

Cas clinique...et plus

Dr Philippe Delmotte



santé

INSTITUT DE RECHERCHE EN
SCIENCES ET TECHNOLOGIES
DE LA SANTE DE L'UMONS

Cas clinique

- Femme de 70 ans
- Adressée aux Urgences par un pharmacien pour PA mesurée à 250/120 mmHg à l'officine
- Asymptomatique
- ATCD: tabagisme actif 30 PA, stripping saphénien bilatéral ancien, coronarographie banale il y a 1 an
- R/ AntiD+ à la demande

Examen physique

- Poids 58 kg, taille 160 cm (IMC 22.7)
- PA (après 10 min. couchée - mesures répétées automatisées):
 - Dr: 170/95 mmHg
 - G: 195/105 mmHg
- B1 B2 réguliers sans souffle
- Souffle ombilical
- Pouls poplité, tibial post. et pédieux non perçus à Dr

ECG

- RSR
- Pas de troubles de la conduction
- Onde T asymétriquement négative en latéral (DI, aVL, V5 et V6)

Biologie

- Créatinine 0.86 mg/dl, DFG estimé 80 ml/min/1.73 m³
- K⁺ 3.9 mmol/l
- Bandelette urinaire: pas de protéinurie significative

Conclusion et attitude proposée

- HTA sévère
- Pose d'une MAPA
- RDV le lendemain en consultation d'HTA

Consultation HTA

- PA 180/100 mmHg à G, 165/85 mmHg à Dr
- MAPA (bras G):
 - PA moyenne (jour): 168/102 mmHg
 - PA moyenne (nuit): 148/98 mmHg
- IPS cheville-bras 0.75 à Dr, 0.8 à G

Complément de biologie

- CT 210 mg/dl, LDL-C 147 mg/dl, HDL-C 35 mg/dl, triglycérides 140 mg/dl
- Glycémie Nle, HbA1c 6.0%
- TSH Nle

Echocardiographie

- FEVG 58%
- Masse VG indexée 102 g/m² (= HVG légère)
- Volume OG indexé 58 ml/m² (= dilatation sévère)
- Rapport E/A 0.7
- Pas d'anomalie de la contractilité ou du *strain* du VG

Quel bilan d'HTA pourrait être justifié chez cette patiente?

- A. Aucun bilan étiologique n'est justifié à ce stade
- B. Recherche d'une sténose artérielle rénale
- C. Recherche d'un hyperaldostéronisme primaire (dosages rénine et aldostérone)

Quel bilan d'HTA pourrait être justifié chez cette patiente?

- A. Aucun bilan étiologique n'est justifié à ce stade
- B. Recherche d'une sténose artérielle rénale**
- C. Recherche d'un hyperaldostéronisme primaire (dosages rénine et aldostérone)

Echo-Doppler des artères rénales

- Sténose 70 à G et $> 70\%$ à Dr
- Ralentissement hémodynamique intraparenchymateux
- Flux Doppler de type « tardus-parvus »

SAR bilatérale: CAT?

- A. Angioscanner des artères rénales dans le but de discuter une PTRA
- B. Ttt médical: statine, antiplaquettaire, antiHTA
- C. Introduction d'un bloqueur du système rénine-angiotensine

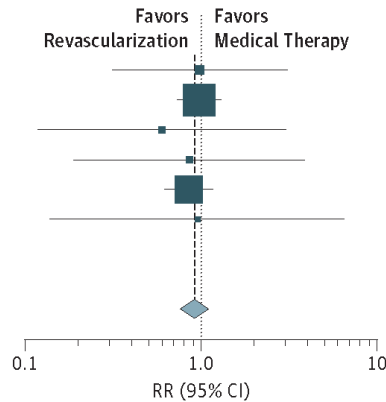
SAR bilatérale: CAT?

- A. Angioscanner des artères rénales dans le but de discuter une PTRA
- B. Ttt médical: statine, antiplaquettaire, antiHTA
- C. Introduction d'un bloqueur du système rénine-angiotensine

SAR: CAT

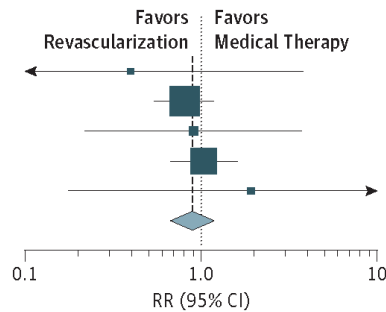
A Mortality

| Source | RR (95% CI) |
|-----------------------------------|------------------|
| STAR | 0.99 (0.32-3.09) |
| ASTRAL | 0.98 (0.74-1.29) |
| SNARSCG | 0.60 (0.12-3.01) |
| NITER | 0.86 (0.19-3.86) |
| CORAL | 0.85 (0.63-1.16) |
| RASCAD | 0.95 (0.14-6.46) |
| DRASTIC | (Excluded) |
| EMMA | (Excluded) |
| Overall ($I^2=0.0\%$; $P=.98$) | 0.91 (0.75-1.11) |



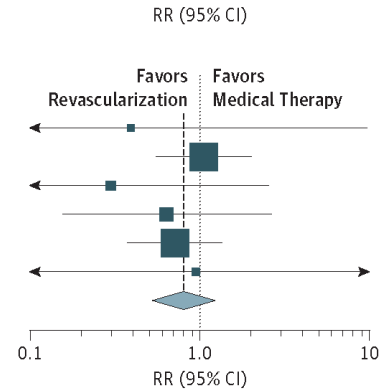
B Congestive heart failure

| Source | RR (95% CI) |
|-----------------------------------|-------------------|
| STAR | 0.40 (0.04-3.71) |
| ASTRAL | 0.80 (0.55-1.16) |
| SNARSCG | 0.90 (0.22-3.65) |
| CORAL | 1.03 (0.67-1.57) |
| RASCAD | 1.91 (0.18-20.24) |
| Overall ($I^2=0.0\%$; $P=.80$) | 0.89 (0.68-1.17) |



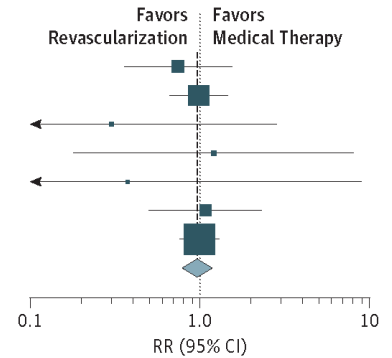
C Stroke

| Source | RR (95% CI) |
|-----------------------------------|-------------------|
| STAR | 0.39 (0.02-9.53) |
| ASTRAL | 1.06 (0.56-1.98) |
| SNARSCG | 0.30 (0.04-2.51) |
| NITER | 0.64 (0.16-2.59) |
| CORAL | 0.72 (0.38-1.34) |
| RASCAD | 0.95 (0.06-14.75) |
| Overall ($I^2=0.0\%$; $P=.85$) | 0.80 (0.54-1.21) |



D Worsening renal function

| Source | RR (95% CI) |
|-----------------------------------|------------------|
| STAR | 0.74 (0.36-1.52) |
| ASTRAL | 0.98 (0.67-1.43) |
| DRASTIC | 0.30 (0.03-2.77) |
| SNARSCG | 1.20 (0.18-7.92) |
| EMMA | 0.38 (0.02-8.78) |
| NITER | 1.07 (0.50-2.28) |
| CORAL | 0.99 (0.76-1.27) |
| Overall ($I^2=0.0\%$; $P=.91$) | 0.96 (0.79-1.16) |



SAR: CAT

| Recommendations | Class ^a | Level ^b |
|--|--------------------|--------------------|
| Medical therapy | | |
| ACEIs/ARBs are recommended for treatment of hypertension associated with unilateral RAS. ^{219–222,240} | I | B |
| Calcium channel blockers, beta-blockers and diuretics are recommended for treatment of hypertension associated with renal artery disease. | I | C |
| ACEIs/ARBs may be considered in bilateral severe RAS and in the case of stenosis in a single functioning kidney, if well-tolerated and under close monitoring. ^{219,221} | IIb | B |
| Revascularization | | |
| Routine revascularization is not recommended in RAS secondary to atherosclerosis. ^{229,231,232} | III | A |
| In cases of hypertension and/or signs of renal impairment related to renal arterial fibromuscular dysplasia, balloon angioplasty with bailout stenting should be considered. ^{234–236} | IIa | B |
| Balloon angioplasty, with or without stenting, may be considered in selected patients with RAS and unexplained recurrent congestive heart failure or sudden pulmonary oedema. ^{229,237,238} | IIb | C |
| In the case of an indication for revascularization, surgical revascularization should be considered for patients with complex anatomy of the renal arteries, after a failed endovascular procedure or during open aortic surgery. ^{241–243} | IIa | B |

Evans KL. Clin J Am Soc Nephrol 2014;9:1199-1206

Chrysochou C. Nephrol Dial Transplant 2012;27:1403-9

Aboyans V (ESC/ESVS). Eur Heart J 2018;39:763-816

Quelle est la cible du LDL-C chez cette patiente?

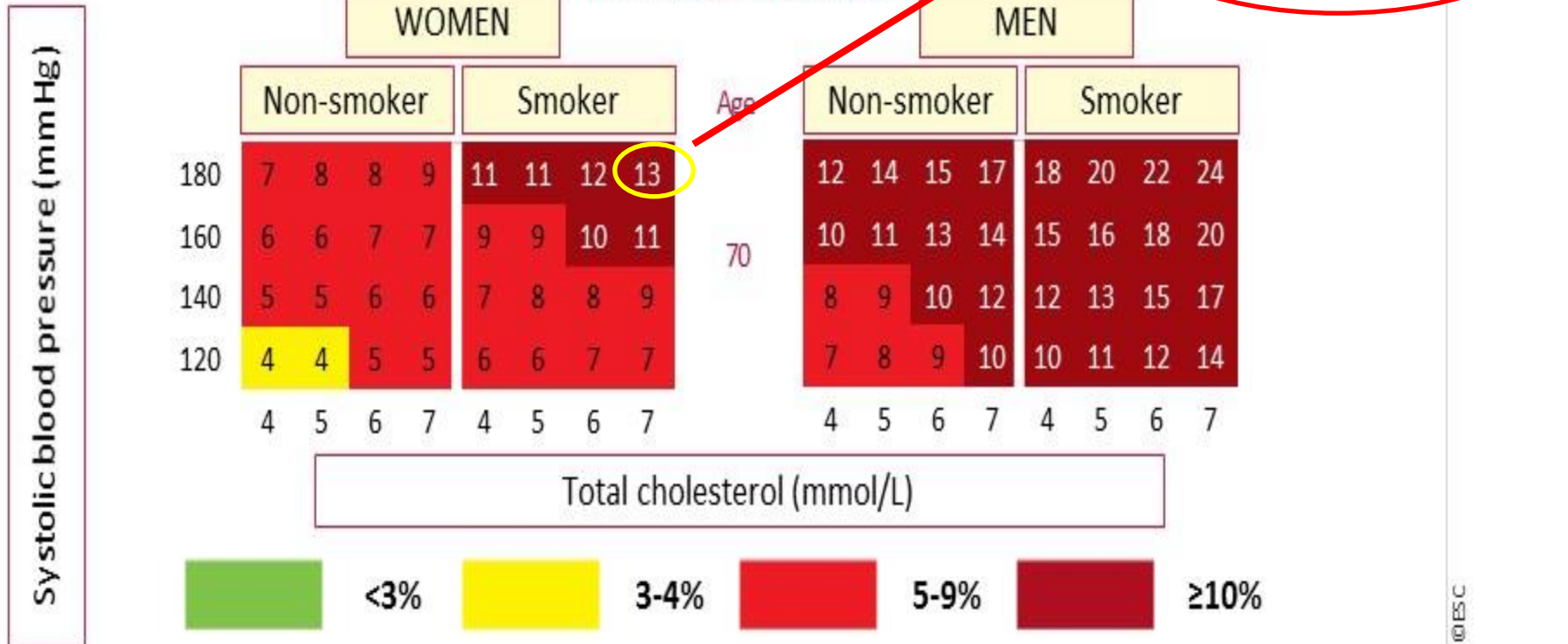
- A. < 100 mg/dl
- B. < 70 mg/dl
- C. < 55 mg/dl

Quelle est la cible du LDL-C chez cette patiente?

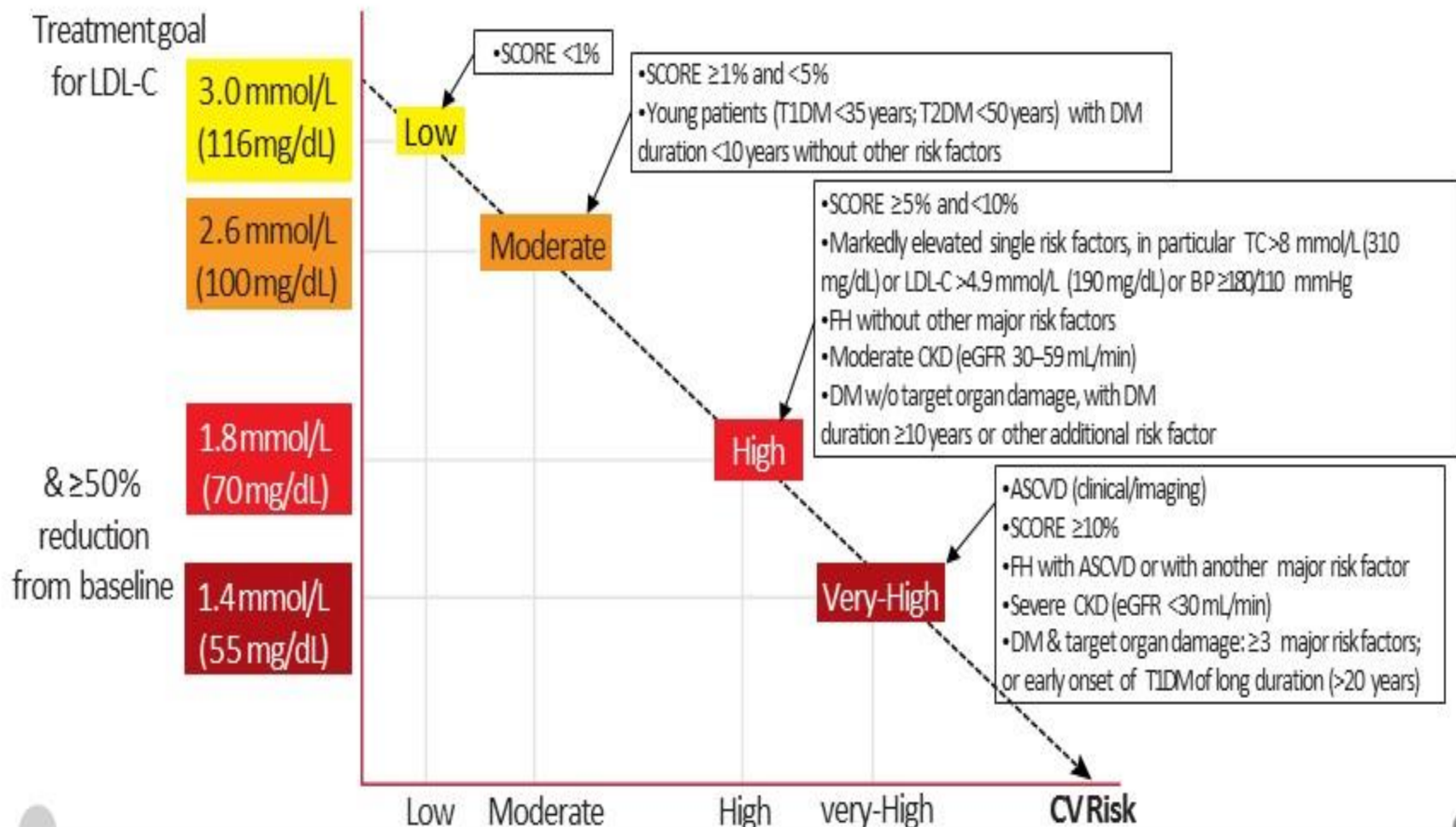
- A. < 100 mg/dl
- B. < 70 mg/dl
- C. < 55 mg/dl

SCORE chart for European populations at low cardiovascular disease risk (1)

SCORE Cardiovascular Risk Chart
10-year risk of fatal CVD
Low-risk regions of Europe



Central Illustration Upper panel Treatment goals for low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) across categories of total cardiovascular disease risk



Echo-Doppler des axes cervicaux

- Surcharge athéromateuse diffuse carotidienne sans sténose
- Sténose significative pré-vertébrale de l'artère sous-clavière Dr

Sténose sous-clavière: PEC?

- A. Abstention thérapeutique
- B. Ttt médical anti-athérombotique optimisé
- C. PTA
- D. Pontage carotido-sous-clavier

Sténose sous-clavière: PEC?

- A. Abstention thérapeutique
- B. Ttt médical anti-athérombotique optimisé
- C. PTA
- D. Pontage carotido-sous-clavier

Sténose sous-clavière: PEC

- La plupart des sténoses ou obstructions sous-clavières sont asymptomatiques et justifient du traitement de l'athérombose
- En cas d'ischémie digitale, un geste de revascularisation peut être discuté:
 - PTA = geste de choix **mais** risque de migrations emboliques en distalité
 - pontage carotido-sous-clavier: risque de thrombose parfois précoce du montage (matériel prothétique)

Echo-Doppler artériel des MInfs

- Sténoses étagées non significatives des axes iliaques
- Oblitération de l'AFS Dr

AOMI: MAP?

- A. Mesure de la PA systolique au gros orteil
- B. Epreuve de marche sur tapis roulant selon Strandness
- C. Angioscanner aortique et des artères des MInfs
- D. Artériographie sélective des MInfs

AOMI: MAP?

- A. Mesure de la PA systolique au gros orteil
- B. Epreuve de marche sur tapis roulant selon Strandness
- C. Angioscanner aortique et des artères des MInfs
- D. Artériographie sélective des MInfs

Epreuve de marche selon Strandness

- 3.2 km/h pendant 10 minutes avec pente 10%
- Arrêt de la marche après 350 mètres pour claudication surale Dr
- Réduction de l'IPS 40% à Dr et 25% à G (significativité effort/repos > 20%)

=> R/ réentraînement supervisé à la marche en plus du ttt médical optimal

Conclusions (1)

- Femme à haut RCV asymptomatique non traitée
- HTA sévère -> investigations -> atteinte athéromateuse polyvasculaire
- R/ antiplaquettaire + statine + bloqueur du SRA

Conclusions (2)

- Aucun geste interventionnel justifié en 1^{ère} intention
- Explorations invasives et gestes interventionnels à envisager en 2^{ème} intention en cas d'échec du ttt médical

Merci pour votre attention

Place aux questions!

