

#001

Objectifs du carnet

Hypertension artérielle
Entrée dans la maladie



Examen systématique Chez patient asymptomatique	Symptômes : - Céphalée occipitale matinale - Phosphènes - Fatigabilité, nervosité, insomnie - épistaxis	Complications : - neuro-sensorielles - cardiovasculaires - rénales
---	--	---

Urgence hypertensive (HTA + atteinte organe cible) : SCA, OAP, DA, PRES, HSA/AVC, phéochromocytome, to pré-éclampsie, éclampsie, SHU

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

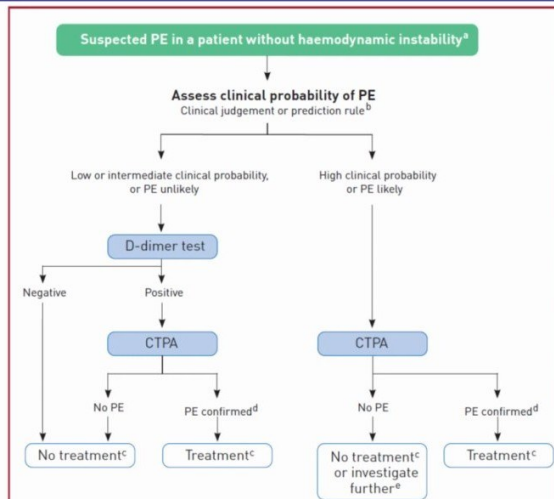
- Maîtriser le raisonnement devant hypertension pulmonaire et htap en contexte EDN et en garde.
- Pour Hypertension Pulmonaire et HTAP, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Hypertension Pulmonaire et HTAP, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Hypertension Pulmonaire et HTAP, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Suspecter une hypertension pulmonaire

Recommandations ESC 2019

Konstantinides SV et al, Eur Respir J 2019



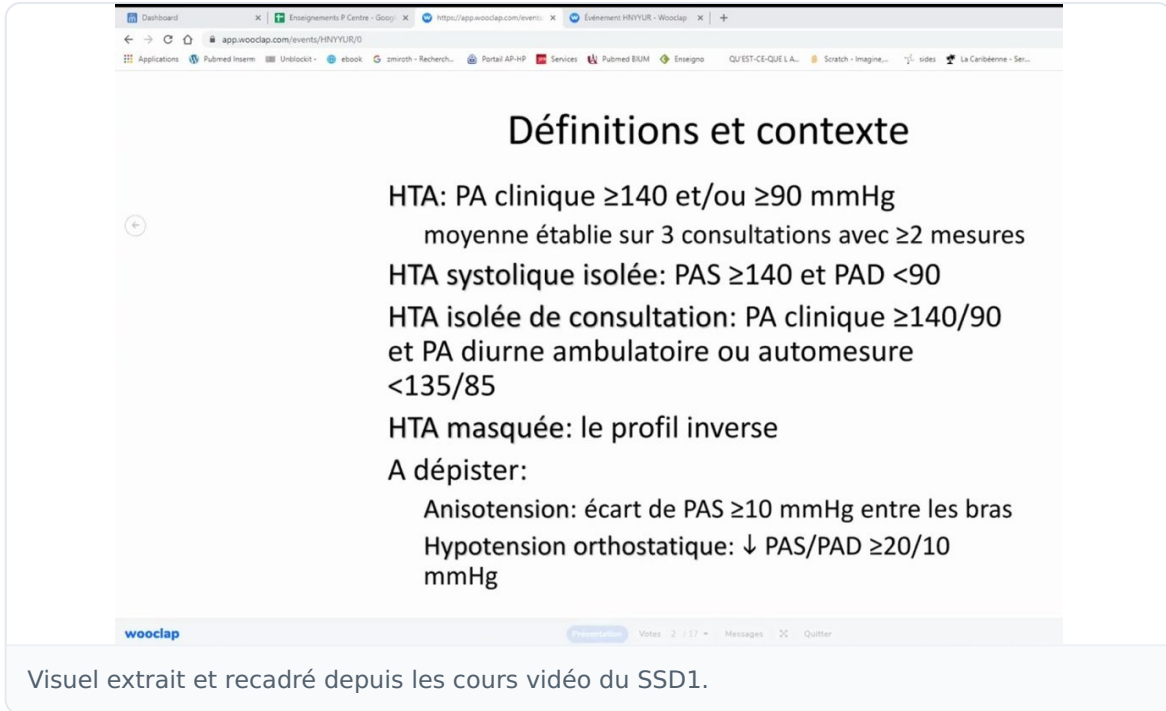
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Dyspnée d'effort progressive, malaise, syncope, douleur thoracique ou signes d'insuffisance droite.
- Terrain: connectivite, cardiopathie gauche, maladie respiratoire, MTEV chronique, VIH ou toxiques.
- Echocardiographie estime la probabilité et le retentissement, sans confirmer seule le diagnostic.
- Cathétérisme cardiaque droit confirme l'HTP et classe le profil hémodynamique.

#003

Classer les causes



Définitions et contexte

HTA: PA clinique ≥ 140 et/ou ≥ 90 mmHg
moyenne établie sur 3 consultations avec ≥ 2 mesures

HTA systolique isolée: PAS ≥ 140 et PAD < 90

HTA isolée de consultation: PA clinique $\geq 140/90$
et PA diurne ambulatoire ou automesure $< 135/85$

HTA masquée: le profil inverse

A dépister:

Anisotension: écart de PAS ≥ 10 mmHg entre les bras

Hypotension orthostatique: $\downarrow$ PAS/PAD $\geq 20/10$ mmHg

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Groupe 1: HTAP pre-capillaire, idiopathique, héréditaire, toxique ou associée à connectivité.
- Groupe 2: maladie du cœur gauche, la cause la plus fréquente en pratique.
- Groupe 3: pathologie respiratoire ou hypoxémie chronique.
- Groupe 4: hypertension pulmonaire thromboembolique chronique, à rechercher car potentiellement opérable.

#004

Bilan

- Echographie, BNP, EFR-DLCO, scanner, scintigraphie ventilation-perfusion et bilan etiologique guident l'orientation.
- Rechercher signes droits: oedemes, turgescence jugulaire, hepatomegalie, ascite et hypotension.
- Evaluer le risque par classe fonctionnelle, marche de 6 minutes, BNP et hemodynamique.
- Une syncope ou une insuffisance droite impose avis expert rapide.

#005

Traitement

- Traiter d'abord la cause: coeur gauche, maladie respiratoire, thromboembolie chronique ou connectivite.
- Les traitements specifiques de l'HTAP relevent de centres experts et d'une stratification du risque.
- Diuretiques si congestion, oxygene si hypoxemie, anticoagulation seulement si indication.
- Eviter grossesse et efforts extremes dans les formes severes; organiser suivi specialise.

#006

Pieges EDN

- Un ECG normal n'elimine pas un SCA, une embolie pulmonaire ou une dissection si la clinique est forte.
- Ne pas retarder le traitement d'une urgence circulatoire pour obtenir un bilan complet.
- Toujours verifier rein, kaliemie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prevention secondaire doit etre prescrite, expliquee et surveillee avant la sortie.

#007

Mini-cas a savoir resoudre

- Resumer en une phrase le syndrome cardiovasculaire, le risque vital et l'examen pivot.
- Justifier hospitalisation, monitoring, avis cardiologique ou strategie ambulatoire.
- Choisir le traitement initial et la surveillance des effets attendus ou indesirables.
- Planifier reevaluation, adaptation therapeutique et education du patient.

Sources: Referentiel de medecine cardiovasculaire CNEC/SFC - DFASM/EDN; Recommandations ESC 2023-2024 selon les themes: FA, SCA, HTA, endocardite, aorte et arteriopathies; Guides HAS: insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, parcours de soins cardiovasculaires; Supports locaux SSD1/Alex/1- Cardiologie; Banque d'images recadrees SSD1/Carnets/phase1_collecte