

ANTIHYPERTENSEURS ET DIURÉTIQUES

Dr Ahmad HAYEK

Plateau technique interventionnel

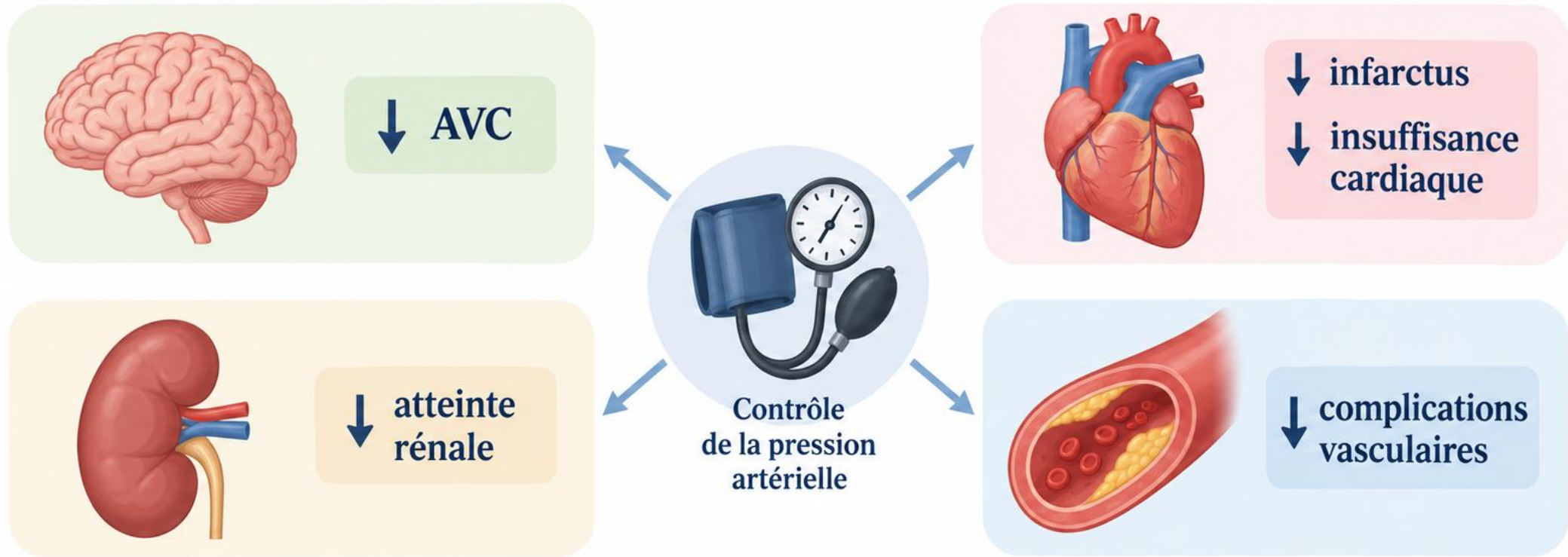
Hospices civils de Lyon

Septembre 2026



Traiter la pression, protéger les organes

Prévenir les complications cardiovasculaires



Le traitement antihypertenseur réduit la morbi-mortalité cardiovasculaire



Règles principales de mesure de la pression artérielle



1. Repos 5 min avant la mesure

Laisser le patient se reposer au calme pendant 5 minutes.



2. Patient assis, dos appuyé

Position confortable, dos bien soutenu.



3. Pieds au sol, jambes décroisées

Pieds bien à plat au sol, jambes non croisées.



4. Bras nu, soutenu à la hauteur du cœur

Bras dénudé, posé et soutenu (par une table ou un coussin), à la hauteur du cœur.



5. Brassard de taille adaptée, bien positionné sur le bras

Choisir un brassard adapté à la circonférence du bras et le positionner correctement (2-3 cm au-dessus du pli du coude).



6. Ne pas parler ni bouger pendant la mesure

Rester immobile et silencieux jusqu'à la fin de la mesure.



7. Faire au moins 2 mesures à 1-2 min d'intervalle et faire la moyenne

Réaliser au minimum 2 mesures séparées de 1 à 2 minutes et retenir la moyenne.



Bras droit Bras gauche

8. Première évaluation : mesurer aux deux bras

Lors de la première mesure, prendre la tension aux deux bras et retenir le bras où la pression est la plus élevée pour les mesures suivantes.



9. Éviter café, tabac ou effort juste avant

Ne pas consommer de café, ne pas fumer et éviter tout effort physique dans les 30 minutes précédant la mesure.



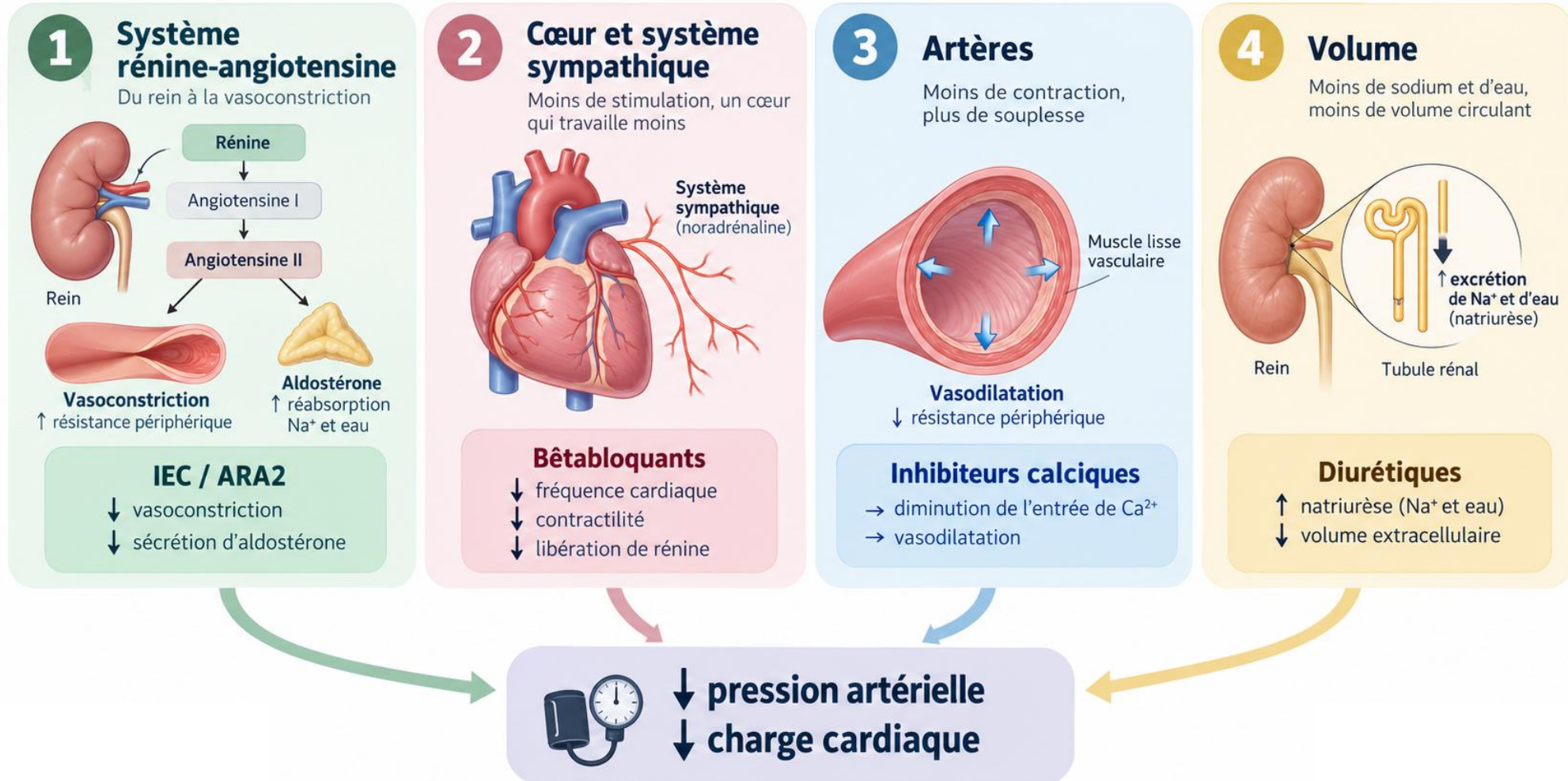
10. Vessie vide si possible

Une vessie pleine peut augmenter la pression artérielle. Demander au patient d'uriner si possible avant la mesure.



Physiopathologie

Antihypertenseurs : où agissent-ils ?

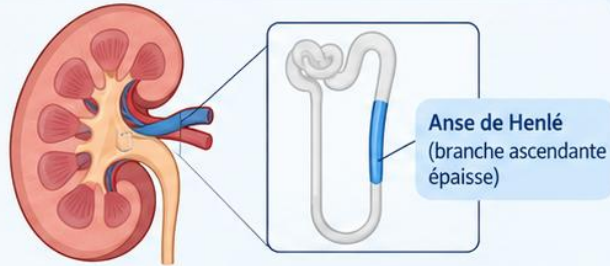


Physiopathologie

Diurétiques : principales familles et effets

Diurétiques de l'anse

Agissent sur la branche ascendante épaisse de l'anse de Henlé



Exemples
furosémide



Effets principaux
natriurèse puissante



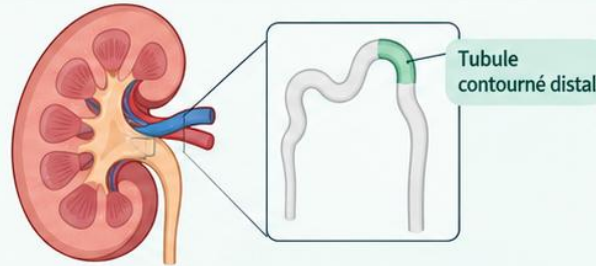
Indications
congestion, œdèmes



Surveillance (points clés)
Na⁺, K⁺, créatinine, déshydratation

Thiazidiques / apparentés

Agissent sur le tubule contourné distal



Exemples
hydrochlorothiazide, indapamide



Effets principaux
HTA



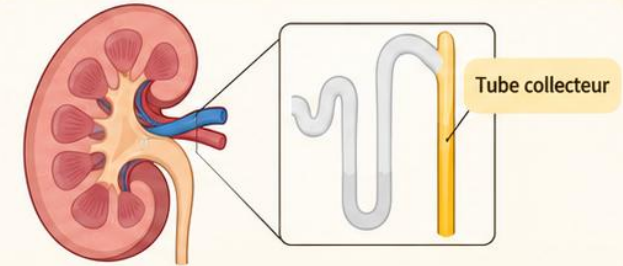
Indications
HTA (en première intention notamment)



Surveillance (points clés)
Na⁺, K⁺, créatinine

Épargneurs de potassium / ARM

Agissent sur le **tube collecteur**
(antagonistes de l'aldostérone ou inhibiteurs d'ENaC)



Exemples
spironolactone, éplérénone



Effets principaux
épargne K⁺



Indications
IC (spironolactone, éplérénone),
HTA résistante, hyperaldostéronisme



Surveillance (points clés)
K⁺, créatinine

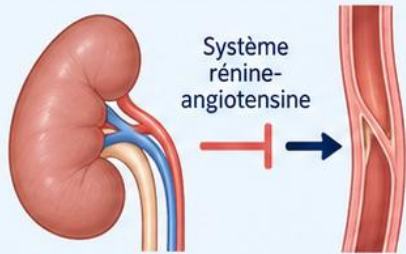
Résultat : ↓ volémie, ↓ congestion, ↓ pression artérielle



Pincipales classes thérapeutiques

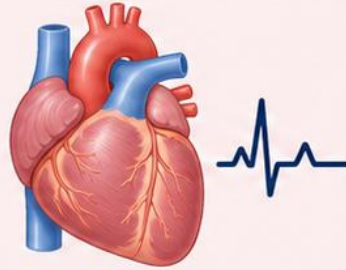
Mécanisme, indications, effets indésirables et surveillance

IEC / ARA2



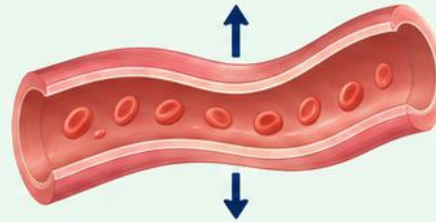
- **Action** : blocage du système rénine-angiotensine
- **Indications** : HTA, insuffisance cardiaque, néphroprotection selon contexte
- **Effets indésirables** : hypotension, hyperkaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle, toux (IEC)
- **Surveillance** : TA, créatinine, K+

Bêtabloquants



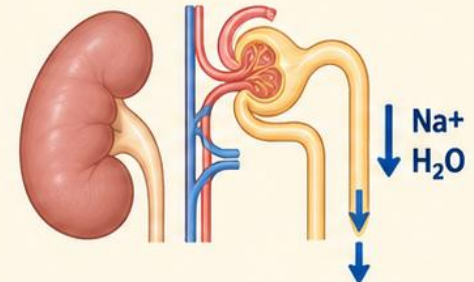
- **Action** : ↓ fréquence cardiaque, ↓ contractilité, ↓ stimulation sympathique
- **Indications** : coronaropathie, insuffisance cardiaque, contrôle de fréquence, certaines HTA
- **Effets indésirables** : bradycardie, fatigue, hypotension
- **Surveillance** : TA, FC, symptômes

Inhibiteurs calciques



- **Action** : vasodilatation ; certains ralentissent la conduction
- **Indications** : HTA, angor, certaines arythmies (vérapamil/diltiazem)
- **Effets indésirables** : œdèmes, céphalées, bouffées vasomotrices, bradycardie selon molécule
- **Surveillance** : TA, FC, œdèmes

Diurétiques



- **Action** : natriurèse et ↓ volémie
- **Indications** : HTA, congestion, œdèmes
- **Effets indésirables** : déshydratation, dyskaliémies, hyponatrémie
- **Surveillance** : poids, diurèse, créatinine, Na+, K+



Surveillance sous antihypertenseurs

Constantes



TA, fréquence cardiaque,
orthostatisme

Signes cliniques



vertiges, hypotension,
dyspnée, œdèmes,
déshydratation

Poids et diurèse



poids, entrées/sorties,
diurèse selon contexte

Biologie



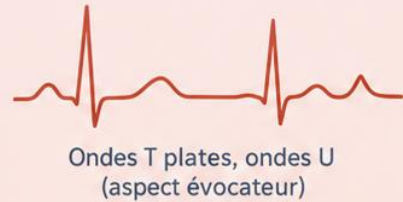
Na+, K+, créatinine



Les anomalies du potassium

Hypokaliémie

$K^+ < 3,5 \text{ mmol/L}$



Médicaments en cause

- diurétiques de l'anse, thiazidiques / apparentés



Signes possibles

- crampes, faiblesse, constipation, troubles du rythme

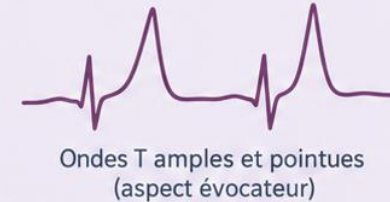


À surveiller

- K^+ , ECG si besoin, contexte clinique

Hyperkaliémie

$K^+ > 5,0 \text{ mmol/L}$



Médicaments en cause

- IEC, ARA2, spironolactone / éplérénone



Situations à risque

- insuffisance rénale, association de plusieurs traitements



Signes possibles

- souvent silencieuse, faiblesse, troubles du rythme



À surveiller

- K^+ , créatinine, ECG si besoin



Alerter si dyskaliémie significative, symptômes, bradycardie ou anomalies ECG.



Associations thérapeutiques dans l'HTA

1

Bithérapie fréquente

Associations fréquentes de première ligne



IEC ou ARA2
+
inhibiteur calcique



Vasodilatation
artérielle

ou



IEC ou ARA2
+
diurétique thiazidique /
apparenté



Élimination du sodium
et de l'eau

2

Trithérapie

Souvent utilisée si la bithérapie ne suffit pas



IEC ou ARA2

+



inhibiteur
calcique

+



diurétique thiazidique /
apparenté

3

Si HTA résistante



Ajouter souvent
spironolactone
(selon contexte)



Surveillance :
K⁺, créatinine, TA



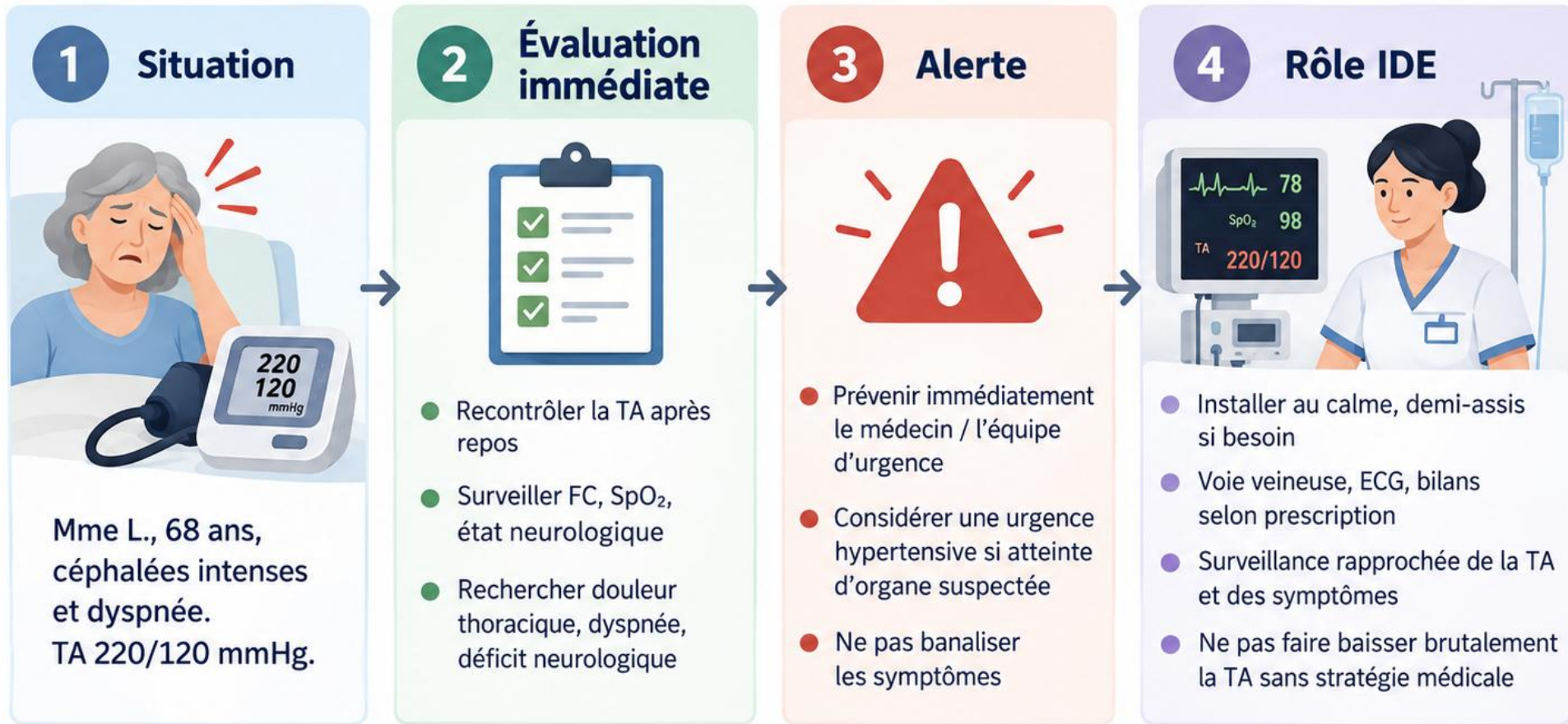
À éviter



Double blocage du système
rénine-angiotensine :
IEC + ARA2



Cas clinique: crise aiguë hypertensive



À retenir

TA très élevée + symptômes = urgence potentielle



A retenir

- Mesurer correctement TA et fréquence cardiaque
- Connaître la famille du médicament, pas seulement le nom commercial
- Diurétiques/IEC/ARA2/ARM: penser rein + sodium + potassium
- Rechercher hypotension et déshydratation
- Ne pas modifier durablement un traitement chronique sans décision médicale

