

ACADEMIE DES SCIENCES

Cycle de préparation au concours de résidanat

Objectif n°38 :

***Hypertension artérielle : Epidémiologie,
Physiopathologie, Etiopathogénie, Diagnostic,
Complications, Traitement.***

Tests d'auto-évaluation

Session de Décembre 2019

QCM :

1) La pression artérielle moyenne varie selon :

- A. L'âge
- B. Le sexe
- C. Le régime alimentaire
- D. La taille
- E. Les résistances périphériques totales
- F. Le débit cardiaque

2) La pression artérielle moyenne :

- A. Augmente par l'augmentation de la viscosité sanguine
- B. Diminue si les résistances périphériques totales diminuent
- C. Dépend de la fréquence cardiaque
- D. Augmente si le bilan sodé est négatif
- E. Est essentiellement dépendante de la pression artérielle diastolique

3) La pression artérielle moyenne est :

- A. La pression de perfusion des organes
- B. Un paramètre homéostatique
- C. Proportionnelle à la résistance à l'écoulement de sang dans le système artériel
- D. Inversement proportionnelle au débit cardiaque
- E. Proportionnelle à la fréquence cardiaque
- F. Fonction du volume d'éjection systolique

4) Une diminution brutale de la pression artérielle moyenne entraîne :

- A. Une diminution de la fréquence de décharge dans le nerf du sinus carotidien
- B. Une augmentation des influx parasympathiques vers le cœur
- C. Une diminution de la fréquence cardiaque
- D. Une diminution de la contractilité cardiaque
- E. Une levée de l'inhibition du centre vasomoteur

5) Suite à une augmentation de la pression artérielle moyenne, on observe une diminution de :

- A. L'activité sympathique
- B. L'activité du noyau du tractus solitaire
- C. L'excrétion urinaire hydro-sodée
- D. La formation de l'angiotensine II
- E. La libération du FAN

6) Après une élévation rapide de la pression artérielle moyenne :

- A. L'activité sympathique augmente
- B. La fréquence des influx nerveux provenant des barorécepteurs augmente
- C. L'activité du centre vagal augmente
- D. Les récepteurs α -adrénergiques sont moins stimulés
- E. L'activité du noyau du tractus solitaire est inhibée

7) Dans la régulation de la pression artérielle moyenne :

- A. Le centre bulbaire reçoit des afférences du sympathique
- B. Les afférences sont de type sympathique parasympathique
- C. Le centre vasomoteur est freiné en permanence par le noyau du tractus solitaire à l'état de base
- D. Les barorécepteurs sont localisés dans l'artère pulmonaire
- E. Les barorécepteurs sont stimulés par une baisse de la pression artérielle moyenne

8) La stimulation des barorécepteurs entraîne :

- A. La sécrétion d'ADH
- B. La stimulation du noyau du tractus solitaire
- C. La levée de l'inhibition du centre vasomoteur
- D. Une activation vagale
- E. Une augmentation de la fréquence de décharge des voies afférentes

9) Le baroréflexe est caractérisé par :

- A. Des fibres afférentes appartenant au système sympathique
- B. Un centre nerveux bulbaire
- C. Un effet lusitrope positif par stimulation du sympathique
- D. Une vasodilatation par stimulation du parasympathique
- E. Une régulation de la pression artérielle au long cours
- F. Intervient dans l'orthostatisme
- G. Peut être mis en jeu en cas de variation de la volémie

10) Les barorécepteurs du sinus carotidien répondent à la baisse de la pression artérielle moyenne par :

- A. Une augmentation de fréquence de décharge des nerfs de Cyon et Hering
- B. Une diminution de l'activité du noyau du tractus solitaire
- C. Une levée de l'inhibition du noyau du tractus solitaire sur le centre vasomoteur
- D. Une stimulation du noyau vagal
- E. Une augmentation de l'activité du sympathique

11) Concernant le système sympathique :

- A. Il assure une régulation à long terme de la pression artérielle
- B. Il s'agit d'un système cardiomodérateur
- C. Il agit par l'intermédiaire des barorécepteurs aortiques et sinocarotidiens
- D. Il assure ses fonctions à travers le nerf vague
- E. Il agit uniquement sur le cœur au cours de la régulation de la pression artérielle
- F. Ses afférences se projettent dans le centre régulateur vasomoteur
- G. Est stimulé par le noyau du tractus solitaire

12) Le système sympathique :

- A. Agit sur les récepteurs alpha-adrénergiques au niveau du cœur
- B. Stimule la libération de la rénine à travers les récepteurs bêta2
- C. A une action inotrope et chronotrope positive
- D. Donne une vasoconstriction à travers les récepteurs bêta2
- E. L'atropine en constitue le principal antagoniste
- F. Donne une bronchodilatation à travers les récepteurs bêta2

13) Le système parasympathique :

- A. Est stimulé à l'état de base par le noyau du tractus solitaire
- B. Intervient dans la régulation de la pression artérielle par ses effets cardiaques et vasculaires
- C. A un effet inotrope positif
- D. Stimule la libération de la rénine
- E. A un effet cardiomodérateur

- F. Assure l'innervation du tissu nodal cardiaque par des récepteurs muscariniques

14) L'activation du noyau du vague :

- A. Entraîne un effet chronotrope négatif
- B. Stimule le système rénine-angiotensine-aldostérone
- C. Entraîne une vasodilatation périphérique
- D. Allonge le temps de conduction atrio-ventriculaire
- E. Exerce un effet inotrope positif

15) L'activation des barorécepteurs :

- A. Est secondaire à une hypovolémie
- B. Inhibe le noyau du vague
- C. Inhibe le centre vasomoteur
- D. Augmente les résistances périphériques totales
- E. Inhibe la sécrétion de rénine

16) Les résistances périphériques totales augmentent en cas de:

- A. Augmentation de la viscosité sanguine
- B. Augmentation du diamètre du vaisseau
- C. Augmentation de la longueur du vaisseau
- D. Libération de rénine
- E. Orthostatisme
- F. Hémorragie
- G. Paroi riche en fibres musculaires lisses
- H. Sécrétion importantes d'hormones thyroïdiennes
- I. Exercice physique prolongé de moyenne intensité

17) La vasomotricité :

- A. Correspond à un changement du calibre vasculaire
- B. Est un phénomène actif
- C. Est une propriété des veines
- D. Est régulée principalement par le parasympathique
- E. Est à l'origine des résistances périphériques totales

18) La vasoconstriction périphérique est déclenchée par :

- A. La stimulation des récepteurs β_2 adrénergiques
- B. L'adrénaline
- C. La stimulation du système rénine-angiotensine-aldostérone
- D. L'angiotensine II
- E. La stimulation des récepteurs α_1 adrénergiques

19) L'aldostérone a comme cellules cibles :

- A. Le myocyte
- B. La cellule épithéliale au niveau du tube distal
- C. La cellule musculaire lisse vasculaire
- D. La cellule épithéliale au niveau du tube proximal
- E. La cellule intercalaire A

20) L'aldostérone :

- A. Augmente la réabsorption rénale de K^+ au niveau du tube distal
- B. A des récepteurs spécifiques basolatéraux
- C. Augmente la réabsorption de Na^+ et l'excrétion de K^+ au niveau de la cellule principale
- D. Stimule le canal sodique à amiloride
- E. Stimule la sécrétion de rénine

Hypertension artérielle

- F. Sa sécrétion est augmentée uniquement par l'angiotensine
- G. Active la pompe H⁺ATPase de la cellule intercalaire A

21) La sécrétion d'aldostérone est stimulée directement par :

- A. L'hyperkaliémie
- B. La rénine
- C. La diminution du DFG
- D. L'ACTH
- E. Le bilan sodique

22) Le FAN augmente :

- A. Le débit de filtration glomérulaire
- B. La fraction de filtration
- C. Le coefficient d'ultrafiltration
- D. La sécrétion d'ADH
- E. La réabsorption de Na⁺
- F. La sécrétion de rénine

23) La rénine :

- A. A un effet vasoconstricteur direct
- B. Transforme l'angiotensinogène en angiotensine I
- C. Agit au niveau du tube collecteur
- D. Est sécrétée par le foie
- E. Sa libération est proportionnelle au contenu sodique

24) La rénine :

- A. Est une hormone synthétisée au niveau du rein
- B. Est libérée en réponse à une augmentation de la pression de perfusion rénale
- C. Est inhibée par le système sympathique
- D. Permet de convertir l'angiotensinogène en angiotensine I
- E. Est stimulée par l'orthostatisme

25) La sécrétion de rénine est stimulée par :

- A. Une hyperosmolarité plasmatique
- B. Une baisse du débit sanguin rénal
- C. Les catécholamines via les récepteurs α_2
- D. L'aldostérone
- E. L'angiotensine II

26) L'angiotensine II :

- A. Est le plus puissant vasoconstricteur
- B. Stimule la sécrétion d'aldostérone
- C. Son action sur les récepteurs AT₂ détermine une vasoconstriction.
- D. A un effet antiagrégant plaquettaire
- E. Est issue de l'angiotensine I sous l'action de la rénine.
- F. Est synthétisée au niveau du rein

27) L'angiotensine II a comme effet(s) :

- A. Stimulation de la sécrétion de la rénine
- B. Stimulation de la sécrétion d'ADH
- C. Augmentation de la réabsorption du sodium

Hypertension artérielle

- D. Stimulation de la sécrétion de noradrénaline
- E. Vasoconstriction par les récepteurs B2 adrénergiques
- F. Stimule la sensation du soif

28) La libération de l'angiotensine II est augmentée par :

- A. Une hypovolémie
- B. Augmentation de la concentration en sodium dans la macula densa
- C. Une hypotension artérielle
- D. Une hyperosmolarité
- E. La rénine
- F. Une diminution du débit sanguin rénal
- G. Une stimulation des barorécepteurs aortiques et sinocarotidiens
- H. Stimulation des osmorécepteurs hypothalamiques

29) La vasoconstriction de l'artéiole efférente est secondaire à l'action directe de :

- A. Aldostérone
- B. Angiotensine II
- C. Catécholamines
- D. FAN
- E. Rénine

30) La régulation hormonale de la volémie fait intervenir en premier :

- A. L'aldostérone
- B. Les catécholamines
- C. L'angiotensine II
- D. L'ADH
- E. L'ACTH

31) Sont des facteurs natriurétiques :

- A. ADH
- B. Adrénaline
- C. FAN
- D. Angiotensine
- E. Aldostérone
- F. BNP

32) Le FAN :

- A. Augmente la réabsorption rénale du sodium
- B. Stimule la sécrétion de rénine
- C. Augmente le débit de filtration glomérulaire
- D. Augmente la fréquence cardiaque
- E. Augmente le coefficient d'ultra-filtration

33) L'activation du système rénine angiotensine aldostérone est à l'origine de :

- A. Une rétention hydro-sodée
- B. Une vasoconstriction
- C. Une fibrose myocardique
- D. Une stimulation de la sécrétion d'ADH (vasopressine)
- E. Une diminution de l'excrétion urinaire de potassium
- F. Une diminution de l'excrétion urinaire de H⁺.
- G. Une stimulation du parasympathique

34) Le système rénine angiotensine aldostérone :

- A. Est le principal facteur hormonal de la régulation de la pression artérielle
- B. A des effets systémiques et locaux
- C. Est un système hypotenseur
- D. Est stimulé par le système parasympathique
- E. Diminue les résistances périphériques totales
- F. L'aldostérone en constitue l'agent vasoconstricteur le plus puissant

35) L'HVG secondaire à l'HTA :

- A. Est concentrique
- B. Est asymétrique
- C. Est secondaire à l'augmentation de la postcharge du VG
- D. Diminue les réserves coronaires en oxygène
- E. Est à l'origine de trouble de la relaxation du VG
- F. Son diagnostic est échographique
- G. Augmente le risque cardiovasculaire global

36) Devant quelle anomalie biologique doit-on rechercher une HTA secondaire ?

- A. Hypokaliémie
- B. Hypercholestérolémie
- C. Diabète
- D. Hyperuricémie
- E. Anémie
- F. Hyponatrémie

37) Le bilan systématique à demander devant une HTA comporte :

- A. A. urique
- B. Bilan lipidique
- C. NFS
- D. ECG
- E. Echographie cardiaque
- F. Fond d'œil
- G. Radiographie de thorax
- H. TP

38) Quels sont les signes qui orientent vers une HTA secondaire ?

- A. Antécédents familiaux d'HTA
- B. HTA modérée
- C. Race noire
- D. Insuffisance rénale sous IEC
- E. Découverte de l'HTA à l'âge de 60 ans
- F. Souffle lombaire
- G. Hypokaliémie
- H. Prédominance d'une élévation de la PAD

39) En présence d'une Urgence hypertensive, dans quel cas ne préconisez-vous pas de traitement anti-HTA dans l'immédiat ?

- A. Dissection de l'aorte
- B. OAP

- C. IDM
- D. AVC ischémique
- E. Œdème papillaire

40) Dans l'hyper-aldostéronisme primaire, on trouve :

- A. Diminution de la réabsorption de Na⁺
- B. Augmentation de l'excrétion de K⁺
- C. Activité rénine plasmatique élevée
- D. Aldostéronémie élevée
- E. Hyperkaliémie
- F. Alcalose métabolique

41) Une micro-albuminurie est:

- A. Spécifique d'HTA sévère
- B. Marqueur précoce d'atteinte rénale
- C. Peut diminuer ou disparaître sous traitement d'HTA
- D. Contre indique le traitement par les IEC
- E. Aggrave le risque cardiovasculaire global

42) En faveur d'une sténose des artères rénales :

- A. Une HTA résistante
- B. Une aggravation de la fonction rénale sous inhibiteurs calciques
- C. Un souffle lombaire
- D. Des antécédents de traumatisme lombaire
- E. Une HTA systolique isolée
- F. Une leucocyturie

43) L'objectif tensionnel à atteindre chez un hypertendu diabétique est :

- A. 140/90
- B. 130/80
- C. 130/85
- D. 140/85
- E. 120/70

44) Les deux arguments électriques en faveur d'HTA sont :

- A. BAV de premier degré
- B. Indice de Sokolow à 40 mm
- C. Axe droit
- D. Sous décalage de ST + Onde T négative en V5V6
- E. Un bloc de branche droit
- F. Une onde P ample

45) Concernant la sténose des artères rénales :

- A. L'activité rénine plasmatique est basse
- B. L'aldostéronémie est élevée
- C. Constitue la principale cause d'hyperaldostéronisme primaire
- D. Est suspectée en cas d'hypokaliémie
- E. Le traitement de référence est chirurgical
- F. La dysplasie fibro-musculaire en constitue la principale cause

- G. L'artériographie des artères rénales est indiquée en première intention pour la confirmation du diagnostic

46) Les médicaments qui peuvent donner une HTA sont:

- A. Glycerrhizine (régliste)
- B. Oestro-progestatifs
- C. Aminosides
- D. Vasoconstricteurs nasaux
- E. IPP
- F. Statines
- G. Hypnotiques

47) La sténose de l'artère rénale doit être dilatée:

- A. Dans tous les cas si elle est > 75%
- B. En cas d'OAP flash
- C. En cas d'aggravation de la fonction rénale
- D. En cas de rein atrophique non fonctionnel
- E. Seulement en cas de sténose unilatérale
- F. En cas d'HTA résistante au traitement médical optimal

48) Une HTA résistante :

- A. Est définie par une HTA avec retentissement viscéral
- B. Est définie par une PAD > 130 mmHg avec un FO stade III
- C. Est définie par des chiffres tensionnels élevés malgré une trithérapie anti-hypertensive
- D. Est rare
- E. Doit faire chercher un défaut d'observance thérapeutique ou un effet blouse blanche
- F. Est expliquée souvent par l'épuisement de l'effet du traitement anti-hypertenseur
- G. Doit faire évoquer une HTA secondaire

49) Les deux principaux signes échographiques caractéristiques du retentissement cardiaque d'HTA :

- A. Dilatation du VG
- B. Dilatation de l'aorte ascendante
- C. HVG asymétrique
- D. Altération de la fonction systolique du VG
- E. HVG concentrique
- F. Trouble de la relaxation du VG
- G. Anomalies de la cinétique segmentaire du VG
- H. HTAP

50) L'examen de référence et le gold standard dans le diagnostic de la sténose des artères rénales est :

- A. Echographie Doppler des artères rénales
- B. Echographie rénale
- C. Scintigraphie rénale
- D. Scanner abdominal

Hypertension artérielle

- E. Angio-IRM rénale
- F. Artériographie des artères rénales

51) En faveur d'un hypercorticisme :

- A. Cortisolémie de 24 H élevée
- B. Disparition du rythme nyctéméral de la cortisolémie
- C. Cortisol libre urinaire bas
- D. Obésité facio-tronculaire
- E. Antécédent de traitement au long cours par des corticoïdes
- F. Une ACTH élevée en cas d'adénome surrénalien

52) Quels sont les médicaments autorisés en cas d'HTA gravidique :

- A. IEC
- B. BB
- C. Inhibiteurs calciques
- D. ARA II
- E. Anti-hypertenseurs centraux
- F. Diurétiques

53) Les IEC ont les effets suivants:

- A. Une bradycardie
- B. Une diminution des RPT
- C. Une levée de la vasoconstriction de l'artériole efférente
- D. Une baisse débit cardiaque
- E. Une diminution de la sécrétion de rénine

54) Parmi les contre-indications des IEC :

- A. Insuffisance rénale aigue sévère
- B. Insuffisance rénale chronique stable
- C. Insuffisance cardiaque
- D. Insuffisance coronaire
- E. Sténose bilatérale des artères rénales
- F. Hyperkaliémie majeure
- G. Diabète
- H. Albuminurie

55) Parmi les effets indésirables des IEC :

- A. Insuffisance rénale aigue
- B. BAV
- C. Angioedème
- D. Hyperkaliémie
- E. Toux sèche
- F. Bouffées de chaleur
- G. Dysgueusie

56) Les diurétiques de l'anse :

- A. Agissent au niveau de la branche descendante de Henlé
- B. Augmentent la diurèse
- C. Inhibent la réabsorption du sodium

Hypertension artérielle

- D. Diminuent la kaliurèse
- E. Inhibent l'anhydrase carbonique
- F. Figurent parmi les médicaments de première intention dans le traitement d'HTA
- G. Peuvent donner une insuffisance rénale

57) Les examens suivants sont demandés systématiquement dans le cadre de surveillance du traitement diurétique :

- A. Kaliémie
- B. NFS
- C. Bilan lipidique
- D. Créatinine
- E. Bilan hépatique

58) Les antialdostéroniques agissent :

- A. Au niveau du tube contourné distal
- B. En augmentant la natriurèse
- C. En augmentant la kaliurèse
- D. En augmentant l'élimination des protons
- E. Par inhibition compétitive des récepteurs à l'aldostérone

59) Les bêtabloquants :

- A. Ont un effet inotrope négatif
- B. Inhibent la sécrétion de la rénine
- C. Ralentissent la conduction atrio-ventriculaire
- D. Peuvent aggraver une BPCO
- E. Sont contre indiqués en cas de diabète
- F. Agissent principalement sur les récepteurs B1 rénaux
- G. Peuvent masquer une hypoglycémie

60) Parmi les indications préférentielles des bêta-bloquants dans le traitement d'HTA:

- A. Une hyperthyroïdie
- B. Un OAP
- C. Une dissection de l'aorte
- D. Un syndrome coronarien aigu
- E. Insuffisance cardiaque chronique
- F. Une grossesse
- G. Phénomène de Reynaud
- H. Asthme ou BPCO sévère

61) Les inhibiteurs calciques type dihydropyridine :

- A. Ont un tropisme cardiaque
- B. Inhibent la contraction des cellules musculaires lisses vasculaires
- C. Donnent une bradycardie
- D. Peuvent donner des œdèmes des membres inférieurs
- E. Diminuent les résistances périphériques totales
- F. Sont contre indiqués en cas de phénomène de Reynaud
- G. Sont indiqués dans les troubles de rythme cardiaque

62) Les inhibiteurs calciques type non dihydropyridine :

Hypertension artérielle

- A. Ont un tropisme cardiaque uniquement
- B. Accélèrent la fréquence cardiaque
- C. Sont indiqués dans les angors spastiques
- D. Sont contre indiqués en cas de trouble conducteur majeur
- E. Sont indiqués dans les troubles de rythme cardiaque

63) En cas d'urgence hypertensive avec OAP :

- A. Il faut commencer le traitement en urgence
- B. Il faut baisser rapidement la PA jusqu'à 100 mmHg
- C. Le traitement est administré par voie orale
- D. Le traitement doit comporter des diurétiques et des dérivés nitrés
- E. Une oxygénothérapie est obligatoire
- F. Il faut réaliser un scanner cérébral pour éliminer un AVC

64) Sont des atteintes d'organe cible :

- A. Une HVG
- B. Une insuffisance cardiaque
- C. Un IPS > 1.1
- D. Une micro-albuminurie
- E. Une épaisseur intima-média > 0.9 mm
- F. Une VOP > 12 m/sec
- G. Un AIT

65) En cas d'urgence hypertensive, une baisse rapide et importante de la pression artérielle systolique jusqu'à 110 mmHg est exigée dans une situation, laquelle :

- A. IDM
- B. OAP
- C. AVC ischémique
- D. AVC hémorragique
- E. Dissection de l'aorte
- F. Œdème papillaire
- G. Crise d'éclampsie

66) Sont des facteurs de risque cardiovasculaires majeurs :

- A. L'HTA
- B. Le tabac
- C. Le diabète
- D. La sédentarité
- E. L'hypertriglycéridémie
- F. L'hypercholestérolémie
- G. L'obésité

67) Le retentissement cardiaque de l'HTA est caractérisé par :

- A. Une dilatation du VG
- B. Une fibrose myocardique efficace
- C. Une HVG concentrique
- D. Une HVG asymétrique
- E. Une augmentation de la post-charge du VG

68) Un patient âgé de 65 ans, diabétique consulte pour découverte fortuite de chiffres tensionnels élevés. L'examen somatique est sans particularités en dehors d'une pression artérielle contrôlée à 3 reprises à 190/110 mmHg. Quelle serait votre conduite ?

- A. Conseiller les règles hygiéno-diététiques puis revoir le patient dans 2 semaines
- B. Hospitaliser le patient en urgence
- C. Indiquer une MAPA pour confirmer l'HTA
- D. Prescrire d'emblée une bithérapie antihypertensive
- E. Demander des examens biologiques puis revoir le patient dans une semaine

69) Parmi ces patients hypertendus, qui sont d'emblée au moins à haut risque cardiovasculaire quel que soit le niveau de la PA?

- A. Les diabétiques
- B. Les insuffisants rénaux stade 4
- C. Les coronariens
- D. Les patients ayant une dyslipidémie
- E. Les tabagiques
- F. Les artéritiques
- G. Les patients ayant une hyperthyroïdie

70) Parmi ces complications, lesquelles peuvent être secondaires à l'HTA ?

- A. Un AVC
- B. Une embolie pulmonaire
- C. Une lithiase rénale
- D. Une fibrillation auriculaire
- E. Une insuffisance rénale
- F. Une altération de la fonction diastolique cardiaque
- G. Une insuffisance coronaire

QROC :

1. Définir l'HTA selon l'OMS :
2. Citer les trois nerfs sympathiques :
3. Citer les principaux déterminants de la pression artérielle moyenne :
4. Citer les principaux déterminants du volume d'éjection systolique :
5. Citer 2 actions du système sympathique sur l'artériole afférente rénale :
6. Définir une HTA résistante :
7. Définir une HTA maligne :
8. Citer trois intérêts de la MAPA :
9. Citer trois urgences hypertensives cardiaques :

Hypertension artérielle

10. Citer les trois stades de la rétinopathie hypertensive selon la classification de Kirkendall
11. Citer les trois moyens de mesure de la PA ainsi que les chiffres tensionnels seuils pour chaque méthode pour définir une HTA :
12. Définir les trois grades d'HTA :
13. Citer 3 indications préférentielles des IEC :
14. Citer 3 contre-indications des bêtabloquants :
15. Citer 3 effets secondaires métaboliques des thiazidiques :
16. Citer les 5 classes majeures du traitement antihypertenseur :
17. Définir une urgence hypertensive :
18. Citer les 2 mécanismes d'action des bêtabloquants :
19. Quelle est votre démarche thérapeutique en cas d'HTA grade II confirmée chez un diabétique ?
20. Citer 4 règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge de l'HTA :
21. Citer les 3 éventualités thérapeutiques en cas d'échec de la monothérapie dans le traitement d'HTA :
22. Citer 3 indications d'entamer immédiatement le traitement antihypertenseur :
23. Définir le risque cardiovasculaire global :
24. Décrire les 2 types de dissection aortique selon la classification de Stanford :
25. Quelle est votre conduite en urgence en cas de dissection aortique type A ?
26. Citer un exemple d'une association contre indiquée d'antihypertenseurs dans le traitement d'HTA :
27. Quel est le risque d'association d'un IEC avec un antialdostérone ?
28. Quel est le risque d'association d'un IEC avec un AINS ?
29. Quel est le risque d'association du bisoprolol avec le vérapamil ?
30. Citer 3 signes d'une HTA maligne :

Cas clinique n°1:

Un patient âgé de 35 ans, tabagique, consulte aux urgences pour céphalées et bourdonnement d'oreilles.

L'examen somatique est normal en dehors d'une TA à 170/105 mmHg contrôlée à trois reprises.

- 1) Si on retient le diagnostic d'HTA, quel serait son grade?
- 2) Parmi ces examens complémentaires, lesquels sont systématiques dans le bilan initial d'HTA ?
 - A) ECG
 - B) Radiographie de thorax

Hypertension artérielle

- C) Fond d'œil
- D) Créatinine sanguine
- E) Calcémie

Le patient a été mis sous Périndopril 5mg 1cp/j avec des mesures hygiéno-diététiques d'HTA et adressé à un cardiologue dans un mois pour complément de suivi.

- 3) A quelle classe thérapeutique appartient le Périndopril ?
- A) IEC
 - B) ARA II
 - C) Bêtabloquant
 - D) Inhibiteur calcique
 - E) Alpha-bloquant
- 4) Parmi les règles hygiéno-diététiques d'HTA, vous retenir :
- A) Un régime sans sel
 - B) Une réduction du poids pour un BMI < 25 Kg/m²
 - C) Un régime alimentaire riche en protéines animales
 - D) Un régime pauvre en apports hydriques
 - E) Une limitation de l'activité physique

Deux semaines après, le patient consulte aux urgences pour orthopnée.

L'examen met en évidence une TA à 220/120 mm Hg, une polypnée et des râles crépitants diffus.

La biologie montre une aggravation sévère de la fonction rénale (qui était normale) avec une hypokaliémie.

La radiographie de thorax montre un syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral.

- 5) A ce stade de l'examen, quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) :
- A) Urgence hypertensive
 - B) HTA maligne
 - C) HTA grade 3
 - D) Pic hypertensif
 - E) HTA résistante
- 6) Quelle est l'étiologie la plus probable d'HTA chez ce patient ? Citez deux arguments en faveur de cette étiologie ?

Cas clinique n°2 :

Un patient âgé de 62 ans, tabagique et diabétique, sans autres facteurs de risque cardiovasculaire connus, consulte pour des céphalées occipitales.

L'examen somatique est sans particularités en dehors d'une pression artérielle à 165/80 mmHg.

Hypertension artérielle

- 1) Quel est le niveau de risque cardiovasculaire global chez ce patient ?
- 2) Citez 4 examens complémentaires systématiques à demander.
- 3) Prescrivez-vous d'emblée un traitement antihypertenseur ? si oui, quel traitement ?

Cas clinique n°3 :

Une patiente âgée de 56 ans, sans facteurs de risque cardiovasculaire, consulte pour des chiffres tensionnels élevés.

La pression artérielle est mesurée à 150/80 mmHg.

- 1) Quelle est le grade d'HTA chez cette patiente ?
- 2) Quel est son niveau de risque cardiovasculaire global ?
- 3) Quelle serait votre attitude thérapeutique ?