

Comment tenter d'améliorer l'efficacité du traitement de l'HTA?

M.A. BOUDJELLA

Service de Médecine Interne

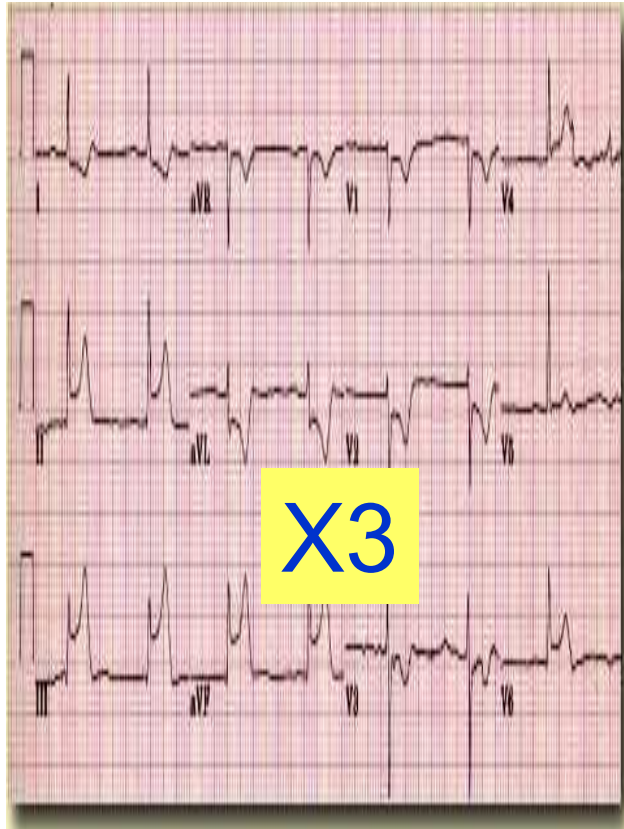
Hôpital Bachir MENTOURI – Kouba - Alger

Recommandations afssaps 2005/ESH 2003: quels objectifs tensionnels ?

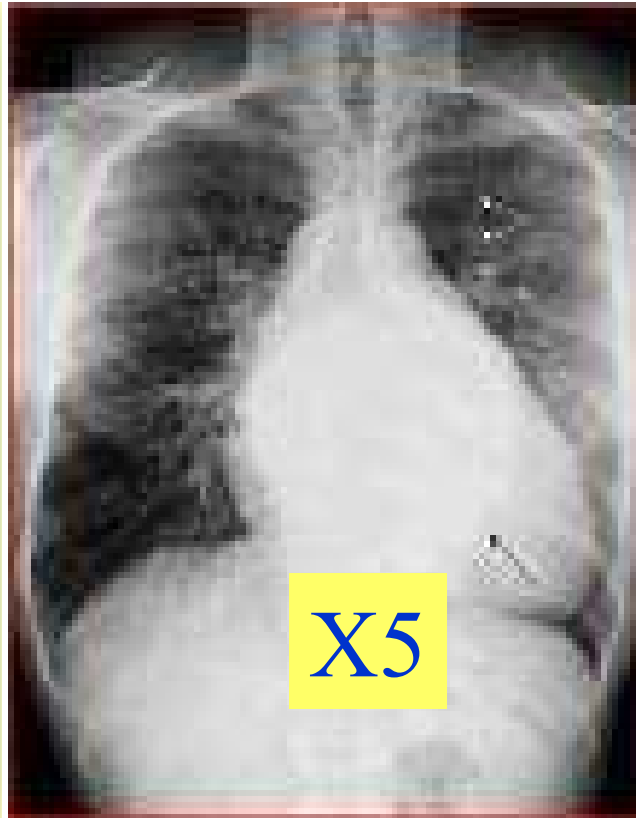
- PA < 140/90 mmHg
- Patient diabétique: PA < 130/80 mmHg
- Insuffisant rénal : PA < 130/80 mmHg et protéinurie < 0,5g/j

Pourquoi traiter l'HTA ?

Insuffisance coronaire



Insuffisance cardiaque

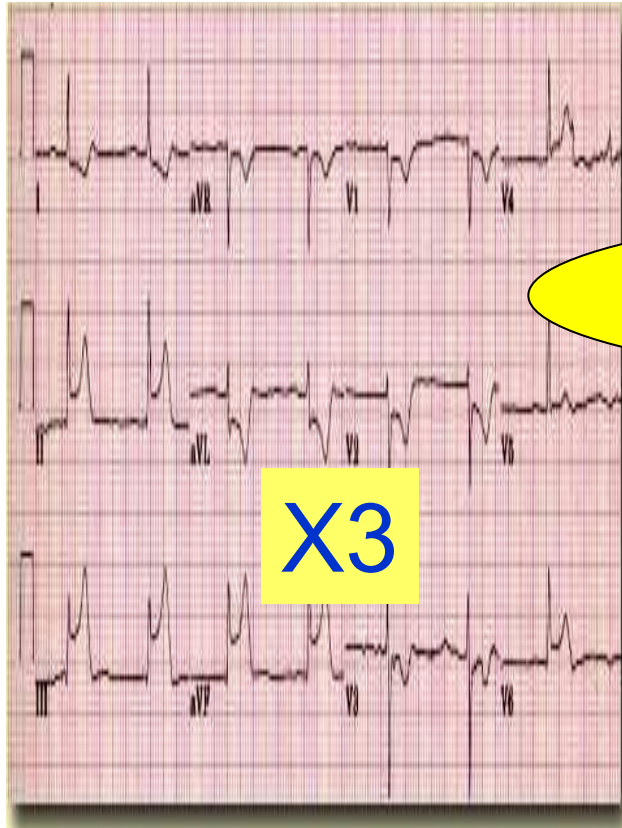


AVC



Pourquoi traiter l'HTA ?

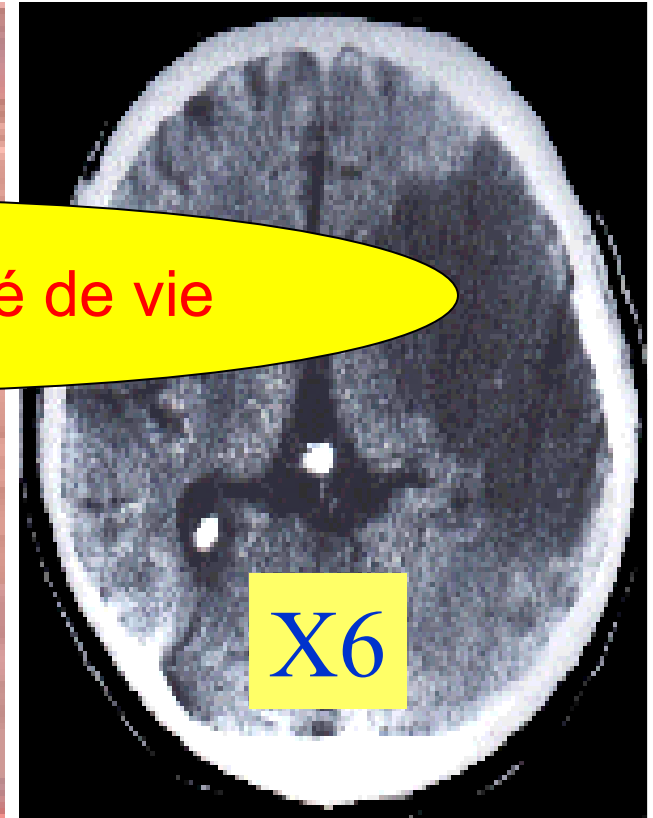
Insuffisance coronaire



Insuffisance cardiaque



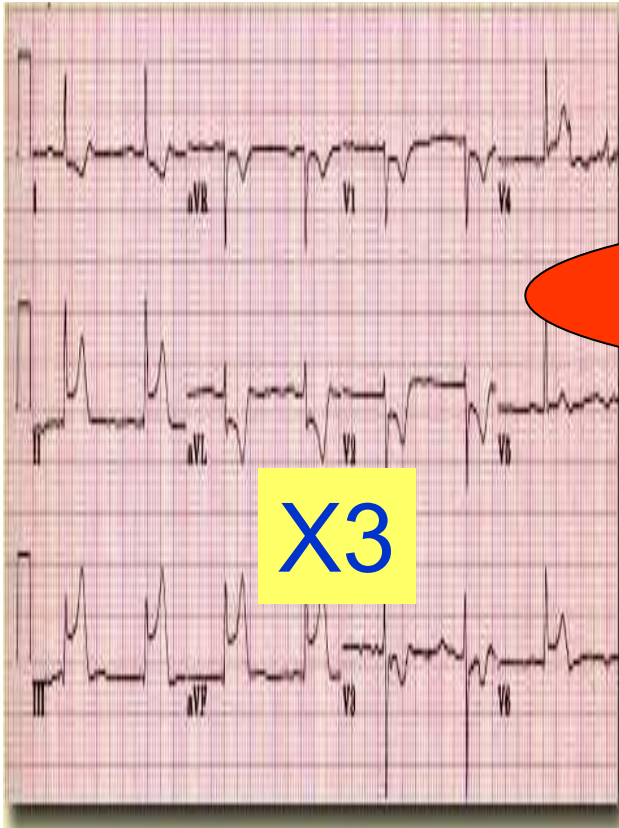
AVC



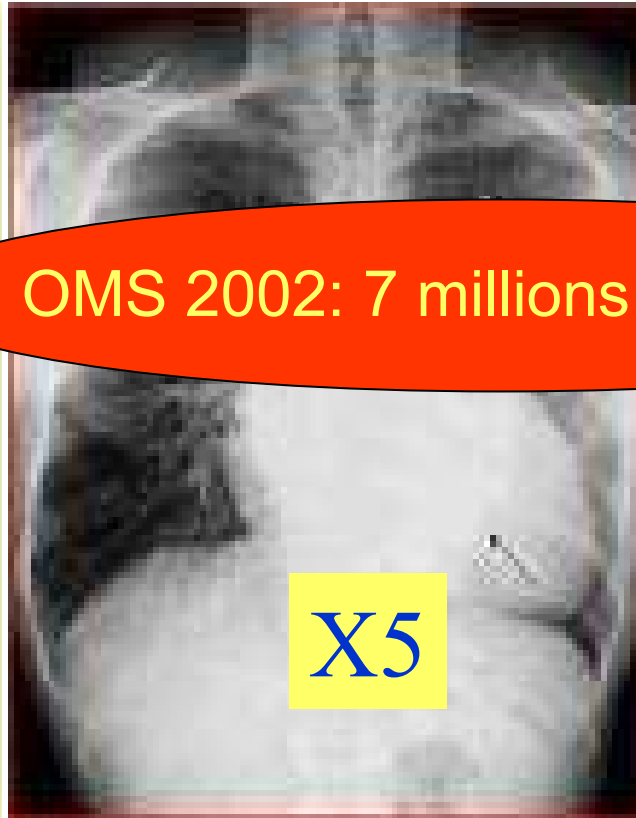
Altération de la qualité de vie

Pourquoi traiter l'HTA ?

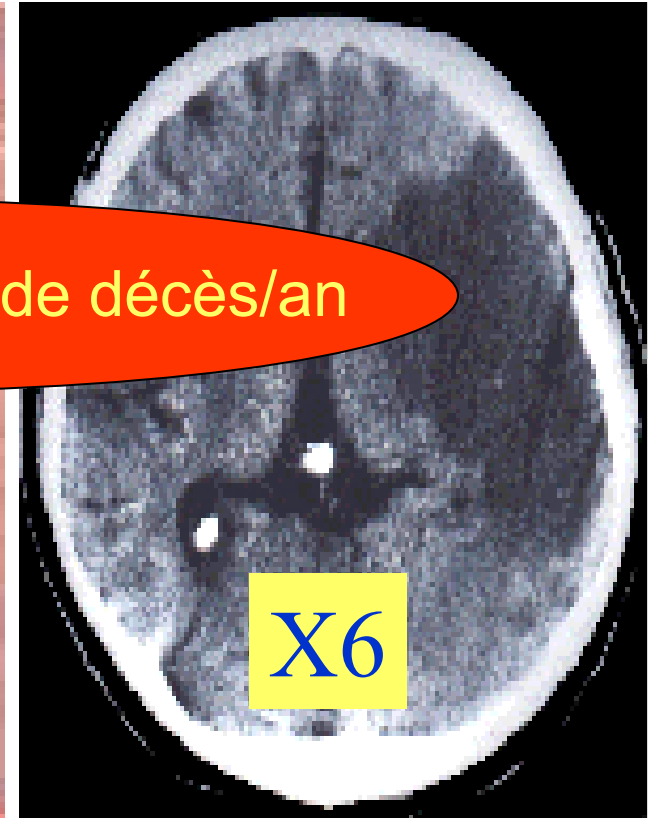
Insuffisance coronaire



Insuffisance cardiaque



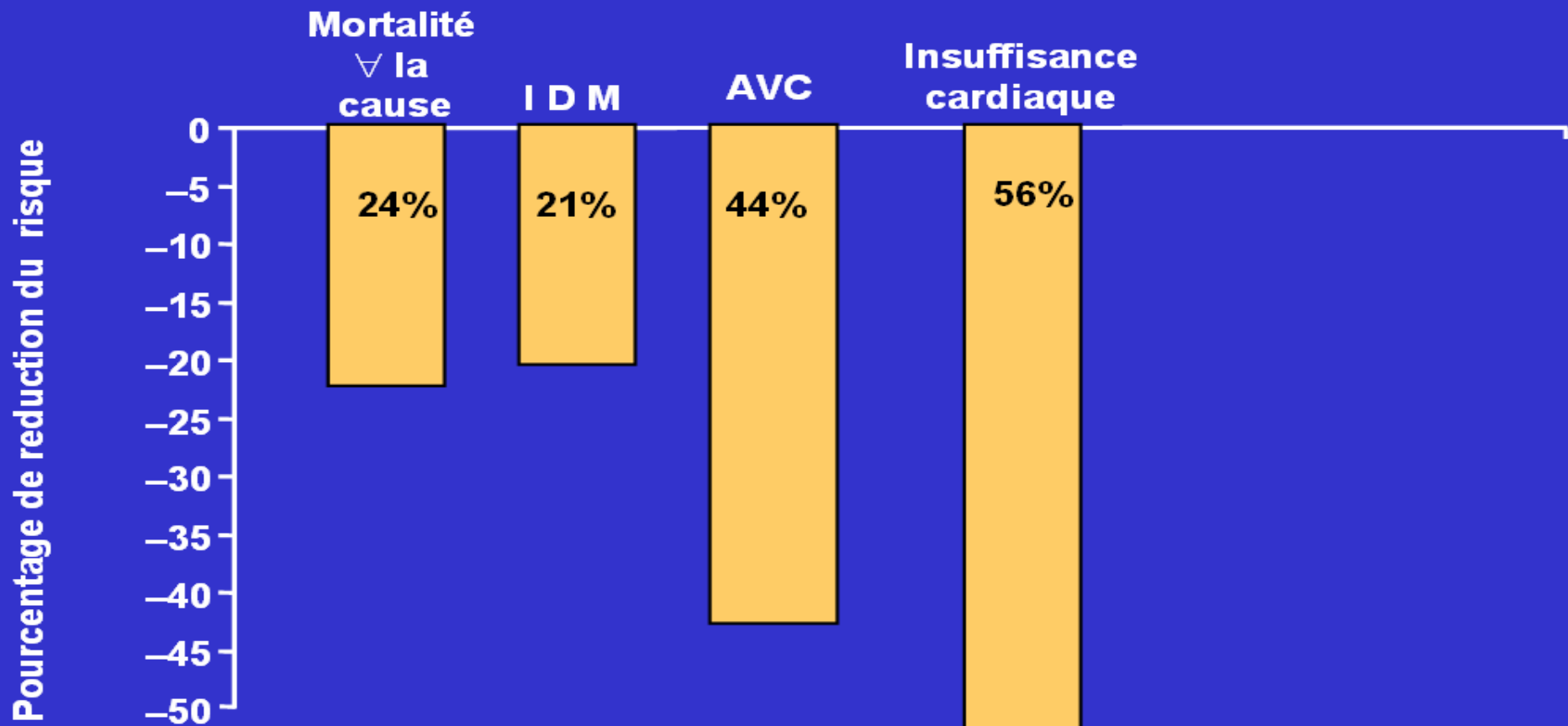
AVC



OMS 2002: 7 millions de décès/an

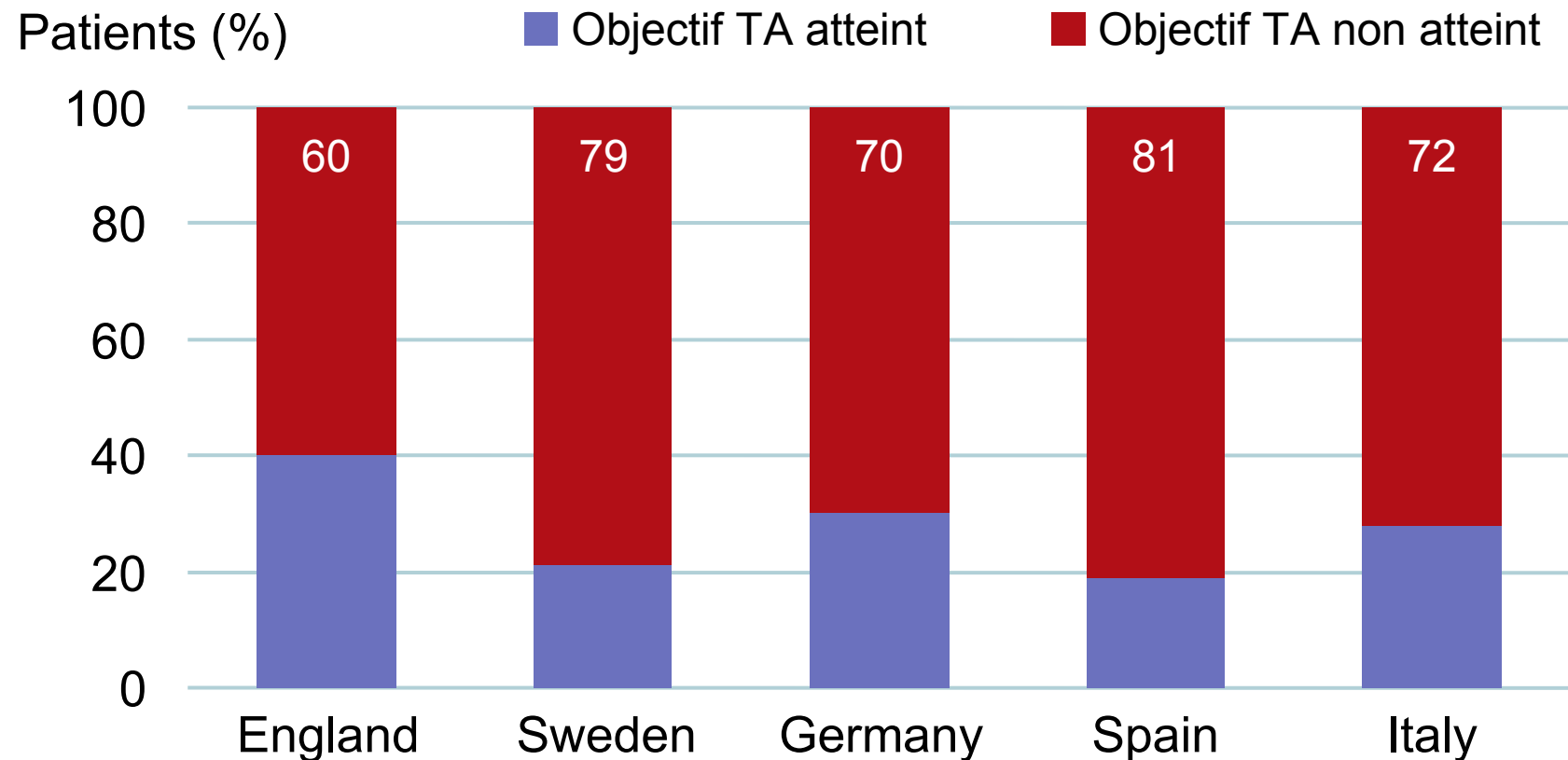
Pourquoi traiter l'HTA ?

UKPDS: un bon équilibre tensionnel diminue l' incidence des complications cardiovasculaires



Stratton IM, *et al.* UKPDS 35. *BMJ* 2000;

Europe: près de 70% des patients n'ont pas une TA équilibrée

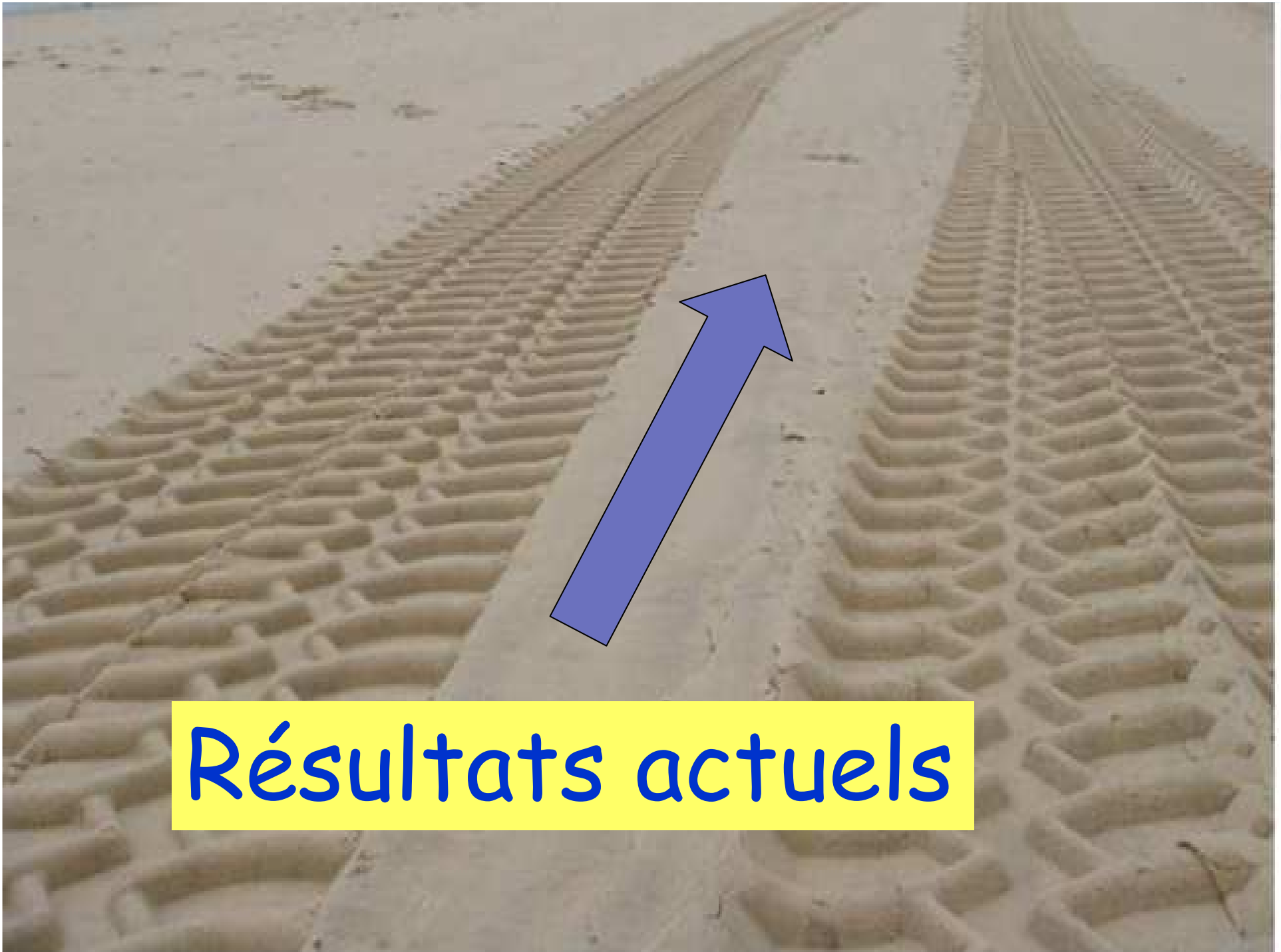


*Treated for hypertension
BP goal is <140/90 mmHg

Etude ETHNA: Epidemiological Trial of Hypertension in North Africa (2008-2009)

■ Conclusions:

- En consultation de MG, **32,2% des patients n'ont pas eu une prise de la TA dans les 12 mois avant la consultation.**
- **28,7%** des sujets adultes qui consultent en MG sont **connus hypertendus.**
- Chez les patients connus hypertendus, près de **84,1%** ne sont pas à l'objectif tensionnel et **18,6%** d'entre eux vivent avec des chiffres tensionnels élevés (HTA grade III).
- Une des explications possible pourrait être liée au fait que près de **70% des patients connus hypertendus ne bénéficient pas de bi- ou trithérapie** pour le contrôle de leur TA.
- Chez les **71,3% des patients non connus hypertendus, 24,2% parmi eux se sont avérés hypertendus** pendant le dépistage.



Résultats actuels



Objectif idéal

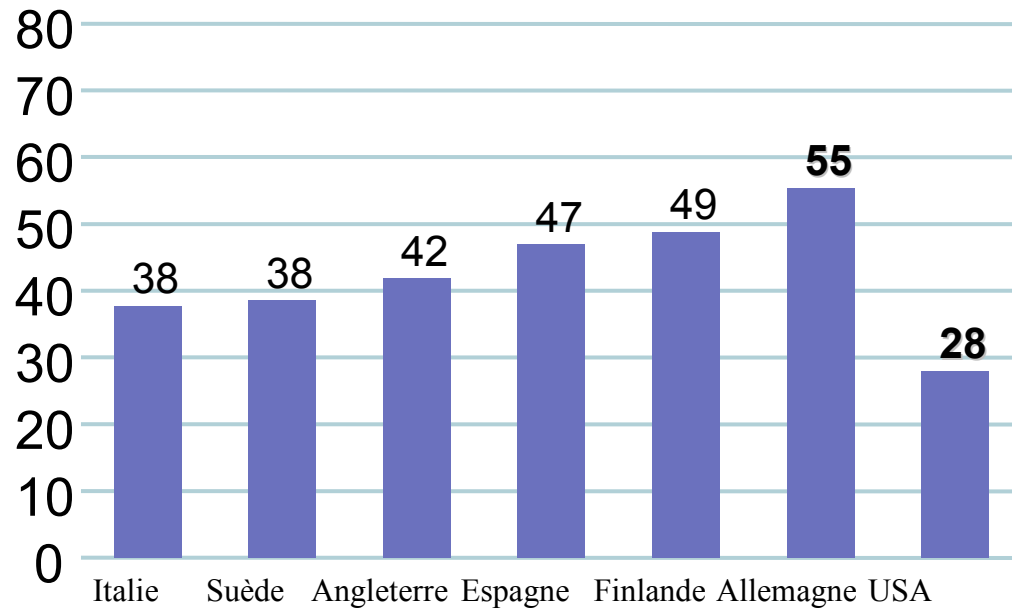
Résultats actuels



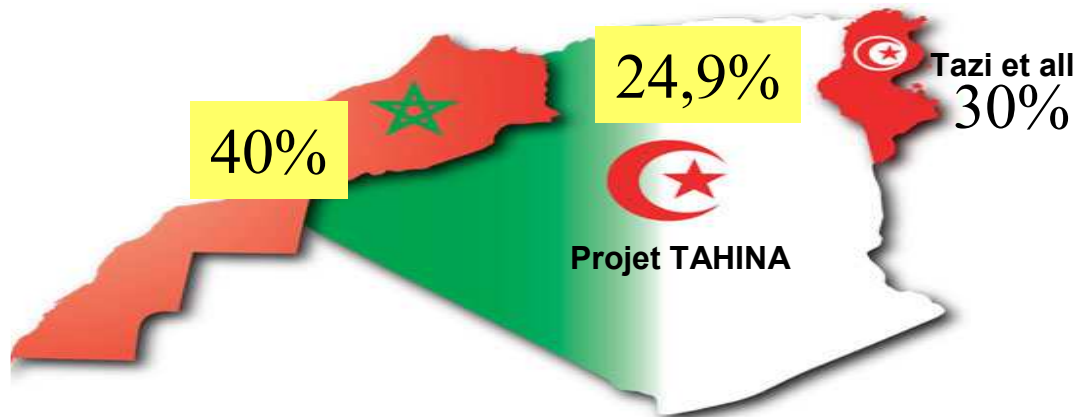


**Etudes contrôlés: objectif tensionnel atteint
Chez plus de 7/10 patients**

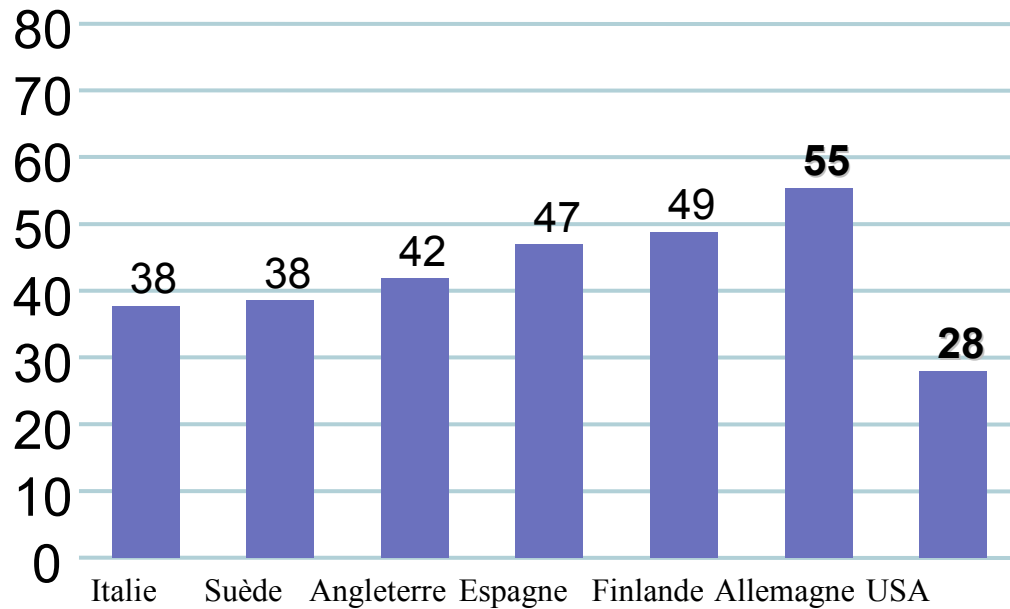
L'HTA: une affection médiatisée!



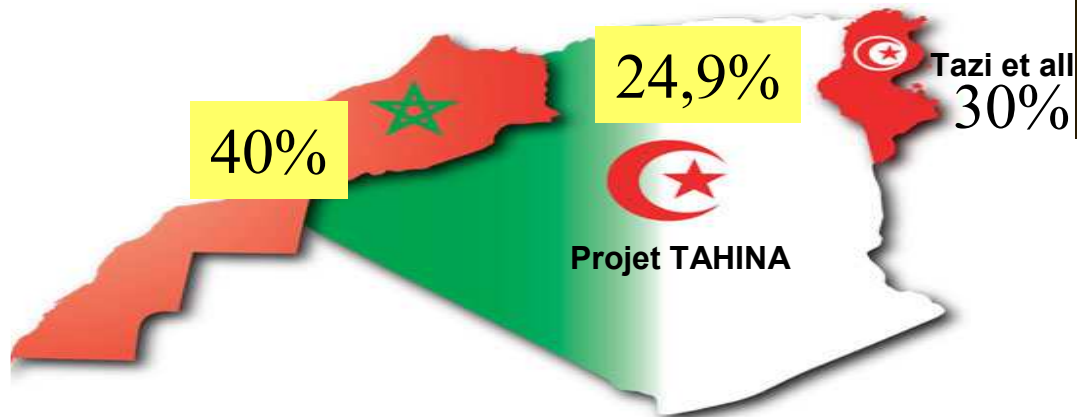
Wolf-Maier et al. JAMA 2003;289:2363-9



L'HTA: une affection médiatisée!



Wolf-Maier et al. JAMA 2003;289:2363-9





*Où est ce que
je peux le trouver ?*



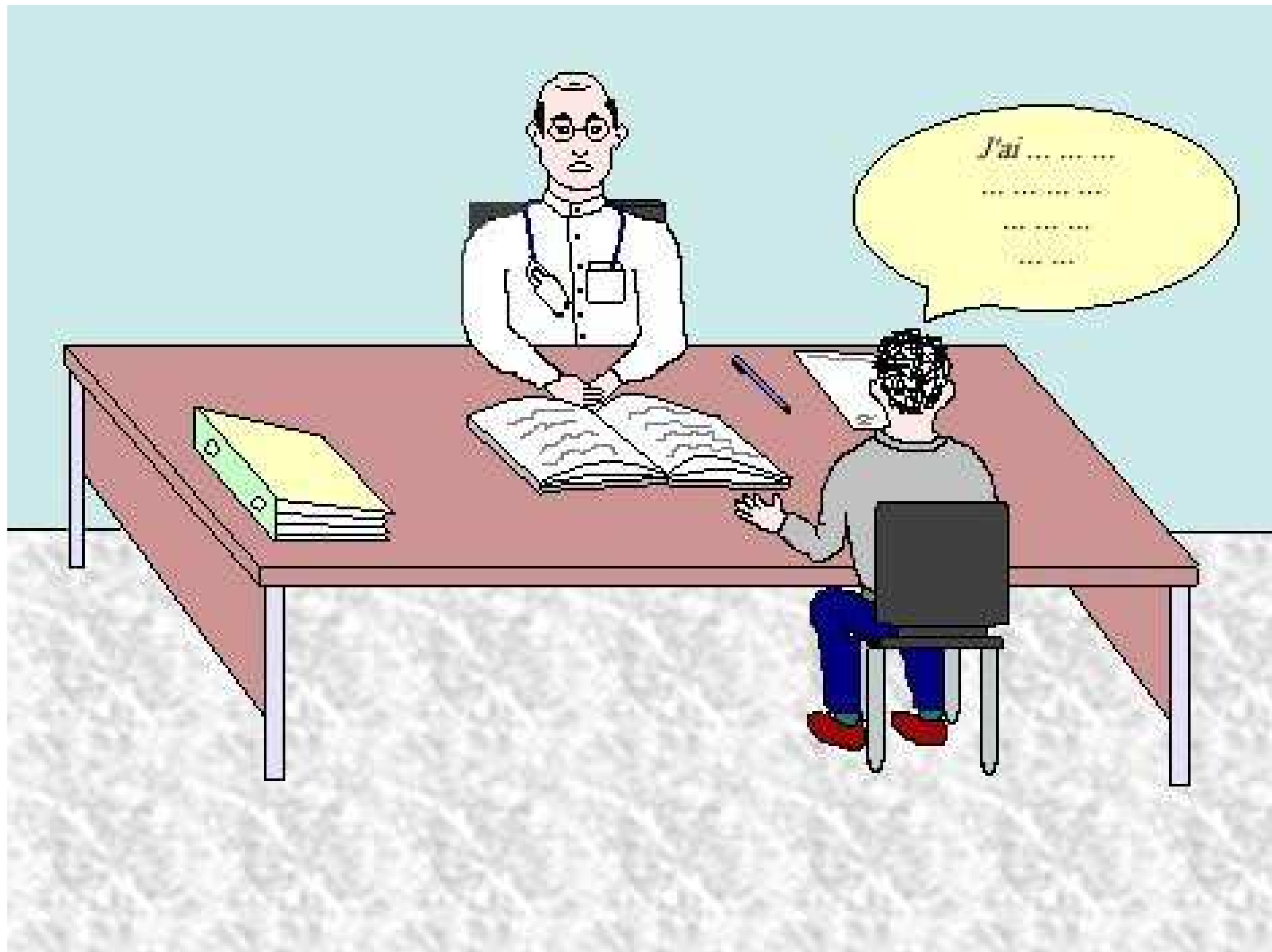
*Je suis tombé sur
un très bon médecin*

- Equilibre rapide de la TA
- Pas d'effets secondaires

*Où est ce que
je peux le trouver ?*

*Je suis tombé sur
un très bon médecin*

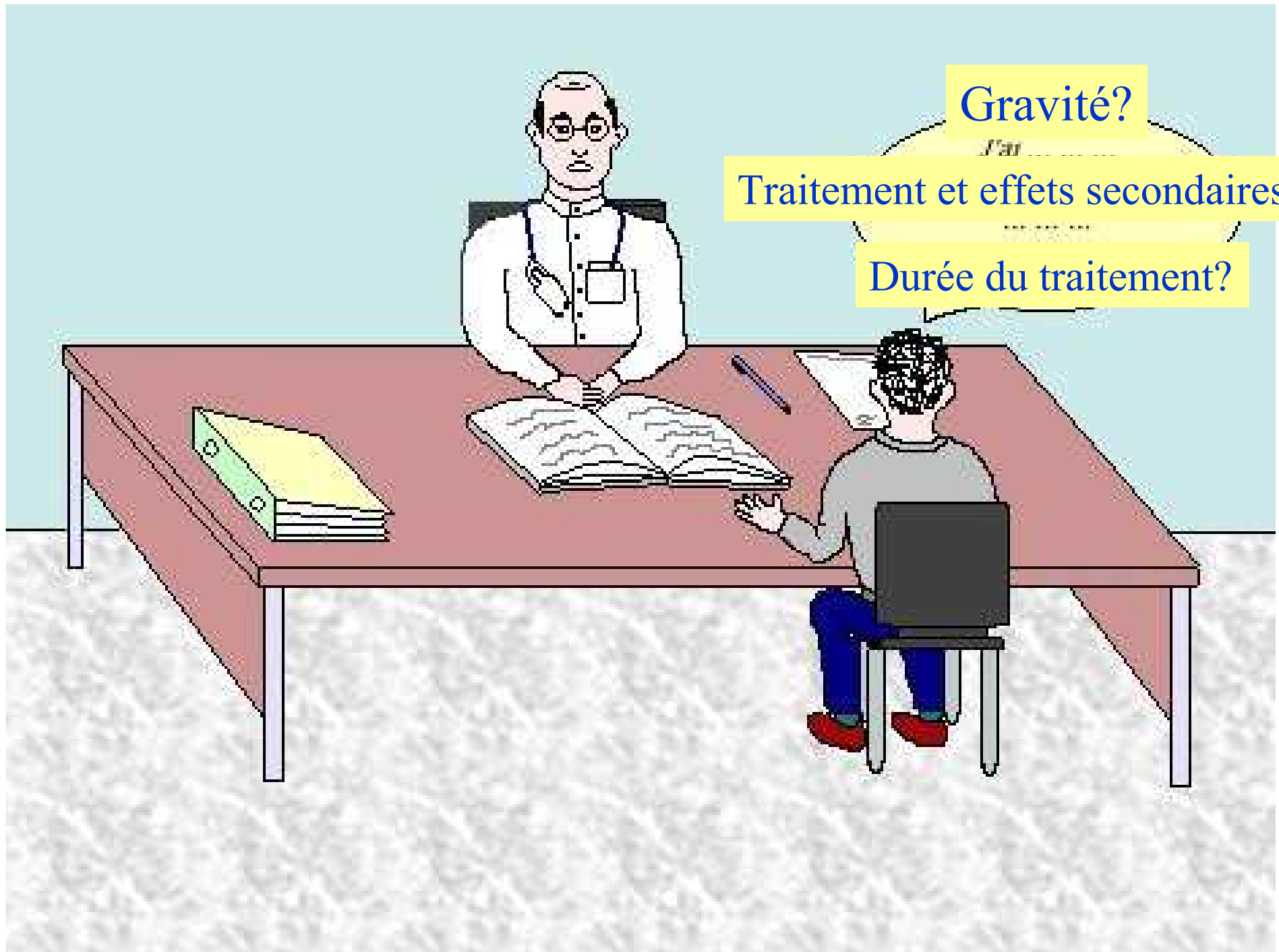




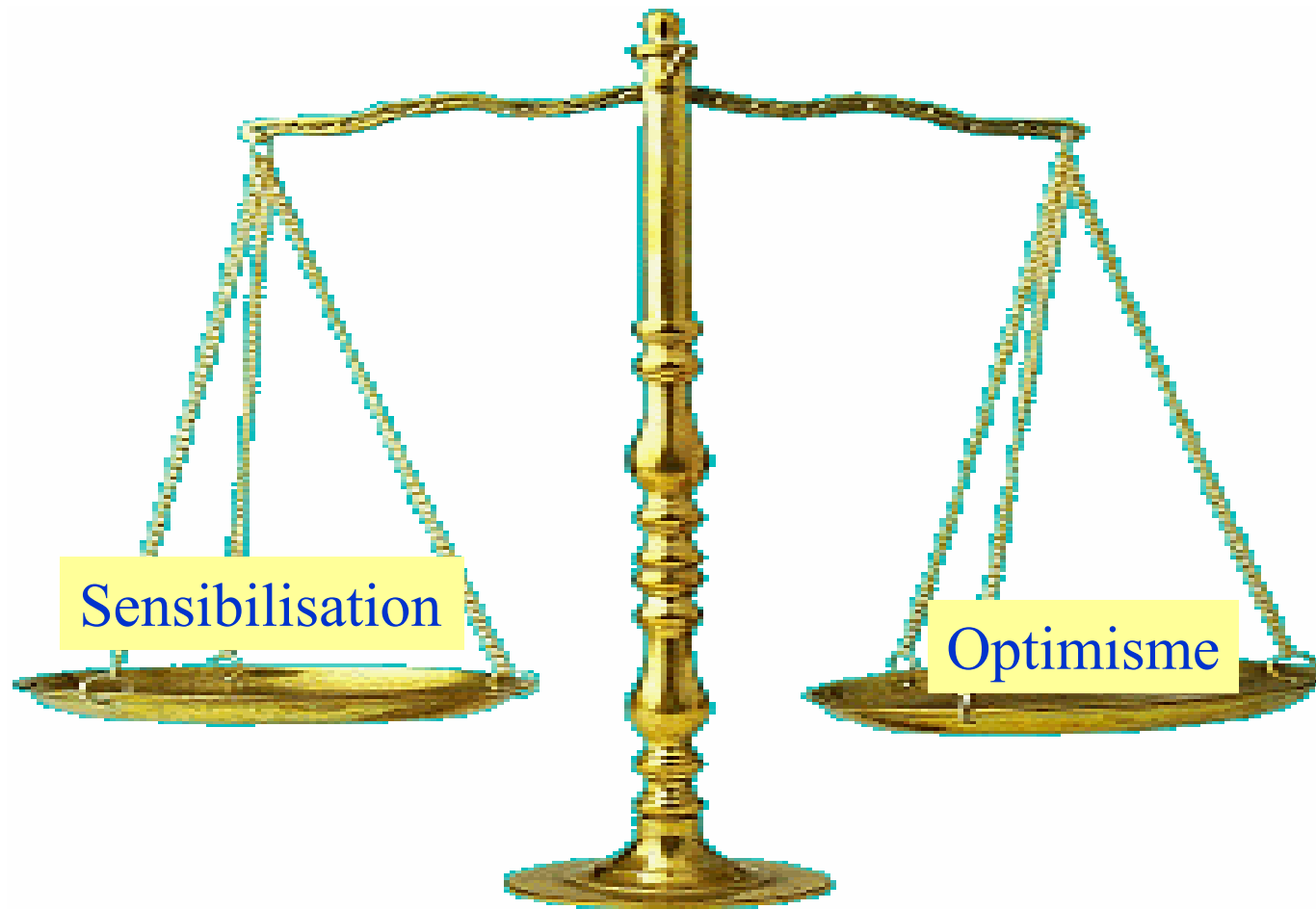
Gravité?

Traitement et effets secondaires?

Durée du traitement?



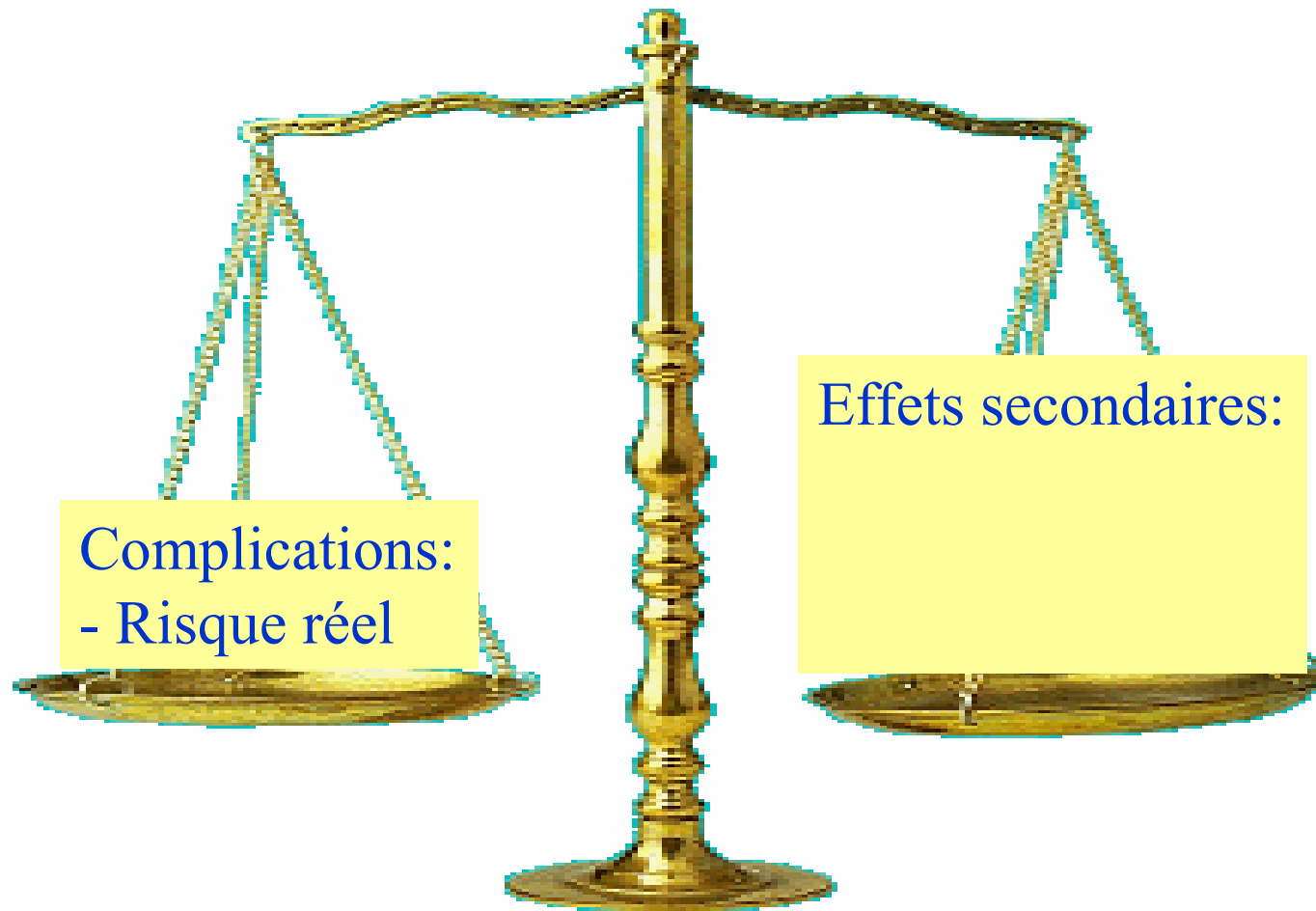
Quel discours tenir au malade ?



Quel discours tenir au malade ?



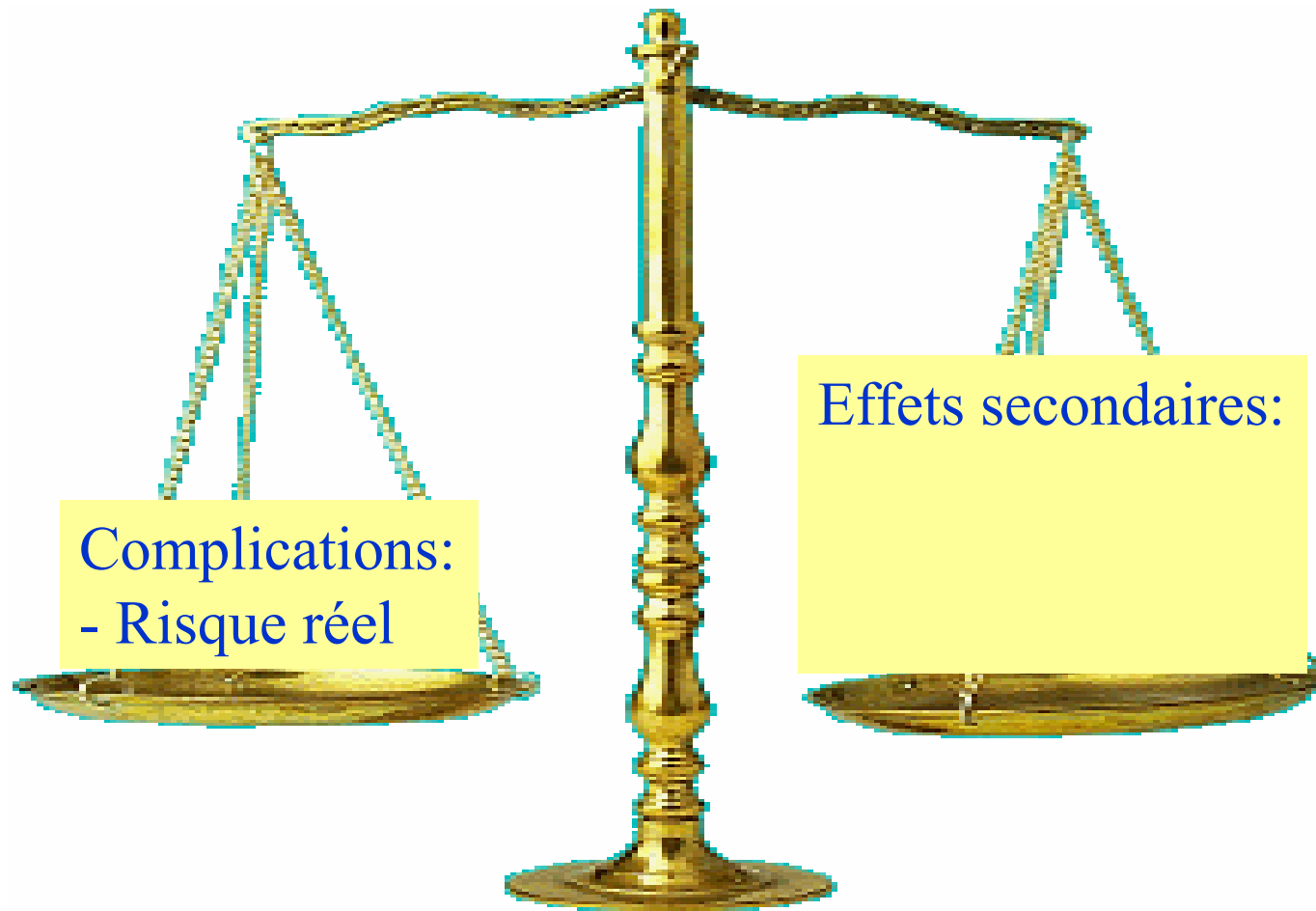
Quel discours tenir au malade ?



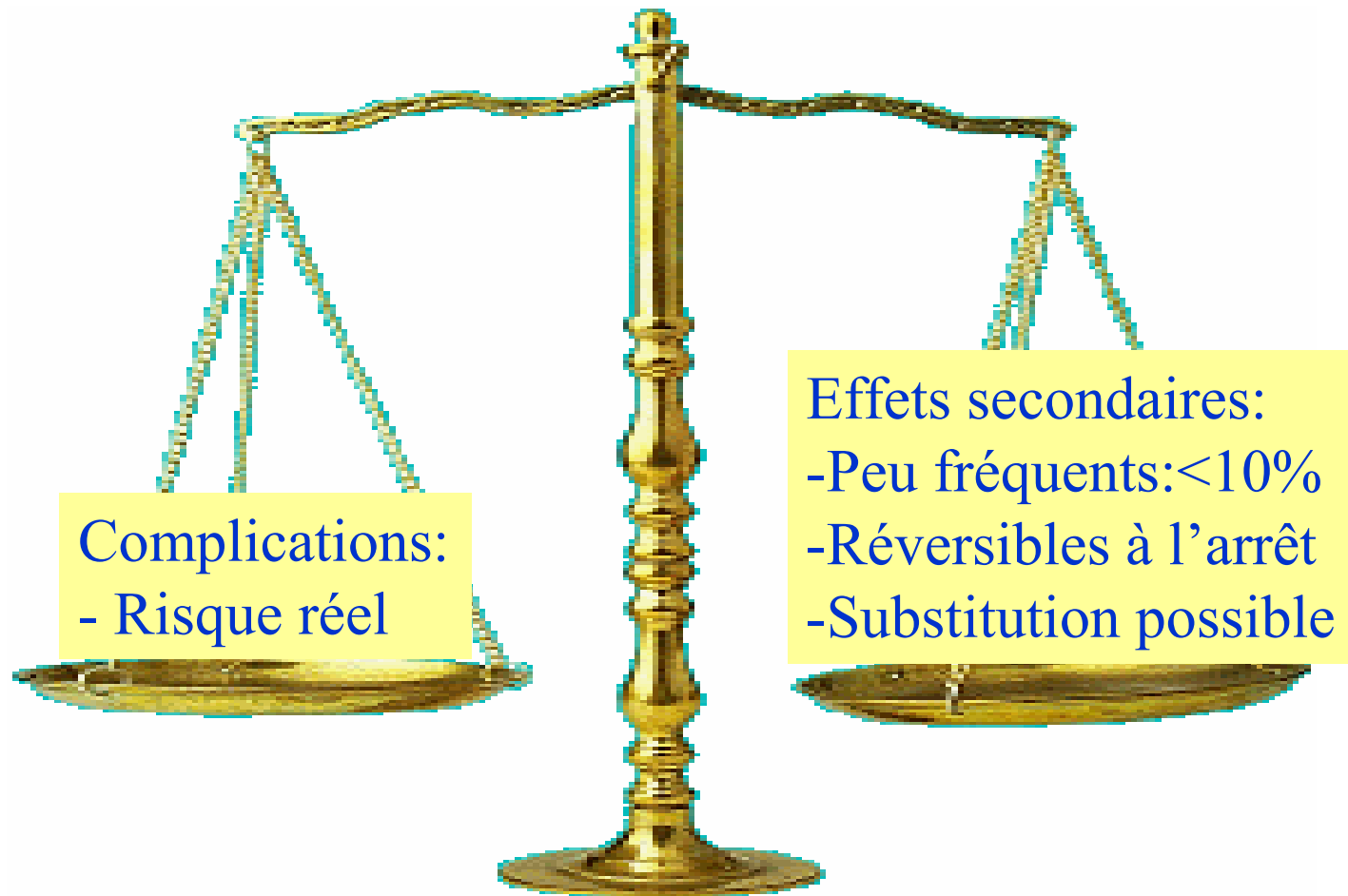
Effets secondaires

- Diurétiques thiazidiques :
Hypokaliémie, ↓ tolérance au glucose, ↑ LDL
- B bloquants:
Masquer les signes d'hypoglycémie
Asthénie
- IEC : toux
- Inhibiteurs calciques: œdèmes des membres inférieurs

Quel discours tenir au malade ?



Quel discours tenir au malade ?



Durée du traitement

- A vie
- Possibilité de relâchement du patient après disparition des symptômes
 - Insister sur le bénéfice du traitement:
qualité de vie +++

Durée du traitement

- A vie
- Possibilité de relâchement du patient après disparition des symptômes
 - Insister sur le bénéfice du traitement:
qualité de vie +++

Quels sont les paramètres qui vont conditionner la prise en charge du patient hypertendu?

- Niveau de risque cardio-vasculaire
- Contre-indications
- Indications préférentielles des antihypertenseurs

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- Atteinte des organes cibles

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- Atteinte des organes cibles

HTA selon: ESH-ESC

TA	Systolique (mmHg)		Diastolique (mmHg)
Optimale	<120	&	<80
Normale	120–129	&/or	80–84
Normale haute	130–139	&/or	85–89
Grade 1 (légère)	140–159	&/or	90–99
Grade 2 (modérée)	160–179	&/or	100–109
Grade 3 (sévère)	≥180	&/or	≥110
HTA systolique isolée	≥140	&	<90

HTA selon: ESH-ESC

TA	Systolique (mmHg)		Diastolique (mmHg)
Optimale	<120	&	<80
Normale	120–129	&/or	80–84
Normale haute	130–139	&/or	85–89
Grade 1 (légère)	140–159	&/or	90–99
Grade 2 (modérée)	160–179	&/or	100–109
Grade 3 (sévère)	≥180	&/or	≥110
HTA systolique isolée	≥140	&	<90

HTA selon: ESH-ESC 2003

TA	Systolique (mmHg)		Diastolique (mmHg)
Optimale	<120	&	<80
Normale	120–129	&/or	80–84
Normale haute	130–139	&/or	85–89
Grade 1 (légère)	140–159	&/or	90–99
Grade 2 (modérée)	+ 20 160–179	&/or	+ 10 100–109
Grade 3 (sévère)	+ 20 ≥180	&/or	+ 10 ≥110
HTA systolique isolée	≥140	&	<90

¹Task Force of ESH-ESC. J Hypertens 2007;25:1105–87
Copyright © 2007, with permission from Lippincott Williams and Wilkins

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- Atteinte des organes cibles

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- Atteinte des organes cibles

Facteurs de risque cardio vasculaires

Age et sexe

- Homme ≥ 45 ans
- Femme ≥ 55 ans, ou ménopausée

1 ou plusieurs FRCV quelque soit l' age

- Tabagisme actuel
- Hypertension artérielle permanente
- Diabète sucré
- Obésité
- LDL cholestérol $> 1,3$ g/l

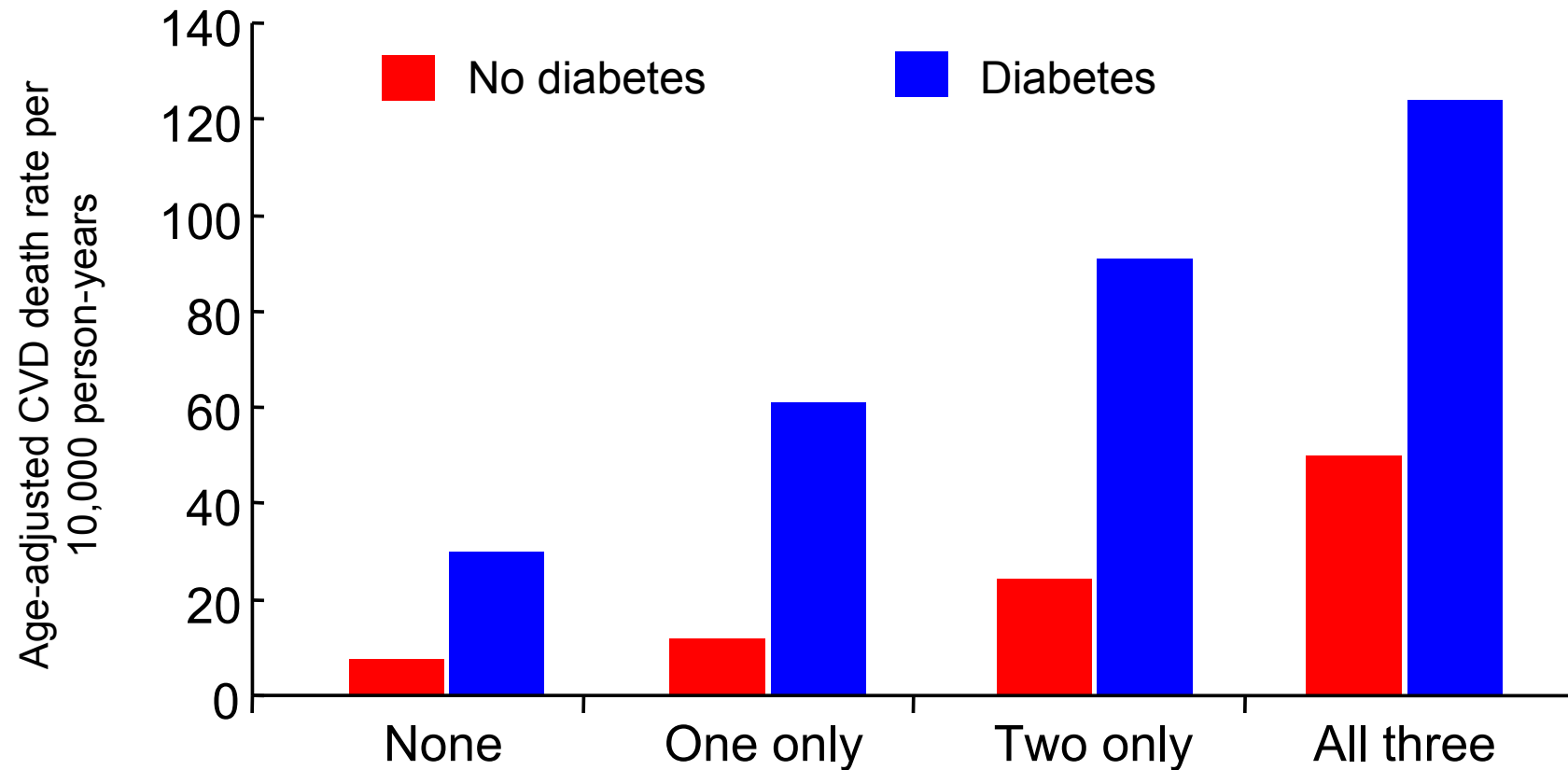
Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce

- Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans :
père ou parent du premier degré de sexe masculin
- Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans :
mère ou parent du premier degré de sexe féminin

RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Addition des facteurs
=
Multiplication des risques

Influence des facteurs de risque sur le taux de mortalité en cas diabète ou non (*MRFIT*)



*Serum cholesterol >200 mg/dl, smoking, SBP >120 mmHg
Stamler J et al. Diabetes Care 1993;16:434-444

Slide Source- Adapted from LipidsOnline
www.lipidsonline.org

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- Atteinte des organes cibles

Niveau de risque cardiovasculaire

- Niveau de pression artérielle
- Nombre de facteurs de risque
- **Atteinte des organes cibles**

Rechercher une atteinte d'un organe cible

- HVG
- Protéinurie

Stratification du risque par l'afssaps 2005: risque de maladie CVaire à 10 ans

	PA140-159/90-99	160-179/100-109	PA \geq 180/110
0 FDR	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 ou 2 FDR	Risque moyen		
\geq 3 FDR et/ou AOC et /ou Diabète	Risque élevé		
Maladies CVaires ou rénales associées			

Stratification du risque par l'afssaps 2005: risque de maladie CVaire à 10 ans

	PA140-159/90-99	160-179/100-109	PA \geq 180/110
0 FDR	Risque faible <15%	Risque moyen 15-20 %	Risque élevé
1 ou 2 FDR	Risque moyen 20-30 %		Risque élevé
\geq 3 FDR et/ou AOC et /ou Diabète	Risque élevé		
Maladies CVaires ou rénales associées	>30 %		

RECHERCHER UNE PATHOLOGIE ASSOCIÉE

intérêt : choix du traitement anti-hypertenseur

- Exemples :

***BPCO , asthme**

***Goutte, affections rhumatismales nécessitant la prise
d 'AINS**

Comment mener la stratégie thérapeutique chez l'hypertendu?

- Quels objectifs tensionnels ?
- Quand traiter ?
- Comment traiter ?
- Quel suivi pour les patients ?

Quels objectifs tensionnels ?

- PA < 140/90 mmHg
- Patient diabétique : PA < 130/80 mmHg
- Insuffisant rénal : PA < 130/80 mmHg et protéinurie < 0,5g/j

Quelle stratégie thérapeutique ?

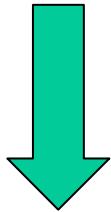
Risque faible

Risque moyen

Risque élevé

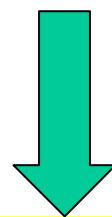
Quelle stratégie thérapeutique ?

Risque faible



Mesures
hygiéno-diététiques :
6 mois

Risque moyen

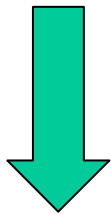


Mesures
hygiéno-diététiques:
1 à 3 mois

Risque élevé

Quelle stratégie thérapeutique ?

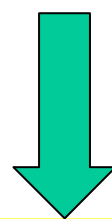
Risque faible



Mesures
hygiéno-diététiques :
6 mois



Risque moyen



Mesures
hygiéno-diététiques :
1 à 3 mois

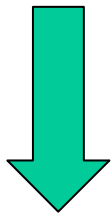


Risque élevé

Traitement médicamenteux

Quelle stratégie thérapeutique ?

Risque faible

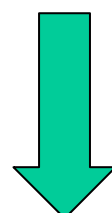


Mesures
hygiéno-diététiques :
6 mois



Traitement médicamenteux

Risque moyen

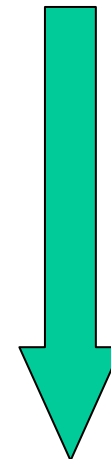


Mesures
hygiéno-diététiques :
1 à 3 mois



Traitement médicamenteux

Risque élevé



Mesures
hygiéno-diététiques
+
Traitement
médicamenteux

Au bout de combien de temps évaluer la réponse au traitement médicamenteux ?

4 Semaines

Comment interpréter la réponse au traitement ?

Traitement efficace



Objectifs tensionnels
atteints

Réponse insuffisante



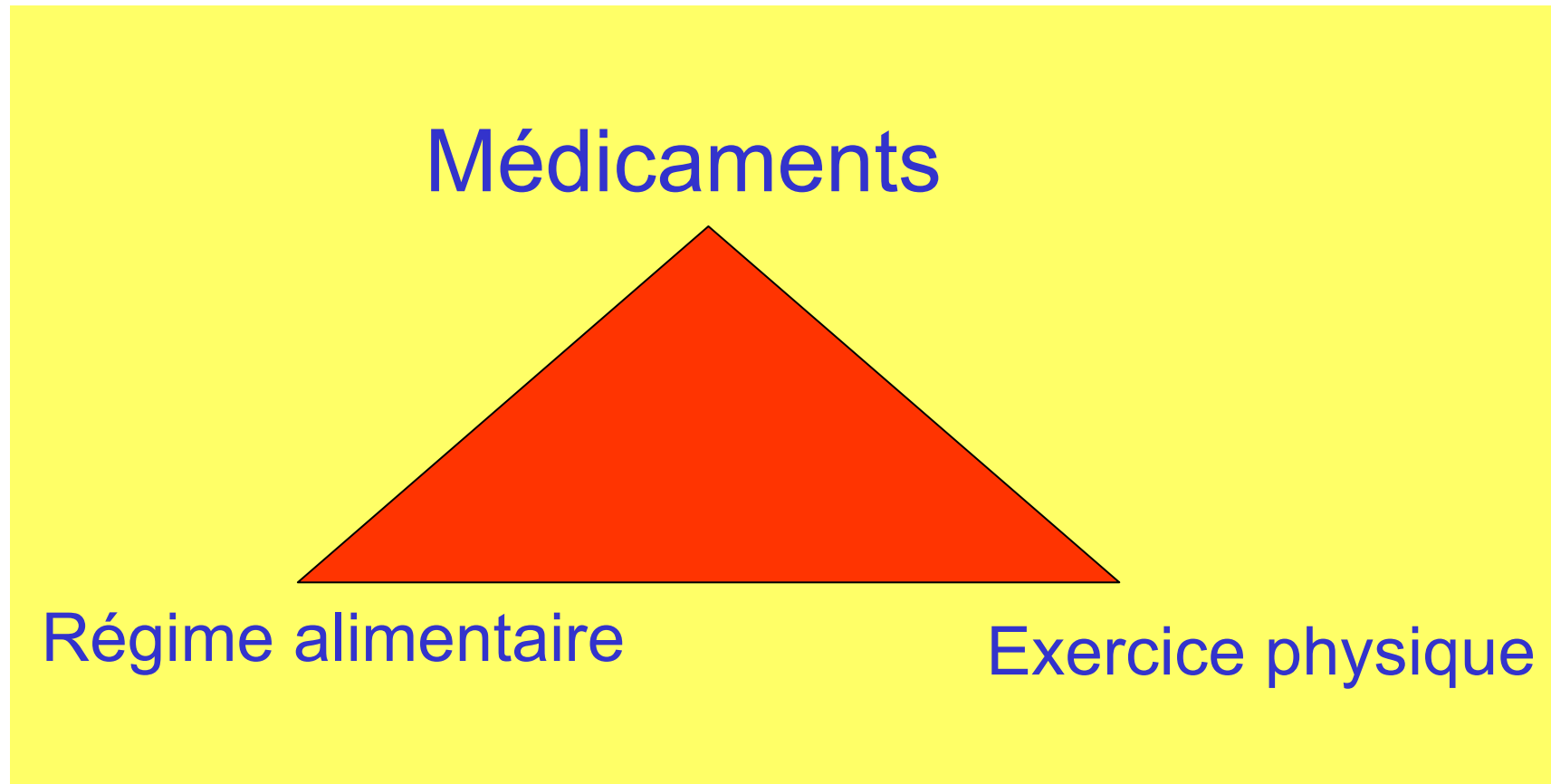
- Baisse de PA >10%
- Objectifs tensionnels non atteints

Absence de réponse



Baisse de PA <10%

Comment atteindre les objectifs que l'on s'est fixé?



Diététique

Régime sans sel

- Apport sodé < 6g/ jour
- Pain sans sel
- Repas ½ salé

Exercice physique



La marche



Quelles sont les classes d'antihypertenseurs
les plus recommandées ?

Physiopathologie de l'HTA

- $PA = \text{débit cardiaque} \times \text{résistance artérielle}$
 $= VES \times \text{Freq card} \times \text{résistance artérielle}$

Physiopathologie de l'HTA

- $PA = \text{débit cardiaque} \times \text{résistance artérielle}$
 $= VES \times \text{Freq card} \times \text{résistance artérielle}$

Mécanismes possibles de l' HTA:

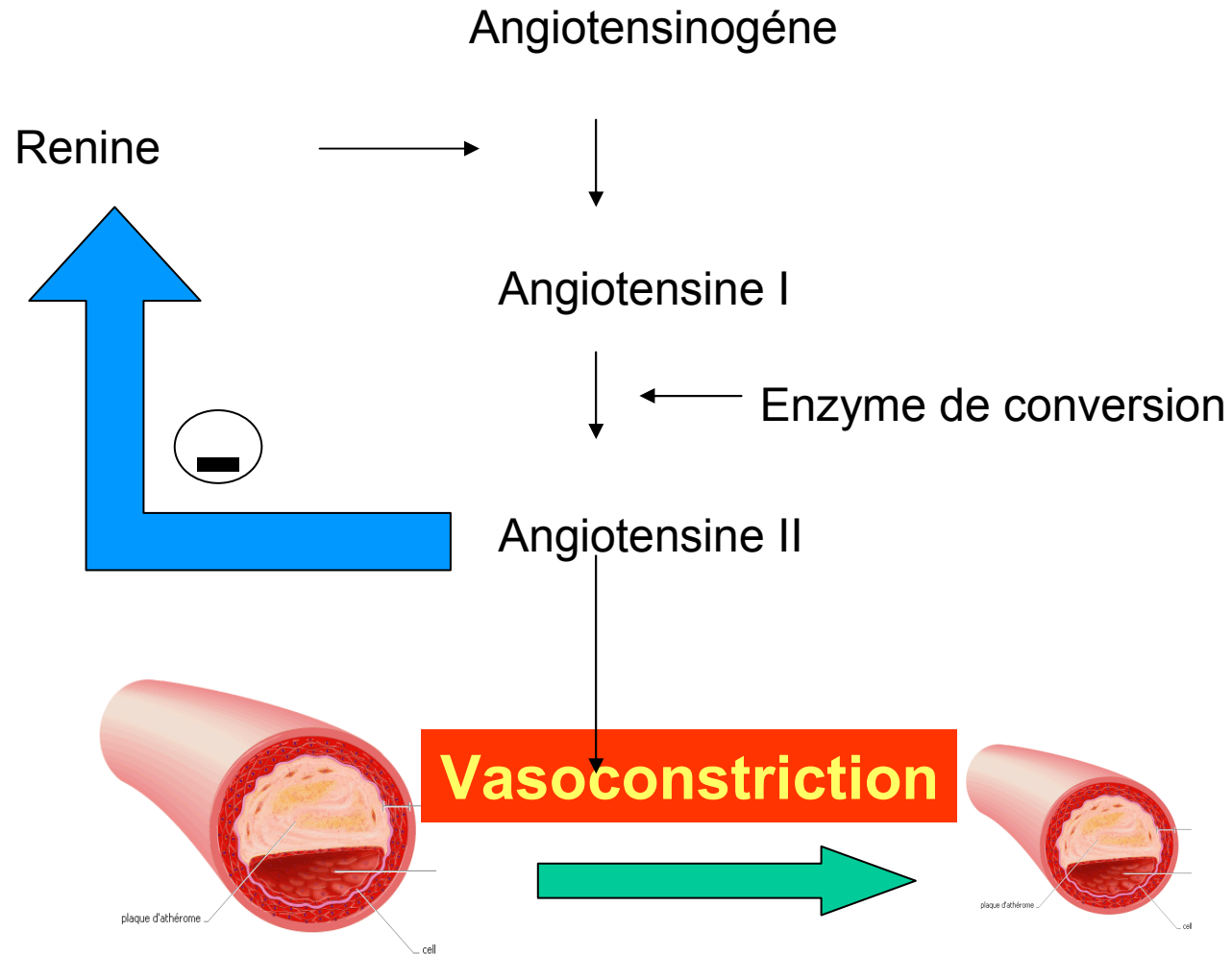
Physiopathologie de l'HTA

- $PA = \text{débit cardiaque} \times \text{résistance artérielle}$
 $= VES \times \text{Freq card} \times \text{résistance artérielle}$

Mécanismes possibles de l' HTA:

HTA : \uparrow résistances artérielles
 \uparrow volémie

Systeme rénine angiotensine



Vasoconstriction

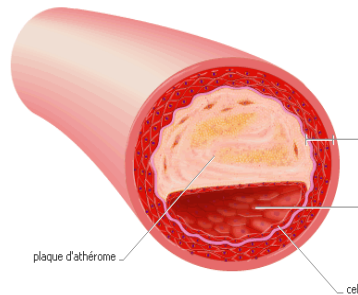
Système sympathique

Système rénine angiotensine

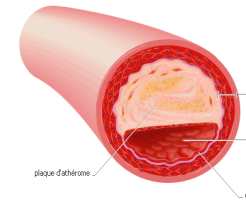
Augmentation du calcium intracellulaire

Cathécolamines

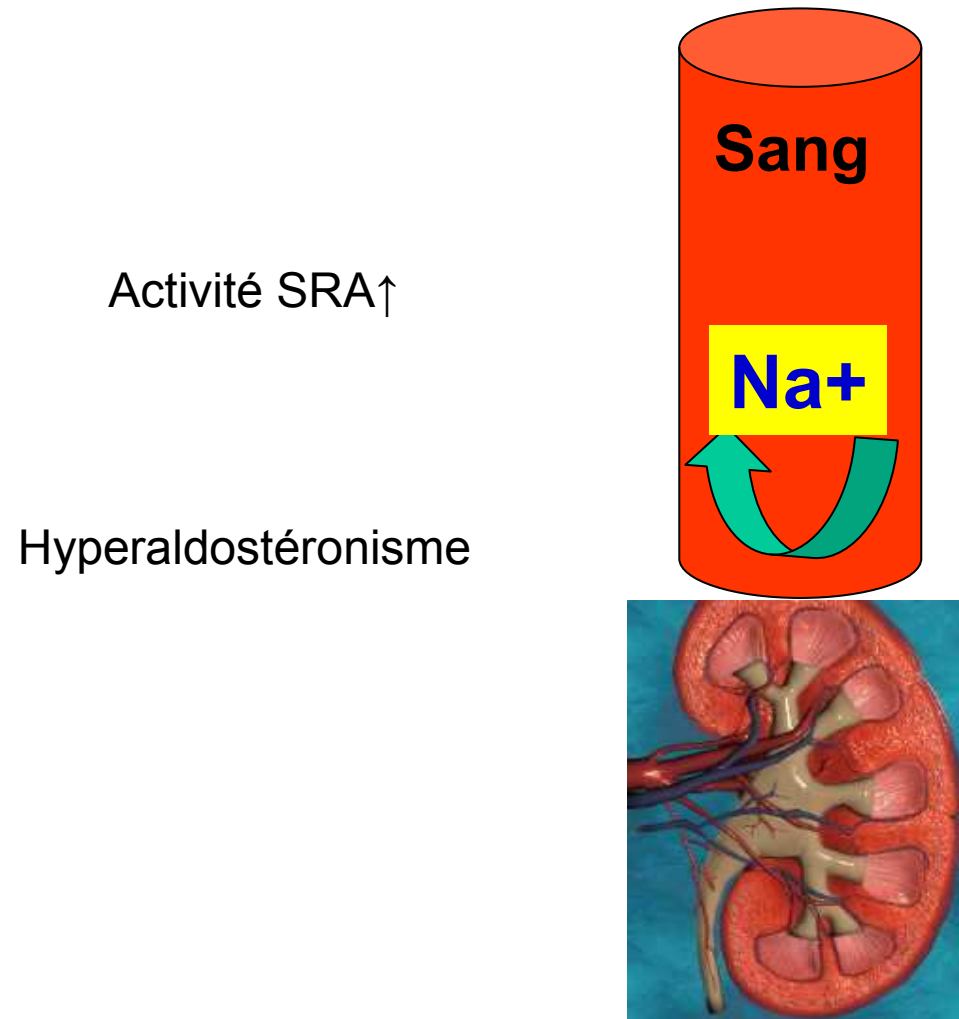
Angiotensine



Vasoconstriction



Rétention hydrosodée



Vasodilatateurs

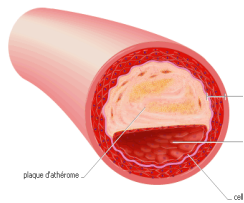
Systeme sympathique

Cathécolamines

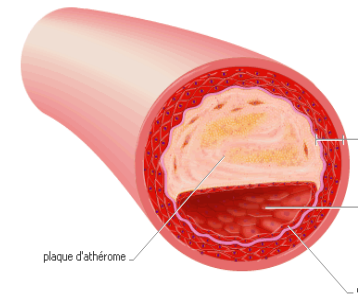
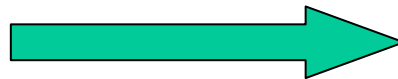
Systeme rénine angiotensine

Angiotensine

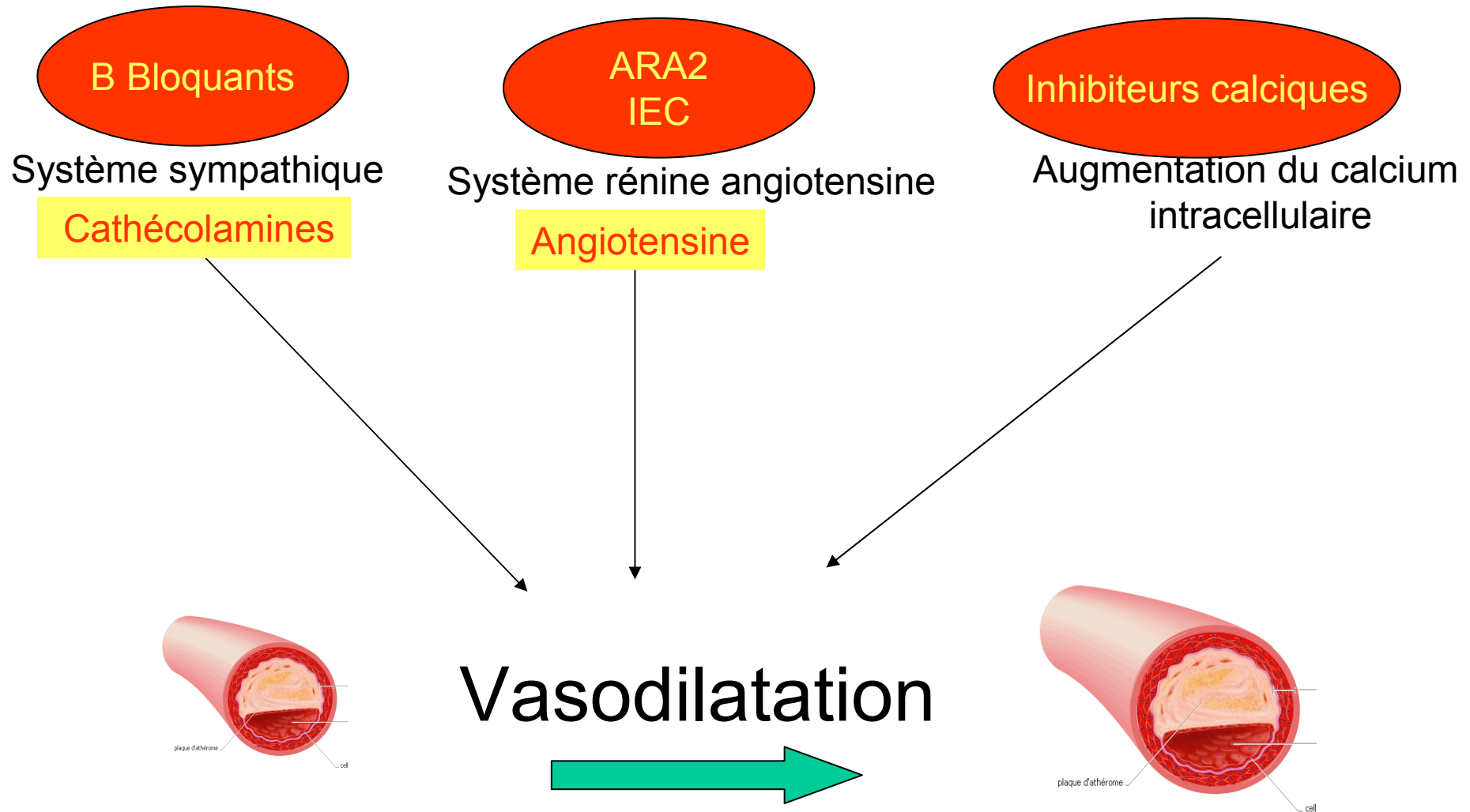
Augmentation du calcium intracellulaire



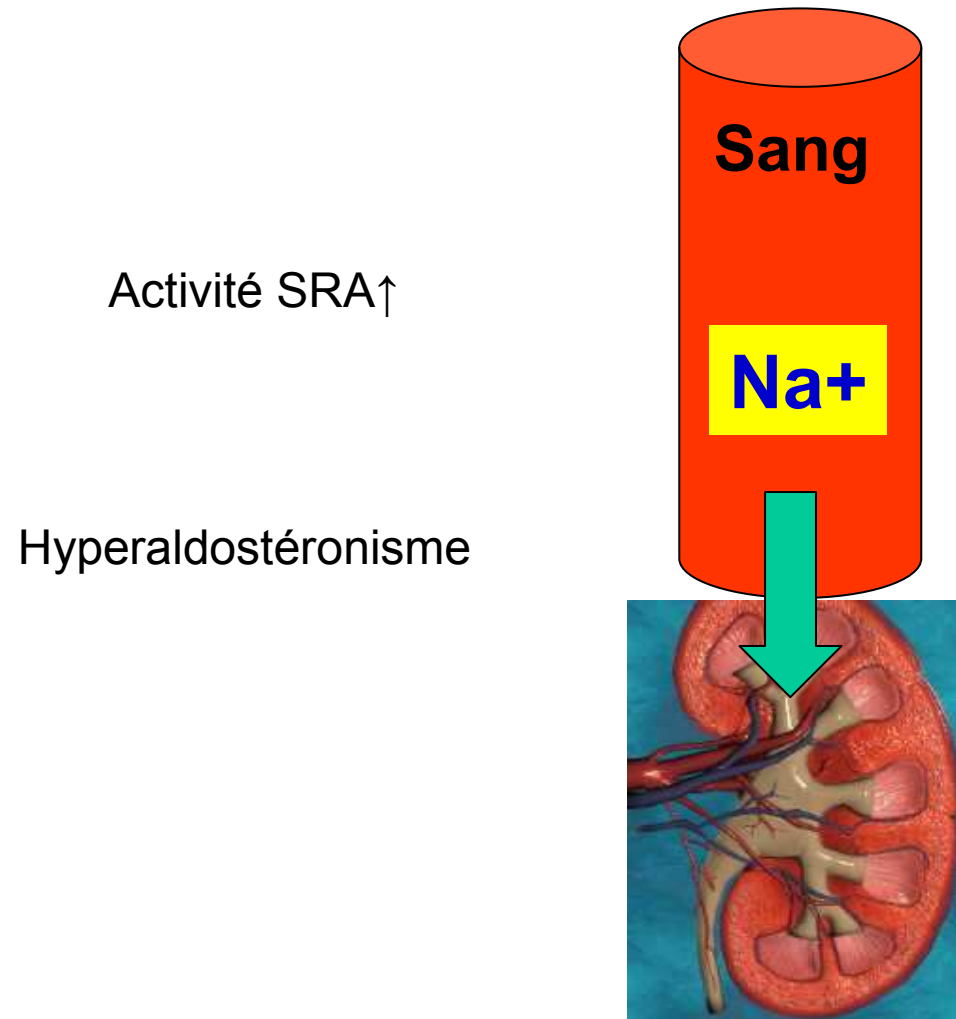
Vasodilatation



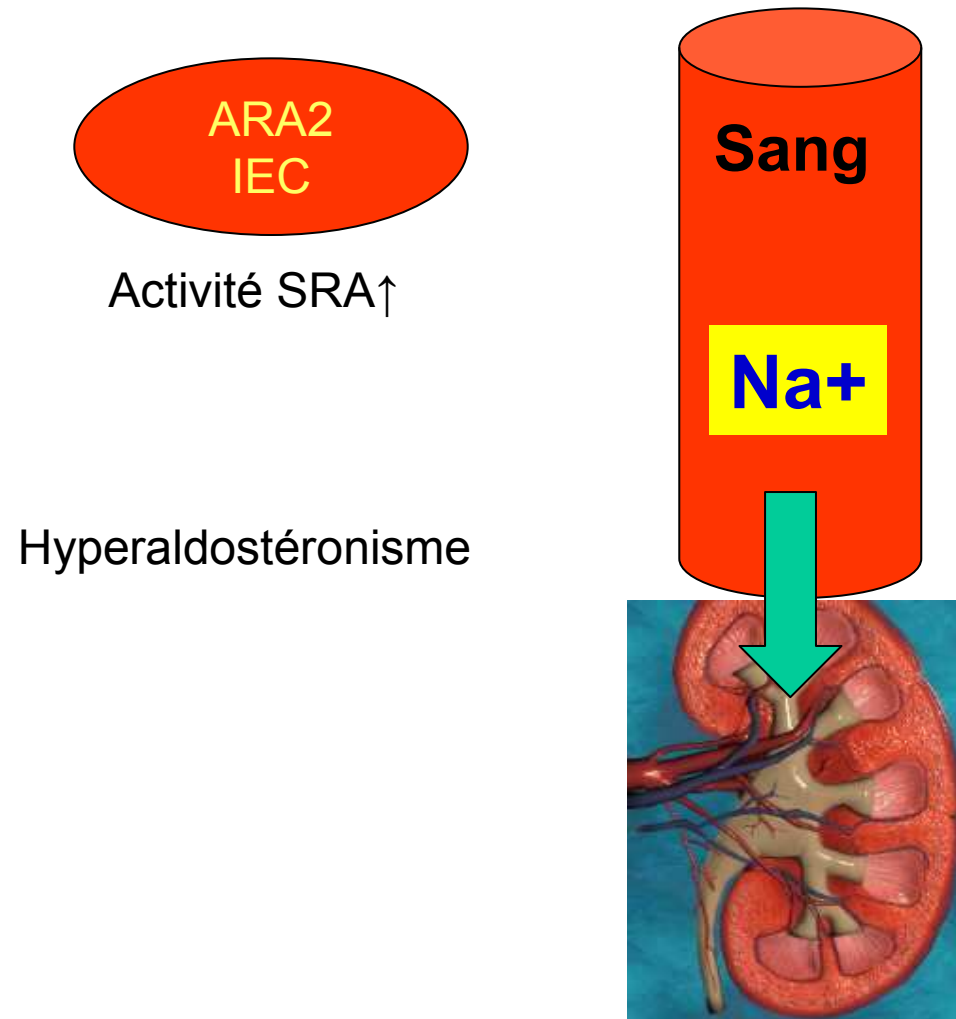
Vasodilatateurs



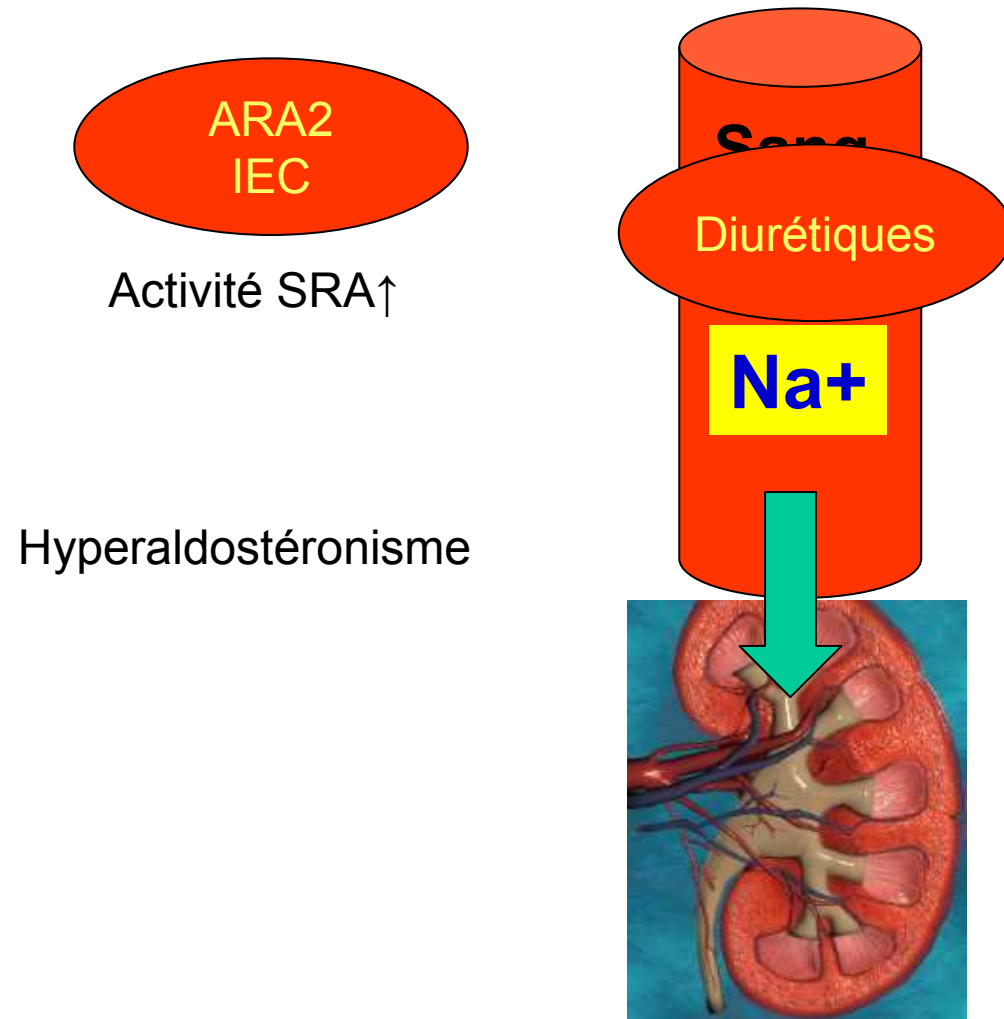
Rétention hydrosodée



Rétention hydrosodée



Rétention hydrosodée



5 classes

- ARA2
- IEC
- Diurétiques thiazidiques
- B bloquants cardiosélectifs
- Inhibiteurs calciques

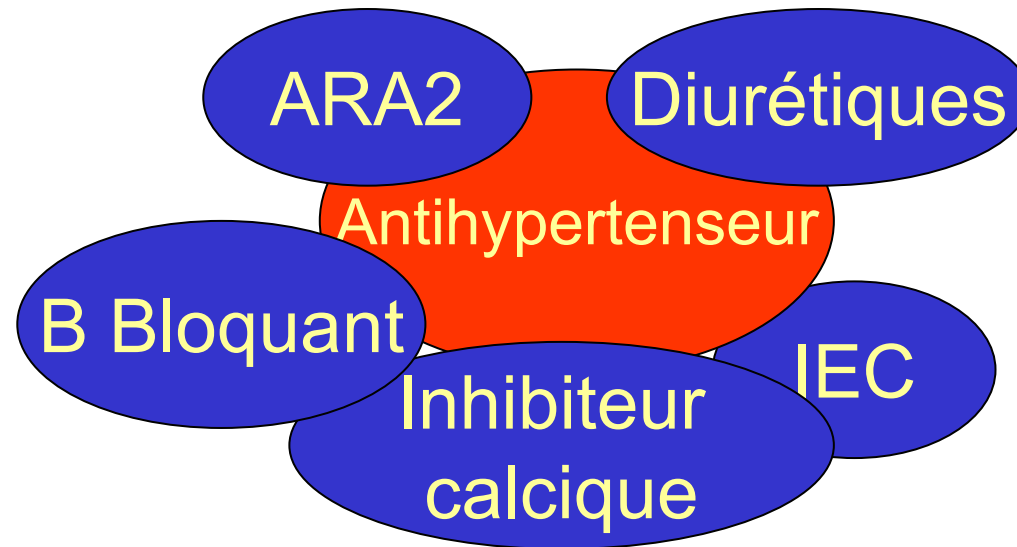


Bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire
dans les essais cliniques

Quel antihypertenseur choisir?

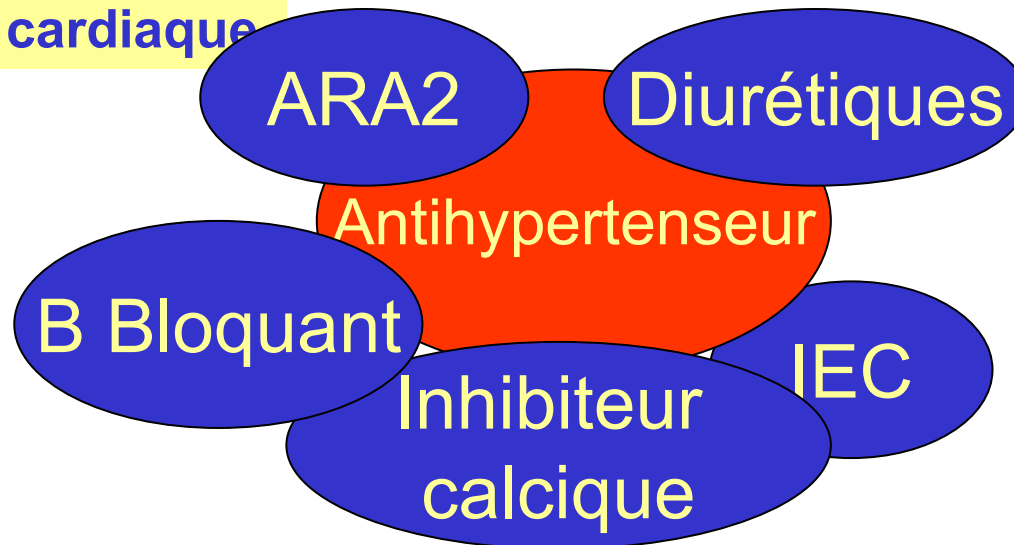
- Indications préférentielles de certaines classes
- Efficacité et tolérance de médicaments déjà pris
- Existence de comorbidités : contre indications de certaines classes

Quel antihypertenseur choisir?



Quel antihypertenseur choisir?

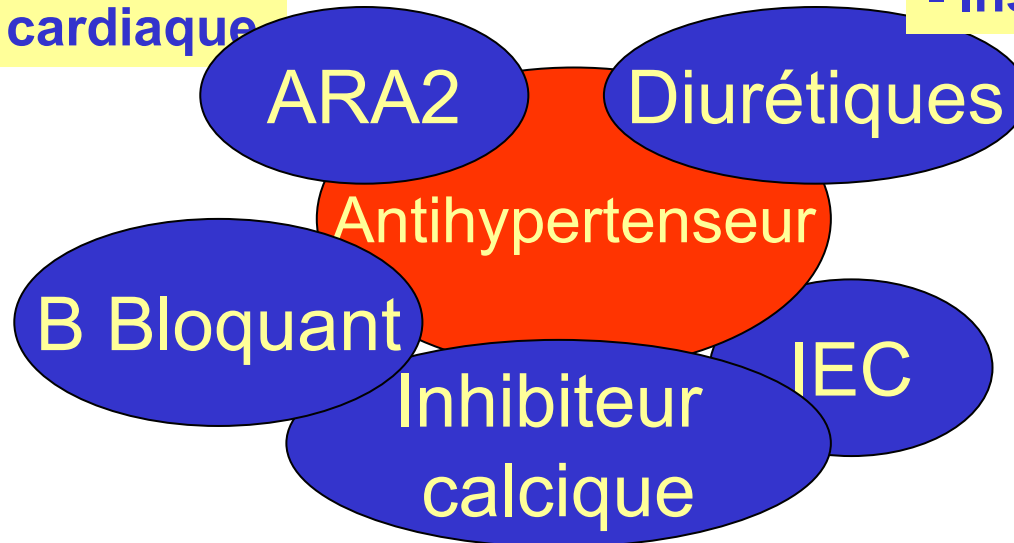
- Néphroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque



Quel antihypertenseur choisir?

- Nephroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

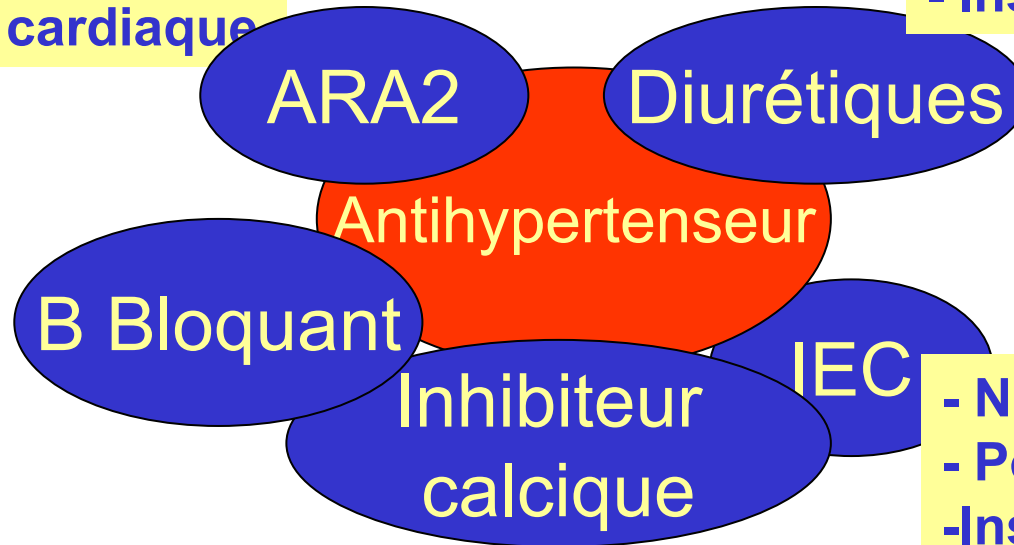
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale



Quel antihypertenseur choisir?

- Néphroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale

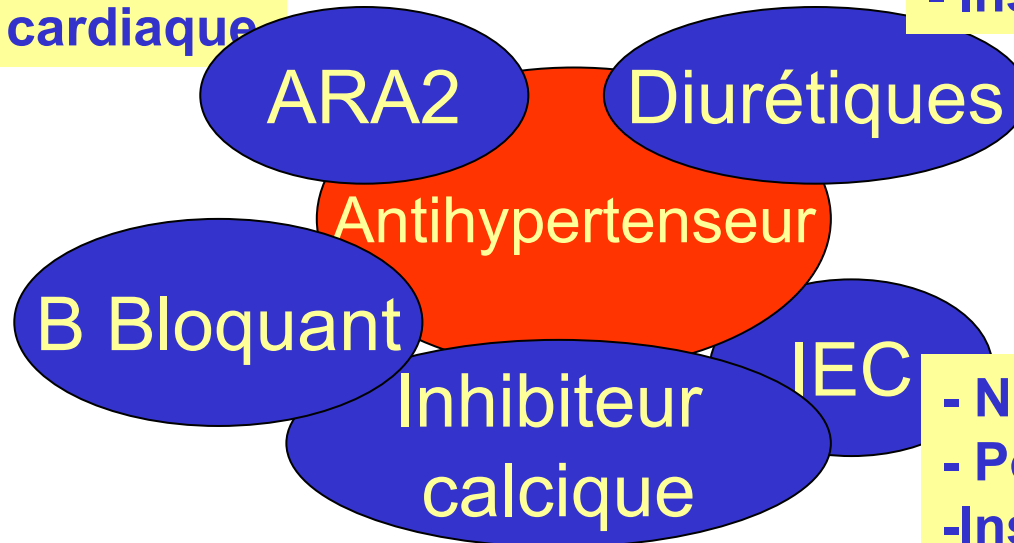


- Néphroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

Quel antihypertenseur choisir?

- Nephroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale



- Nephroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

- Antiangineux
- Antiarythmique

Quel antihypertenseur choisir?

- Nephroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale

ARA2

Diurétiques

Antihypertenseur

B Bloquant

IEC

Inhibiteur
calcique

- Antiangineux
- Post IDM
- Antiarythmique

- Nephroprotection
- Post IDM
- Insuffisance cardiaque

- Antiangineux
- Antiarythmique

Monothérapie ou association fixe à double dose

Recommandations actuelles: commencer par des combinaisons thérapeutiques chez les patients HTA stade 2 ou ayant un risque CV élevé

■ JNC 7:

“Quand la PAS est supérieure à 20 mmHg par rapport à l’objectif systolique et supérieure à 10 mmHg par rapport à l’objectif diastolique, il faudrait débiter le traitement par 2 médicaments ...”

■ ESH/ESC:

“Une combinaison de 2 médicaments à faible dosage doit être préférée en 1^{ère} intention quand la PA initiale est de grade 2 ou 3 (PAS \geq 160 mmHg &/ou PAD \geq 100 mmHg) ou si le risque CV total est élevé ou très élevé.”



ESH = European Society of Hypertension
ESC = European Society of Cardiology
JNC = Joint National Committee

¹Chobanian et al. Hypertension

²Mancia et al. J Hypertension

Monothérapie ou association fixe à double dose



4 semaines

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets
indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets
indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets
indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets
indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

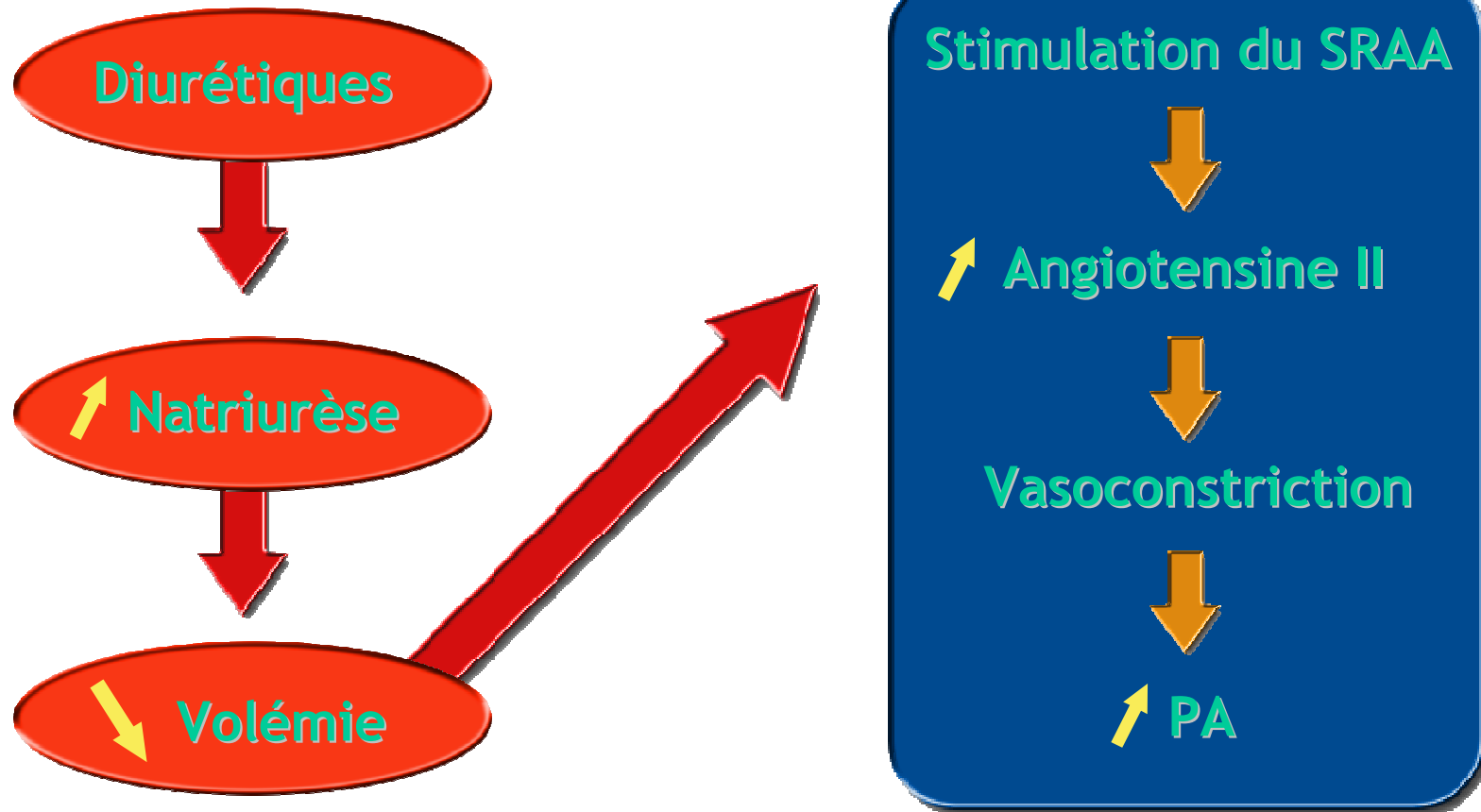
Poursuivre le traitement

Choix d'une association thérapeutique(afssaps 2005)

- Diurétique
- inhibiteur calcique

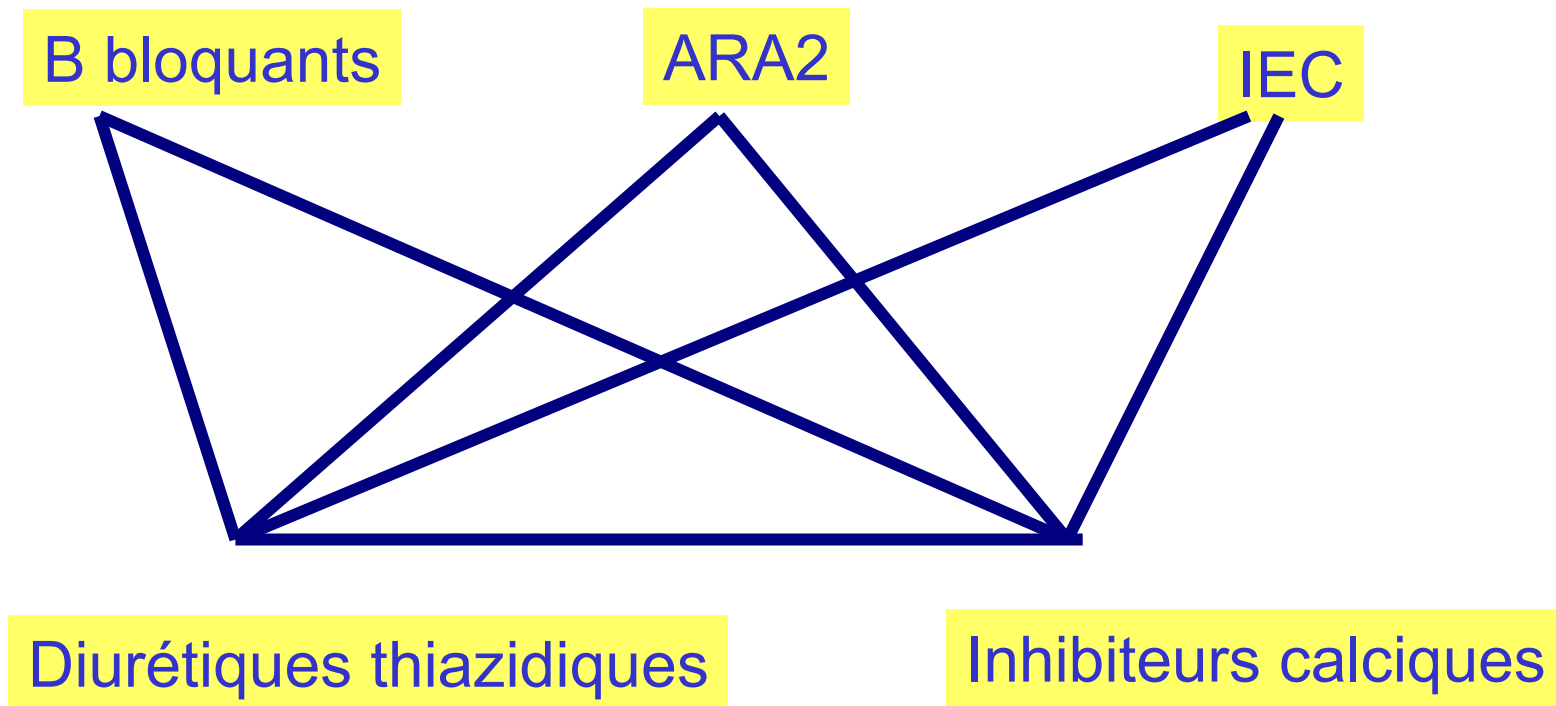
- ARA II
- IEC
- B Bloquant

Inhibiteurs système rénine angiotensine + diurétiques

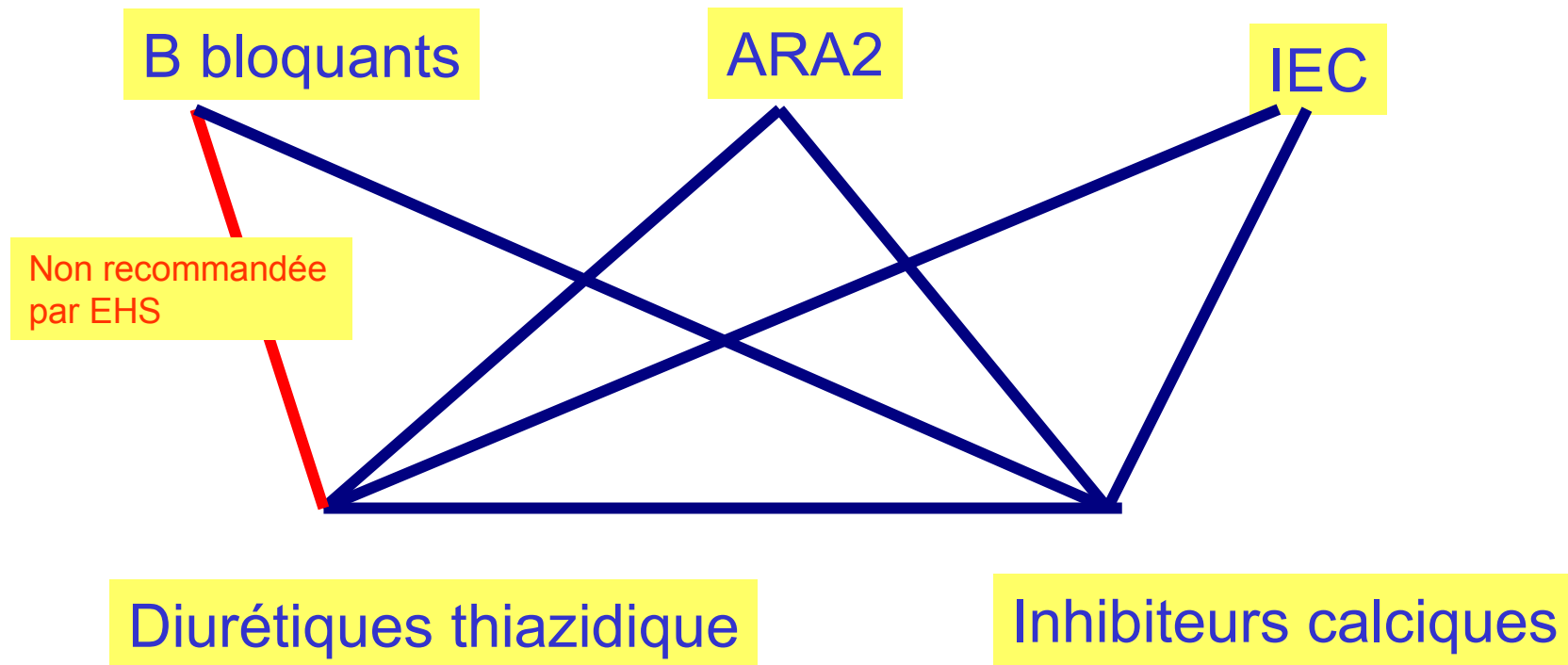


...D'où l'intérêt de bloquer puissamment l'activation du SRAA

Choix d'une association thérapeutique (afssaps 2005)

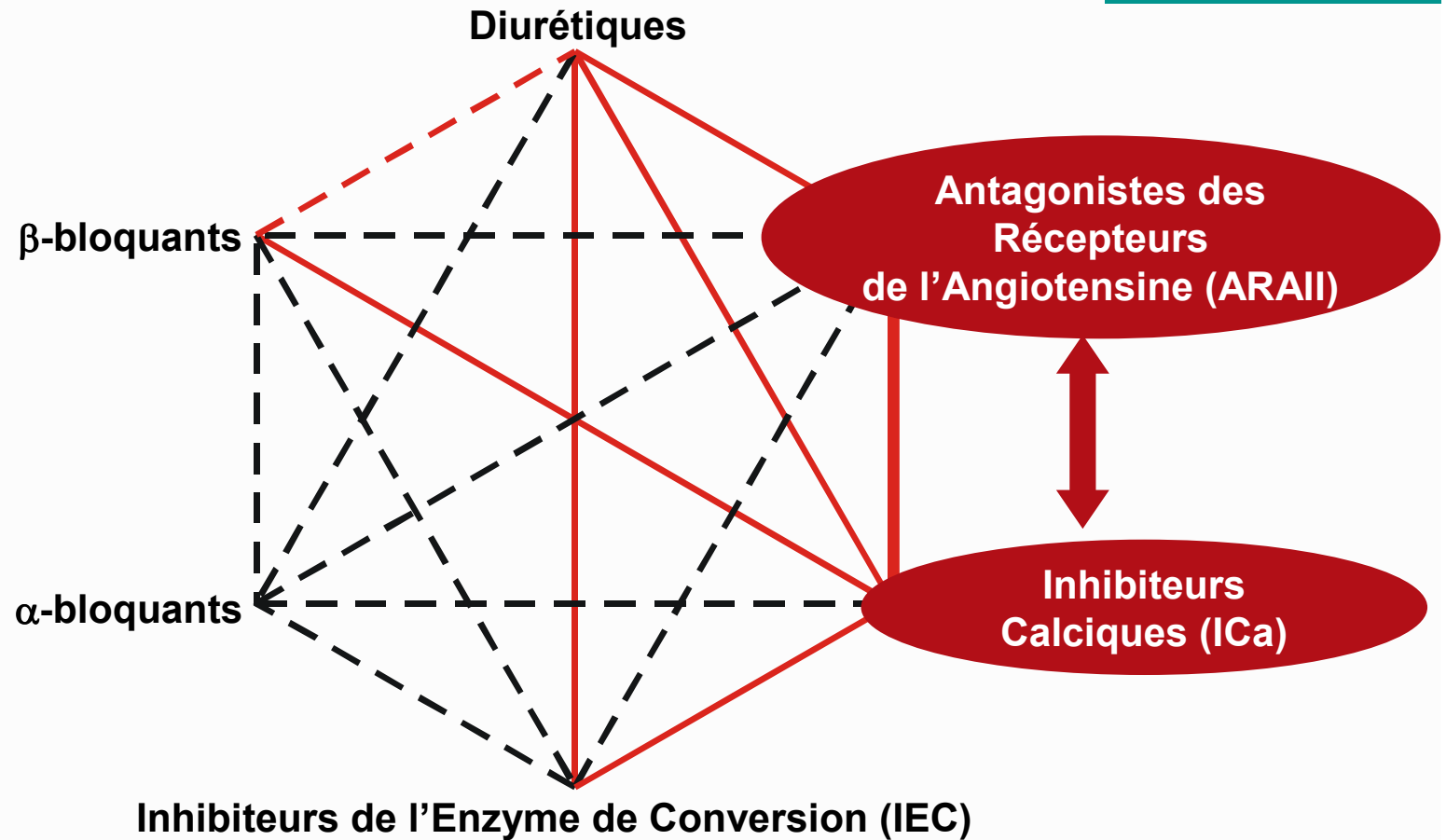


Choix d'une association thérapeutique (afssaps 2005)



EHS : European Hypertension Society

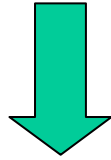
Associations recommandées par les lignes directrices de l'ESH-ESC



- Available as a single-pill combination
- - Less frequently used/combination used as necessary

Quelle bithérapie?

ARA II ou IEC

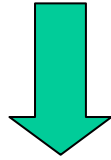


ARA2 ou IEC

- 7 à 15 jours : kaliémie + créatinémie
- Si élévation de la créatinémie > 20 à 30%:
Arrêt du traitement

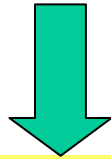
Quelle bithérapie?

ARA II ou IEC



Quelle bithérapie?

ARA II ou IEC



ARAI ou IEC + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

4 semaines

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

4 semaines

Objectif atteint

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

4 semaines

Objectif atteint

Poursuivre le traitement

Monothérapie ou association fixe à double dose

4 semaines

- Objectif atteint
- Bonne tolérance

Pas de réponse ou effets indésirables gênants:

- réponse insuffisante
- bonne tolérance

Changer de classe thérapeutique

↑ dose ou bithérapie

4 semaines

Objectif atteint

Objectif non atteint

Poursuivre le traitement

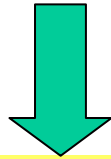
Bithérapie

Bithérapie



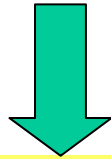
Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)

ARA II

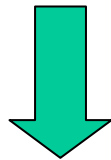


ARAII ou IEC + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique

ARA II



ARAI ou IEC + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique



ARA II + diurétique thiazidique+ inhibiteur calcique ou B bloquant

Bithérapie



Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)



Objectif atteint

Bithérapie



Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)



Objectif atteint



Objectif non atteint

Bithérapie



Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)



Objectif atteint



Objectif non atteint

HTA résistante

Que faire en cas d' HTA résistante?

- Respect les règles de prise de la TA
 - Encourager l' automesure par des appareils validés
 - MAPA si discordance entre tolérance et importance des chiffres tensionnels
- Observance du traitement
- Prise de certaines classes médicamenteuses :
AINS, corticoïdes
- Rechercher une insuffisance rénale
- Rechercher une sténose de l'artère rénale

Bithérapie



Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)



Objectif atteint



Objectif non atteint

HTA résistante



Rechercher une cause

Bithérapie



Trithérapie
(dont un diurétique thiazidique)



Objectif atteint



Objectif non atteint

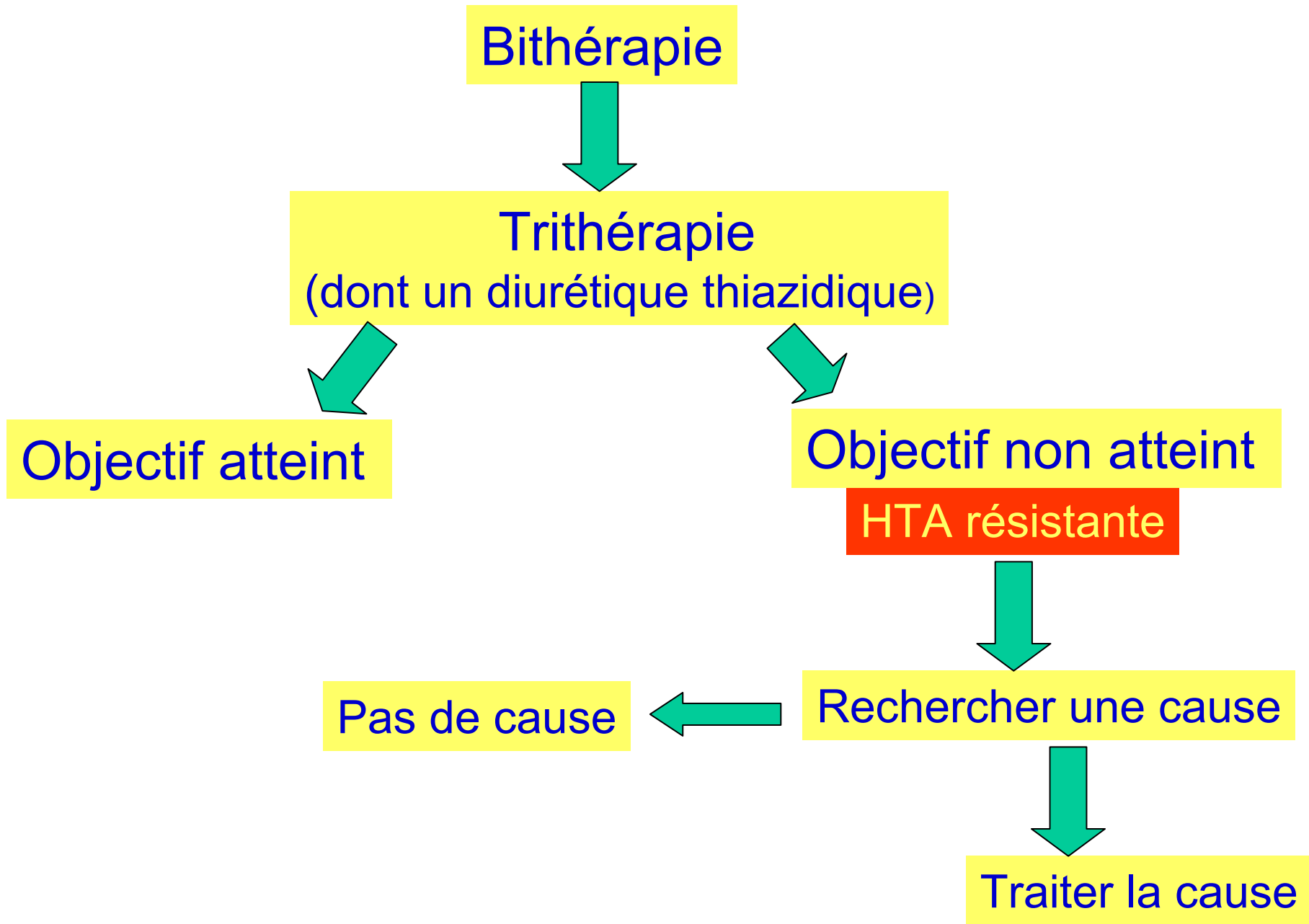
HTA résistante

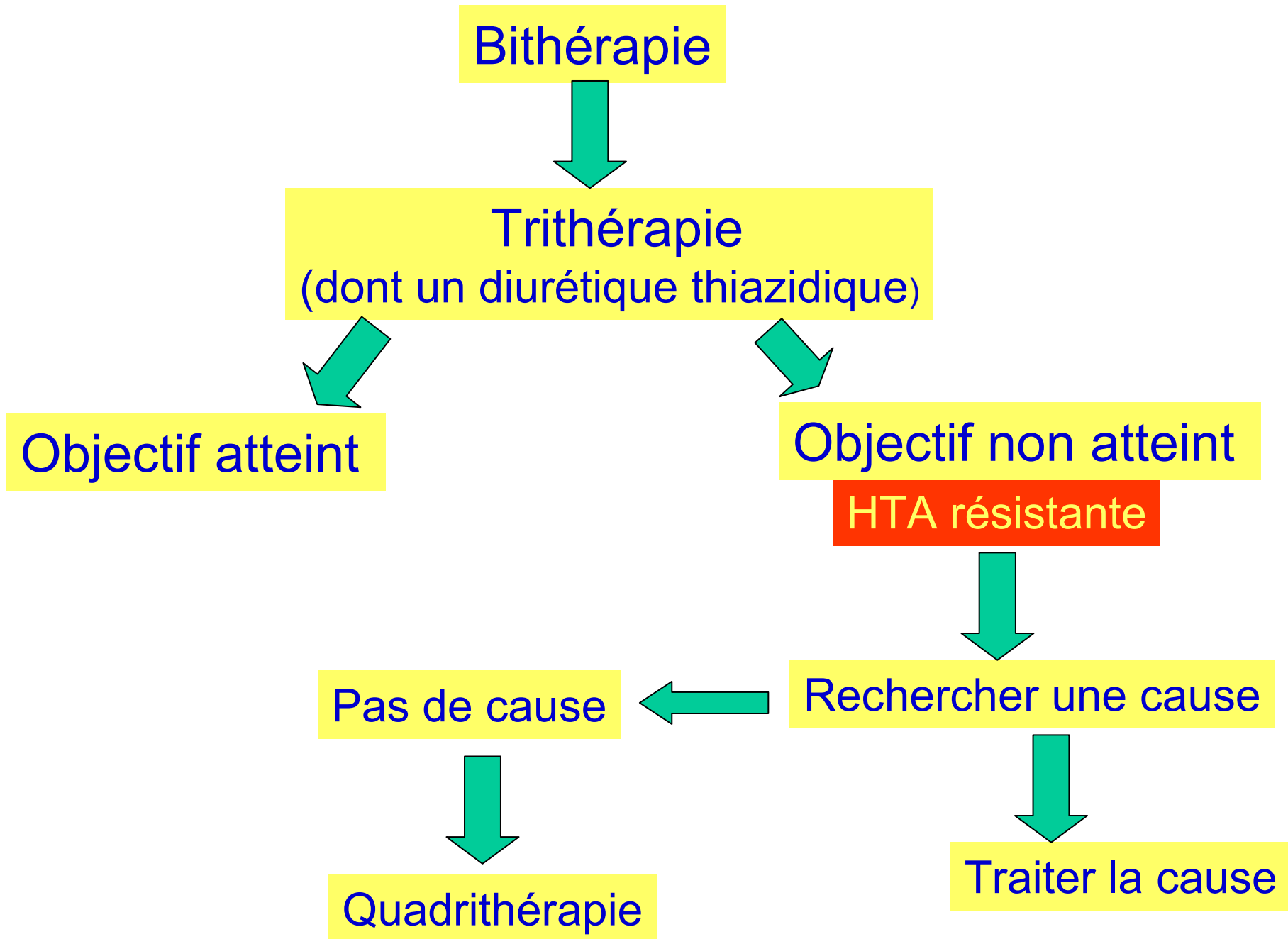


Rechercher une cause

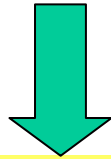


Traiter la cause

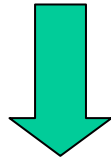




ARA II

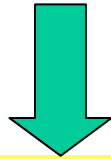


ARAII ou IEC + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique

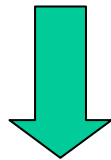


ARA II + diurétique thiazidique+ inhibiteur calcique ou B bloquant

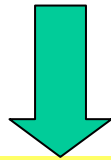
ARA II



ARAII ou IEC + inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique



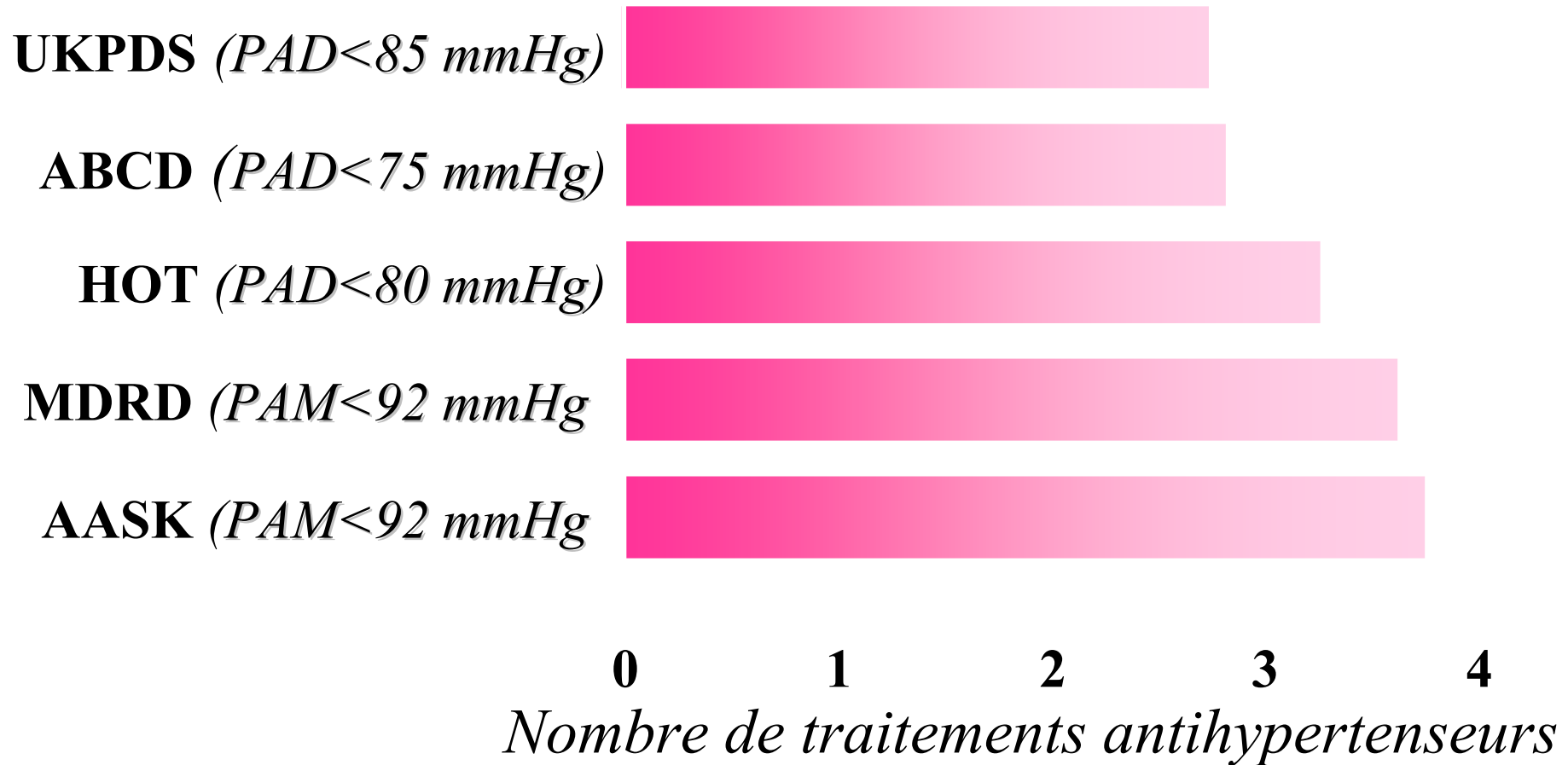
ARA II + diurétique thiazidique+ inhibiteur calcique ou B bloquant



ARA II + diurétique thiazidique+ inhibiteur calcique + B bloquant

Contrôle tensionnel «agressif»

Nombre de classes en moyenne pour atteindre l'objectif de PA
<130/80mmHg



Bakris et al. Am J Kidney Dis 2000;36:646-661



HTA

Recommandations Internationales : les associations thérapeutiques sont nécessaires par la majorité des patients pour atteindre leur objectif tensionnel

- **ESH-ESC:** *“Quelque soit le médicament utilisé, la monothérapie permet seulement à un petit nombre d’hypertendus d’atteindre leur objectif tensionnel. L’utilisation de plus d’un agent est nécessaire pour atteindre l’objectif tensionnel chez la majorité des patients.”*
- **JNC 7:** *« La plupart des patients hypertendus exigeront deux agents antihypertenseurs ou plus pour atteindre leur TA cible.*

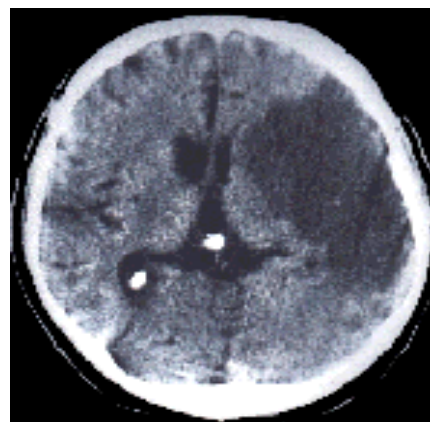
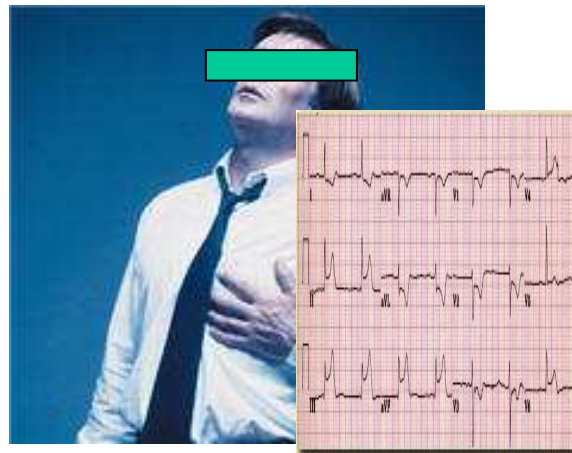


¹Chobanian et al. Hypertension 2003;42:1206–52

²Mancia et al. J Hypertens 2007;25:1105–87

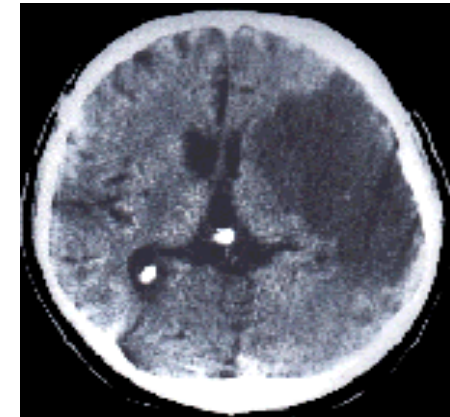
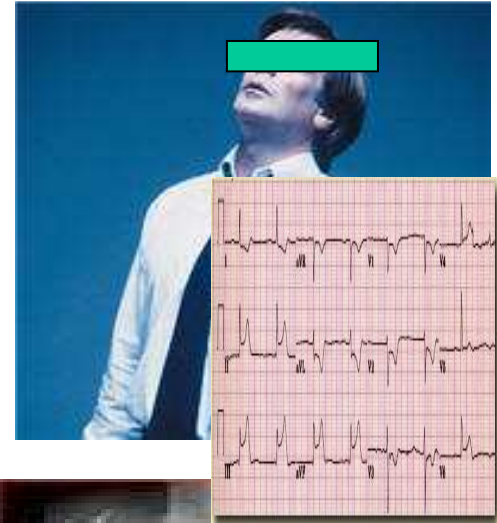
10 -15 ans

TA>13/8
HbA1c>6,5%
LDLc >1,3g/l
IMC>30Kg/m²



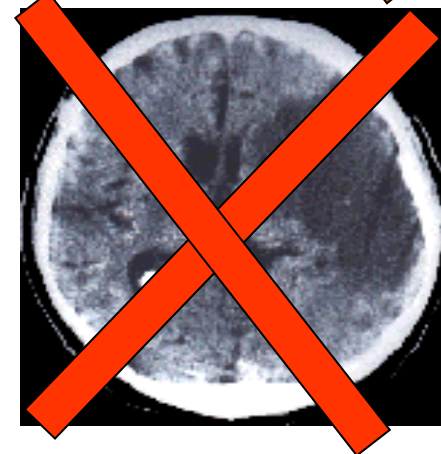
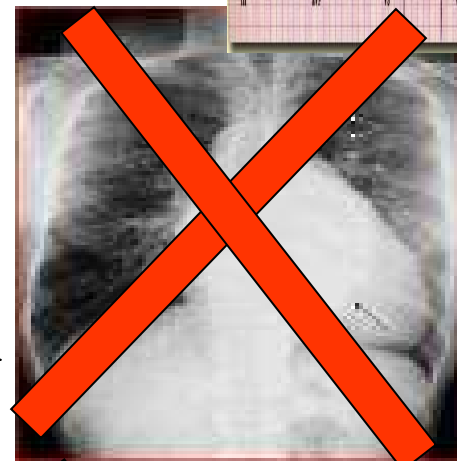
10 -15 ans.....

TA>13/8
HbA1c>6,5%
LDLc >1,3g/l
IMC>30Kg/m²



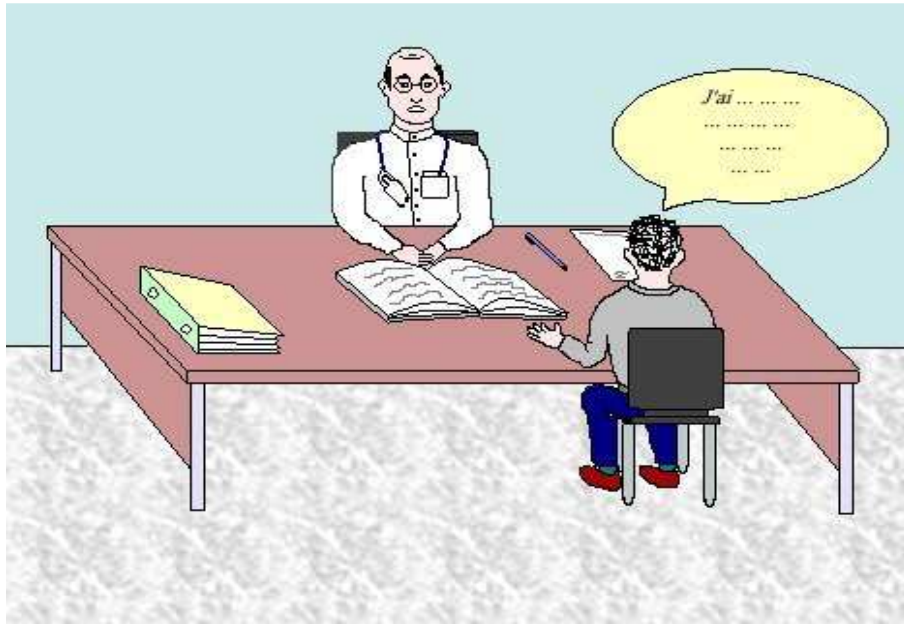
10 -15 ans.....

TA>13/8
HbA1c>6,5%
LDLc >1,3g/l
IMC>30Kg/m²



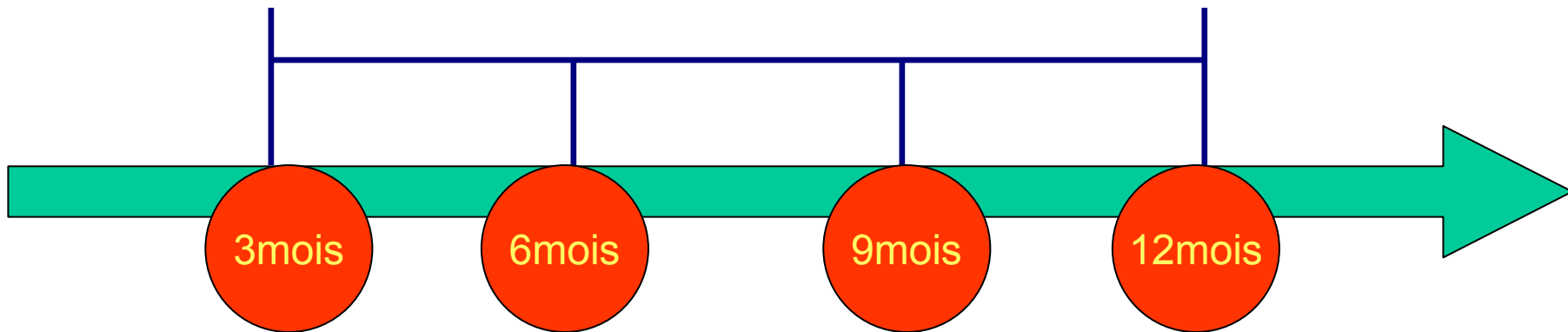
Quel suivi pour le patient hypertendu ?

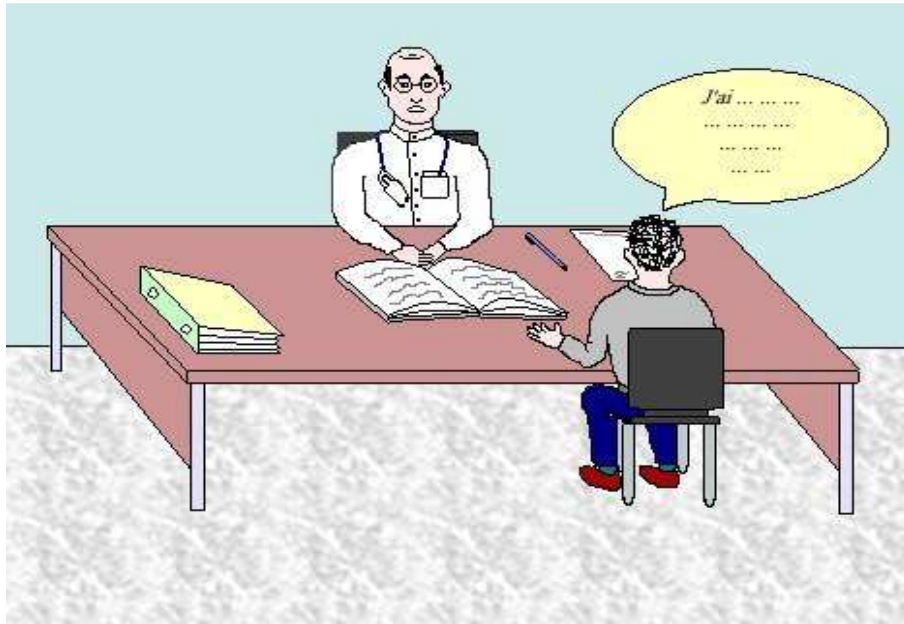
- Efficacité du traitement
- Tolérance du traitement
- Recherche de nouveaux facteurs de risque cardiovasculaires



Quels suivi pour les patients?
(afssaps 2005)

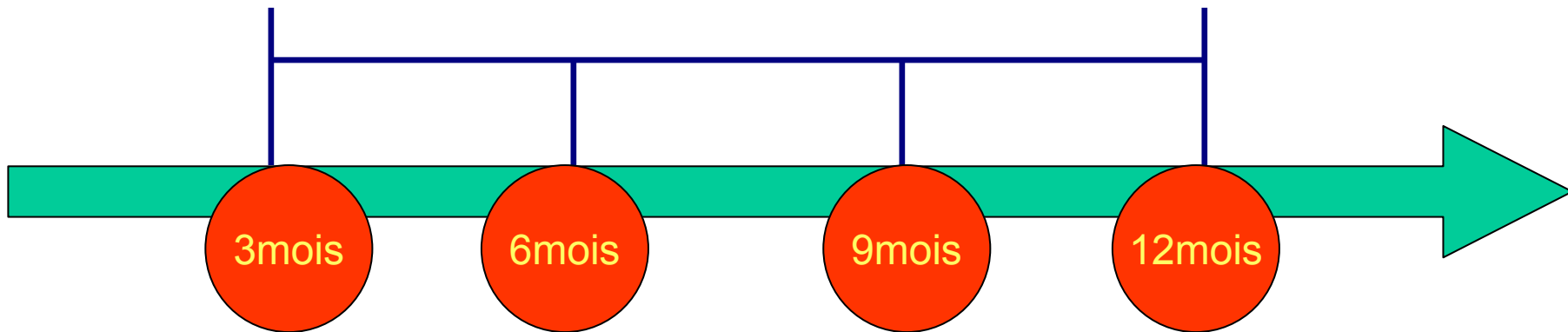
- Pression artérielle
- Interrogatoire
- examen Cvasculaire:

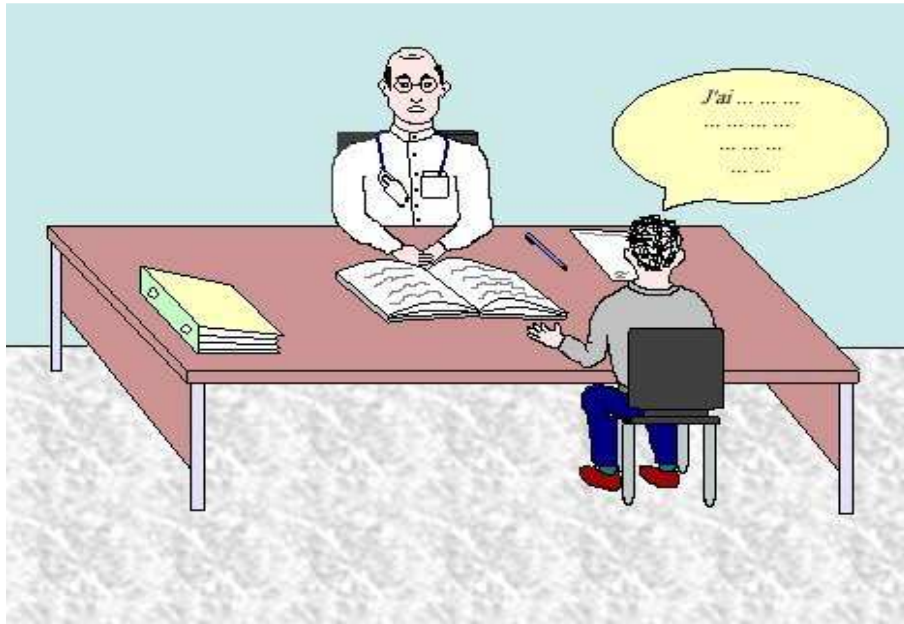




Quels suivi pour les patients?
(afssaps 2005)

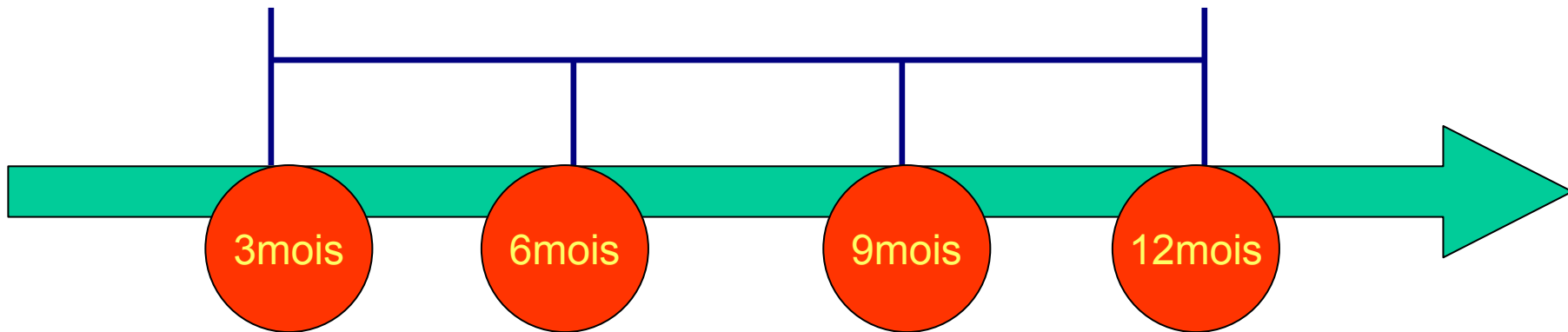
- Pression artérielle
- Interrogatoire
- examen Cvasculaire:

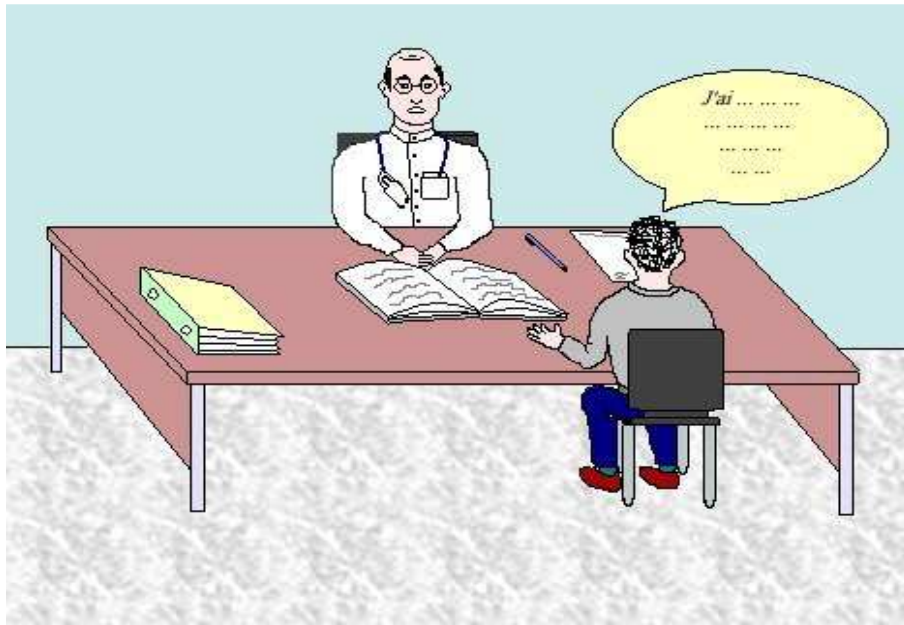




Quels suivi pour les patients?
(afssaps 2005)

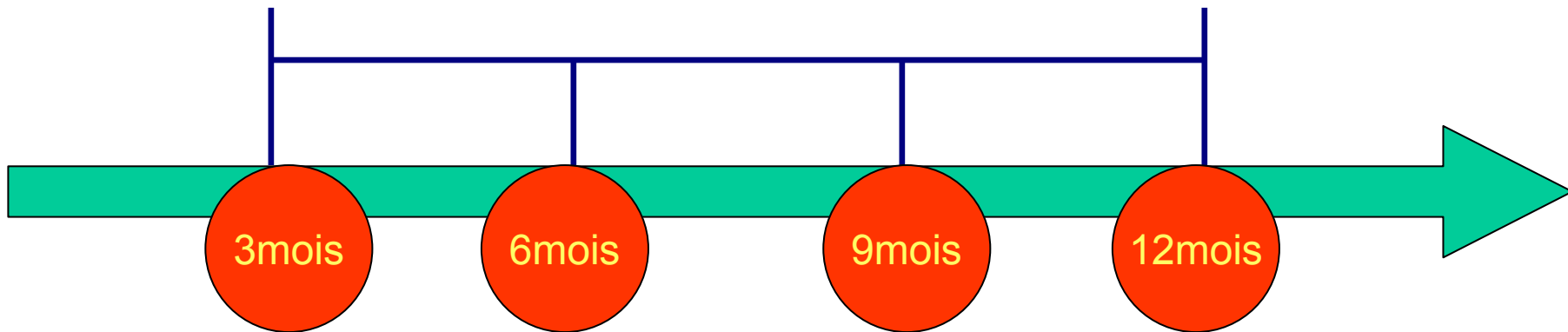
- Pression artérielle
- Interrogatoire
- examen Cvasculaire:

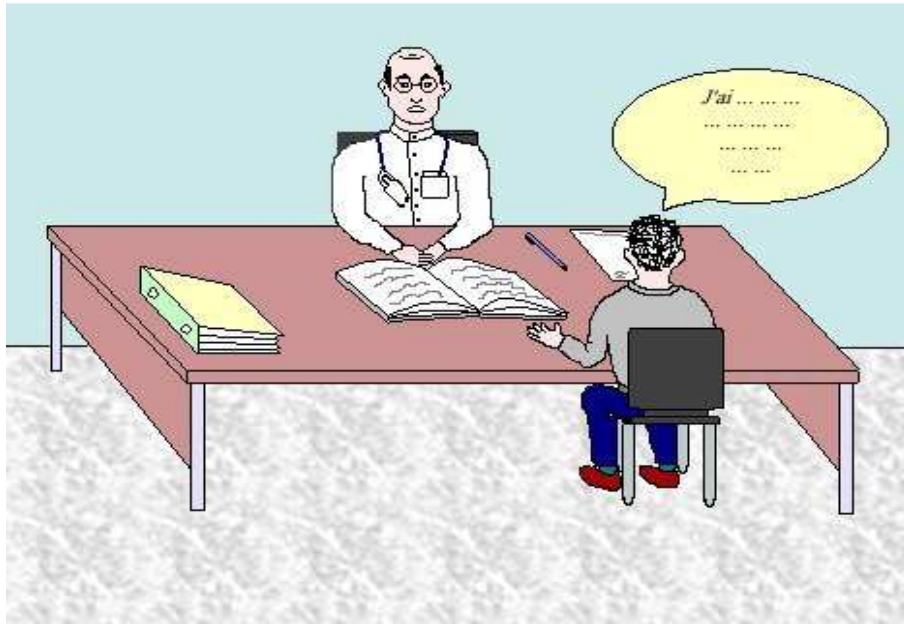




Quels suivi pour les patients?
(afssaps 2005)

- Pression artérielle
- Interrogatoire
- examen Cvasculaire:

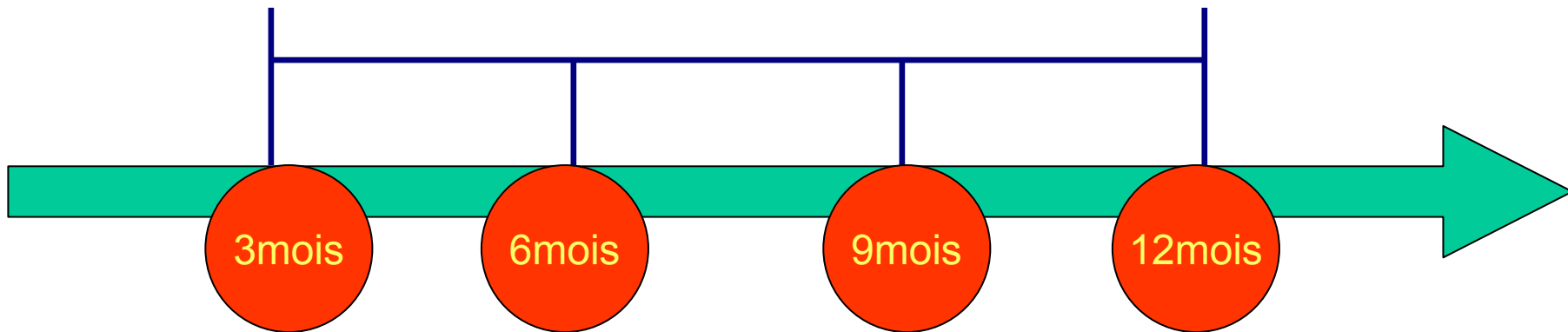


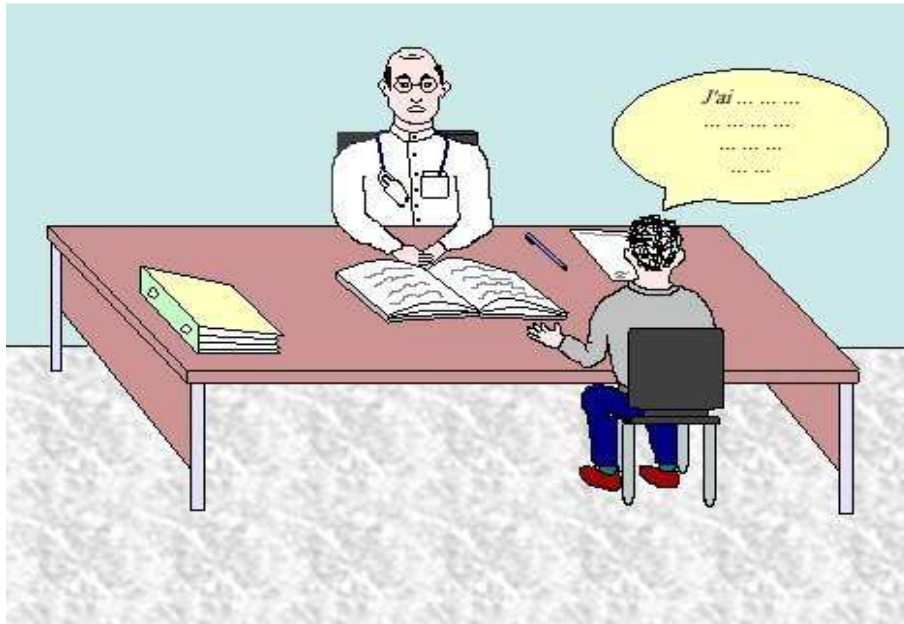


Quels suivi pour les patients? (afssaps 2005)

- Bandelettes urinaires
- Kaliémie,
- Créatinémie et DFG
- ECG , épreuve d' effort

- Pression artérielle
- Interrogatoire
- examen Cvasculaire:





Quel suivi pour les patients?
(afssaps 2005)

Glycémie:

- Tous les 3 ans, si initialement normale
- Plus souvent:
 - * Hyperglycémie modérée à jeun,
 - * Modification du poids

Bilan lipidique:

- Tous les 3 ans, si initialement normal

Prise en charge globale

- Sevrage tabagique
- Equilibrer un diabète :HbA1c <6,5%
- Traiter une dyslipidémie
- Prendre en charge une obésité

Conclusion (1)

Optimiser la prise en charge du patient hypertendu:

- Bien informer le patient
- Evaluer correctement le niveau de risque cardiovasculaire
- Choix des médicaments:
 - Tenir compte des contre-indications
 - Indications préférentielles
 - Utiliser des associations synergiques

Conclusion (2)

- Avoir comme objectif la normalisation des chiffres tensionnels
- Ne pas hésiter à procéder à l'escalade thérapeutique si les objectifs tensionnels ne sont pas atteints
- Prendre en charge les autres facteurs de risque cardiovasculaires