

Mesures hygiéno-diététiques associées :

- Apport sodé limité à 6-8 g de / jr ((HAS 2016) sauf chez l'insuffisant cardiaque < 5 g / jr
- Arrêt du tabac
- Consommation d'alcool limitée
- Alimentation équilibrée (régime méditerranéen avec fruits et légumes, acides gras insaturés)
- Réduction du poids en cas de surcharge pondérale : 25 < IMC < 30 kg/m²
- Exercices physiques réguliers



Classes médicamenteuses à privilégier

- Inhibiteurs calcique dihydropyridine **ICa DHP**
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion **IEC**
- Antagoniste récepteurs à l'angiotensine II **ARA II**
- Diurétiques thiazidiques (Cl créatinine > 30ml/min)
- Béta bloquant (moindre effet sur prévention AVC)

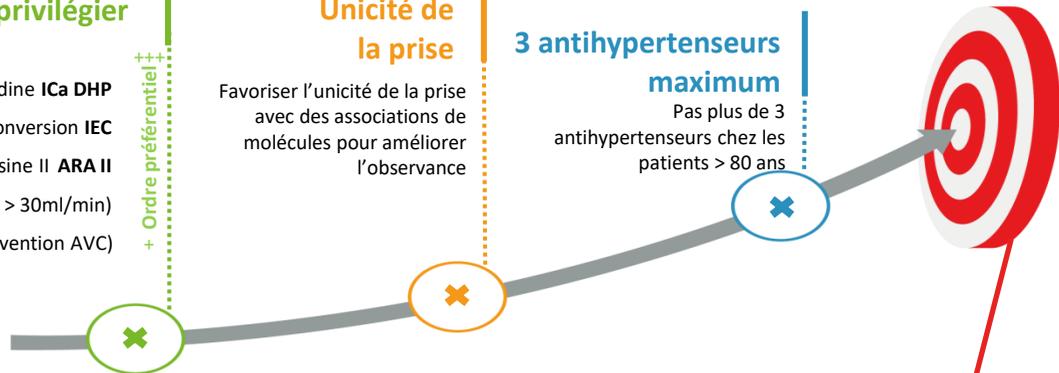
+ Ordre préférentiel ++

Unicité de la prise

Favoriser l'unicité de la prise avec des associations de molécules pour améliorer l'observance

3 antihypertenseurs maximum

Pas plus de 3 antihypertenseurs chez les patients > 80 ans



OBJECTIFS TENSIONNELS

- ▶ Patient ≤ 80 ans et patient > 80 ans « robuste » sans comorbidités ni perte d'autonomie, ni hypotension orthostatique (ESC 2018)
- ▶ Objectifs « moins stricts » pour > 80 ans « fragiles » (ESC 2018)
- ▶ 130 mmHg ≤ TAS < 140 mmHg
70 mmHg ≤ TAD < 80 mmHg
- ▶ TAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique (HAS)

A HTA chez sujet âgé sans comorbidité (HTA systolique)



Traitement

Inhibiteur calcique DHP et/ou diurétiques thiazidiques si signes d'insuffisance cardiaque + IEC ou ARA II



Objectifs non atteints

Inhibiteur calcique DHP + diurétiques thiazidiques + IEC ou ARA II



Commentaire

Privilégier une monothérapie chez la personne > 80 ans : Inhibiteur calcique DHP ou IEC ou ARA II



Surveillance

IEC / ARA II : kaliémie, créatininémie / DFG
Diurétique : kaliémie et natrémie

B HTA + artériopathie des membres inférieurs



Traitement

IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP + Béta bloquant si cardiopathie ischémique



Objectifs non atteints

IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP + diurétique thiazidique



Surveillance

IEC / ARA II : kaliémie
Diurétique : kaliémie et natrémie
Insuffisance rénale : clairance de la créatinine

C HTA chez sujet diabétique +/- néphropathie



Traitement

Bithérapies : > Inhibiteur calcique DHP + IEC ou ARA II
OU > IEC ou ARA II + diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse si insuffisance rénale sévère



Objectifs non atteints

Trithérapie : IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP + diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse si insuffisance rénale sévère



Commentaire

Privilégier une monothérapie chez les personnes > 80 ans



Surveillance

IEC / ARA II : kaliémie
Diurétique : kaliémie et natrémie
Insuffisance rénale : clairance de la créatinine + microalbuminurie

E HTA avec fibrillation atriale (sous anticoagulant AVK ou ACOD)

Traitement

Bithérapies : > Béta bloquant + IEC ou ARA II
OU > Béta bloquant + inhibiteur calcique DHP

Objectifs non atteints

Trithérapie : > Béta bloquant + IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP ou diurétique
OU > Béta bloquant + Inhibiteur calcique DHP + diurétique

Surveillance

Béta bloquant et autres anti arythmiques (fréquence cardiaque, ECG)

Attention

Pas d'association béta bloquant + amiodarone
Contre indication sotalol + anti arythmique (augmentation de l'intervalle QT)
L'association béta bloquant + inhibiteur calcique bradycardisant n'est pas recommandée (réduction trop forte de la fréquence cardiaque ESC 2018)

F HTA chez sujet diabétique + fibrillation atriale

Traitement

Bithérapies : > Inhibiteur calcique bradycardisant (contrôle de la fréquence cardiaque) en l'absence de signe d'insuffisance cardiaque + IEC ou ARA II.

Objectifs non atteints

Trithérapie : > Béta bloquant + IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP ou diurétique
OU > Béta bloquant + Inhibiteur calcique DHP + diurétique

Attention

Béta bloquant chez diabétique -> épisodes d'hypoglycémie masqués, risques d'infarctus du myocarde et d'AVC.

G HTA avec cardiopathie ischémique

Traitement

Bithérapies : > IEC ou ARA II + béta bloquant ou inhibiteur calcique LP (ESC 2018)
OU > Béta bloquant + diurétique
OU > Inhibiteur calcique + diurétique ou béta bloquant

Objectifs non atteints

Trithérapie : > Béta bloquant + IEC ou ARA II + inhibiteur calcique DHP ou diurétique
OU > Béta bloquant + Inhibiteur calcique DHP + diurétique

Commentaires

Privilégier une monothérapie chez les personnes > 80 ans
Privilégier Béta bloquant si FA, IM, insuffisance cardiaque
Si béta bloquant contre indiqué (BAV > 1er degré, asthme, insuffisance cardiaque systolique non contrôlée, angor de Prinzmetal, intolérance, etc...) -> inhibiteur calcique LP
+ AAP ou anticoagulant si fibrillation auriculaire + statine

Attention

La digoxine est contre indiquée pour ralentir la fréquence cardiaque (myocardiopathie obstructive ou rétrécissement aortique)
Risque d'hypotension si dérivé nitré en prévention de crises d'angor
Adaptation posologie du dabigatran si association avec vérapamil ou amiodarone ou quinidine (inhibiteur P-gp)

H HTA + insuffisance cardiaque systolique +/- fibrillation atriale

Traitement

Béta bloquant (nébivolol, carvedilol, métoprolol, bisoprolol) à doses très progressives sur avis cardiologue + IEC ou ARAII à doses très progressives sur avis cardiologue + si signes congestifs diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse en cas d'insuffisance rénale sévère et/ou diurétique anti-aldostérone sur avis du cardiologue (pas indiqué après 80 ans)

Commentaire

Béta bloquant et diurétique anti-aldostérone préviennent chacun la fibrillation auriculaire

Surveillance

Si diurétique de l'anse +/- diurétique thiazidique +/- diurétique anti-aldostérone : kaliémie, natrémie et créatinine
Si digoxine (symptômes insuffisance cardiaque persistants ou fibrillation auriculaire rapide HAS 2014) : fréquence cardiaque et ECG, DFG, kaliémie, digoxinémie

Attention

La digoxine est contre indiquée si myocardiopathie obstructive ou rétrécissement aortique.
Inhibiteur calcique bradycardisant non indiqué en cas d'insuffisance cardiaque (inotrope -)