



APRES AVIS DE LA HAS DE 2017

## CHEZ TOUS LES PATIENTS <sup>[1]</sup> SURVEILLANCE RÉGULIÈRE DE LA PA

Découverte d'une PA  $\geq 140/90$  mmHg  
persistante dans le temps

Confirmation de l'HTA par AMT

Bilan clinique et paraclinique

Consultation d'annonce : information du  
patient/adhésion du patient



Avis spécialisé en cas de :

- HTA sévère (PAS  $>180$  ou PAD  $>110$  mmHg) d'emblée
- HTA avant l'âge de 30 ans
- HTA avec hypokaliémie
- Autres situations cliniques évocatrices d'une HTA secondaire

Moyenne des valeurs de PA en  
automesure tensionnelle (AMT)  
correspondant à une HTA  
PAS  $\geq 135$  mmHg ou PAD  $\geq 85$  mmHg

- Recherche facteurs de risque cardio-vasculaire associés
- Recherche hypotension orthostatique
- Rechercher HTA compliquée ou secondaire

- Risques liés à l'HTA
- Bénéfices de la prise en charge

## INSTAURER DES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Mesure de la PA mensuelle (AMT) jusqu'au contrôle de la PA + surveillance selon plan de soins

PA contrôlée

PA non contrôlée

Réduire :

- Sédentarité – surpoids
- Consommation d'alcool et de tabac
- Aliments gras, salés et sucrés

Surveillance selon  
plan de soins

### Plan de soins de 0 à 6 mois

- Consultation mensuelle jusqu'à l'obtention des chiffres cibles
- Mesurer la PA (AMT)
- Rappeler les mesures hygiéno-diététiques
- Expliquer les difficultés de prises quotidiennes
- Vérifier l'adhésion du patient
- Évaluer la tolérance et l'efficacité de la prise en charge
- Rechercher une hypotension orthostatique

### Plan de soins après 6 mois

- Consultation tous les 3 à 6 mois
- Mesurer la PA (AMT)
- Rappeler les mesures hygiéno-diététiques
- Expliquer les difficultés de prises quotidiennes
- Vérifier l'adhésion du patient
- Contrôle biologique par créatininémie et protéinurie (tous les 1 à 2 ans) et ECG (tous les 3 à 5 ans)
- Évaluer la tolérance et l'efficacité de la prise en charge
- Évaluer le risque d'interactions médicamenteuses
- Adapter les posologies médicamenteuses si besoin
- Rechercher une hypotension orthostatique

### Débuter une monothérapie

Mesure de la PA (AMT)  
+  
surveillance selon plan de soins

PA contrôlée

PA non contrôlée

- IEC\* ou ARA2\*\* ou inhibiteur calcique ou diurétique thiazidique
- Bêtabloquant en second choix
- De préférence en monoprise
- Prescription en DCI : éviter changement de marque

### Débuter une bithérapie

Mesure de la PA (AMT)  
+  
surveillance selon plan de soins

PA contrôlée

PA non contrôlée

- Association de 2 classes parmi : IEC ou ARA2, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique

### Débuter une trithérapie

Mesure de la PA (AMT)  
+  
surveillance selon plan de soins

PA contrôlée

PA non contrôlée  
6 MOIS

- IEC ou ARA2 + inhibiteur calcique + diurétique thiazidique

Avis spécialisé

<sup>[1]</sup> HAS/SFHTA - Fiche mémo - Prise en charge de l'HTA chez l'adulte - septembre 2016

\* Inhibiteur de l'enzyme de conversion

\*\* Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2



## APRÈS AVIS DE LA HAS



### Éléments à prendre en compte dans le CHOIX INITIAL DES MÉDICAMENTS

- Adapter en fonction des **comorbidités associées** :

| Comorbidités   | Choix préférentiel   |
|--|--|
| Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale | IEC ou ARA2  |
| Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie                      | IEC ou ARA2  |
| Patient insuffisant cardiaque  | IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques |
| Patient coronarien   | IEC, bêtabloquants   |
| Patient post-AVC   | Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2) et inhibiteurs calciques            |

- Réaliser les dosages biologiques de sodium, potassium et créatininémie pour les IEC et ARA2 lors du 1er mois de traitement, lors de modifications posologiques ou d'événement intercurrent.
- Les antihypertenseurs génériques ont une efficacité comparable aux produits princeps. Il est souhaitable de ne pas changer de marque en cours de traitement afin de réduire le risque d'erreur de prise par le patient.
- Évaluer l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques et au traitement médicamenteux des patients.



### PAR QUELLE CLASSE MÉDICAMENTEUSE DÉBUTER en cas d'HTA non sévère<sup>[1]</sup>

- En première intention débiter par (classement par ancienneté d'apparition sur le marché) : diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2), par une monothérapie, de préférence en monoprise.
- Les bêtabloquants restent des antihypertenseurs de première intention (AMM), mais sont moins protecteurs que les autres classes thérapeutiques vis-à-vis du risque d'accident vasculaire cérébral.



### ADAPTATION DU TRAITEMENT au cours des 6 premiers mois

- Débiter par une monothérapie,
- Préférer une bithérapie en cas d'objectif tensionnel non atteint au bout d'1 mois de traitement en privilégiant l'association de deux des trois classes suivantes : IEC ou ARA2, inhibiteur calcique, diurétique thiazidique,
- Recourir à une trithérapie en cas d'objectif tensionnel non atteint en privilégiant l'association IEC ou ARA2 avec un inhibiteur calcique et un diurétique thiazidique.

<sup>[1]</sup> Prescription à établir de préférence en DCI