



vendredi 20 janvier 2023

Pour traiter l'HTA, tu fais quoi ?

Bonjour !

Depuis le temps que les Dragi Webdo concernant les traitements antihypertenseurs s'accumulent, il était temps de faire une synthèse.

Remercions donc ce billet qui été permis grâce au travail de synthèse de @DocTotoscope et que vous pourrez aussi retrouver sur son blog : <https://doctotoscope.wordpress.com/>

Vous trouverez donc un algorithme établi avec les données actuelles de la science disponible sur ce blog et en dessous, des justifications concernant certains points et réponses aux questions qui ont été posées sur les réseaux.

Il ne s'agit pas d'un algorithme strict. Bien évidemment, les molécules proposées sont à discuter avec les patients compte tenu de leurs effets indésirables et des préférences des patients. L'algorithme tend à privilégier l'efficacité plutôt que le risque d'effets indésirables non graves (la tolérance) car en tant que MG nous pouvons revoir les personnes traitées très rapidement pour adapter le traitement. C'est peut-être une des raisons des divergences entre cet algorithme et certaines recommandations de cardiologie (en faisant l'hypothèse qu'elles privilégient la tolérance car les délais de consultation sont plus longs)

N'hésitez pas à laisser des commentaires que vous soyez d'accord ou pas d'accord (mais pensez à mettre des références dans ce cas-là ^^)

Bonne lecture !



Explications :

Les thiazidiques-likes (indapamide) sont préférés aux IEC et inhibiteurs calciques car :

Selon la [Cochrane](#), bien que leur efficacité soit similaire, le niveau de preuve est plus important pour les thiazidiques dans les essais contrôlés randomisés que pour les IEC.

Selon la [Cochrane](#) toujours, les thiazidiques sont plus efficaces que les inhibiteurs calciques sur les événements cardiovasculaires (contrairement à ce que laissait supposer l'étude ACCOMPLISH)

Dans une revue systématique d'étude observationnelles du [Lancet](#), les thiazidiques sont associés à une réduction plus importante des événements cardiovasculaires et la mortalité que les IEC et que les inhibiteurs calciques

L'utilisation de thiazidiques-like semble apporter une réduction supplémentaire de survenue des événements cardiovasculaires et des insuffisances cardiaques par rapport aux thiazidiques, sans majoration des effets indésirables (cf [ici](#))

Dans une étude de [cohorte](#) , l'hydrochlorothiazide est associé à une minime risque de cancers cutanés ne remettant pas en cause sa balance bénéfice risque, mais ce risque n'est pas retrouvé sous indapamide.

Les IEC (ramipril) sont privilégiés par rapport aux ARAII :

Bien que les ARAII soient mieux tolérés et qu'il n'y ait pas de différence d'efficacité entre ARAII et IEC (cf [ici](#)) , les IEC ont réussi à démontrer qu'ils réduisaient la mortalité versus placebo, ce que n'ont jamais réussi à faire les ARAII (cf [ici](#)).

Une [étude](#) sur base de données retrouve que le ramipril réduit davantage la mortalité que d'autres IEC .

Et pourquoi pas la bithérapie initiale comme dans les recos ?

Les recos disent "bithérapie initiale" ([ici](#) ou [là](#)). Mais, elle dit "sauf..." TA < 160/100 et pas d'autres FDRCV. En pratique une grande partie des patients vu en MG rentrent dans le "sauf". Avant, c'était monothérapie sauf TA > 160 ou facteurs de risque. En gros, les populations ciblées par la mono ou bithérapie n'ont pas changé, il n'y a que le sens des phrase qui a été inversé pour favoriser « la bithérapie » car 50% des patients hypertendus ne seraient pas contrôlés. D'ailleurs la [Cochrane](#) ne retrouve pas de bénéfice à une bithérapie d'emblée par rapport à une monothérapie.

Note pour le bilan d'HTA secondaire:

En fait, il vaut mieux mettre du verapamil que de l'amlodipine, car les inhibiteurs calciques dihydropyridine ont un effet sur le SRA. Donc verapamil et si besoin ajout d'un alphabloquant (type doxazosine) et d'un central (rilmenidine) le temps de faire le bilan avant de repasser sur un traitement classique (cf. [ici](#)).

@Dr_Agibus

Dr Agibus à 21:15

Partager

7 commentaires:

Anonyme 23 janvier 2023 à 08:28

Merci beaucoup! quelques questions :

- pourquoi IC si jeune ou mauvaise observance ?
- en bithérapie quel IC ? Amlodipine ?

Jlo

[Répondre](#)

Réponses



Dr Agibus 23 janvier 2023 à 21:32

Bonsoir, si IC, en général amlodipine (le plus éprouvé dans l'HTA, mais pas forcément le mieux toléré sur les OMI). Ce sont les calciques qui sont recommandés par l'ESC et le NICE en 1ère intention car ils sont mieux tolérés et ne nécessitent pas de surveillance, d'où le "mauvais observance" dans le sens : difficulté à obtenir un suivi biologique notamment. Pour les moins de 40 ans, en réalité, il faudrait modifier: c'était pour mettre un traitement neutre avant le bilan d'HTA secondaire. Cependant, il semble que l'amlodipine joue aussi sur le SRA et il faudrait mettre du verapamil. a bientôt!

[Répondre](#)

Anonyme 23 janvier 2023 à 14:58

Merci beaucoup, c'est très clair et très argumenté. Chez le diabétique en effet, il y a beaucoup d'arguments pour les IEC vs autre chose.

et en tant qu'endocrino, je vous remercie de penser aux anti HTA qui préservent le SRA le temps de faire le bilan. Question : quand pensez-vous à faire le bilan d'un HAT secondaire ? qu'est-ce qui est louche selon vous ? merci =)

[Répondre](#)

Réponses



Dr Agibus 23 janvier 2023 à 21:36

Bonsoir, merci pour votre commentaire. Pour les indications du bilan d'HTA secondaire, pour le coup, les recos sont assez claires: âge < 40 ans, HTA découverte à un stade avec atteinte d'organe cible, hypokaliémie (certains disent y compris sous diurétiques), HTA résistante ou symptômes évocateurs de phéo. Bonne soirée!

Répondre

Anonyme 23 janvier 2023 à 17:27

Bonjour ! J'ai tendance à privilégier de mon côté un Amlodipine 10.

J'aime moins les thiazidique car ionogramme régulier à surveiller avec l'effet hypokaliémiant, pas d'effet sur la glycémie, petite toxicité néphro, peu favoriser l'augmentation acide urique...

Du côté de l'IEC, la toux pour en avoir vu plus d'une fois embête vraiment les patients, et ensuite c'est un peu embêtant quand je veux mettre de l'ibuprofène/naproxène en cure courte...

Est ce un tord de commencer par un IC pour toutes ces raisons ? C'est vraiment moins efficace ?

Répondre

Réponses



Dr Agibus 23 janvier 2023 à 21:49

Bonsoir, bien sur que ce n'est pas un tord, ce sont les recos ;) Une étude retrouvait une supériorité des calciques sur les thiazidiques (mais la revue systématique n'est pas de cet avis). 10-20% des patients sous IEC ont une toux, 10-20% des sous amlodipine ont des OMI. Bien évidemment, chez un patient qui aurait besoin d'AINS régulièrement, ni les iec ni les diurétiques sont le traitement de 1ère ligne. (NB: les thiazidiques augmentent la glycémie). Les différences, bien que statistiquement significatives, ne sont probablement pas très parlant cliniquement, sinon, toutes les recos seraient d'accord. Or en 5 ans, les thiaz étaient initialement reco en 1ère intention, puis ça a été les IEC, maintenant les calciques (en bithérapie soit calcique+IEC soit calcique+thiaz). Le plus important c'est de savoir pourquoi on prescrit ^^ Merci du commentaire!

Répondre

Anonyme 19 avril 2023 à 12:51

un grand MERCI pour ce travail hyper intéressant, que je ne trouve pas/n'arrive pas tellement à faire , et qui fait réfléchir dans le bon sens et qui rend vraiment service!

Répondre



Saisir un commentaire



[Afficher la version Web](#)

Contact

- [Dr Agibus](#)
- [Pétronille](#)

Fourni par [Blogger](#).
