

Item 130 : Hypertension artérielle de l'adulte (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme de 63 ans, hypertendu ancien, vous consulte pour la deuxième fois en 3 semaines d'intervalle pour des bourdonnements d'oreille associés à des chiffres de pression artérielle élevés à l'automesure (PA systolique 170 mmHg, PA diastolique 100 mmHg). Ce patient n'a pas d'antécédent pathologique notable. On note cependant une vie professionnelle « agitée » et des repas « bien arrosés » comme le dit lui-même le patient, ainsi qu'un goût prononcé pour les plats salés. Son traitement actuel associe Coversyl® (périndopril), Fludex® (indapamide) et Isoptine® (vérapamil). Ces médicaments sont prescrits à dose optimale depuis plusieurs mois. Par ailleurs, en raison d'une tendinite rotulienne, un traitement par ibuprofène (anti-inflammatoire non stéroïdien) a été débuté depuis un mois. À l'interrogatoire, son épouse qui l'accompagne nous confie que depuis très longtemps il ronfle. Il pèse 86 kg pour 1,70 m. La pression artérielle en début d'examen est de 170/100 mmHg ; après 15 minutes de repos, elle est mesurée à 170/95 mmHg. Le reste de l'examen est normal.

QUESTION 1/7 :

Quelle est la définition d'une HTA résistante ?

Réponse attendue :

HTA > 140 mmHg et/ou 90 mmHg, à deux consultations successives, malgré la prise de trois médicaments prescrits à dose optimale, de classe différente (règle d'association des bithérapies), dont un diurétique le plus souvent thiazidique.

QUESTION 2/7 :

Quels facteurs exogènes sont à rechercher chez ce patient, pouvant expliquer ce déséquilibre tensionnel ?

Réponse attendue :

Consommation d'alcool.

Excès d'apports sodés.

Surpoids.

Apnée du sommeil.

Prise d'un AINS.

QUESTION 3/7 :

Quel bilan biologique simple réalisez-vous pour mettre en évidence un éventuel apport sodé excessif ?

Réponse attendue :

Ionogramme urinaire avec natriurèse.

QUESTION 4/7 :

Décrivez les conditions de mesure clinique de la pression artérielle à respecter pour éviter une erreur de mesure et notamment une majoration des chiffres tensionnels.

Réponse attendue :

Après au moins 5 minutes de repos.

A distance d'un effort, d'une prise de café, d'une cigarette.

Vessie vide.

En position couchée ou assise.

Bras dénudé dans le plan du cœur.

Brassard adapté à la taille du bras.

Exprimer les résultats par la moyenne d'au moins deux mesures.

QUESTION 5/7 :

Afin d'avoir un reflet exact du niveau tensionnel réel chez ce patient, vous réalisez une MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle). Voici les résultats obtenus : pression artérielle moyenne sur 24 h PAS 129 mmHg, PAD 89 mmHg ; pression artérielle moyenne pendant la période diurne PAS 134 mmHg, PAD 84 mmHg. Quelles sont vos conclusions ?

Réponse attendue :

MAPA : les limites supérieures de la normale sont sur 24 h 130/80 mmHg et en phase diurne 135/85 mmHg ; donc probable effet « blouse blanche ».

QUESTION 6/7 :

En reprenant l'interrogatoire, le patient décrit des douleurs rétrosternales, sans irradiation, d'allure constrictive, survenant uniquement à l'effort, pour des efforts importants (deux douleurs par mois), et cédant rapidement à l'arrêt de l'effort. Vous réalisez un ECG à distance de ces épisodes douloureux. Que peut-il vous apporter ?

Réponse attendue :

Recherche d'une hypertrophie atriale et ventriculaire gauche.

Arguments éventuels pour une cardiopathie ischémique : séquelles d'infarctus du myocarde (onde Q), troubles de la repolarisation (sous-décalage du segment ST, ischémie

sous-épiqueur).

Recherche d'un éventuel trouble du rythme (FA notamment).

QUESTION 7/7 :

Devant cette symptomatologie douloureuse, une scintigraphie myocardique couplée à une épreuve d'effort est réalisée. L'épreuve d'effort est positive sans aucun critère de gravité. La scintigraphie myocardique visualise une ischémie myocardique très limitée (5 % du myocarde) sans autre anomalie, en particulier pas de séquelle d'infarctus du myocarde. Quel traitement prescrivez-vous au long cours chez ce patient ?

Réponse attendue :

Aspirine 75-160 mg/j.

Poursuite de l'IEC.

Introduction de β -bloqueur.

Discuter la poursuite ou l'arrêt de l'inhibiteur calcique en fonction des chiffres tensionnels et de la symptomatologie angineuse.

Statine pour objectif LDL cholestérol < 1 g/L.

Prise en charge des facteurs de risque.

Mesures hygiéno-diététiques (réduction pondérale).

Education thérapeutique (automesure), activité physique régulière, changement des habitudes alimentaires...

Spray de trinitrine.