestérol
- Bandelette urinaire (protéinurie)

- ECG : signe d'hypertrophie auriculaire ou ventriculaire

Tests conseillés

- Echographie cardiaque et doppler carotidien
- Dosage de protéinurie (si BU positive)
- Micro albuminurie si BU négative
- FO
- MAPA
- Autre (domaine de spécialiste)

V - CONDUITE A TENIR

But du traitement

-Chez les patients hypertendus, obtenir la réduction maximale du risque total de développer une maladie cardiovasculaire sur le long terme

- La pression artérielle doit être réduite au **dessous** de 140/90 mm Hg (systolique/diastolique) et vers des valeurs plus basses, si tolérées, chez tous les patients hypertendus

- La pression artérielle cible **doit être inférieure à** 130/80 mm Hg *chez les patients diabétiques, chez les patients à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé*, ainsi que chez ceux présentant des pathologies associées (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance rénale.)

◆Malgré l'utilisation d'associations médicamenteuses, la réduction de la pression artérielle systolique en deçà de 140 mm Hg peut être difficile, et plus encore si l'objectif est de moins de 130 mm Hg. *La difficulté est plus grande chez les sujets âgés, chez les patients diabétiques et en général, chez ceux porteurs de pathologies cardiovasculaires*

◆Afin d'obtenir plus facilement une réduction tensionnelle, le traitement antihypertenseur devrait être initié avant que ne se développent des altérations du système cardiovasculaire

► *HTA asymptomatique*

- Surveillance
- Bilan HTA

► *HTA connue mais non équilibrée*

- Toujours le même traitement habituel

► HTA associée à :

① Insuffisance coronarienne

- Ne pas abaisser PAS ≤ 100
- Dérivés nitrés PSE – **RISORDAN®(Isosorbide dinitrate)**
1 à 5 mg/h
- Association possible avec **bêtabloquants** (après avis cardiologue)

② OAP

- **LASILIX®(Furosémide) IVD 40 à 80mg**
- Dérivés nitrés PSE – **RISORDAN®** de 1 à 5mg/h (bolus de 1 à 2mg en IVL)
- **LOXEN®(Nicardipine) PSE** :en bolus 1 mg/min jusqu'à 10 mg puis 0,5 à 6 mg/h

③ AVC ischémique

- Respecter HTA
- Ne traiter que si HTA avec PAS > 220 ou PAD > 110 ou défaillance viscérale

LOXEN® (Nicardipine) 1 mg/h et augmenter progressivement si nécessaire mais toujours si PAS < 150 mm Hg : arrêt du PSE.

- si $150 \leq$ PAS < 200 mm Hg : même dose.
 - si PAS ≥ 200 mm Hg : augmenter progressivement de 1 mg/h jusqu'à une vitesse maximum de 5 mg/h.
- But : PAS = 150/100

④ AVC hémorragique

But PAS $< 140/90$ mm Hg ou PAD < 90 → **LOXEN® PSE 1 mg/h**.

LOXEN® (Nicardipine)PSE :

- si PAS < 120 mm Hg : arrêt PSE.
- si $120 \leq$ PAS < 140 mm Hg : même dose.
- si PAS ≥ 150 mm Hg : augmenter progressivement de 1 mg/h jusqu'à une vitesse maximum de 5 mg/h.

⑤ Hémorragie méningée

- **NIMOTOP®Dihydropyridine PSE**
Si nécessaire associé à **LOXEN® (Nicardipine)** (cf. AVC)
- **BUT PAS** en-dessous de 140 mm Hg

⑥ Dissection aortique

Maintenir PAS ≤ 120

- **LOXEN®(Nicardipine) au PSE**
- **TRANDATE® (Labetalol): 1 mg/kg en 3 mn puis de 0,1 à 0,3 mg/kg/heure**

- **EUPRESSYL®(Uradipil) en bolus de 25 mg puis 9 à 30 mg/h au PSE**

Administration à la seringue électrique :: 2 ampoules d'urapidil 50 mg dans 50 ml de soluté. Le débit sera de 9 à 30 mg/h .

Les solutés utilisables sont le sérum physiologique (Na Cl 0,9%) et le sérum glucosé à 5 %. Ne pas utiliser de solution alcaline.

⑦ Insuffisance rénale connue

▪ Même traitement de l'HTA sauf si OAP indication théorique de diurétique sauf si oligoanurie)

► HTA maligne

La cible à atteindre est PAD100-110mmhg dans les premières 24h

▪ Traitement par **LOXEN®(Nicardipine)** : dose d'attaque de 1 mg/min jusqu'à 10 mg, puis relais 1 mg/h avec augmentation de 0,5 à 1 mg/h toutes les 15 minutes jusqu'à une TA désirée, PSE (1 à 5 mg/h).

► HTA reflet des symptômes

- Anxiété **TRANXENE®(Clorazepat 20 à 50 mg)**
- Douleur (traitement antalgique)

IV- CHOIX DE TRAITEMENT ANTIHYPER TENSEUR :

Individualiser le choix du premier anti - hypertenseur :

- l'initiation du traitement par **ARAII(antagoniste de l'angiotensine) OU IEC(inhibiteurs de l' enzymes de conversion)** est associées à une persistance plus élevée de la tension artérielle que l'initiation du traitement par un diurétique ou bêta bloquant.

- **chez le diabétique** à partir de présence de micro albuminurie et protéinurie débiter **ARAII ou IEC** .
- privilégier la **durée d'actions** qui permet une prise /jour
- **Après 80 ans** objectif PAS<150mmHg sans hypotension orthostatique.
- Après une complication cardiovasculaire objectif PAS(130et139mmHg)/PASD(<90mmHg)

- En cas d'objectif tensionnel non atteint combiner 2anti HTA (bithérapie) avant de décider trithérapies.

Il n'est pas recommandé d'associées 2 bloqueurs de système rénine angiotensine (IEC, ARA II, Inhibiteur de rénine)

Association bétabloquant et diurétique augmente le risque de diabète.

-Mettre en place les **mesures hygiéno diététiques** (réduire la consommation de sel , réduire le poids , l'alcool, arrêt du tabac)pratiquer une activité physique régulière .

Tableau algorithmme de prise en charge pour HTA

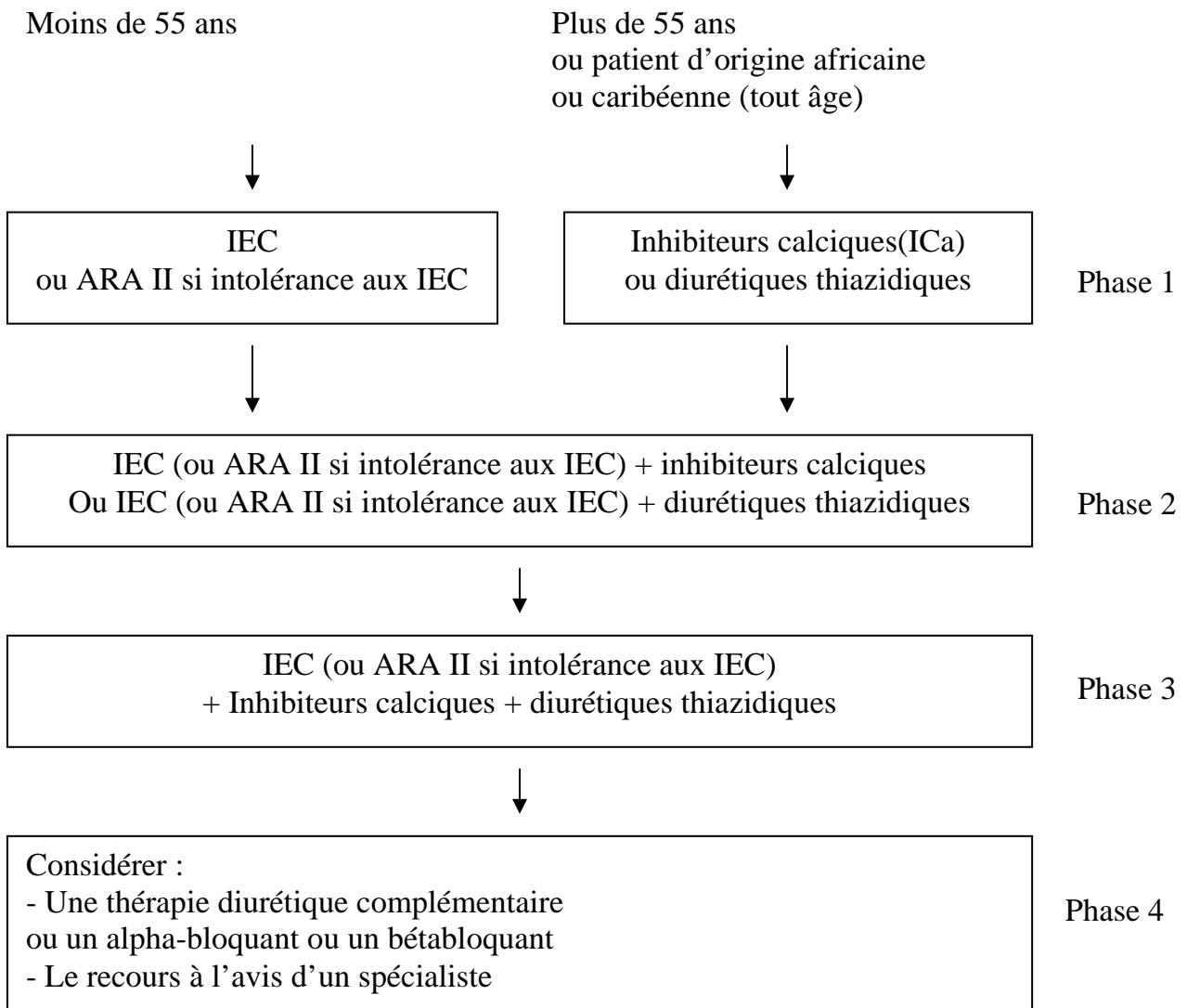


Tableau des contre-indications absolues et relatives de certain antihypertenseurs

	<u>Absolues</u>	<u>Relatives</u>
Thiazides	Gouttes	syndrome métabolique Intolérance au Glucose Grossesses
Béta-bloquants	asthme BAV (2- 3)	artériopathies périphériques syndrome métabolique Intolérance au Glucose BPCO sportifs et athlètes
Dihydropyridine(DHP)		tachyarythmie et insuffisance cardiaque
AC non DHP Antagoniste Calcique	BAV 2-3 insuffisance cardiaque	
IEC	Grossesse Hyperkaliémie Sténose bilatérale artères rénales Œdème angioneurotonique	
ARA	Grossesse Hyperkaliémie Sténose bilatérale artères rénales	
Anti aldostérone	insuffisance rénale Hyperkaliémie	

Rédacteurs	Dr Faddoul Minerva CH Chalon sur Saône
Date	30/05//2015
Validation/ Approbation	validation DR Fayard cardiologue à Chalon/ Saône Commission protocoles
Bibliographie	<i>Références :</i> <i>-Recommandation de la Société Française d' Hypertension Artérielle (janvier 2013)</i>

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HTA TEXTE COURT

Définitions et classification des niveaux de pression artérielle

Catégorie	PAS		PAD
Optimal	<120	et	<80
Normale	120-129	et /ou	80-84
Normale haute	130-139	et /ou	85-89
HT grade1	140-159	et ou	90-99
HT grade2	160-179	et /ou	100-109
HT grade 3	≥180	et/ou	≥110
HT grade systolique isolée (HSI)	≥140	et	<90

CONDUITE A TENIR

► *HTA asymptomatique*

- Surveillance
- Bilan HTA

► *HTA connue mais non équilibrée*

- Toujours le même traitement habituel

► *HTA associée à :*

① Insuffisance coronarienne

- Ne pas abaisser PAS \leq 100
- Dérivés nitrés PSE – **RISORDAN®(Isosorbide dinitrate)**
1 à 5 mg/h
- Association possible avec **bêtabloquants** (après avis cardiologue)

② OAP

- **LASILIX®(Furosémide) IVD 40 à 80mg**
- Dérivés nitrés PSE – **RISORDAN®** de 1 à 5mg/h (bolus de 1 à 2mg en IVL)
- **LOXEN®(Nicardipine) PSE :en bolus 1 mg/min jusqu'à 10 mg puis 0,5 à 6 mg/h**

③ AVC ischémique

- Respecter HTA
- Ne traiter que si HTA avec PAS > 220 ou PAD > 110 ou défaillance viscérale

LOXEN® (Nicardipine) 1 mg/h et augmenter progressivement si nécessaire mais toujours si PAS < 150 mm Hg : arrêt du PSE.

- si $150 \leq$ PAS < 200 mm Hg : même dose.
- si PAS \geq 200 mm Hg : augmenter progressivement de 1 mg/h jusqu'à une vitesse maximum de 5 mg/h.

- But : PAS = 150/100

④ AVC hémorragique

But PAS <140/90 mm Hg ou PAD<90 → **LOXEN® PSE 1 mg/h.**

LOXEN® (Nicardipine)PSE :

- si PAS < 120 mm Hg : arrêt PSE.
- si $120 \leq$ PAS < 140 mm Hg : même dose.
- si PAS \geq 150 mm Hg : augmenter progressivement de 1 mg/h jusqu'à une vitesse maximum de 5 mg/h.

⑤ Hémorragie méningée

- **NIMOTOP®Dihydropyridine PSE**

Si nécessaire associé à **LOXEN® (Nicardipine)** (cf. AVC)

- **BUT PAS** en-dessous de 140 mm Hg

⑥ Dissection aortique

Maintenir PAS ≤ 120

- **LOXEN®(Nicardipine)** au PSE

- **TRANDATE® (Labetalol):** 1 mg/kg en 3 mn puis de 0,1 à 0,3 mg/kg/heure

- **EUPRESSYL®(Uradipil)** en bolus de 25 mg puis 9 à 30 mg/h au PSE

Administration à la seringue électrique :: 2 ampoules d'urapidil 50 mg dans 50 ml de soluté. Le débit sera de 9 à 30 mg/h .

Les solutés utilisables sont le sérum physiologique (Na Cl 0,9%) et le sérum glucosé à 5 %. Ne pas utiliser de solution alcaline.

⑦ Insuffisance rénale connue

- Même traitement de l'HTA sauf si OAP indication théorique de diurétique (sauf si oligoanurie)

► **HTA maligne**

La cible à atteindre est PAD100-110mmhg dans les premières 24h

- Traitement par **LOXEN®(Nicardipine)** : dose d'attaque de 1 mg/min jusqu'à 10 mg, puis relais 1 mg/h avec augmentation de 0,5 à 1 mg/h toutes les 15 minutes jusqu'à une TA désirée, PSE (1 à 5 mg/h).

► **HTA reflet des symptômes**

- Anxiété **TRANXENE®(Clorazepat 20 à 50 mg)**
- Douleur (traitement antalgique)