PHARMACO - ANTIHYPERTENSEURS

Les antihypertenseurs ont une action VD -> diminution RPT -> diminution PA
7 familles : DIU, **centraux**, BB, **alpha-bloq**, IC, IEC, ARA2
Fr : 10,2M sous au moins 1 antihypertenseur

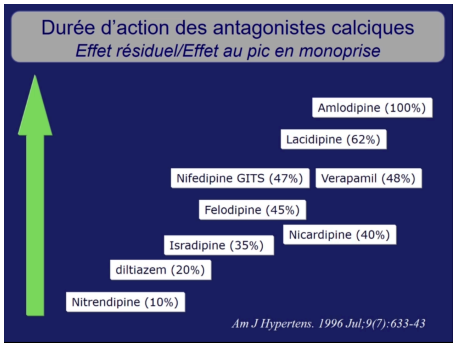
ANTIHYPERTENSEURS	INDICATIONS	EI
IC DHP	- HTA - Angor	- OMI - Flush, céphalées (début) - Tb urinaire - Hypertrophie gingivale
IC NON DHP **(diltiazem, verapamil)**	- HTA, Angor - Tb rythme - Sd Raynaud	- OMI - constipation (verapamil) - Tb de conduction si IR
IEC	- HTA - Prévention néphropathie DT1 - Prévention IC sympto chez patients ayant dysfct VG asympto - **Prev 2r IdM/revasc**	- Toux (20%) même plusieurs semaines après début ttt - Angio-oedeme (3x + que AA2). Le plus svt sans SDRA. tabac, peau noire, diabète - hyperK+ si asso à DIU anti-aldo (spironolactone) chez sujet âgé +ARA2
SARTANS	- HTA - Prévention néphropathie DT2 - IC sympto…" qd IEC CI - LOSARTAN : réduction du risque **d'AVC** chez adultes **hypertendus** avec **HVG**	fq = à celle du placebo - p/r IC : moins d'**hypoK+**, d'OMI - IRA doit faire chercher néphropathie vasculaire - CI femme enceinte T2 + T3
DIU ANSE	- IC - IRé - HTA + IRé - Sd oedémateux	- hypercréat, uricémie - hypoK+ / Ca2+
DIU THZ (indapamide)	HTA, IC	- hypercréat, uricémie, gly, CT - hypoK+, calciurie - hypoNa+ : ++ femme âgée, boissons abondantes, régime sans sel, IRS
DIU ANTIALDOSTÉRONE **(spironolactone)**	- HTA, IC - HTA + hyperaldostéronisme 1r - **Ascite**	- hypercréat / K+ - gynécomastie, tb des règles
BB	- HTA essentielle - IC chronique stable avec FEVG **altérée** en asso avec IEC/DIU - Prévention angor d'effort - **TSV paroxystiques**	- asthénie d'effort ++ - Sd Raynaud et dysfct érectile rare

Prescriptions :
Amlodipine > Lercadipine > Verapamil…
Perindropril > Ramipril…
Irbesartan > Candesartan…
Bisoprolol > Nebivolol > Atenolol

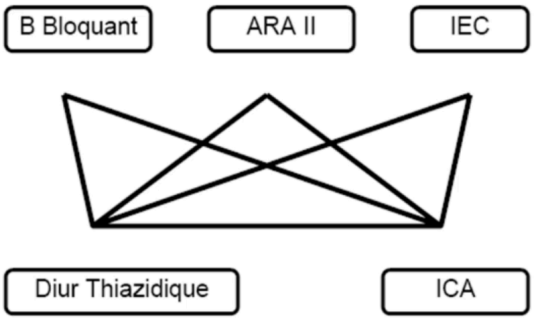
PHARMACO - ANTIHYPERTENSEURS

I. ANTAGONISTES CALCIQUES :

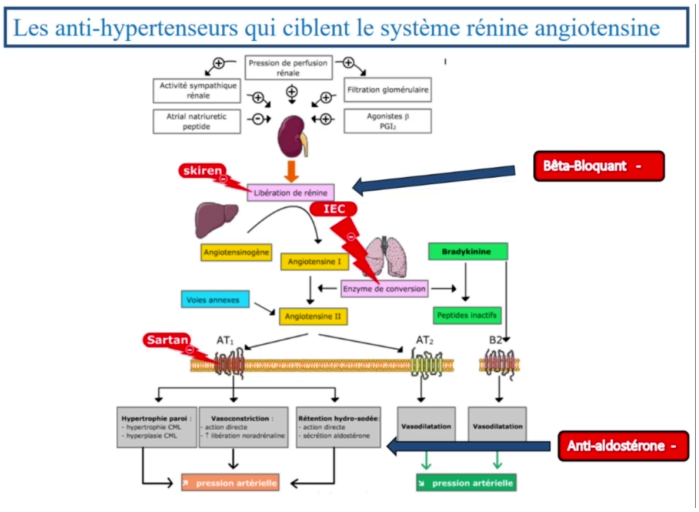
Dihydropyridine Vasodilatateur tachycardisant	Non DHP Vasodiltateur bradycardisant
• Amlodipine 5mg 10mg • Lercanidipine 10 mg 20 mg • Felodipine 5 mg LP • Nitrendipine 20 mg 50 mg LP • Nifedipine 20 LP	•Diltiazem 60mg 200 mg LP 300 mg LP •Verapamil 120 240 LP



Les **IC non DHP** sont utilisés en cas de CI aux BB
Les OMI induits par les IC sont **insensibles aux DIU** et diminuent avec AA2/IEC (+ fav par la chaleur)



Logimax : Felodipine 5 mg LP + Metoprolol 49 mg LP



II. IEC :

attention les :
- IEC diminuent l'angiotensine 2 et augmentent la bradykinine
- ARA2 **augmentent l'angiotensine 2** et pas d'action sur bradykinine

Ok chez > 70 ans avec surveillance de la fct rénale (risque IRA)
Débuter à dosage :
- **normal si HTA**
- Faible si IC (risque hypotension de 1re dose). CI chez femme enceinte (++T2 et T3)

III. ARA2 :

Ils bloquent le récepteur AT1. Ce sont des antagonistes et non des inhibiteurs.

Ok chez > 70 ans avec surveillance de la fct rénale (risque IRA)
prévention CV ARA2 > IEC

IV. DIU :

Diurétique de l'anse	Diurétique thiazidique	Diurétique antialdostérone
•Natriurétique forte - branche ascendante de l'anse de Henlé •Kaliurétique modérée •Durée 6 H	•Natriurétique modérée - Segment cortical de dilution •Kaliurétique forte •Durée 24 H	•Natriurétique faible •Hyperkaliémiant - tube contourné distal • Durée 3 jours

V. BB :

1. Action BDCI- :
- B- : bathomotrope -> réduit l'excitabilité
- C- : chronotrope -> diminue la fréquence
- D- : dromotrope -> ralentit conduction AV
- I- : inotrope -> dépression myocardique

=> diminution de la consommation d'O2 ; anti-ischémique

1ère Génération	Non-cardio-sélectif	Propranolol
2ème Génération	β_1-sélectif	Atenolol Metoprolol Betaxolol Bisoprolol
3ème Génération	Propriété complémentaire (vasodilation)	Carvedilol Celiprolol Nebivolol

2. Action anti-hypertensive
- baisse DC
- Libération d'**ANP**
- Augmentation de la sensibilité des baro-Ré
- Baisse de la libération périphérique de NA, des RPT
- **Baisse du tonus S** -> baisse de la sécrétion de rétine

Ok chez < 60 ans présentant HTA avec signes d'adrénergie
Efficacité pour la prévention CV p/r placebo

CI :
- IC aigue / décompensation
- BAV2/3
- BC symptomatique
- Asthme sévère
- Forme svr tb **artériels** périphériques occlusifs / sd Raynaud (ok pour AOMI stable)
- Phéochromocytome non traité

bénéfices du ttt antihypertenseur pour une baisse de -10/-5 mmHg pendant 5 ans :
IC -46%
AVC -37%
IdM -22%
Mortalité CV -20%
Toute cause de mortalité -12%

Traitements de l'HTA :
ce qu'il faut savoir
- L'action anti-hypertensive d'un régime avec diminution du sel est de -4/-2 mmHg (pour une diminution de 5 g de sel/j)
- action anti-hypertensive d'une monothérapie = - 10/-5 mmHg (PAS/PAD)
- 5 familles pharmacologiques ayant démontré un bénéfice sur la prévention des complications CV p/r placebo : DIU THZ, BB, IEC, AA2, IC
- Un BB (aténolol) est **moins efficace pour la prévention des AVC** qu'un **IC** (amlodipine) ou qu'un **AA2** (losartan) **chez les hypertendus de plus de 60 ans**
- HAS 2016 : début par une monothérapie et bithérapie après **4s** si la PA est non contrôlée
- Depuis 2017, tous les antihypertenseurs sont génériqués en France

PHARMACO - ANTIHYPERTENSEURS

erreurs à ne pas faire

- Pas de décision de débuter un tt sans une automesure/MAPA (HTA blouse blanche)
- Pas de régime « sans sel » chez l'**hypertendu sans IC**
- Pas de début de ttt par un médicament n'ayant pas démontré un bénéfice sur la prévention des complications CV
- Pas de faible dose d'un IEC pour débuter le ttt dans l'HTA, mais faible dose pour débuter le ttt dans l'IC
- Pas de BB pour débuter le ttt chez un **hypertendu > 60 ans**
- Pas de prescription de furosémide pour ttt l'HTA en l'absence d'IRé sévère ou d'IC
- Pas de prescription en 1x/j pour les antihypertenseurs avec T1/2 courte (**nicardipine, captopril**)