



STCCCV
Société Tunisienne
de Cardiologie & de Chirurgie
Cardio-Vasculaire



CoSAC
Le congrès des
Sociétés Africaines
de Cardiologie



38^{ème} CONGRÈS NATIONAL
DE CARDIOLOGIE
ET DE CHIRURGIE
CARDIO-VASCULAIRE

Joint au

2^{ème} CONGRÈS
DES SOCIÉTÉS AFRICAINES
DE CARDIOLOGIE



**My ESC in
TUNISIA**

Cas clinique HTA:

Commentaires

Wisseem SDIRI

Bizerte, Tunisie

Déclaration de conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Femme de 29 ans
Stress professionnel



Diagnostic positif : HTA

Diagnostic étiologique :

- ✓ Histoire familiale d'HTA précoce

- ✓ Bilan négatif

- ✓ Médicaments ? ?

- ✓ Scanner : why not ?

HTA essentielle

Total Mesures: 38
Valides: 38 (100.0%) (>90%)
Erronées: 0 (0.0%)

	Tout				Jour (09:00 - 23:30)				Nuit (23:30 - 09:00)			
Reference Value	130/80mmHg				135/85mmHg				120/70mmHg			
	Valeur Max	Valeur Min	Valeur Moy	PP	Valeur Max	Valeur Min	Valeur Moy	PP	Valeur Max	Valeur Min	Valeur Moy	PP
Systole	188	103	142	62.0	188	103	146	63.0	151	111	127	58.0
Diastole	110	61	79	62.0	110	66	83	63.0	77	61	68	58.0
FC	110	69	87		110	69	89		91	71	81	
> Reference Value%												
Systole	65.8%				69.0%				55.6%			
Diastole	36.8%				34.5%				44.4%			

HTA diurne et nocturne
Dipper 13%

Stratification du



RCV faible

???

Stratification du risque CV

- **HTA GRADE 2**
- **ATCD familiaux de MCV précoce**
- **Tabac**
- **Stress**

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate to high risk		
	≥ 3 risk factors	Low to Moderate risk			
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade ≥ 4 , or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

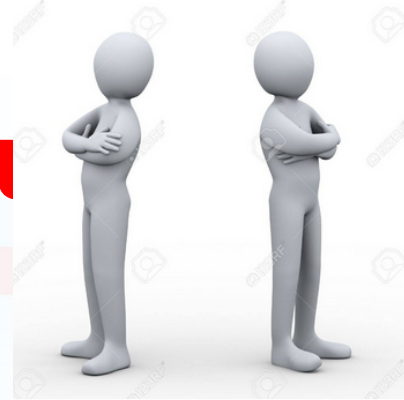
© ESC/EAS 2018

Prise en charge

- **Prise en charge psychologique**
- **Enquête nutritionnelle**
- **Motivation pour le sport**
- **Arrêt de l'intoxication tabagique**

3 mois

traitement pharmacologique



- HTA du sujet jeune
stressé = β -



- HTA = stratification

du PCV

Traitement pharmacologique = organo-protection

- HTA ; PAS $\geq$ 150mmHg

- Bithérapie : **ARA 2 + HCTZ**





- **α -méthyl DOPA 250 : 1 cp x3/j**
 - **Acébutolol 200 : 1 cp le matin**
 - **Aspirine 100 mg à midi**
-
- **Holter mensuel**
 - **Auto-mesure**



il 50= 2cp/j + Trandate 200= 1cp/j

**ENALAPRIL 20 mg + HCTZ
12.5mg
1 prise le matin**

➤ Ménopause précoce

➤ Cholestérol total = 2.5 g/l

➤ HDL = 0.42 g/l

➤ TG = 2.2 g/l

➤ Tabac

**LDL +
1.64 g/l**



Statin



**Rosuvastatine 10
mg /j**

Statin 

62 ans, jeune retraitée
HTA stade 1 (155/75 ; PP=80 mmHg)
Prise de poids (BMI= 28 kg/m²)
Néphropathie
LDL 1.72 g/l
Tabac
SAS modéré (IAH entre 15 et 30)



Irbésartan 300 mg + HCTZ 25 mg = le matin

Amlodipine 5 mg = le soir

Rosuvastatine 20 mg = le soir

Aspirine 100 mg à midi

**Epreuve d'effort pour le
certificat de non contre-**

- **Hypertendus $\neq$ HTA**
- **Réévaluer le patient au cours de sa vie**
- **Adapter le traitement notamment chez la femme / Vie génitale**
- **Traiter les $\neq$ FDR**



**Merci pour
votre
attention**