Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON - LA SEYNE SUR MER

Cas clinique

Mme S.

Interne Justine SANCHEZ

Motif d’hospitalisation

Patiente de 85 ans, se présentant à sa première consultation de cardiologie pour bilan d’hypertension

Poussée hypertensive à 214/86 mmHg lors de la prise de constante avant la consultation avec notion de céphalées avec flou visuel récent

Antécédents

Patiente de 85 ans, 48 kg pour 148 cm

- Hypertension artérielle
- Diabète de type 2 non insulinodépendant
- Polyneuropathie sensitive compliquant DT2
- Hypothyroïdie
- Reflux gastrique

- G6P6

Traitements

- BETAXOLOL 20mg
- INDAPAMIDE 1.5mg
- VALSARTAN 160 mg
- METFORMINE 500 mg x2
- GLICLAZIDE 60mg x2
- THYROFIX 75 ug
- ESOMEPRAZOLE 20 mg

Bonne observance des traitements

Examen clinique

Bruits du cœur réguliers, sans souffle, pas de signe de surcharge ou d'hypoperfusion

Céphalées en casque avec flou visuel fluctuant, pas de déficit neurologique focal

Existence d'hypoglycémies au réveil à jeun, avec sensation de malaise

ECG: rythme sinusal et régulier, axe normal, hypertrophie VG avec Sokolov ~35mm, pas de trouble de la conduction ou de la repolarisation

Conduite à tenir

- Biologie standard
- Echographie cardiaque
- Bilan hypertension artérielle secondaire devant HTA résistante:
  - Echodoppler des artères rénales
  - Scanner abdominopelvien injecté
  - Polysomnographie devant notion de ronflements
  - Evaluation diététique

Biologie

- NFS normale
- Fonction rénale normale (DFG 64 mL/min)
- Bilan cardiaque: troponinémie normale, NT pro BNP normaux pour l'âge
- TSH normale (0.97 mUI/L)
- Glycémie à jeun 1.66 g/L, HbA1c 7.9%
- LDL cholestérol 1.71 g/L

- Bilan hormonal (CLU, aldostérone, rénine, DMS et DMU): normal

Examens

ETT: fonction systolique conservée (FEVG 60%), hypertrophie VG

Polysomnographie: IAH 28.6

Evaluation diététique: régime riche en sel et en sucres rapides, sel à table

Imagerie

Echodoppler des artères rénales:

Sténose d'allure modérée < 60% en regard de l'ostium de l'artère rénale droite, avec retentissement hémodynamique (augmentation temps de montée systolique), sans atteinte parenchymateuse (index de résistance non diminué)

Pas de sténose de l’artère rénale gauche.

Reins de taille normales, bonne différenciation corticomédullaire

Imagerie

TDM AP injecté:

Présence de 3 nodules hypodenses de la surrénale gauche (14mm, 7mm et 5.8mm ainsi qu'au niveau du bras interne de la surrénale droite de petite taille.

Réhaussement à 20UH spontanément, 97UH au temps portal: wash out absolu 24%, relatif 19.6%

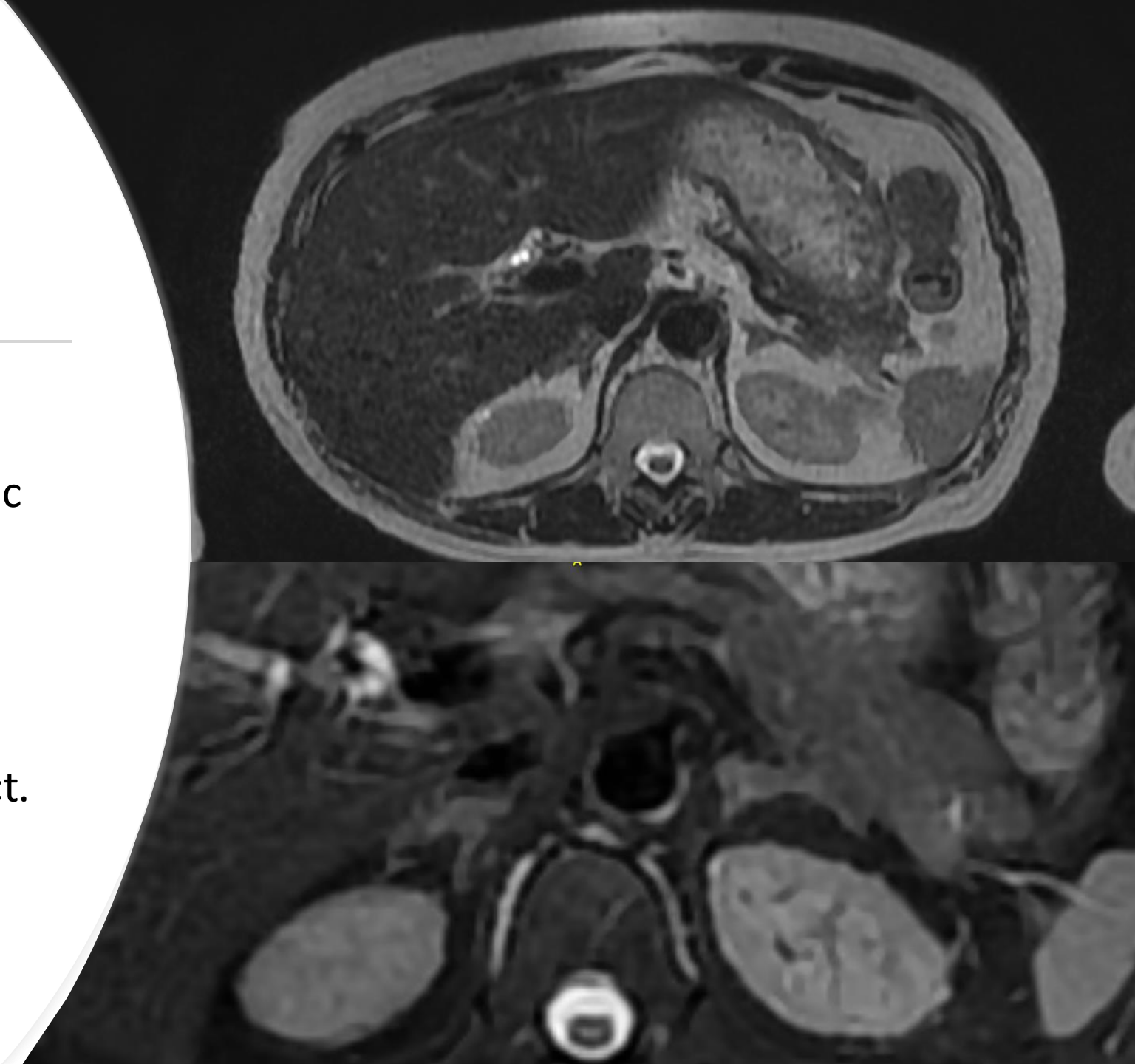
Imagerie

IRM surrénalienne:

Lésions nodulaires compatibles avec des adénomes riches en lipides.

Indice d'intensité du signal surrénalien : 34,6 % (lipidique si > 16.5%)

Absence de lésions d'aspect suspect.



Conclusion des bilans

- Sténose de l'artère rénale droite 60%
- Découverte de nodules surrénaliens:

→Non sécrétants (bilan hormonal normal)

→Non suspects (aspect bénin à l'IRM)

- Hypertension artérielle avec retentissement cardiaque (hypertrophie VG), sans insuffisance cardiaque
- SAOS nécessitant appareillage VNI nocturne
- Découverte dyslipidémie (LDLc 1.71 g/L)

Adaptation thérapeutique: HTA

- BETAXOLOL 20mg
- INDAPAMIDE 1.5mg
- VALSARTAN 160 mg

- BETAXOLOL 20 mg 1-0-0
- MICARDIS PLUS 80/25mg 1-0-0
- AMLOR 5mg 1-0-1

A M+1:

Automesure tensionnelle: PAS 130-140 mmHg

En consultation: 160/65 mmHg, probable effet blouse blanche

Adaptation thérapeutique: diabète

Diabète type 2 non dans les cibles: GAJ 1.66 g/L, HbA1c 7.9%

→ Objectif HbA1c: < 7 % (personne âgée avec bon état général)

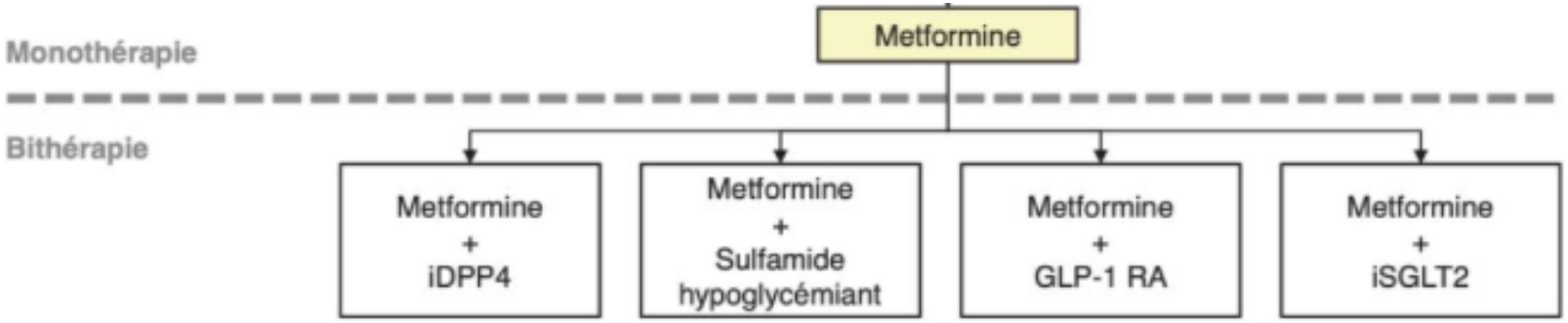
Personnes âgées	– Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	– Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	– Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l

HAS 2021

Adaptation thérapeutique: diabète

METFORMINE 500mg 1-0-1

GLICLAZIDE 60mg 1-0-1



Collège des enseignants d'endocrinologie, 2021

Devant hypoglycémie: arrêt des sulfamides

Ajout iDPP4 avec **SITAGLIPTINE 100mg 0-0-1**: bon profil de tolérance, pas d'hypoglycémie, absence d'insuffisance cardiaque, d'obésité ou d'insuffisance rénale justifiant un autre traitement

→

METFORMINE 500mg 1-0-1

SITAGLIPTINE 100mg 0-0-1

Mesures hygiénodiététiques

Adaptation thérapeutique: prévention

Risque cardio vasculaire SCORE

Très haut risque CV	Prévention secondaire Diabète avec atteinte d'organe ou >3 FDRCV ou diabète de type 1 (DT1) >20 ans Insuffisance rénale sévère DFG<30mL/min SCORE> 10% Hypercholestérolémie familiale avec maladie cardiovasculaire ou un autre FDRCV
Haut risque CV	Un FDRCV majeur : PA>180/110 ; TG>3.1g/L ou LDLc >1.9g/1 Hypercholestérolémie familiale sans autre FDRCV Diabète sans atteinte d'organe, avec durée >10 ans ou avec autres FDRCV Insuffisance rénale modérée avec 30<DFG<59mL/min 5%<SCORE<10%
Risque CV modéré	Patients jeunes (DT1<35 ans ; DT2<50 ans avec durée du diabète<10 ans sans autre FDRCV 1%<SCORE< 5%
Bas risque CV	SCORE<1%

<u>3 facteurs de risque cardiovasculaires</u>

- DT2 (avec microangiopathie)
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie

Introduction KARDEGIC 75mg en prévention primaire

Conclusion

Patiente de 85 ans aux antécédents d'hypertension et de diabète de T2 hospitalisée pour un pic hypertensif symptomatique.

<u>Sur le plan de l'HTA:</u>

- Hypertension résistante sous trithérapie dont un diurétique thiazidique
- Bilan d'HTA secondaire retrouvant des nodules surrénaliens bénins et non sécrétants
- SAOS modéré à sévère, nécessitant une VNI nocturne

Conclusion

Patiente de 85 ans aux antécédents d'hypertension et de diabète de T2 hospitalisée pour un pic hypertensif symptomatique, résistant à une trithérapie

<u>Sur le plan du diabète:</u>

- Patiente non équilibrée et présentant des hypoglycémies
- Mesures hygiénodiététiques à instaurer
- Arrêt SULFAMIDE devant hypoglycémies
- Introduction SITAGLIPTINE

Merci de votre attention !

☺