

## PRISE EN CHARGE DE L'HTA RÉSISTANTE

### **Groupe de travail**

*Thierry Denolle, Bernard Chamontin, Gérard Doll, Jean-Pierre Fauvel, Xavier Girerd, Daniel Herpin, Bernard Vaisse, Frédéric Villeneuve*

**au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle.**

### **Groupe de lecture**

*Jean-Philippe Baguet, Mohamed Benghanem, Jacques Blacher, Guillaume Bobrie, Jean-Marc Boivin, Jean Bories, Thierry Brillac, Richard Champeaux, Philippe Cornet, Eric Delannoy, Caroline Dourmap-Collas, Philippe Durandet, Philippe Giaime, Jean-Michel Halimi, Pavel Hamet, Gladys Ibanez, Laurent Jacob, Faïçal Jarraya, Jean-Pierre Lebeau, Georges Lecorff, Antoine Lemaire, Benoît Lequeux, Pierre Llaty, Marilucy Lopez-Sublet, Jean-Michel Mallion, Arnaud Maudière, Claire Mounier-Véhier, Jean-Jacques Mourad, Edgar Nasr, Alexandre Persu, Pascal Poncelet, Pierre Raphael, César Sejourne, Alain Siary, François Silhol, Philippe Sosner, Mohamed Temmar, Pascal Toban, Jean-Luc Weiler, Noël Wuithier*

### **Déclaration de liens d'intérêt**

*Certains signataires de ce document indiquent avoir des liens d'intérêt avec des industriels qui commercialisent des produits de santé. Ils déclarent avoir réalisé ces recommandations en toute indépendance.*

## MÉTHODOLOGIE

Pour la réalisation de cette recommandation, les règles suivantes ont été appliquées :

- Favoriser l'utilité pour la pratique quotidienne de la prise en charge de l'HTA résistante.
- Fournir sous une forme synthétique les recommandations et limiter le nombre de pages du document.
- Réaliser une recherche bibliographique ayant pour mots clefs : resistant hypertension, treatment resistant hypertension, resistant hypertension review.
- Utiliser les articles de la recherche bibliographique pour permettre la réponse aux questions suivantes : définition de l'HTA résistante, prévalence chez les hypertendus traités, parcours de soins avec place du médecin généraliste et du médecin spécialiste, place des mesures de pression artérielle en dehors du cabinet médical, évaluation de l'observance des traitements, place des mesures non médicamenteuses, bilan pour la recherche des HTA secondaires, bilan des atteintes d'organes cibles, HTA induites par des substances exogènes, usages des médicaments antihypertenseurs en multithérapie, place de la dénervation rénale, suivi après le contrôle de la pression artérielle.
- Rédaction d'un texte d'argumentaire (disponible sur [www.sfhta.org](http://www.sfhta.org)) à partir duquel les recommandations sont émises.
- Cotation des recommandations par le groupe de travail selon la méthode GRADE qui cote à la fois la qualité globale de la preuve scientifique (nombre et qualité des études) et la force des recommandations qui en découlent (force des évidences en faveur/défaveur de la recommandation). Les recommandations sont de grade A (preuve scientifique élevée), grade B (preuve scientifique moyenne), grade C (preuve scientifique faible) et de classe 1 (il est recommandé), classe 2 (il est suggéré), classe 3 (il n'est pas recommandé).
- Evaluation par les experts du groupe de travail de chaque recommandation selon la méthode DELPHI. Une quantification de l'accord associé à la recommandation est apportée avec une échelle allant de + (majorité faible) à ++++ (consensus total).
- Soumission des recommandations à un groupe de lecture comprenant des médecins hospitaliers et libéraux, généralistes et spécialistes. Pour chaque recommandation ont été évaluées la précision, la pertinence, l'applicabilité, la correspondance à la pratique et l'utilité en utilisant une échelle discontinue graduée de 1 à 9.
- Rédaction définitive des recommandations après prise en compte de l'évaluation du groupe de lecture.

- 1** Il est recommandé de définir une HTA résistante comme une HTA non contrôlée en consultation (PA  $\geq$  140/90 mmHg chez un sujet de moins de 80 ans, ou PAS  $\geq$  150 mmHg chez un sujet de plus de 80 ans) et confirmée par une mesure en dehors du cabinet médical (automesure ou mesure ambulatoire de la pression artérielle : voir annexe 1), malgré une stratégie thérapeutique comprenant des règles hygiéno-diététiques adaptées et une trithérapie anti-hypertensive, depuis au moins 4 semaines, à dose optimale, incluant un diurétique.  
*Classe 1 Grade C*  
++++
- 2 a)** La trithérapie antihypertensive doit comporter, outre un diurétique thiazidique, un bloqueur du SRA (ARA2 ou IEC) et un inhibiteur calcique. D'autres classes pharmacologiques sont à utiliser en cas d'intolérance ou d'indications préférentielles
- b)** Dans l'HTA résistante, un diurétique thiazidique doit être utilisé : l'hydrochlorothiazide à un dosage d'au moins 25 mg/j ou l'indapamide.
- c)** En cas d'insuffisance rénale stades 4 et 5 (eDFG < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), le thiazidique doit être remplacé par un diurétique de l'anse (furosémide, bumétamide) prescrit à une posologie adaptée à la fonction rénale.  
*Classe 1 Grade A*  
+++
- 3** Il est recommandé de rechercher une mauvaise observance : questionnaire, dosages médicamenteux, décompte des médicaments...  
*Classe 1 Grade C*  
+++
- 4** Il est suggéré que l'information du patient, l'éducation thérapeutique et l'automesure tensionnelle contribuent à améliorer le contrôle tensionnel.  
*Classe 2 Grade B*  
++
- 5** Il est suggéré de rechercher un facteur favorisant la résistance aux traitements (excès de sel, alcool, dépression et interférences médicamenteuses) ou des médicaments et substances ayant une action vasopressive (voir annexe 2 et 3).  
*Classe 2 Grade B*  
++
- 6** Si l'HTA résistante est confirmée, il est recommandé de demander l'avis d'un spécialiste en HTA pour :  
- Rechercher une atteinte d'organe cible  
- Rechercher une HTA secondaire  
- Etablir la stratégie thérapeutique ultérieure  
*Classe 2 Grade B*  
++
- 7** Les examens suggérés pour la recherche d'une atteinte d'organe cible sont :  
- Créatininémie, créatininurie, microalbuminurie et protéinurie  
- ECG de repos et échocardiographie  
Un bilan vasculaire sera réalisé en fonction du contexte clinique, de la disponibilité des techniques d'exploration et de l'expérience du spécialiste.  
*Classe 2 Grade B*  
++
- 8** Les examens suggérés pour la recherche d'une HTA secondaire ou d'un facteur favorisant s'opèrent en fonction du contexte clinique, de la disponibilité des techniques d'exploration et de l'expérience du spécialiste. Ils sont :  
- Ionogramme sanguin et natriurèse des 24h, créatininémie, créatininurie et protéinurie des 24h  
- Angioscanner abdominal  
- Echographie Doppler des artères rénales  
- Dosage de la rénine et de l'aldostérone plasmatiques pour calcul du rapport aldostérone/ rénine plasmatiques  
- Dosage des méta- et normétanéphrines urinaires des 24h  
- Dosage du cortisol libre urinaire (CLU) des 24h, test de freinage rapide par la dexaméthasone (DXM) 1 mg  
- Oxymétrie nocturne, polygraphie de ventilation, enregistrement polysomnographique.  
*Classe 2 Grade B*  
++
- 9** Il est recommandé, en l'absence d'étiologie curable retrouvée chez le sujet de moins de 80 ans, de mettre en place une quadrithérapie comportant en première intention la spironolactone (12,5 à 25 mg/j) en l'absence de contre-indication. Une surveillance de la kaliémie et de la créatinémie est nécessaire. Le choix d'un bêta-bloquant peut être préféré en fonction de la situation clinique.  
*Classe 1 Grade A*  
++++
- 10** En cas de contre-indication ou de non-réponse à la spironolactone, ou en présence d'effets indésirables, il est suggéré de prescrire un bêta-bloquant, ou un alpha-bloquant, ou un antihypertenseur central.  
*Classe 2 Grade C*  
++
- 11** L'intérêt de la dénervation rénale étant en cours d'évaluation, il est suggéré que l'indication de cette technique soit posée dans un centre spécialisé en HTA.  
*Classe 1 Grade C*  
+++

## ANNEXES

### 1 Confirmation d'une HTA résistante :

PA Clinique  $\geq 140 / 90$  mmHg chez un sujet de moins de 80 ans, PAS  $\geq 150$  mmHg chez un sujet de plus de 80 ans  
et

Automesure tensionnelle : PA  $\geq 135 / 85$  mmHg et/ou MAPA  $\geq 130 / 80$  mmHg sur 24 h  
 $\geq 135 / 85$  mmHg en période diurne  
 $\geq 120 / 70$  mmHg en période nocturne

### 2 Médicaments et substances ayant une action vaso-pressive

(liste non exhaustive)

- Anti-angiogéniques
- Ciclosporine, tacrolimus
- Corticostéroïdes
- Erythropoïétine
- Œstrogènes de synthèse (contraception orale)
- Sympathomimétiques
- Inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Alcool
- Cocaïne, amphétamines
- Herbes (ephedra ou ma huang)
- Réglisse (acide glycyrrhizinique)

### 3 Médicaments et substances pouvant interférer avec le métabolisme et/ou l'action des antihypertenseurs

(liste non exhaustive)

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Anti-rétroviraux
- Inhibiteurs de CYP17A1 : jus de pamplemousse, macrolides, antifongiques azolés

## ARBRES DÉCISIONNELS

