

CAS CLINIQUE IMAGERIE CARDIAQUE

Jean-Claude DIB - PARIS

Tumeurs cardiaques

Nous rapportons l'histoire d'une patiente de 62 ans, non fumeuse, référée pour bilan de dyspnée d'aggravation récente et croissante. Elle n'allègue aucun antécédent particulier et l'examen clinique retrouve une fréquence cardiaque à 70bpm, avec PA à 120/70mmHg sans signes congestifs. Son électrocardiogramme s'inscrit en rythme sinusal.

L'échographie cardiaque trans thoracique retrouve : un VG non dilaté avec une bonne fonction systolique, pas de valvulopathie aortique ni mitrale, avec une volumineuse masse arrondie de 60 mmX47 mm, mobile qui s'enclave dans l'orifice mitral, dont l'insertion se fait sur le septum inter auriculaire. Le gradient trans mitral diastolique est de 10mm de Hg avec une IT modérée et une HTAP sévère (75 mm de Hg). Cf. **Fig.1** en ETT incidence para sternale gauche, **Fig.2** ETT incidence apicale et **Fig.3** pièce anatomique. Les tumeurs cardiaques bénignes et malignes sont rares. Les circonstances de découvertes sont le plus souvent faites dans le bilan de dyspnée, de troubles du rythme ou d'embolies (cérébrale avec AVC ou artérielle périphérique).

L'imagerie en général et l'échographie cardiaque en particulier ont une place centrale dans le diagnostic positif et différentiel, l'évaluation du retentissement et la prise en charge d'une masse ou tumeur cardiaque. Largement diffusée, non irradiante cette technique constitue la première étape dans la démarche diagnostique. L'objectif de l'échographie cardiaque est de permettre une meilleure caractérisation tissulaire, de décrire l'implantation, l'extension et le retentissement de la masse. Elle est complétée par une échographie transoesophagienne couplée à une acquisition tridimensionnelle. L'IRM cardiaque et le scanner cardiaque viennent compléter cette démarche en fournissant de nombreuses informations notamment concernant la caractérisation tissulaire.

En pratique clinique, la principale difficulté reste de distinguer et d'assurer le diagnostic différentiel et positif entre les pseudotumeurs (thrombus, végétation), les variantes anatomiques et tumeurs primitives et secondaires. Les tumeurs se répartissent pour environ 80% de bénignes et 20% de malignes. Certaines tumeurs sont spécifiques au cœur ou ont des particularités lorsqu'elles se développent dans le cœur, notamment le myxome et le fibroélastome papillaire. Le myxome est le type le plus fréquent, représentant 50% de l'ensemble des tumeurs cardiaques primitives. L'incidence chez la femme est 2 à 4 fois supérieure à celle chez l'homme. Environ 75% des myxomes se développent dans l'oreillette gauche. Le diamètre des myxomes peut atteindre 15 cm. Environ 75% sont pédiculés et peuvent se prolaber dans l'orifice valvulaire mitral, gênant ainsi le remplissage ventriculaire diastolique. Le reste des tumeurs est à base large et sessile. Le caractère friable et irrégulier en surface des myxomes augmente le risque d'embolie systémique.

Les tumeurs malignes primitives comprennent les sarcomes, le mésothéliome malin péricardique et les lymphomes primitifs. Le sarcome est la plus fréquente des tumeurs malignes cardiaques. L'échographie cardiaque ne permet pas le diagnostic. Seul l'examen anatomo pathologique de la pièce opératoire confirme celui-ci.



**LE PROCHAIN
CONGRÈS
DU COLLÈGE
À MARSEILLE
21 - 23
OCTOBRE
2021**

**ADHÉREZ
au CNCF**

CONTACT :
info@cncf.eu
tél. 01 43 20 00 20



COMITÉ DE RÉDACTION : L. CAMOIN - S. COHEN - F. DIÉVART
J. GAUTHIER - M. GUENOUN - O. HAMON - C. HERVÉ -
G. LE CORFF - J. ROSENCHER
CONCEPTION : Dan MOYAL - Graphisme/Illustration
IMPRESSION : Images de marque - Marseille

CARDIO-NEWS
N°07 - Juin 2021
DIRECTEUR DE PUBLICATION : Serge COHEN
RÉDACTEUR EN CHEF : Jacques GAUTHIER

HYPERCHOLÉSTÉROLÉMIE

TWICOR
Rosuvastatine/Ezetimibe

Puissant. Simple. Détonnant.

2 qui font fort

TWICOR® 20 mg/10 mg et TWICOR® 10 mg/10 mg sont indiqués dans le traitement de l'hypercholestérolémie primaire, en complément d'un régime alimentaire, chez les patients adultes convenablement contrôlés, en substitution des deux composants pris séparément de façon concomitante aux mêmes doses que dans l'association fixe.

Traitement de seconde intention.

Remboursement Séc. Soc. à 65% - Collect. Liste I
Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en utilisant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://basedonneespublique.medicaments.gouv.fr>

Mylan Medical SAS est une société du Groupe Viatris

VIATRIS

Maxime GUENOUN - MARSEILLE

RYTHMO FLASH

et PAFF la FA ! Un projet du CNCF

PAFF, c'est l'ambition de réaliser une photographie de la prescription des AOD pour fibrillation auriculaire en France en 2021.

Cette étude sera réalisée par les cardiologues libéraux français à partir d'une cohorte de patients atteints de FA, vus à la consultation.

L'objectif est d'appréhender les déterminants de la prescription du cardiologue à partir du profil des patients, ses antécédents, le type de FA, les paramètres cliniques et biologiques. L'expérience du praticien, son évaluation de la fragilité du patient, du risque ischémique et du risque hémorragique seront des éléments analysés à côté des paramètres classiques.

L'ambition de cette étude est donc de faire une description précise, documentée, inédite de l'anticoagulation de la FA en 2021 par AOD après 10 ans d'expérience de cette classe thérapeutique. Le regard du cardiologue praticien bousculera les idées reçues sur cette prise en charge et le cadre convenu de cette prescription ? Réponse fin 2021.

www.cncf.eu

CARDIO NEWS

Collège National des Cardiologues Français

JUIN 2021 / N°07

EDITO

Le CNCF : entre innovation et détermination

Flaubert disait que l'innovation vient de la destruction créative, ce n'est pas le cas au CNCF.

En effet notre structure libérale malgré les difficultés liées à la pandémie, continue de prospérer et d'innover.

Deux nouveaux projets originaux viennent d'enrichir la plateforme du CNCF.

Il s'agit tout d'abord de la veille bibliographique qui propose tous les mardis par mail aux 6200 cardiologues de l'hexagone des résumés d'articles marquants de la littérature internationale choisis par 13 experts représentants toutes les sur-spécialités de la cardiologie.

Nous espérons ainsi, sur une présentation originale et ludique, faciliter l'accès à la connaissance du cardiologue libéral.

Le 2^{ème} projet verra le jour début juillet : il s'agit de 5 minutes pour comprendre.

Nous proposons à raison de deux fois par mois, de courtes vidéos didactiques de quelques minutes réalisées par nos meilleurs experts qui présenteront une étude récente ou un article original.

Là encore nous avons eu le souci de parfaire la formation du cardiologue noyé sous une presse qu'il n'a pas toujours le temps de lire.

Parallèlement nous avons enregistré et diffusé avec mon ami Marc Villacèque président du SNC, le 2^{ème} magazine de la cardiologie libérale.

Nous vous rappelons enfin que nous vous attendons de pied ferme à Marseille pour notre congrès d'automne qui aura lieu du 21 au 23 octobre.



Nous comptons sur votre participation active à ce bel événement qui, si les dieux nous sont favorables, devrait se tenir en présentiel.

Serge COHEN
PRÉSIDENT DU CNCF

Vos réactions,
vos commentaires
sur notre Newsletter
> info@cncf.eu

LA PAROLE AU PROCHAIN PRÉSIDENT :

Pierre SABOURET - PARIS



Pouvez-vous revenir sur votre carrière personnelle de cardiologue ? : Pierre SABOURET

Nommé à l'internat de Paris (promotion 1991) j'ai suivi ma formation de cardiologue dans différents services renommés au sein du groupement hospitalier La Pitié-St Antoine-Tenon notamment dans un service spécialisé dans l'hypertension artérielle et un service de réanimation polyvalente. A la fin de mon clinat à la Pitié-Salpêtrière, j'ai eu l'opportunité de m'installer en cabinet de groupe, tout en poursuivant la recherche clinique au sein de l'Institut du Cœur, toujours à la Pitié-Salpêtrière. Mon arrivée au sein du Collège s'est réalisée progressivement sous l'impulsion de 3 personnes que je tiens à remercier particulièrement : les anciens Présidents Dominique GUEDJ-MEYNIER et Olivier HOFFMAN, et le Trésorier, actuel Président de l'Amicale de Paris, Léon OUAZANA. L'accueil au sein du Collège par les membres du CA et du Comité Scientifique a été particulièrement chaleureux, ce qui m'a incité à poursuivre avec enthousiasme mes activités au sein du Collège, avec une évolution graduelle comme secrétaire général adjoint sous la Présidence de Jacques GAUTHIER, puis secrétaire général sous la Présidence de Serge COHEN, que je remercie chaleureusement pour leurs soutiens et leurs conseils.

Vous venez d'être élu président du Collège pour trois ans à l'unanimité. Quelles sont les grandes orientations que vous souhaitez donner ?

Tout d'abord, je tiens à remercier les personnes qui m'ont fait confiance et suis conscient des responsabilités qui seront les miennes au sein d'une institution au passé et présent prestigieux. Trois axes me semblent prioritaires : **1.** Maintenir une dynamique des Amicales des Cardiologues sur l'ensemble de l'hexagone, afin que le Collège reste plus que jamais la société de tous les cardiologues libéraux sur l'ensemble du territoire, **2.** Promouvoir une féminisation et un rajeunissement des membres du Collège, afin qu'ils représentent au mieux la démographie cardiologique actuelle. **3.** Maintenir et renforcer les liens avec le Syndicat national des cardiologues et les autres sociétés savantes avec qui les relations sont actuellement excellentes.

Le collège regroupe 31 associations. Comment souhaitez-vous impliquer davantage des associations régionales dans le programme ? : C'est un de mes objectifs prioritaires. Le Collège représente l'ensemble des amicales, et par conséquent, il est légitime que ces amicales trouvent toujours le soutien du Collège sur leurs projets. Les Présidents de chaque amicale sont encouragés à proposer des projets aussi bien au niveau régional qu'à l'échelle nationale. Le lien entre nous sera simple et direct et nous travaillerons collectivement avec tous ceux qui voudront contribuer. Le Collège est sur une excellente dynamique par les actions de mes prédécesseurs. Il s'agit de continuer dans cette voie en poursuivant les initiatives qui ont été couronnées de succès, tout en innovant et en restant à l'écoute du terrain, afin que

nos projets correspondent aux aspirations de nos membres, à savoir les cardiologues libéraux.

Votre prédécesseur a dû gérer la crise du Covid tout en conservant un impact scientifique et la présence du collège. Quels messages lui adressez vous ?

Tout d'abord, mon admiration car comme le disait SENEQUE "c'est dans la tempête que l'on reconnaît le capitaine valeureux". Ensuite ma reconnaissance pour m'avoir guidé et prodigué de précieux conseils. Son bilan est extrêmement positif avec la réalisation des E-congrès, la poursuite des registres nationaux malgré la pandémie, et le renforcement des relations avec les autres structures cardiologiques, notamment en cardiologie libérale. Il a bien évidemment toute sa place en tant que Past-Président et carte blanche pour tous les projets auxquels il voudra contribuer, en ayant conscience de tout ce qu'il a déjà apporté au collège.

La synergie libérale a été prônée par votre prédécesseur. Comment vous inscrivez-vous dans vos rapports avec le Syndicat ?

Cette collaboration étroite avec le Syndicat est une des récentes avancées majeures. Je ne peux que m'en réjouir car il est fondamental que la cardiologie libérale soit unie, avec des rôles complémentaires et à présent bien définis. Le Président Marc VILLACEQUE, ainsi que Frédéric FOSSATI et Vincent PRADEAU, ont contribué à ce rapprochement et à cette synergie et je les en remercie chaleureusement.

Il existe actuellement une crise démographique des cardiologues sur le terrain. Quelles contributions le Collège peut-il apporter à cette réflexion ?

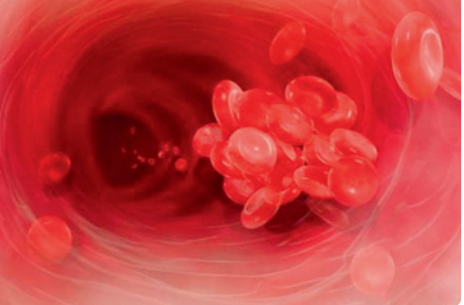
La crise démographique est la conséquence prévisible du numerus clausus des 25 dernières années. Il faudra 10 ans pour espérer revenir à un équilibre plus favorable. Les solutions d'urgence sont évidemment les bienvenues pour améliorer la prise en charge des patients plus âgés et plus complexes. Les autorités devraient aussi être plus "agiles" en tenant compte des aspirations des nouvelles générations, qui veulent mieux concilier vie familiale et vie professionnelle. Plus d'efficacité, moins de procédures administratives, une moindre pression fiscale pourraient encourager les jeunes à s'installer. La méconnaissance de la pratique libérale constitue un frein à l'installation, puisque le cursus se fait quasi exclusivement dans les hôpitaux.

En conclusion, je vous remercie pour la confiance accordée, et renouvelle mon message d'ouverture du Collège à tous les cardiologues libéraux, quels que soient leur région et leur âge. Bien amicalement et à très bientôt.

avec le soutien institutionnel de



Les articles publiés sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Les informations sur l'état actuel de la recherche et les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par la commission d'AMM.



LA MINUTE VASCULAIRE

Implémentation des recommandations dans la prise en charge des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA)

Serge COHEN - MARSEILLE

Dans un bel article du JVS de mai 2021 Rae Rokosh fait le point sur les dernières recommandations de la société de chirurgie vasculaire américaine sur le traitement des AAA. La présentation clinique influe sur la prise en charge : en urgence pour les anévrismes rompus ou symptomatiques, électivement pour les anévrismes asymptomatiques.

Le choix entre les 2 techniques chirurgicale et endovasculaire (EVAR) dépend de : l'existence d'une anatomie favorable, de la présence de comorbidités, de l'espérance de vie, de la compliance à la surveillance post-opératoire et de la préférence du patient.

Si l'anatomie est favorable on choisira EVAR pour les anévrismes rompus (grade 1C) avec un intervalle de temps de moins de 90 mn. La chirurgie sera préférée pour le traitement électif quand l'anatomie n'est pas favorable et que l'espérance de vie dépasse 10 à 15 ans. On s'oriente dans l'avenir vers un calcul de scores de risque aussi bien pour les anévrismes rompus que pour le traitement à froid notamment en cas de patients à haut risque avec espérance de vie réduite.

LES POINTS FORTS DE L'ANNEE RYTHMOLOGIQUE 2020

Franck HALIMI - PARIS

L'année 2020, bien que confinée, a été riche en nouveautés dans notre spécialité. C'est encore une fois la fibrillation atriale qui a fait l'objet de publications d'importance avec en particulier les dernières recommandations de l'ESC.

La FA est une "pandémie" qui est avant tout liée au vieillissement de la population mondiale mais aussi clairement associée aux travers de nos sociétés modernes du fait de sa forte association aux comorbidités : HTA, diabète, maladies cardiovasculaires, sédentarité, obésité etc.

Si l'accent a déjà été mis sur la prévention des comorbidités, il l'est aussi désormais sur le dépistage large et précoce de la FA par une



BILLET THROMBOSE

Laurence CAMOIN - MARSEILLE

VITT et COVID-19

De très rares cas d'événements thrombotiques de localisations inhabituelles (thromboses veineuses cérébrales, splanchniques...) et de thrombocytopénies sont apparus après l'administration du vaccin contre la COVID-19 (AZD1222, ChAdOx1 nCoV-19). Ce phénomène a été appelé VITT "VACCINE-INDUCED IMMUNE THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIA". Cette complication survient dans les 28 jours suivant l'injection ⁽¹⁾.

En date du 7 avril 2021, 34 millions de doses de vaccin ont été administrées. 169 thromboses cérébrales et 53 thromboses splanchniques ont été rapportées auprès de Eudravigilance ⁽²⁾.

Bien que la pathogénie exacte du VITT reste encore à élucider, des anticorps anti-PF4/héparine ont été mis en évidence chez ces patients, permettant d'évoquer un mécanisme immunologique proche, mais non identique à celui des thrombocytopénies induites par l'héparine (TIH). L'existence d'autres mécanismes dans la survenue de ces thromboses atypiques est possible. La présence de ces anticorps induit une activation plaquettaire responsable des événements thrombotiques et de la thrombocytopénie ^(1, 3-4).

Étant donné les parallèles avec la TIH, les traitements anticoagulants doivent inclure les anticoagulants non hépariniques utilisés pour la gestion de la TIH (danaparoiide, argatroban AOD). L'administration associée d'immunoglobulines à forte dose a démontré son efficacité.

recherche dite "opportuniste" après 65 ans (Classe I, B). Ce dépistage à grande échelle est facilité par l'utilisation de nouveaux outils : Holters de longue durée, loop-recorders, mémoires des moniteurs implantables ou autres objets et montres connectées, mais aussi simplement par l'éducation à la prise du pouls.

L'étude VITAL AF présentée à l'AHA est un essai pragmatique de screening de la FA à l'aide du système Kardia (AliveCor) dans des unités de soins primaires sur une population à risque n'ayant pas d'antécédent de FA. Cette étude ne démontre une augmentation de la détection qu'après 85 ans du fait de critères d'entrées peu sélectifs qui amoindrissent la puissance du dépistage. C'est pour cette raison que dans l'étude AFTER menée actuellement par le CNCF nous avons réservé le dépistage de la FA par un Holter de 14j à une population qui présente des palpitations et dont le "score CHA2DS2-VASc virtuel" (dans la mesure où les patients n'ont à l'inclusion jamais présenté de FA) est ≥2 chez l'homme et ≥3 chez la femme. Une analyse intermédiaire sur 250 patients enregistrés retrouve

Bien que très rares, ces complications thrombotiques doivent être dépistées précocement ⁽³⁻⁴⁾. Si les effets secondaires persistent plus de 3 jours après la vaccination (par ex. vertiges, maux de tête, troubles de la vue, nausées/vomissements, essoufflement, douleurs aiguës dans la poitrine, l'abdomen ou les extrémités), un diagnostic médical plus approfondi doit être effectué afin de rechercher une thrombose ⁽⁵⁻⁶⁾. Un hémogramme et un dosage des D-dimères doivent être réalisés en urgence. En cas de forte suspicion, une imagerie cérébrale et thoraco-abdominale doit être pratiquée.

En cas de thrombocytopénie et/ou de signes de thrombose, il convient de procéder à la recherche d'anticorps contre le complexe facteur plaquettaire 4 (PF4)/héparine. Il est important de noter que tous les tests disponibles dans le commerce et validés pour le diagnostic de la TIH ne sont pas adaptés à la détection des anticorps impliqués dans la pathogénèse spécifique de la thrombose.

De nombreux travaux sont actuellement en cours afin de comprendre les mécanismes exacts de ces thromboses afin de les prévenir et les prendre en charge le plus précocement possible

1. Greinacher A., Thiele T., Warkentin T.E., Weisser K., Kyrle P.A., Eichinger S. Thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 vaccination. N Engl J Med. 2021;(April) doi: 10.1056/NEJMoA2104840.
2. European Medicines Agency. EMA confirms overall benefit-risk remains positive. News. April 7, 2021. <https://www.ema.europa.eu/en/news/astazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>
3. Oldenburg J, Klamroth R, Langer F, Albisetti M, von Auer C, Ay C, et al. Diag-nosis and management of vaccine-related thrombosis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: guidance statement from the GTH. Hamostaseologie2021;(April), <http://dx.doi.org/10.1055/a-1469-748>
4. Schultz NH, Sorvoll IH, Michelsen AE, Munthe LA, Lund-Johansen F, Ahlen MT, et al. Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. N Engl J Med. 2021.
5. Guidance from the Expert Haematology Panel focused on covid-19 vaccine induced thrombosis and thrombocytopenia. https://b-s-h.org.uk/media/19530/guidance-version-13-on-mngmt-of-thrombosis-with-thrombocytopenia-occurring-after-c-19-vaccine_20210407.pdf [Accessed 11 April 2021].
6. International Society for Thrombosis and Haemostasis (ISTH): <https://www.isth.org/news/559981/>. [Accessed 11 April 2021].

LES MOTS MÉDICAUX

Jacques GAUTHIER - CANNES

Un thrombus.... des thrombus. Singuliers pluriels

Les cardiologues sont pourtant familiarisés avec le pluriel des mots en "US" tels que sinus, infarctus, ictus, collapsus et que dire de l'incontournable virus... mais cependant l'erreur est fréquente d'écrire des thrombi.... La même difficulté se retrouve avec les mots naevus et stimulus à tort écrits nævi et stimuli au pluriel.

Les mots terminant en "US" sont invariables au pluriel. Alors revenons à la règle édictée en 1990 pour simplification et aussi par logique dans l'impossibilité de connaître les formes du pluriel dans toutes les langues qui enrichissent le français : à savoir tout mot emprunté d'un lexique étranger prend un "S" au pluriel ainsi : minimums (et non pas minima), gentlemen (et non pas gentlemen) symposiums (et non pas symposia ou symposions) et scénarios (et non pas scenari et pire scenarii !) exception faite pour les termes italiens se rapportant à la musique ou à la liturgie.

C'est l'occasion de rappeler que les pluriels en "US" étaient si fréquents au moyen-âge que les moines copistes avaient pris l'usage pour simplification de remplacer les deux lettres "US" par un signe particulier un "X" allongé asymétrique.

Ainsi écrivaient-ils des "chevex" pour des cheveux, entre autres exemples. Quand l'académie, après l'invention de l'imprimerie, s'est penchée sur cette discordance entre l'écriture et le parler, elle a réintroduit un "U" devant le signe "X" qui incluait déjà ce premier "U" dans la désinence "US" ... ainsi sont apparus des pluriels en "X".



LA COVID ET COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

Atul PATHAK - MONACO

Plus de 18 mois après les premiers cas rapportés, quels enseignements tirer des effets du virus SARS COV2 sur le système CV et les implications pratiques. Le système CV est une cible privilégiée car le virus : pénètre dans les cellules par une porte éminemment cardiologique (récepteur ACE2), entraîne un effet cytotoxique direct (activation de l'apoptose), module l'activité du SRAA et désorganise l'architecture cardiaque (destruction des myofibrilles), majore la dysfonction endothéliale (endothélite inflammatoire) et la thromboinflammation et entraîne une dysregulation immunitaire cardiovasculaire (effets cytokiniques ou sur l'immunité innée / acquise). Le lien entre virus et pathologie CV doit être perçu comme bidirectionnel. Le virus entraîne une majoration du risque de lésions myocardiques repérées à minima par une augmentation de la Troponine mais aussi précocement par des anomalies échocardiographiques (la dysfonction VD et anomalies de la cinétique segmentaire étant les plus fréquemment rapportées) (Guistino et al. JACC 2020) ou à l'IRM (lésions évocatrices de myocardite ou d'ischémie) (Kotecha et al. EHJ 2020). Ces patients sont identifiés comme les sujets à risque de morbidité / mortalité le plus accru au cours de suivi. Les patients à haut risque CV sont ceux qui développent davantage les formes compliquées de l'infection.

Le cardiologue a donc un rôle proactif dès l'installation de la maladie pour repérer les patients à risque de développer une forme grave et un rôle préventif en adressant à la vaccination

ses patients pour prévention des formes sévères. Toutes les expressions de la maladie CV peuvent être une conséquence de l'infection par SARS COV2 durant la phase aiguë. Sur le moyen et le long terme nous avons appris que l'incidence de la myocardite (moins de 1%) ou CMD post virale reste faible (selon les séries, moins de 1 À 3%).

L'attention du cardiologue doit désormais porter sur une nouvelle population de patients que sont les "COVID longs". On estime que 6 mois après l'infection plus de 2/3 des patients se plaignent d'une asthénie (Huang et al. Lancet 2021) et de troubles du sommeil, plus rarement de malaises à l'effort associés à des signes fonctionnels CV non spécifiques. Ces patients doivent être évalués sur le plan CV de façon rigoureuse car leur potentiel évolutif reste méconnu. Ce sera notre 4^{ème} vague !



HYPERTENSION

De quelle hypertension non contrôlée faut-il parler ?

Tous les patients dont les chiffres tensionnels restent supérieurs à 140/90 mm Hg sous traitement doivent-ils être dénommés et pris en charge de la même façon ? Assurément non et les désigner comme il convient permet d'envisager leur statut, leur passé et les modalités de leur prise en charge. C'est ce que propose un éditorial récemment publié (J Hypertens 2021, 39:589-591).

HTA pseudo-résistante : HTA supposée persistante malgré 3 antihypertenseurs dont un diurétique. Avant de parler d'HTA résistante ou autre, la première étape est de vérifier la réalité de l'HTA (effet blouse-blanche ? qualité de mesure de la pression artérielle notamment patient au repos, brassard adapté...), l'adaptation du traitement au type de patient (selon l'âge et la couleur de peau), l'observance au traitement et la possibilité d'une HTA iatrogène (utilisation concomitante de substances hypertensives, tels les AINS mais aussi forte consommation sodée et/ou alcoolisée...).

HTA résistante : HTA non pseudo-résistante et non contrôlée malgré 3 antihypertenseurs dont un diurétique. Il faut alors évaluer le terrain (obésité, syndrome d'apnées du sommeil...) et les éléments en faveur d'une HTA secondaire. L'objectif étant d'agir sur le facteur de résistance dans l'espoir de diminuer les chiffres tensionnels.

François DIÉVART
DUNKERQUE



HTA réfractaire : HTA sans cause modifiable et non contrôlée malgré 5 médicaments antihypertenseurs dont un diurétique et un antagoniste des récepteurs aux minéralocorticoïdes. Ici il convient d'éviter les traitements mal tolérés et ceux qui, de toute évidence, sont inefficaces et de discuter l'utilisation d'une méthode interventionnelle en sus.

HTA réfractaires aux traitements interventionnels : même définition que précédemment mais le contrôle n'est pas obtenu malgré l'application en sus d'une méthode interventionnelle (dénervation rénale, stimulation du baroréflexe, shunt artériovoineux iliaque).

In fine, il resterait à envisager dans certains cas, en fonction du terrain, l'utilisation préférentielle de traitements ayant un effet antihypertenseur en sus de leur effet principal souhaité comme utiliser préférentiellement une gliflozine et/ou un agoniste des récepteurs au GLP1 chez un diabétique, une association fixe comprenant un inhibiteur de la vasopeptidase chez un insuffisant cardiaque, de fortes doses de dérivés nitrés chez un coronarien...