

Hypertension artérielle résistante : une définition et une prise en charge qui évoluent[☆]



D. Herpin

Resistant hypertension: Evolving definition and management

D. Herpin

Service de cardiologie et d'hypertension artérielle,
centre hospitalier universitaire, 2, rue de la Milétrie,
86021 Poitiers, France

Disponible en ligne sur ScienceDirect le xxx

On définit classiquement une hypertension artérielle résistante comme une hypertension artérielle non contrôlée en consultation (PA \geq 140/90 mm Hg chez un sujet de moins de 80 ans, ou PAS \geq 150 mm Hg chez un sujet de plus de 80 ans) et confirmée par une mesure en dehors du cabinet médical (automesure ou mesure ambulatoire de la pression artérielle), malgré une stratégie thérapeutique comprenant des règles hygiéno-diététiques adaptées et une trithérapie antihypertensive, depuis au moins 4 semaines, à dose optimale, incluant un diurétique [1].

La trithérapie antihypertensive doit comporter, outre un diurétique thiazidique, un bloqueur du SRA (ARA2 ou IEC) et un inhibiteur calcique. Le diurétique préconisé est soit l'hydrochlorothiazide à un dosage d'au moins 25 mg/j, soit l'indapamide. En cas d'insuffisance rénale stades 4 et 5 (eDFG $<$ 30 mL/min/1,73 m²), le thiazidique doit être remplacé par un diurétique de l'anse (furosémide, bumétamide) prescrit à une posologie adaptée à la fonction rénale. Une mauvaise observance doit être systématiquement recherchée, de même qu'un facteur favorisant la résistance aux traitements (excès de sel, alcool, dépression et interférences médicamenteuses) ou la prise de médicaments et/ou substances ayant une action vasopressive [1].

L'information du patient, l'éducation thérapeutique et l'automesure tensionnelle sont à tous les stades de la maladie hypertensive et plus particulièrement en cas d'hypertension artérielle résistante, des outils indispensables, contribuant à améliorer le contrôle de la pression artérielle.

Si l'hypertension artérielle résistante est confirmée, l'avis d'un spécialiste de l'hypertension artérielle doit être sollicité pour évaluation du

retentissement viscéral, recherche d'une hypertension artérielle secondaire et mise en route d'une stratégie thérapeutique optimale. Enfin, nouveauté de ces derniers mois, en l'absence d'étiologie curable retrouvée chez le sujet de moins de 80 ans, il faut envisager de mettre en place un quatrième médicament, avec un choix préférentiel de première intention pour la spironolactone (12,5 à 25 mg/j) en l'absence de contre-indication et sous surveillance régulière de la kaliémie et de la créatinémie [2]. Le choix d'un bêtabloquant peut être préféré en fonction de la situation clinique. En cas de contre-indication ou de non-réponse à la spironolactone, ou en présence d'effets indésirables, il est suggéré de prescrire un bêtabloquant, ou un alpha-bloquant, ou un antihypertenseur central.

L'intérêt de la dénervation rénale et de la barostimulation carotidienne étant en cours d'évaluation, l'indication de ces techniques doit être posée dans un centre spécialisé en HTA.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Denolle T, Chamontin B, Doll G, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. *Presse Med* 2014;43:1325–31.
- [2] Williams B, MacDonald TM, Morant S, et al. Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. *Lancet* 2015;386:2059–68.

[☆]D'après les recommandations de la Société française de l'hypertension artérielle.

Adresse e-mail :
Daniel.HERPIN@chu-poitiers.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amcp.2016.09.005>

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.