



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Maître de stage : Docteur Simon FILIPPI

Récit de Situation Complexe en Ambulatoire :

**« Prise en charge d'une Hypertension
Artérielle Résistante en Médecine
Générale »**

PIATIER Quentin
IMG - DES Médecine Générale
3^{ème} semestre
Mail : gpiatier@hotmail.com

Avril 2009

*Avec mes remerciements au Docteur Filippi
qui m'a transmis des valeurs essentielles pour
la pratique d'une médecine générale de qualité.*

Sommaire

1 - Introduction	3
2 - Présentation du cas clinique	4
2.1 - Antécédents	4
2.2 - Consultations	5
3 - Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante : recommandations et consensus	10
3.1 - Bilan initial	10
3.2 - Prise en charge thérapeutique et suivi	12
4 - Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante et spécificités de la Médecine Générale	14
4.1 - Le premier recours	14
4.2 - La prise en charge globale	14
4.3 - La coordination des soins	15
4.4 - La continuité des soins	16
4.5 - Le rôle d'acteur de santé publique	16
5 - Conclusion	16
6 - Bibliographie	17
Annexes	18

1 – Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) représente un véritable problème de santé publique. Lors de la consultation de médecine générale, la mesure d'une HTA représente souvent un résultat de consultation fortuit ou alors elle résulte d'une véritable demande du patient.

Il existe plusieurs types d'HTA :

- L'HTA primitive ou essentielle qui sera le sujet de ce récit.
- Les HTA secondaires dont les multiples causes doivent être éliminées avant de parler d'HTA primitive.

La prévalence de l'hypertension essentielle augmente avec l'âge, l'indice de masse corporelle et le sexe.

En France, la prévalence de l'HTA est estimée à 22,6% en 2006 avec 10,5 millions de personnes traitées, avec une augmentation de 22% du nombre de patients traités ces 6 dernières années.

Ceci est lié à plusieurs facteurs que sont l'accroissement et le vieillissement démographiques avec allongement de la durée de vie, la progression des facteurs de risques cardiovasculaires comme le diabète ou l'obésité, une augmentation des pathologies associées à l'HTA, mais également une amélioration de la prise en charge en médecine libérale.

Par ailleurs il faut savoir que 75% des patients hypertendus sont traités mais 50 à 70% des patients traités ne sont pas équilibrés au long cours. Or 60% des patients traités bénéficient d'une bi- ou poly-thérapie anti-hypertensive.

Parmi les patients non équilibrés, de nombreux facteurs ont été identifiés comme pouvant influencer fortement sur l'équilibre tensionnel.

Les principaux facteurs sont l'observance thérapeutique et le respect des règles hygiéno-diététiques (RHD), les effets secondaires, l'éducation thérapeutique et la stratégie thérapeutique adoptée par le praticien.

Il faut cependant différencier les patients non équilibrés, des patients présentant une HTA résistante qui représentent 11% des patients traités, et sont les plus à risque de complications cardiovasculaires.

Ainsi cet exposé a pour objectif d'exposer les méthodes disponibles actuellement pour tenter d'obtenir l'équilibre tensionnel chez les patients à risques de complications cardiovasculaires, à travers le cas d'une patiente régulièrement suivie en consultation, tout en tenant compte des spécificités de la médecine générale.

2 – Présentation du cas clinique

Madame B., 57 ans, exerçant actuellement la profession de gardienne d'établissement scolaire, venant régulièrement au cabinet médical pour le suivi et le renouvellement des ordonnances de traitement de son hypertension artérielle ainsi que pour des problèmes médicaux courants.

2.1 Antécédents

2.1.1 Mode de vie et facteurs de risque

Patiente exerçant actuellement la profession de gardienne d'établissement scolaire depuis 10 ans. A exercé la profession de libraire auparavant.

Absence d'exposition avérée à des produits dangereux au cours de sa vie professionnelle.

Pas d'alcoolisme chronique mais consommation occasionnelle.

Tabagisme chronique actif depuis l'âge de 20 ans à 35 paquets années ; a récemment diminué sa consommation à moins d'1/2 paquet par jour.

Absence de surpoids (poids : 52kg ; taille : 164cm ; IMC : 19).

Pas de diabète.

Pas de dyslipidémie.

Pas de polymédication ou automédication connue.

Pas d'antécédents familiaux significatifs.

2.1.2 Antécédents médicaux

HTA essentielle suivie et traitée depuis 25 ans actuellement non équilibrée sous poly-thérapie antihypertensive.

Cardiopathie hypertensive modérée non dilatée non hypokinétique avec diminution FEVG à 60% sans insuffisance cardiaque ni décompensation à ce jour.

Pathologies hivernales et cystites aiguës constituent les principaux événements intercurrents sans que leur fréquence ne justifie des examens complémentaires pour la recherche d'une étiologie.

2.1.3 Antécédents chirurgicaux

Avulsions dentaires sous anesthésie générale en 1996 de 12 dents pour altération sévère de l'hygiène bucco-dentaire. Les suites opératoires ont été simples hormis la survenue de cervicalgies qui persisteront pendant 2 ans.

Cure chirurgicale d'un carcinome basocellulaire de l'aile du nez droite en 2001 ayant nécessité reprise chirurgicale des marges d'exérèse reconstruction et greffe de peau post-opératoire.

Polypes adénomateux coliques bénins réséqués par voie endoscopique en 2004 et 2008.

2.1.4 Antécédents gynéco-obstétricaux

Grossesses : 3 Parité : 3

3 accouchements normaux à terme dans un contexte d'hypertension artérielle préexistante non compliquée d'HTA gravidique.

Ménopause survenue à l'âge de 53 ans.

2.1.5 Allergies

Pas d'allergies vraies connues mais :

- Intolérance digestive à la NOROXINE®
- Intolérance aux IEC avec épisodes d'oedèmes distaux et toux sous ZESTRIL® puis TRIATEC®.

2.2 Consultations

2.2.1 Traitement en cours

Son traitement antihypertenseur débute par des règles hygiéno-diététiques avec restriction hydro-sodée que la patiente suit sans trop de difficultés.

Depuis le mois de mai 2005 son traitement médicamenteux associe :

- Un β -bloquant : ATENOLOL® 100mg 2 comprimés par jour
- Une association fixe contenant un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) et un diurétique thiazidique : COKENZEN® 16mg / 12.5mg (Candesartan Cilexetil / Hydrochlorothiazide) 1 comprimé par jour.
- Un anti-hypertenseur α 1-bloquant : MEDIATENSYL® 30mg (Urapidil) 2 comprimés par jour.

2.2.2 Histoire de la maladie

Il s'agit d'une patiente suivie depuis 1985 pour son HTA.

Le suivi clinique est régulier, au minimum trimestriel pour permettre la réévaluation et le renouvellement de son traitement antihypertenseur ainsi que le rappel des règles hygiéno-diététiques. À aucun moment la patiente ne présentera d'épisode hypertensif symptomatique au cabinet médical, ni ne rapportera de plaintes en rapport avec des symptômes hypertensifs.

Le suivi biologique est annuel, n'objectivant aucun déséquilibre causal ou associé ni retentissement organique, notamment rénal.

Initialement sous monothérapie puis sous bithérapie comprenant un anti-hypertenseur d'action centrale (HYPERIUM®) et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (ZESTRIL® puis TRIATEC®), la classe des IEC sera abandonnée pour des problèmes de tolérance, remplacée par la classe des ARA II (KENZEN® 8 puis 16mg) comme mentionné dans les recommandations.

Cependant, malgré une adaptation thérapeutique régulière qui fera appel à différentes classes thérapeutiques à pleine dose, les chiffres tensionnels restent trop souvent au-delà des normes admises.

L'arsenal thérapeutique fera alors utiliser les diurétiques de l'anse (Furosémide ou Indapamide), avant de faire appel à une

trithérapie en associant des β -bloquants (Atenolol 100mg) à dose progressivement croissante. L'arrêt des diurétiques et l'utilisation d'une association fixe comprenant ARA II et diurétiques thiazidiques (COKENZEN® 8mg/12.5mg puis 16mg/12.5mg) formalisera une trithérapie synergique (cf annexe 1). Enfin l'utilisation des antihypertenseurs α 1-bloquants (MEDIATENSYL® 30mg) sera nécessaire devant l'absence d'équilibre tensionnel.

Le diagnostic d'HTA sévère, retenu sur deux mesures d'affilée supérieures à 180/110mmHg fera élaborer un protocole de soins qui permettra à la patiente de bénéficier d'une prise en charge en affection longue durée (ALD) à partir de 1998.

Des explorations étiologiques échographiques, biologiques et cliniques ne révéleront pas de cause potentielle d'une HTA secondaire : absence de phéochromocytome, d'hyperaldostéronisme, de sténose des artères rénales et d'insuffisance rénale chronique.

Les holters tensionnels et les avis cardiologiques itératifs confirmeront l'HTA, ainsi que son caractère primitif et permanent.

Des explorations diagnostiques échographiques et cliniques pour évaluer le retentissement de l'HTA objectivent un fond d'œil normal, l'absence de retentissement rénal, mais une légère hypertrophie ventriculaire gauche n'entraînant qu'une diminution anecdotique de la FEVG.

Les variations tensionnelles seront marquées par des pics tensionnels récurrents ou, au contraire, par de brèves périodes de normalisation au cabinet médical, sans facteurs déclenchants identifiés.

Ainsi, au niveau des variations tensionnelles, il sera difficile d'établir une corrélation :

- avec les facteurs environnementaux personnels et socio-professionnels chez une patiente qui n'apparaît pas régulièrement stressée.
- avec les événements hormono-génitaux de la femme, que sont la grossesse, la prescription d'une contraception hormonale et la ménopause.
- avec de possibles interactions médicamenteuses qui pourraient être responsables d'une HTA secondaire ou seulement d'une inefficacité des antihypertenseurs.
- avec des médicaments vasopresseurs.
- avec un effet HTA blouse blanche éliminé par les holters tensionnels.

Au total, le diagnostic d'hypertension artérielle essentielle sera retenu en 2000, assorti des qualificatifs de sévère, non contrôlée et asymptomatique.

Depuis, l'état clinique de la patiente est stable, sans pour autant obtenir l'équilibre tensionnel.

2.2.3 Consultation du 28 janvier 2009

La patiente se présente au cabinet médical pour renouvellement de son traitement antihypertenseur ainsi que pour prise en charge d'un épisode de toux et catarrhe rhinopharyngée.

Comme à son habitude, la patiente paraît pressée et fatiguée.

L'interrogatoire n'objective pas d'acouphènes, de phosphènes ou de céphalées, absence d'épisode déficitaire pouvant faire évoquer un accident ischémique transitoire, absence de douleur thoracique, absence de douleur des membres inférieurs. Par ailleurs, la congestion rhinopharyngée est présente depuis 3 jours, pas de sensation fébrile ni frissons rapportés, la toux depuis 2 jours est productive, non irritative.

L'examen somatique pulmonaire retrouve quelques ronchis mobilisables à la toux. Au niveau ORL, seule est objectivable une catarrhe nasale sans signes de pharyngite associée.

L'examen cardiovasculaire objective une hypertension artérielle systolo-diastolique à 181/97mmHg, un pouls régulier à 51 BPM, absence de souffle valvulaire audible et de bruits surajoutés à l'auscultation cardiaque, absence de souffle vasculaire audible au niveau des grands axes artériels, pouls périphériques perçus et symétriques, absence d'oedèmes des membres inférieurs, absence d'hépatomégalie.

Les résultats de consultation sont donc un état morbide afébrile avec toux et une poussée hypertensive asymptomatique qui pourrait être reliée à la toux, en dehors du contexte d'HTA chronique.

La prise en charge diagnostique et thérapeutique inclut alors :

- Le traitement symptomatique de son état morbide et de sa toux afin de la soulager au quotidien et de limiter le retentissement potentiel au niveau tensionnel.

- Le renouvellement de son traitement anti-hypertenseur habituel.

- Une réévaluation clinique à court terme, au décours de l'état pathogène surajouté.

- La réalisation du bilan biologique annuel comprenant un bilan lipidique, un bilan glycémique, un bilan rénal, un bilan inflammatoire et un bilan thyroïdien.

- La réalisation d'une Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) ou Holter tensionnel sur 24 heures, afin de réévaluer l'impact tensionnel des thérapeutiques dans le cadre d'une HTA probablement résistante, de rechercher une variabilité tensionnelle inhabituelle, voire de démasquer une éventuelle HTA « blouse blanche ».

- La consultation d'un cardiologue est envisagée, et sera confirmée ou infirmée par les résultats des examens complémentaires.

Le traitement médicamenteux symptomatique par RHINOFLUIMICIL® (Tuaminoheptane + N-acetylcystéine + Benzalkonium), qui est un traitement local, est choisi par rapport à un traitement par voie générale comprenant un anti-inflammatoire non stéroïdien associé à un vasoconstricteur du fait des précautions d'emploi liées à l'utilisation de ces classes thérapeutiques chez les patients hypertendus, ainsi que l'association déconseillée des vasoconstricteurs avec les antihypertenseurs.

Le traitement antitussif par PNEUMOREL® (Fenspiride) est

décidé par rapport aux indications adéquates du produit ainsi que devant la faible survenue d'effets indésirables.

Le traitement antihypertenseur est renouvelé, sans modification posologique, dans l'attente des résultats des examens complémentaires et d'un éventuel avis spécialisé.

La réévaluation clinique ainsi que la pose de la MAPA auront lieu au décours de l'épisode intercurrent.

2.2.4 Consultation du 04 février 2009

L'épisode intercurrent est terminé avec arrêt total de la toux depuis 3 jours, persistance de quelques expectorations matinales et disparition de la congestion ORL.

La patiente dit se sentir mieux malgré son aspect « tendu ». Elle ne désire pas que la consultation s'éternise. L'interrogatoire ne révèle pas de facteur déclenchant, notamment au niveau de son travail ou de sa vie personnelle. C'est tout juste si elle verbalise qu'elle appréhende notre démarche diagnostique. Elle avoue se sentir bien et vivre depuis de nombreuses années avec son HTA sans se sentir malade. Elle dit être consciente qu'on agit pour son bien et c'est bien pour cela qu'elle prend son traitement régulièrement et suit aussi bien que possible les RHD. Elle envisage même de diminuer encore sa consommation tabagique. Cependant, elle a parfois l'impression que c'est son traitement qui la fatigue et semble inquiète quant à la réévaluation thérapeutique.

Un rappel lui est fait sur les risques cardiovasculaires qu'elle encourt en cumulant 2 facteurs de risques que sont l'HTA et le tabagisme. C'est l'occasion de la renforcer sur son observance des RHD et du traitement, ainsi que de l'encourager à réduire sa consommation tabagique.

La réévaluation tensionnelle objective une HTA élevée à 194/101mmHg sans symptômes décelables à l'interrogatoire ni à l'examen somatique cardiovasculaire, le pouls est à 55 BPM.

L'appareil de MAPA est posé ce jour. Il s'agit d'un appareil MICROLIFE® Watch BP 03 avec brassard de mesure humérale de taille adaptée, figurant sur la liste des appareils recommandés par l'ESC/ESH et l'Afssaps (disponible sur le site internet de l'Afssaps). Le réglage de l'appareil est basé sur une fréquence de mesure diurne (dans ce cas de 6h à 22h) de 20 minutes tandis que la fréquence de mesure nocturne (dans ce cas de 22h à 6h) est de 30 minutes, soit un total de 65 mesures.

Un calendrier horaire où la consigne d'indiquer lors de chaque mesure, le lieu d'activité (domicile, travail, autre), sa position (debout, assis, couché), son humeur (fatiguée, normale, agitée), son niveau d'activité (intense, modéré, faible), et les symptômes ressentis (céphalées, vertiges, palpitations, autres, absence) est remis à la patiente afin de pouvoir relier ces informations aux mesures tensionnelles. La patiente affirme avoir bien saisi l'ensemble des consignes.

Un rendez-vous est donné à la patiente pour le lendemain afin de retirer l'appareil et d'en extraire les données.

2.2.5 Consultation du 25 février 2009

La patiente revient en consultation ce jour pour lecture des résultats des examens biologiques, remise du compte-rendu de la MAPA et réévaluation clinique.

La patiente n'a pas de plainte somatique hormis un état de fatigue habituel.

Les résultats des examens biologiques sont dans les normes, sans modifications notables par rapport aux antécédents.

L'examen somatique cardiovasculaire objective à nouveau une hypertension artérielle mesurée à 200 / 110 mmHg avec un pouls à 62 BPM. Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

La MAPA réalisée au début du mois objective une HTA sévère permanente avec 100% de temps passé à une Pression Artérielle (PA) > 140/90mmHg.

La PA moyenne sur 24h est de 166/90mmHg pour un pouls de 54 BPM.

La PA diurne moyenne est de 169/93mmHg pour un pouls de 55 BPM

La PA nocturne moyenne est de 158/85mmHg pour un pouls de 53 BPM.

L'analyse des données et des informations du calendrier horaire (cf annexe 2) objective :

- Un nombre de mesures correctes > 50 qui est le seuil retenu pour la validité de l'examen.
- L'absence de pics tensionnels ou de normalisation tensionnelle. Les premières mesures ne sont pas prises en compte du fait d'un fréquent « effet blouse blanche » surajouté.
- L'absence d'inflexion de la PA au décours des prises médicamenteuses (à 7h et 19h).
- Une légère inflexion de la PA nocturne, mais < 10% des valeurs diurnes, ce qui classe la patiente parmi les « non dippers » et élève statistiquement le risque d'événement cardiovasculaire (ECV).
- Une PA globalement plus élevée en position debout.
- La régularité du pouls correspondant à l'observance du traitement par β -bloquant.

Devant l'ensemble de ces résultats cliniques et biologiques ainsi qu'en tenant compte des recommandations sur l'HTA, la décision d'adresser la patiente à un spécialiste est prise. En effet, il s'agit d'une HTA résistante pour laquelle un bilan du retentissement organique est nécessaire. De plus, la patiente présente un risque d'ECV majoré par le caractère permanent de son HTA, ainsi que le caractère « non dipper » nocturne. Une réévaluation thérapeutique est indispensable et doit être menée conjointement par le cardiologue et le médecin généraliste.

3 – Prise en charge de l’hypertension artérielle résistante : recommandations et consensus

L’HTA se définit par une Pression Artérielle Systolique (PAS) \geq 140mmHg et/ou une Pression Artérielle Diastolique (PAD) \geq 90mmHg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois (définition OMS).

L’HTA résistante au traitement se définit comme une pression artérielle demeurant \geq 140 / 90 mmHg malgré l’administration d’au moins trois médicaments antihypertenseurs appartenant à des classes thérapeutiques différentes, dont au moins un diurétique thiazidique.

3.1 Bilan initial et rappels

3.1.1 Mesure de la Pression Artérielle

La mesure de la PA est réalisée selon les modalités définies ci-dessus avec du matériel standard validé (brassard huméral de taille adaptée au bras).

En cas d’HTA résistante, il est recommandé de mesurer la PA par automesure tensionnelle ou mesure ambulatoire de la PA sur 24h (MAPA).

Ces dernières permettent d’objectiver la permanence de l’HTA, de limiter les biais de mesure et d’interprétation lors de la démarche diagnostique, mais présentent également un intérêt dans l’évaluation thérapeutique.

Leur valeur pronostique quant à la survenue d’un ECV paraît supérieure aux mesures effectuées en cabinet.

Les normes de mesure définies par l’HAS en 2005 (révisées par l’ESH en 2007) sont des moyennes et sont abaissées par rapport à la mesure traditionnelle au cabinet médical (\leq 140/90mmHg):

- automesure \leq (130-)135/85mmHg
- MAPA 24 h \leq (125-)130/80mmHg
- MAPA diurne \leq (130-)135/85mmHg
- MAPA nocturne \leq 120/70mmHg

Un nombre minimal de 50 mesures correctes sur 24h doit être obtenu pour valider le résultat de la MAPA.

L’automesure doit contenir au moins 12 mesures sur 3 jours mais on recommande actuellement de pratiquer 3 mesures à 1 minute d’intervalle matin et soir, 3 jours d’affilée soit 18 mesures.

3.1.2 Évaluation clinico-biologique initiale

Toute évaluation initiale doit débiter par la recherche clinique de signes de gravité, notamment instabilité hémodynamique, signes d’HTA maligne, toute manifestation aigue athéromateuse ou signe de focalisation neurologique.

De plus, des signes cliniques à minima d’atteinte des organes cibles (le cerveau, la rétine, le cœur, les reins et les artères

périphériques), ainsi que des signes cliniques d'HTA secondaire doivent être recherchés.

Un examen clinique systématique est pratiqué avec interrogatoire soigné à la recherche de facteurs déclenchants, de facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV), de pathologies associées ; une étude morphologique (poids, taille, IMC, périmètre abdominal) est réalisée conjointement à l'étude des modes alimentaires et d'hygiène de vie.

Par ailleurs, le praticien est aidé dans sa démarche par les recommandations définissant les examens complémentaires à réaliser. Ceux-ci doivent être adaptés à chaque patient, en fonction de l'évaluation clinique initiale (cf annexe 3).

Au niveau biologique chez les patients présentant une HTA résistante même non diabétiques, ceci se traduit par le bilan systématique adapté, complété par une microalbuminurie. Celle-ci serait un bon marqueur d'une atteinte rénale infra-clinique et représente une élévation du risque de survenue d'un ECV. Ainsi le dépistage d'une microalbuminurie doit faire prendre des mesures thérapeutiques dans le mois suivant.

En cas d'HTA compliquée ou de suspicion d'HTA secondaire, des examens plus spécialisés peuvent être recommandés. Ceux-ci sont principalement du ressort du spécialiste.

3.1.3 Évaluation du risque global de survenue d'un ECV

Celui-ci est résumé dans le tableau de stratification du risque cardiovasculaire global (cf annexe 4).

Les patients présentant une HTA résistante sont plus à risque de survenue d'ECV. De nombreuses études ont prouvé la relation directe entre l'élévation permanente des chiffres tensionnels et la survenue d'évènements cardiovasculaires.

De plus il existe une fréquence accrue de survenue des ECV chez les patients hypertendus dont la PA ne chute pas suffisamment pendant leur sommeil.

3.1.4 Instauration du traitement

L'instauration du traitement commence par l'éducation thérapeutique, notamment en ce qui concerne les mesures hygiéno-diététiques. Ces mesures hygiéno-diététiques comprennent :

- la limitation de la consommation de sel,
- une perte de poids en cas de surcharge pondérale,
- la pratique d'une activité physique régulière adaptée,
- la limitation de la consommation d'alcool,
- l'arrêt du tabac,
- un régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées.

Par ailleurs l'arsenal pharmacologique fait appel à l'utilisation de 5 classes thérapeutiques majeures ayant prouvé leur bénéfice sur la réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire et ayant une action synergique en cas d'association (cf annexe1). Ce sont les β -bloquants,

les inhibiteurs calciques , les IEC, les ARA II, les diurétiques thiazidiques.

La stratégie thérapeutique fait intervenir une monothérapie initiale.

Un changement de classe est recommandé en cas d'intolérance ou d'insuffisance thérapeutique.

La bithérapie puis la trithérapie interviennent alors successivement en cas de non contrôle de la PA malgré un traitement à pleine dose bien conduit et sur un laps de temps suffisant (4 à 6 semaines).

Dès lors que le patient sous trithérapie à pleine dose depuis au moins 4 semaines n'est pas équilibré, on entre dans le champ potentiel de l'HTA résistante. Commence alors une démarche spécifique ayant pour but de déterminer la réalité de cette résistance, associée à la recherche des retentissements qui sont susceptibles d'être sévères.

3.2 Prise en charge thérapeutique et suivi de l'HTA résistante

3.2.1 Recherche étiologique

L'HTA résistante est présente chez 10% des patients hypertendus traités. Parmi ces 10%, on retrouve 90% présentant un ou plusieurs facteurs favorisants et seulement 10% des patients présentant une HTA secondaire.

Avant toute chose, il faut éliminer les biais de mesures :

- L'HTA « blouse blanche » qui surestime la PA du patient dans le cadre de la consultation au cabinet médical.
- La pseudo-hypertension liée à la médiacalcose chez les sujets âgés.
- L'erreur de mesure liée à du matériel non adapté (brassard trop étroit).

En l'absence de problèmes de mesure, de nombreux facteurs d'HTA résistante ont été décrits :

- Le non respect des règles hygiéno-diététiques avec poursuite de l'intoxication tabagique, consommation excessive de sel...
- L'inobservance thérapeutique souvent liée à des problèmes de tolérance et d'éducation thérapeutique.
- L'inadéquation du traitement antihypertenseur et notamment absence de synergie ou sous-dosage.
- La surcharge volémique dans le cadre de pathologies associées (insuffisance rénale, hyperaldostéronisme).
- Le syndrome d'apnées du sommeil.
- La iatrogénie par interactions médicamenteuses et les substances vasopressives.
- Une HTA secondaire non décelée lors du bilan initial.

La recherche et l'identification d'un de ces facteurs pourra donner lieu à la prescription d'examens complémentaires, ainsi qu'à une prise en charge conjointe du médecin généraliste et des médecins spécialistes concernés.

L'observance peut être évaluée par :

- L'interrogatoire à la recherche d'effets indésirables du traitement, l'évaluation des contraintes liées aux RHD, la régularité des prises médicamenteuses.
- La fréquence cardiaque lors de la prise de β -bloquants.
- La mesure de la natriurèse sur les urines de 24h qui doit être < 60mmol/L/24h.

3.2.2 Évaluation du retentissement

L'intensification de la surveillance tensionnelle des patients présentant une HTA résistante doit s'accompagner d'un renforcement des mesures de surveillance associées.

Une évaluation plus précise et plus fréquente des retentissements sur les différents organes cibles permet d'adapter au mieux les objectifs thérapeutiques.

La surveillance clinico-biologique est ainsi adaptée aux FDRCV du patient ainsi qu'à l'évolution de ses symptômes (cf annexe 5).

Cette évaluation doit être pluridisciplinaire et en coordination entre les différents intervenants.

3.2.3 Traitement

Dans ce contexte, il est important de considérer qu'une élévation tensionnelle, même modérée, est à risque de survenue d'un ECV.

En effet, le caractère permanent de L'HTA est un facteur d'usure précoce de l'appareil cardiovasculaire.

Il n'est cependant pas justifié de prendre des mesures ponctuelles pour obtenir une normalisation tensionnelle transitoire.

L'objectif est d'obtenir un équilibre tensionnel durable pour limiter le risque de survenue d'un ECV.

Les mesures thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité sont :

- L'adaptation thérapeutique avec utilisation de molécules ayant un effet antihypertenseur synergique.
- Le renforcement de l'éducation thérapeutique avec implication du patient dans sa pathologie. Un exemple est l'automesure tensionnelle.
- Favoriser l'adhésion thérapeutique en simplifiant les schémas posologiques, en limitant les causes d'inobservance.
- Une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée.

4 – Prise en charge de l’hypertension artérielle résistante et spécificités de la Médecine Générale

4.1 Le premier recours

Le Médecin Généraliste est la plupart du temps à l’initiative du dépistage, et donc de la prise en charge de l’hypertension artérielle. Ceci est dû à la forte prévalence de cette pathologie qui n’a pas de symptômes spécifiques à son commencement.

Ainsi, le diagnostic d’HTA est fréquemment qualifié de fortuit. Il est pourtant obtenu par une démarche bien codifiée faisant intervenir des données épidémiologiques associées aux données recueillies auprès de chaque patient dans le cadre de relations privilégiées. Il en est de même pour l’HTA résistante, dont le diagnostic ne pourra être évoqué que dans le cadre d’un suivi régulier à long terme, souvent en l’absence d’éléments cliniques pertinents.

4.2 Prise en charge globale

L’évaluation et la prise en charge d’un patient présentant une HTA résistante sont multidimensionnelles.

Tout d’abord, il est important d’évaluer le patient lui-même. En effet, la connaissance et la compréhension de sa pathologie, son implication thérapeutique au niveau des règles hygiéno-diététiques ou de l’observance médicamenteuse, sa motivation dans le respect des objectifs sont des facteurs déterminants de la réussite de la prise en charge. Mais il faut également tenir compte de tous les éléments qui composent sa personne. Son rapport au vécu antérieur de sa pathologie ou de celles de ses proches, sa qualité de vie et ses projets personnels, son travail ou ses activités sont à prendre en considération dans le cadre d’un traitement qui est à vie, et fréquemment pourvu d’effets secondaires.

Ensuite, il est important de réaliser une évaluation clinique qui permettra d’adapter les objectifs en fonction du retentissement organique et psychologique, de la pathologie mais également du traitement. Les FDRCV à corriger sont souvent abstraits pour le patient, sauf en termes de consignes et de traitements surajoutés pour leur prévention. Et pourtant en l’absence d’événements cardiovasculaires, le patient est la plupart du temps asymptomatique. L’évaluation clinique doit être expliquée de manière adaptée au patient. Sa compréhension des enjeux détermine son adhésion à la prise en charge.

Enfin, l’évaluation thérapeutique selon les recommandations qui est le préalable à toute action ultérieure. Celle-ci recherche les facteurs pouvant influencer sur le traitement. Ce sont les interactions médicamenteuses mais également les traitements associés ou encore les habitudes alimentaires quotidiennes qui peuvent renforcer ou plus souvent diminuer l’efficacité thérapeutique.

Au terme de cette évaluation, les objectifs sont les suivants :

- Informer le patient de sa pathologie et répondre à ses interrogations.
- Faire participer le patient à l'élaboration de son projet thérapeutique et fixer les objectifs.
- Favoriser l'observance et obtenir son adhésion thérapeutique.
- Limiter les effets secondaires et les causes d'inobservance.

Les moyens disponibles pour y parvenir sont :

- L'instauration d'une relation médecin-patient forte, qui permette une communication de qualité. Ceci dans le but d'obtenir les informations nécessaires, mais aussi de faire passer les messages indispensables.
- La personnalisation du traitement.
- L'éducation thérapeutique.

Dans le cas de notre patiente, comme exposé dans l'histoire de la maladie, ce sont imposés les éléments suivants :

- La hiérarchisation des problèmes avec traitement initial de l'épisode intercurrent et la réévaluation au décours.
- La réalisation d'une MAPA afin d'objectiver le trouble.
- La programmation d'un bilan complémentaire biologique qui s'est avéré sans modifications particulières.
- La nécessité d'évaluer le retentissement de son HTA avec le concours du cardiologue et d'autres spécialistes.
- La prise en compte de l'absence de symptômes et de l'incompréhension qui résulterait d'une escalade thérapeutique immédiate.
- L'absence de prévention systématique des autres FDRCV, pour la raison ci-dessus, mais également pour ne pas risquer une hémorragie intracérébrale sous anti-aggrégants plaquettaires chez une patiente non contrôlée.
- La nécessité d'obtenir un équilibre tensionnel à long terme.
- La décision de faire intervenir le cardiologue dans ce but, sert à renforcer notre position et majorer son impact.

4.3 La coordination des soins

Elle est indispensable pour cette pathologie dont le retentissement est quasi-systémique, et fait ainsi appel à de nombreux avis spécialisés. Le médecin généraliste est au centre du système de coordination des soins, adressant le patient aux intervenants successifs en fonction des besoins. Il guide le patient, et le conseille sur les nécessités d'examens. Par ailleurs, il est souvent amené à servir d'interprète, reformulant et adaptant au mieux l'information donnée à son patient.

La patiente a été adressée chez le cardiologue pour bilan du retentissement et

réévaluation thérapeutique. Un ECG est programmé ainsi qu'une échocardiographie. Malheureusement le rendez-vous tardif ne permet pas de rendre compte des résultats dans cet exposé.

4.4 La continuité des soins

Elle est la base d'une relation médecin-malade de qualité qui se construit au fur et à mesure des consultations.

Dans le cas de notre patiente elle consiste au suivi trimestriel de la pression artérielle, la programmation annuelle des examens complémentaires et consultations spécialisées.

Par ailleurs tous les examens réalisés sont consignés dans le dossier médical afin d'avoir un accès facilité en permanence à l'ensemble des informations concernant la patiente.

La continuité des soins interagit avec la coordination en faisant circuler les informations adéquates.

4.5 Le rôle d'acteur de santé publique

Le médecin généraliste est en première ligne face à la problématique des pathologies cardiovasculaires.

Il participe activement au dépistage individuel de l'HTA à l'échelle de la communauté.

Il promeut la prévention des FDRCV par l'éducation thérapeutique individuelle. Il éduque également le patient sur son traitement, sa pathologie et les symptômes évocateurs de complications.

De l'efficacité de son action, dépendent les coûts générés par la pathologie de son patient, notamment ceux liés à la survenue d'ECV qui sont toujours plus importants que ceux de la pathologie causale.

5 – Conclusion

La prise en charge de l'HTA résistante fait appel à de nombreuses compétences du médecin généraliste, qu'elles soient techniques ou relationnelles afin de guider au mieux son patient à travers le parcours de soin.

Il dispose de plus en plus de techniques simples et fiables comme la MAPA pour argumenter son propos. L'évolution des moyens de prise en charge de l'HTA montrent une réelle efficacité sur la morbi-mortalité cardiovasculaire, parfois au détriment de la qualité de vie des patients. Il appartient au médecin généraliste de faire profiter des avancées thérapeutiques à son patient dans la mesure où elles sont nécessaires, tout en préservant un confort qui les rendent acceptables.

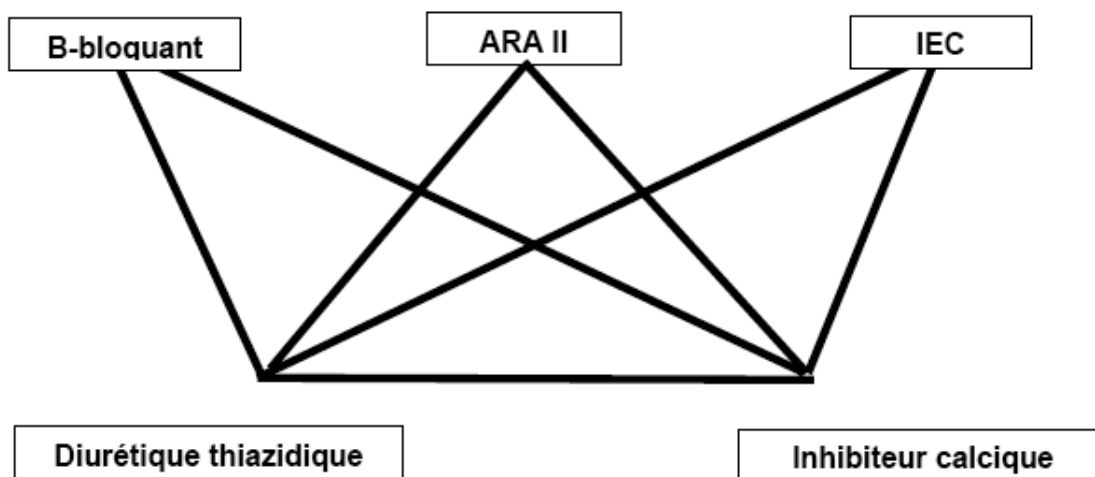
Ainsi c'est par une communication claire et adaptée qu'il peut convaincre son patient d'adhérer à la prise en charge proposée, quand celle-ci est vécue comme abstraite et parfois inutile par le patient.

6 – Bibliographie

- 1) Recommandations 2007 ESC/ESH pour la prise en charge de l'hypertension artérielle
- 2) Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Recommandations HAS – Actualisations 2005
- 3) Vallée JP. Quelles indications pour la MAPA ? Pratiques Médicales et Thérapeutiques. 2000;1:26-27
- 4) Recommandations 2007 : Micro-albuminurie et excrétion d'albumine chez le patient hypertendu non diabétique
- 5) Hypertension artérielle traitée – Caisse nationale de l'Assurance Maladie octobre 2007
- 6) Guidelines Subcommittee: 1999 World Health Organisation - International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens*. 1999

Annexes

- 1) Associations de médicaments antihypertenseurs possibles.
Les traits pleins représentent les associations ayant une action synergique.



- 2) Recueil des données de MAPA et calendrier horaire – courbe représentative

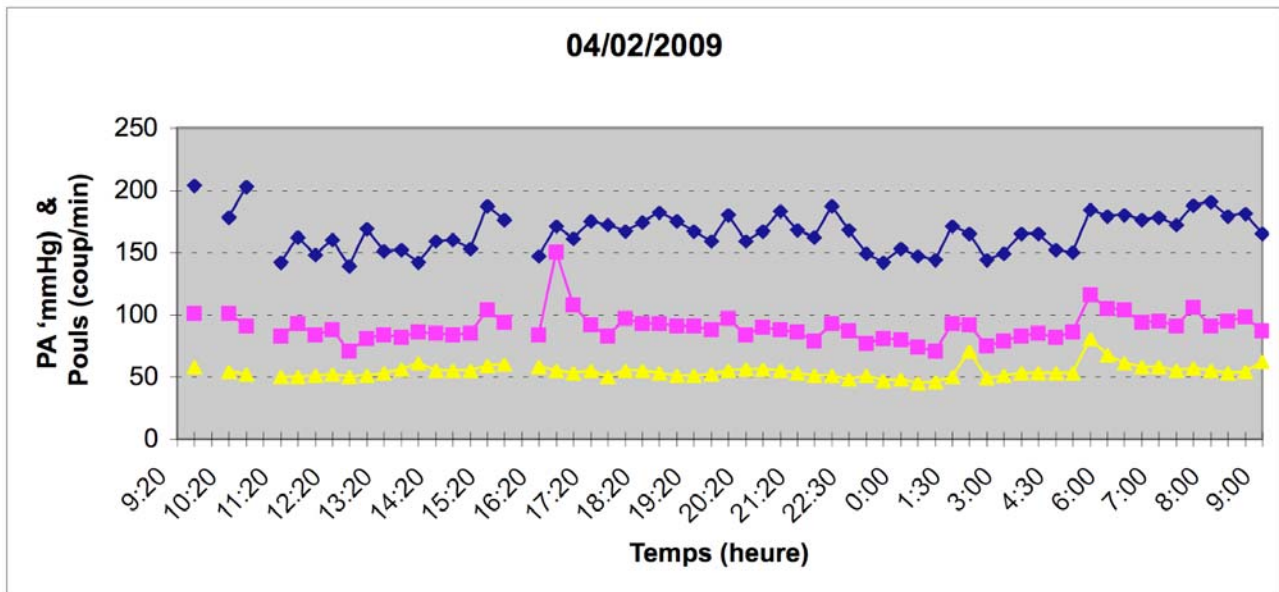
Date	H	Sys	Dia	Pouls	Remarque	Lieu	Position	Humeur	Activité	Symptômes
04/02/2009	9:20				Erreur 2	A	A	1	1	0
04/02/2009	9:40	204	101	58		A	D	2	3	0
04/02/2009	10:00				Erreur 2	A	D	2	2	0
04/02/2009	10:20	178	101	54		A	D	3	3	0
04/02/2009	10:40	203	91	52		A	A	2	2	0
04/02/2009	11:00				Erreur 2	A	A	3	3	0
04/02/2009	11:20	142	83	50		M	D	2	2	0
04/02/2009	11:40	162	93	50		M	D	2	2	0
04/02/2009	12:00	148	84	51		M	D	2	2	0
04/02/2009	12:20	160	88	52		M	D	2	2	0
04/02/2009	12:40	139	71	50		M	A	1	1	0
04/02/2009	13:00	169	81	51		M	D	2	2	0
04/02/2009	13:20	151	84	53		M	A	1	1	0
04/02/2009	13:40	152	82	56		M	A	1	1	0
04/02/2009	14:00	142	86	61		T	D	2	2	0
04/02/2009	14:20	159	85	55		T	A	1	1	0
04/02/2009	14:40	160	84	55		T	A	1	1	0
04/02/2009	15:00	153	85	55		T	A	1	1	0
04/02/2009	15:20	187	104	59		T	D	1	1	0
04/02/2009	15:40	176	94	60		T	D	2	2	0
04/02/2009	16:00				Erreur 2	T	D	1	1	0
04/02/2009	16:20	147	84	58		T	A	2	1	0
04/02/2009	16:40	171	150	55		T	A	1	1	0
04/02/2009	17:00	161	108	53		A	D	1	1	0
04/02/2009	17:20	175	92	55		M	A	1	1	0
04/02/2009	17:40	172	83	50		M	A	1	1	0
04/02/2009	18:00	167	97	55		M	D	1	1	0
04/02/2009	18:20	174	93	55		M	A	1	1	0
04/02/2009	18:40	182	93	53		M	D	1	1	0
04/02/2009	19:00	175	91	51		M	D	1	1	0
04/02/2009	19:20	167	91	51		M	A	1	1	0

04/02/2009	19:40	159	88	52		M	A	1	1	0
04/02/2009	20:00	180	97	55		M	D	1	1	0
04/02/2009	20:20	159	84	56		M	D	1	1	0
04/02/2009	20:40	167	90	56		M	A	1	1	0
04/02/2009	21:00	183	88	55		M	D	1	1	0
04/02/2009	21:20	168	86	53		M	C	1	1	0
04/02/2009	21:40	162	79	51		M	C	1	1	0
04/02/2009	22:00	187	93	51		M	C	1	1	0
04/02/2009	22:30	168	87	48		M	C			
04/02/2009	23:00	149	77	51		M	C			
04/02/2009	23:30	142	81	47		M	C			
05/02/2009	0:00	153	80	48		M	C			
05/02/2009	0:30	147	74	45		M	C			
05/02/2009	1:00	144	71	46		M	C			
05/02/2009	1:30	171	93	50		M	C			
05/02/2009	2:00	165	92	71		M	C			
05/02/2009	2:30	144	75	49		M	C			
05/02/2009	3:00	149	79	51		M	C			
05/02/2009	3:30	165	83	53		M	C			
05/02/2009	4:00	165	85	53		M	C			
05/02/2009	4:30	152	82	53		M	C			
05/02/2009	5:00	150	86	53		M	C			
05/02/2009	5:30	184	116	81		M	C			
05/02/2009	6:00	179	105	68		M	D	1	1	0
05/02/2009	6:20	180	104	61		T	D	2	2	0
05/02/2009	6:40	176	94	58		T	D	2	2	0
05/02/2009	7:00	178	95	58		M	D	2	2	0
05/02/2009	7:20	172	91	55		M	D	1	1	0
05/02/2009	7:40	188	106	57		M	D	2	2	0
05/02/2009	8:00	191	91	55		M	D	2	2	0
05/02/2009	8:20	179	95	53		T	D	2	2	0
05/02/2009	8:40	181	98	54		T	D	1	2	0
05/02/2009	9:00	165	87	62		T	D	2	2	0
05/02/2009	9:20	171	93	55		T	D	1	1	0
05/02/2009	9:40				Erreur 3	A	D	1	1	0

Légende

Lieu : M :domicile ; T :travail ; A :autre **Position** : D :debout ; A :assis ; C :couché

Humeur : 1 :fatiguée ; 2 :normale ; 3 :agitée **Activité** : 1 :faible ; 2 :normale ; 3 :forte



3) Bilan OMS systématique de L'HTA et bilan recommandé à adapter à chaque cas :

Examens systématiques (bilan HTA OMS)

- Glycémie à jeun
- Cholestérol total, LDL et HDL, triglycérides sériques à jeun
- Créatininémie
- Clairance de la créatinine calculée (formule de Cockcroft-Gault) ou filtration glomérulaire (formule MDRD)
- Acide urique sérique
- Kaliémie
- Hémoglobine et hématoците
- Analyse d'urine (BU et culot)
- Electrocardiogramme

Examens recommandés

- Echocardiogramme
- Échographie artères carotides
- Quantification de la protéinurie si bandelette urinaire positive
- Mesure de l'indice cheville-bras
- Fond d'oeil (si HTA sévère)
- Glycémie postprandiale (si glycémie à jeun >5.6 mmol/l ou 100 mg/dl)
- Automesure tensionnelle et mesure ambulatoire de pression artérielle

4) Stratification du risque cardiovasculaire global

Autres facteurs de risque et antécédents pathologiques	HTA grade 1 PAS 140-159 et/ou PAD 90-99	HTA grade 2 PAS 160-179 et/ou PAD 100-109	HTA grade 3 PAS ≥ 180 et/ou PAD ≥ 110
Aucun autre FDRCV	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1-2 FDRCV	Risque moyen	Risque moyen	Risque très élevé
≥ 3 FDRCV, syndrome métabolique, atteinte organe cible ou diabète	Risque élevé	Risque élevé	Risque très élevé
Pathologie cardiovasculaire ou rénale	Risque très élevé	Risque très élevé	Risque très élevé

Une estimation du risque de survenue d'un ECV est reliée à ce tableau :

- Risque faible : risque de 5 à 10% à 10 ans
- Risque moyen : risque de 10 à 20% à 10 ans
- Risque élevé : risque de 20 à 40% à 10 ans
- Risque très élevé : risque > 40% à 10 ans

5) Rythme de surveillance des paramètres chez un patient hypertendu (HAS 2005)

Paramètres	Si HTA contrôlée non compliquée	Périodicité selon la situation
PA	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint
Interrogatoire et examen CV	3 à 6 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Kaliémie, créatininémie et calcul du DFG	1 à 2 ans	Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents. Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois)
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie
Exploration d'anomalie lipidique (EAL)	3 ans, si lipides initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie
ECG	3 ans	Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique