

Dossier clinique

On découvre chez Mr A., 57 ans, fumeur, porteur d'un diabète de type 2 révélé voici 2 ans, des chiffres de PA élevés en plusieurs occasions, fluctuant entre 150/94 et 162/104 mmHg.

Il précise qu'au cours des 10 dernières années des chiffres élevés de PA avaient été retrouvés de façon inconstante.

Il existe un antécédent d'HTA du côté paternel compliquée d'AVC, et de diabète avec surpoids chez la mère.

L'auscultation cardiaque est normale.

L'examen vasculaire n'a pas retrouvé d'anomalie et en particulier pas de souffle sur les trajets artériels. Le poids est de 86 kg pour 1.70 m.

Le périmètre abdominal est 104 cm.

-
- 1 Précisez votre interprétation des données cliniques.
Quelles sont vos conclusions diagnostiques initiales ?
 - 2 Quels sont les examens complémentaires à proposer ?
 - 3 Vous revoyez le patient avec des résultats biologiques.
La glycémie à jeun est à 1.40 g/l, le cholestérol total à 2,30 g/l, le HDL cholestérol à 0.35 g/l, des triglycérides à 2.50 g/l. La microalbuminurie est de 60mg/24h.
Quelle est votre interprétation de ces données biologiques dans le contexte d'HTA ?
 - 4 Conduite thérapeutique :
 - Précisez les éléments sur lesquels vous fondez votre décision thérapeutique
 - Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?
 - Précisez les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre et donnez vos prescriptions
 - Quel contrôle biologique proposez vous ?
 - 5 Deux mois après les chiffres de PA de Mr J. sont de 146/94 mmHg à 148/96 mmHg.
Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ?

Corrigé du Cas Clinique

On découvre chez Mr A. , 57 ans, fumeur, porteur d'un diabète de type 2 révélé voici 2 ans, des chiffres de PA élevés en plusieurs occasions, fluctuant entre 150/94 et 162/104 mmHg.

Il précise qu'au cours des 10 dernières années des chiffres élevés de PA avaient été retrouvés de façon inconstante.

Il existe un antécédent d'HTA du côté paternel compliquée d'AVC, et de diabète avec surpoids chez la mère.

L'auscultation cardiaque est normale. L'examen vasculaire n'a pas retrouvé d'anomalie et en particulier pas de souffle sur les trajets artériels. Le poids est de 86 kg pour 1.70 m.

Le périmètre abdominal est 104 cm.

-
- 1 Précisez votre interprétation des données cliniques.
Quelles sont vos conclusions diagnostiques initiales ?**

On retient une HTA de grade 1 à 2 chez un diabétique de type II de la cinquantaine, fumeur. Il s'agit d'un sujet à risque cardiovasculaire élevé en référence à l'âge, sexe, présence d'un diabète de type II avec surcharge pondérale de type abdominale (périmètre abdominal > 102cm).

- 2 Quels sont les examens complémentaires à proposer ?**

- Examens à proposer à tout hypertendu :
 - o Kaliémie, créatininémie / formule de Cockcroft +++
 - o Bandelette réactive urinaire
 - o Cholestérol total, HDL, triglycérides calcul du LDL / formule de Friedwald+++
 - o Glycémie
 - o ECG
- Le bilan complémentaire justifié par la présence du diabète :
 - o Hb glyquée
 - o Microalbuminurie
 - o FO, examen ophtalmologique

-
- 3 Vous revoyez le patient avec des résultats biologiques.
La glycémie à jeun est à 1.40 g/l, le cholestérol total à 2,30 g/l, le HDL cholestérol à 0.35 g/l, des triglycérides à 2.50 g/l. La microalbuminurie est de 60mg/24h.
Quelle est votre interprétation de ces données biologiques dans le contexte d'HTA ?**

La glycémie suggère un contrôle glycémique insuffisant, mais une Hb glyquée est indispensable. Il existe une dyslipidémie associée au diabète II avec hypertriglycémie, un HDL bas et un LDL à 1.45 g/l (formule de Friedwald) ; il s'agit des anomalies lipidiques liées à l'insulinorésistance à situer dans le contexte de diabète 2.

On retient la présence d'une microalbuminurie significative à 60 mg/24h.

- 4 Conduite thérapeutique :**

- **Précisez les éléments sur lesquels vous fondez votre décision thérapeutique**

Eléments de la décision : haut niveau de risque cardiovasculaire chez un diabétique de type II (HTA + Diabète+Tabac + ATCD fx+microalbuminurie) avec un équilibre métabolique manifestement insuffisant (surcharge pondérale abdominale)

- **Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?**

Prevention cardiovasculaire et rénale

PA cible <130/80 mmHg

Hb glyquée <6.5 %

LDL<1g/l (patient à 1.45g/l)

- **Precisez les moyens therapeutiques à mettre en œuvre et donnez vos prescriptions**

Les mesures hygiéno-diététiques :

le diabète + le sodium + les graisses saturées, l'arrêt du tabac....

Le traitement AH initial doit comprendre à partir du stade de microalbuminurie un antihypertenseur assurant une néphroprotection :

soit un antagoniste de l'angiotensine II

par ex Losartan50-100mg 1cp ou Irbésartan 150-300mg 1cp ou

soit un IEC (par ex Ramipril 5mg 1 cp , Enalapril 20mg 1cp

Devenir du LDL à considérer (<1g/l)

diététique puis statine à 3 mois : Atorvastatine 10mg ou Simvastatine 20 ou 40 mg ou

Pravastatine 20 mg ou 40mg

- **Quel contrôle biologique proposez vous ?**

Kaliémie créatininémie ds les 10 jours

TGO TGP CPK si symptomatique ou à risque par ex IRénale ds 1 mois

EAL à vérifier à 3 mois

- 5 **Deux mois après les chiffres de PA de Mr J. sont de 146/94 mmHg à 148/96 mmHg. Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ?**

La PA n'est pas à l'objectif (<130/80 mmHg)

Introduction d'un diurétique thiazidique (si fonction rénale normale) de façon à réaliser une association antagoniste de l'angio II – diurétique ou IEC – diurétique

L'adjonction d'un ICa peut être proposé à la place du diurétique