

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

Quand traiter ?
Si TA > 140/90 : traitement d'emblée

Première consultation	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 ECBU (hématurie ?) ECG
	<p>inhibiteur calcique pleine dose + IEC</p> Amlodipine 10 mg + perindopril 4 mg
A trois mois si TA non contrôlée et si iono le permet	Ajout troisième classe <p>inhibiteur calcique pleine dose + IEC + indapamide si 30 < DFG < 60 ou furosemide si DFG < 30 mL/min</p> Amlodipine 10 mg + perindopril 4 mg + indapamide LP 1,5 mg ou furosemide 40 mg
A six mois si TA non contrôlée et si iono le permet	Majoration de l'IEC à la pleine dose <p>inhibiteur calcique pleine dose + IEC pleine dose + indapamide si 30 < DFG < 60 ou furosemide si DFG < 30 mL/min</p> Amlodipine 10 mg + perindopril 8 mg + indapamide LP 1,5 mg ou furosemide 40 mg
A six mois si TA non contrôlée et si iono le permet	Majoration du diurétique de l'anse <p>inhibiteur calcique pleine dose + IEC pleine dose + indapamide si 30 < DFG < 60 ou furosemide si DFG < 30 mL/min</p> Amlodipine 10 mg + perindopril 8 mg + indapamide LP 1,5 mg ou furosemide 80 mg (voir plus si besoin) Et/ou ajout alphabloquant par exemple eupressyl 60 mg matin et soir et avis spécialisé

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 particulièrement efficace chez les patients insuffisants rénaux

Vérifier la tolérance clinique et biologique

Surveillance du ionogramme sanguin dans la semaine qui suit chaque modification de traitement (pour le calcul du DFG, utiliser la formule CKD EPI ou a défaut MDRD)

Pour limiter la dégradation de la fonction rénale, il est important que la TA soit le mieux contrôlée possible.

On tolère une augmentation de 30% de la créatininémie sous IEC.

Si dégradation plus franche de la fonction rénale, diminuer la posologie de l'IEC et chercher une sténose des artères rénales par un doppler.

Si hyperkaliémie sous IEC chez un patient protéinurique : conseiller régime pauvre en potassium (à Mayotte : limiter bananes), augmenter la posologie du diurétique si la tension artérielle le permet, introduire de petites doses de kayexalate si l'observance est correcte.

Le patient avec une IRC de grade 5 a souvent une HTA très difficile à contrôler. Ne pas hésiter à augmenter la posologie du diurétique (furosemide 250 voir 500 mg par jour) et à prendre un avis spécialisé en vue d'une mise en dialyse.

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 trimestriel.

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

Lors du premier bilan, si anomalie, ne pas hésiter à demander un avis au 71144 ou par mail o.pointeau@chmayotte.fr.

On a choisi de privilégier :

Amlodipine par rapport à nicardipine 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