

Prise en charge d'une HTA sans signe de gravité - Clairance > 60mL/min

Quand traiter ?
<p>Si TA > 160/100 : traitement d'emblée Si TA > 140/90 et FDRCV : traitement d'emblée Si TA > 140/90 et aucun FDRCV mais faible possibilité de suivi : traitement d'emblée Si TA > 140/90 et aucun FDRCV : 3 mois de règles hygiéno-diététique</p>

<p>Première consultation</p>	<p>Explications (cardiomayotte sur youtube) Examen clinique +++ (pouls, douleurs thoraciques, dyspnée etc...) Bilan sanguin : NA K urée créat EAL glycémie a jeun Bilan urinaire : protéinurie créatinurie sur échantillon ECG</p> <hr/> <p>inhibiteur calcique pleine dose + IEC ou indapamide</p> <p>Amlodipine 10 mg + perindopril 4 mg (si diabète ou protéinurie) ou amlodipine 10 mg + indapamide LP 1,5 mg (si pas d'hypokaliémie)</p>
<p>A trois mois si TA non contrôlée et si iono le permet</p>	<p>Ajout troisième classe inhibiteur calcique pleine dose + IEC + indapamide</p> <p>Amlodipine 10 mg + perindopril 4 mg + indapamide LP 1,5 mg</p>
<p>A six mois si TA non contrôlée et si iono le permet</p>	<p>Majoration de l'IEC à la pleine dose inhibiteur calcique pleine dose + IEC pleine dose + indapamide</p> <p>Amlodipine 10 mg + perindopril 8 mg + indapamide LP 1,5 mg</p>
<p>A six mois si TA non contrôlée et si iono le permet</p>	<p>Ajout aldactone 25 mg (surveillance rapprochée du ionogramme) Ou ajout alphabloquant par exemple eupressyl 60 mg matin et soir et avis spécialisé</p>

A chaque consultation :

Répéter les mesures pour limiter effet blouse blanche (conseiller automesures si possible, MAPA si besoin)

Insister sur l'observance (*cardiomayotte sur youtube*)

Conseiller le régime hyposodé

Vérifier la tolérance

Surveillance du ionogramme sanguin dans la semaine qui suit chaque modification de traitement

Notes :

Il s'agit d'un protocole basé sur les guidelines de l'ESC, adapté au contexte mahorais. Il peut être adapté à chaque patient.

Prévoir un examen clinique complet et un bilan biologique annuel.

Règles hygiéno-diététiques : diminution des apports en sel, lutte contre la sédentarité, arrêt du tabac, perte de poids

Lors du premier bilan, si anomalie (souffle, hypokaliémie, protéinurie, ECG anormal hors HVG etc..) ne pas hésiter à demander un avis au 71144 ou par mail o.pointeau@chmayotte.fr.

Si HTA avant 30 ans, suspicion d'HTA secondaire : avis par mail o.pointeau@chmayotte.fr.

On privilégie :

Amlodipine par rapport à nifédipine pour sa demi vie d'action et sa prise unique quotidienne.

Indapamide versus hydrochlorothiazide pour sa demi vie, sa meilleure tolérance (diabète et dysfonction érectile) et sa meilleure efficacité.

Les IEC sont plus efficaces que les ARA2, à privilégier en première intention mais à changer en cas de toux. Contre indication à vie des deux classes si angioedème aux IEC. Les molécules dont la durée de vie est la plus longue sont le perindopril et le telmisartan.

Les beta bloquants ne sont pas conseillés dans l'HTA isolée car peu efficaces.

Les associations fixes sont à privilégier

Références :

ESC/ESH guidelines 2018

New England Journal of Medicine 2019; 380:2429-2439

Hypertension. 2015;65:1033-1040

American journal of hypertension 28 (12) 2015