



DENERVATION RENALE (DNR)

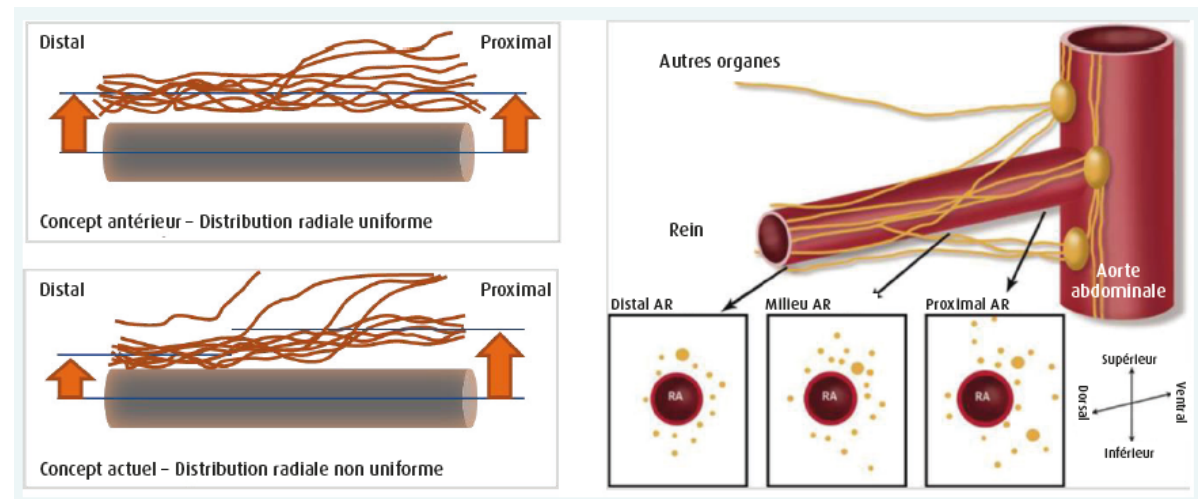
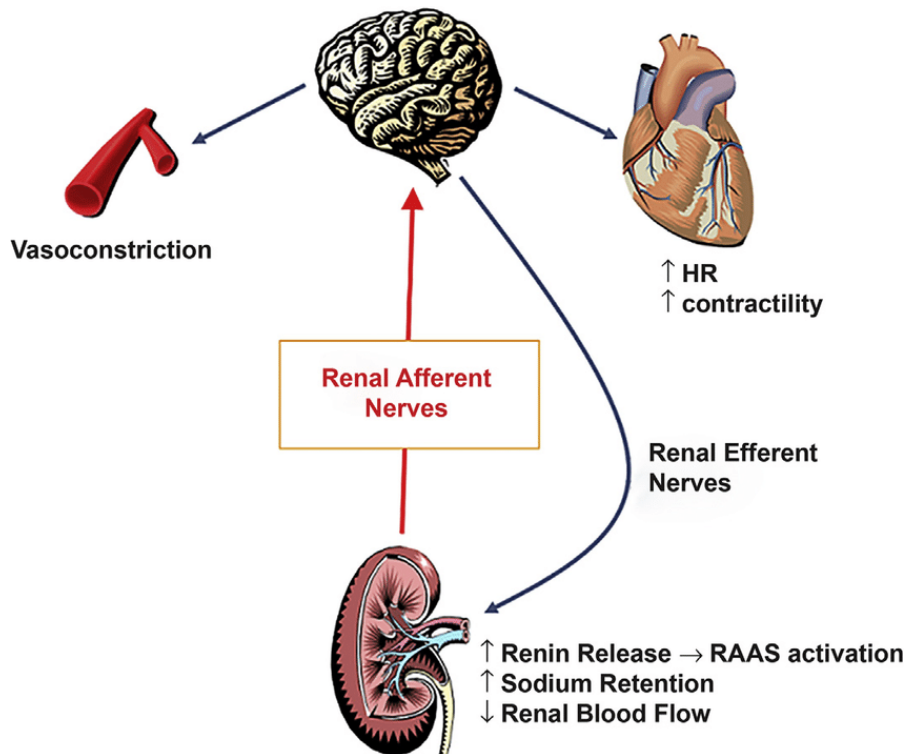
-Parcours du patient-

Dr Bruno Raskinet (cardiologie CHC Mont Légia-clinique HTA)

AsPeCaF 2025: 30^{ème} journée scientifique, le 18 octobre 2025

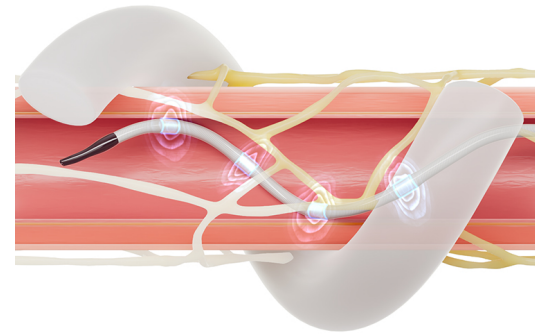
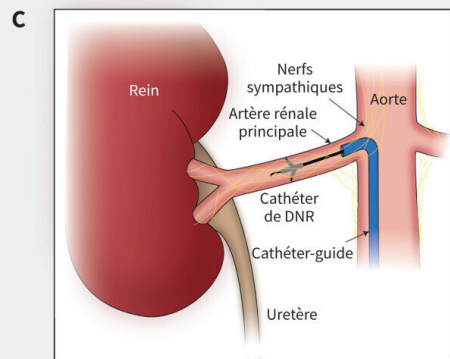
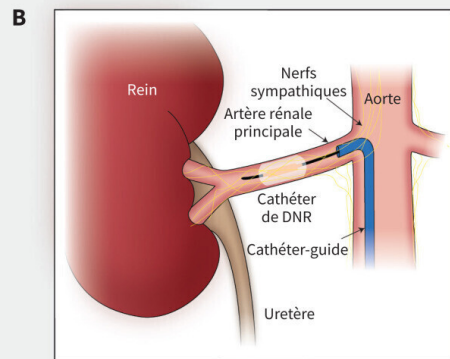
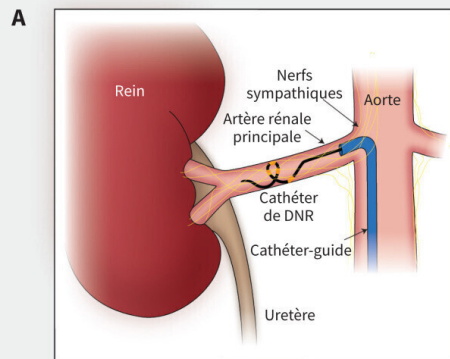
Dénervation rénale

- Procédure interventionnelle visant à interrompre l'activité électrique des nerfs destinés aux reins

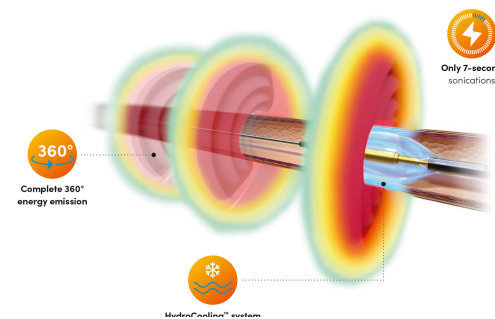
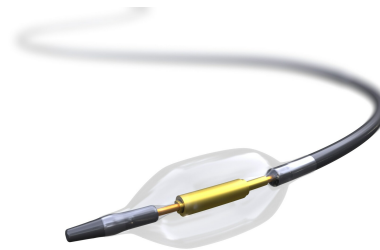


Dénervation rénale: pratique

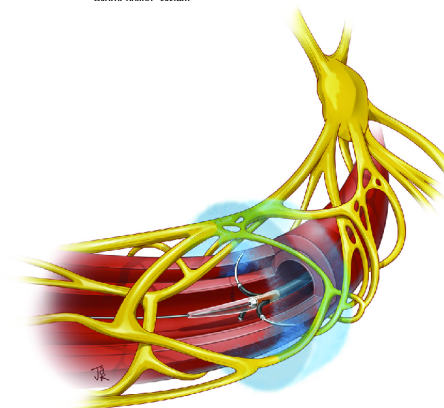
- Analgésie ou légère anesthésie (douloureux)
- Abord artériel fémoral
- 3 types de cathéters disponibles



Medtronic:
radiofréquence

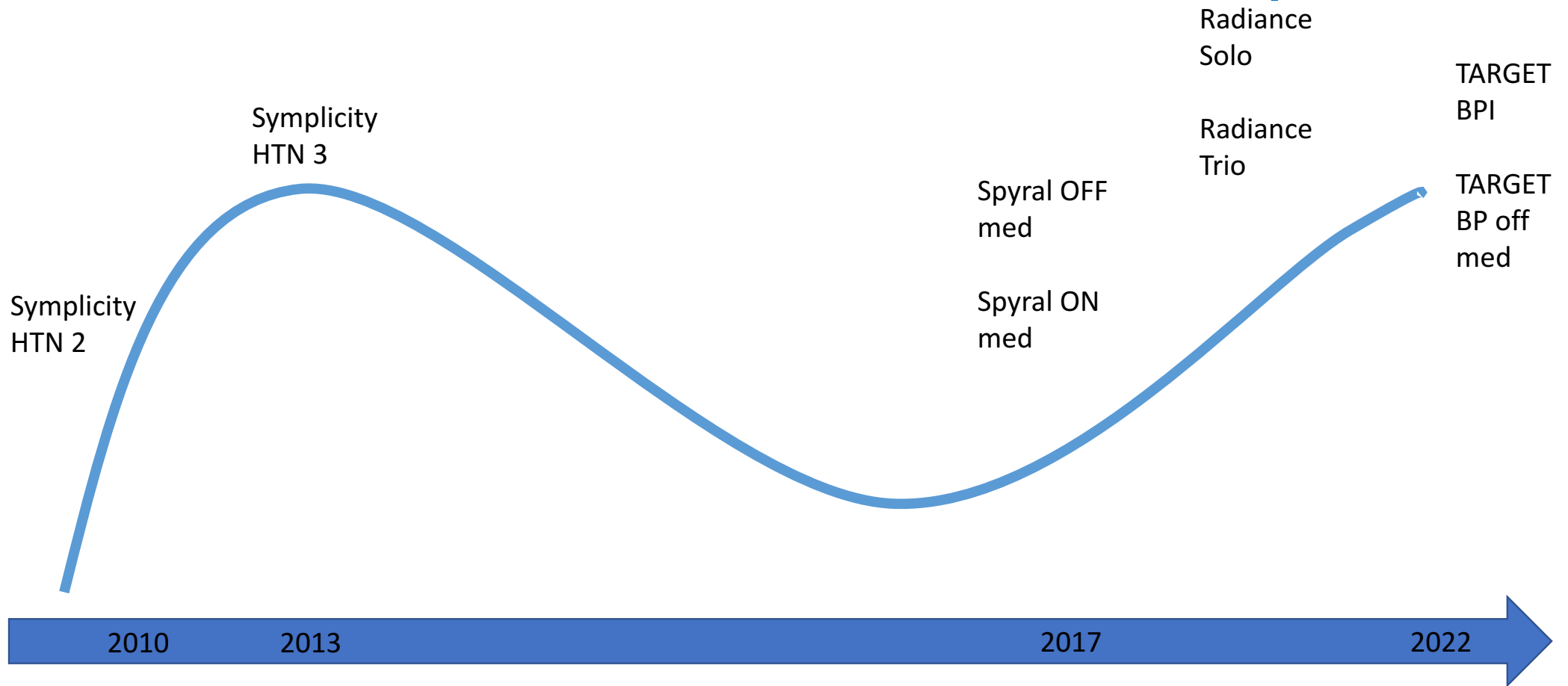


ReCor:
Ultrasons



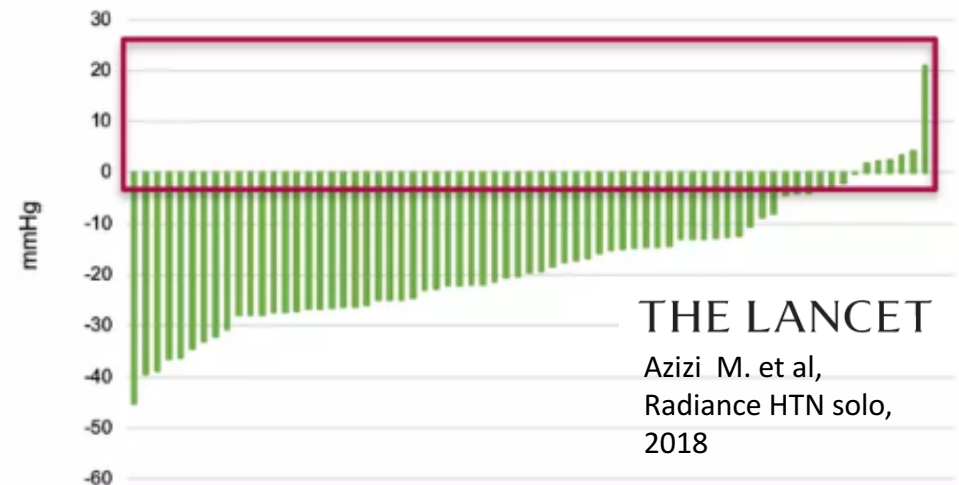
Ablative solutions:
Injection d'éthanol

Dénervation: Histoire de la technique



Dénervation rénale: résultats/sécurité

- Diminution de la tension de 6 à 12mmHg en systole/5mmHg en diastole (équivalent d'un médicament)
 - Bons vs non répondeurs
 - Maintien de l'effet à au moins 36 mois
-
- Sur 50 études (>5000pts), 26 pts avec dissection ou sténose (0,45%), souvent la première année
 - Complications au point de ponction: <<5%
 - Pas de différence statistique sur la fonction rénale

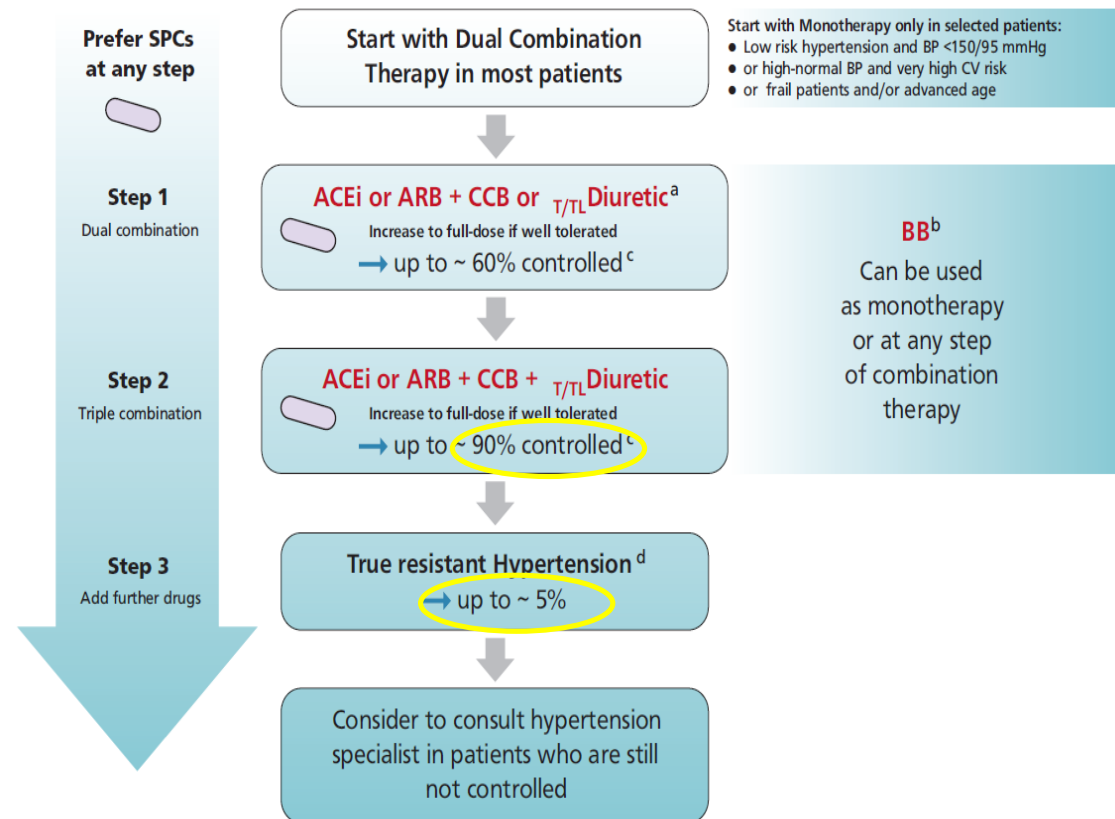
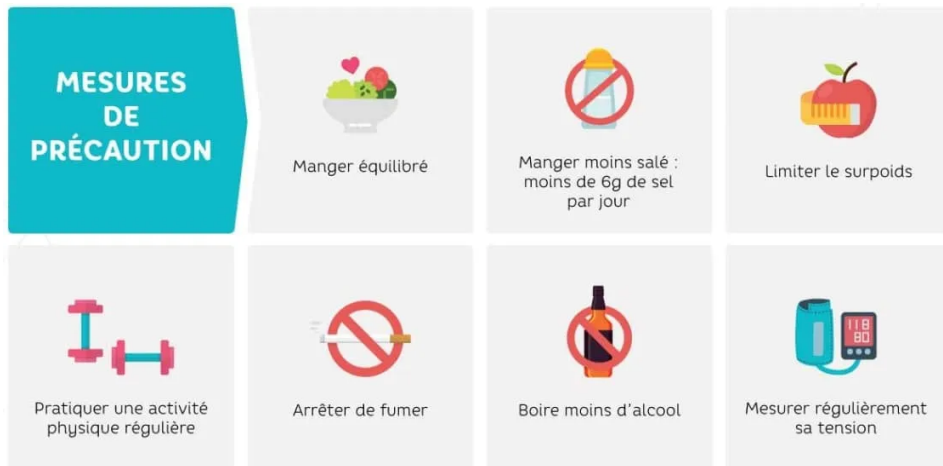


HTA: première maladie chronique

- **1 adulte/3** est hypertendu dont 22% sont des HTA sévères (grade 2 ou 3);
- **1 hypertendu/2** est traité et **1 hypertendu/4** est contrôlé;
- 93% doutent de la nécessité d'un traitement; 40% sont observants
- HTA est très délétère en termes de risque avec une réaugmentation des maladies CV ces dernières années/cardionéphropathie hypertensive
- chaque baisse de 10mmHG diminue fortement le risque CV
- Souvent nécessaire d'associer 2 voire 3 ou 4 médicaments or, plus on en donne, moins les patients en prennent!!

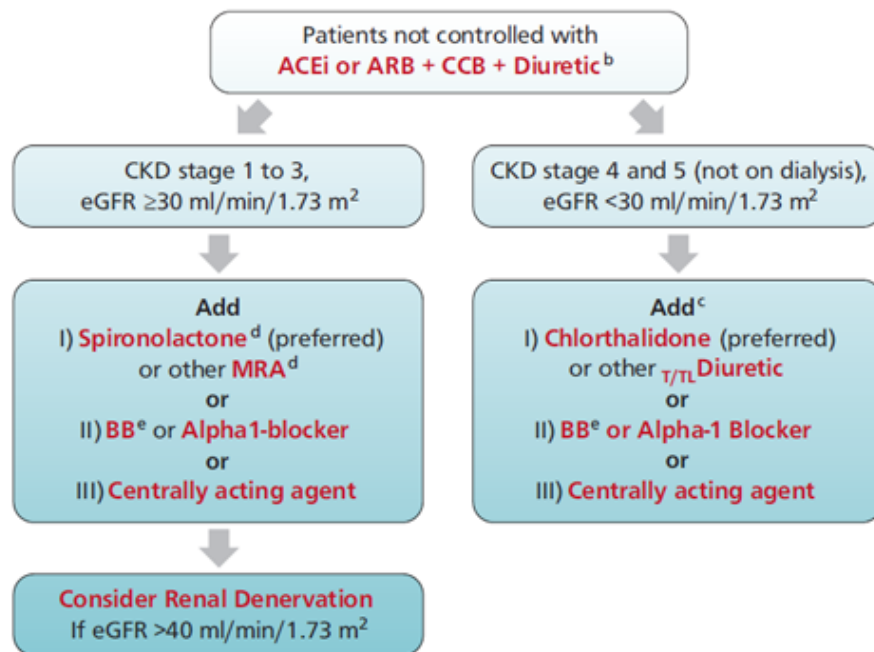
HTA: traitement

- Mesures hygiénodiététiques
- Traitement médicamenteux
- bi- puis trithérapie
- privilégier les combinaisons

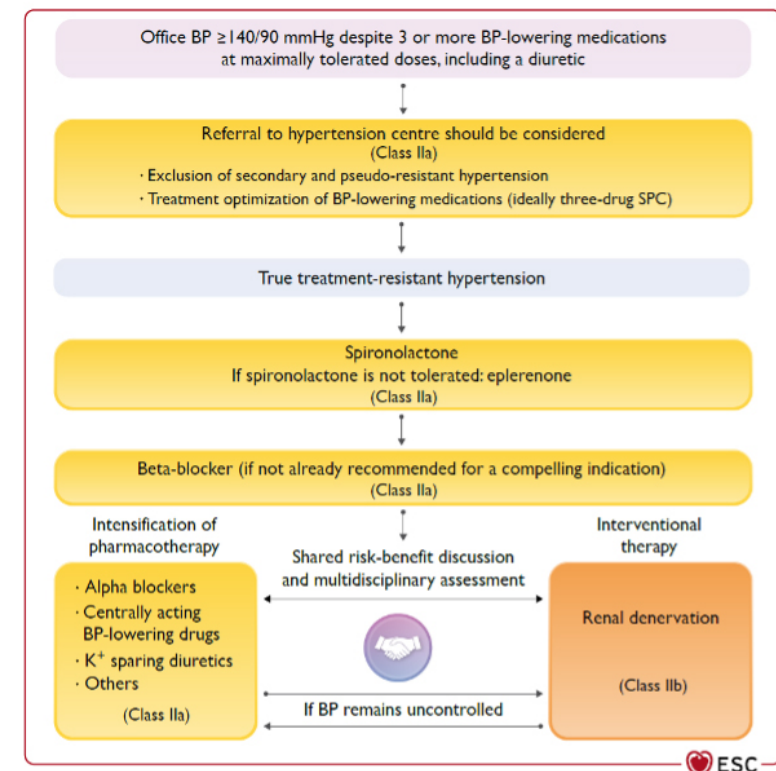


HTA: HTA résistante

-ESH 2023-



-ESC 2024-



Dénervation: consensus SFH

- **HTA primaire non contrôlée** (14/9 au cabinet, confirmée par MAPA (130/80) ou automesures (135/85))
- Malgré **3 ou >3** traitements classiques
- HTA secondaire exclue
- Exclusion d'Insuffisance rénale chronique (GFR **>40**)
- Si anatomie compatible
- **HTA primaire non contrôlée** (14/9 au cabinet, confirmée par MAPA ou automesures (135/85))
- si non observance thérapeutique (dosage urinaire)
- si intolérance/ES altérant la qualité de vie

Parcours de l'hypertendu

- Dépister/confirmer l'HTA (automesures-MAPA)
- Bilan initial (bio, questionnaire HTA secondaire)
- Suivi avec escalade thérapeutique, SN, pour contrôle des chiffres dans les 3 à 6 mois
- En cas d'HTA résistante, rechercher une HTA secondaire (endocrinos, sténose rénale, médicaments/toxiques, apnées,...)
- Mise au point pré-dénervation

CLINIQUE DE L'HTA CHC Mont Legia

- Prise en charge conjointe néphro- et cardiologie
- **Néphrologie:** Pauline Vanderweckene, Salvatore Bellavia
- **Cardiologie:** Caroline Meurice, Pieter-Jan Palmers, Bruno Raskinet
- Infirmière de référence: Valérie Lallemand (04/3554647)

NOTRE ÉQUIPE

Médecins responsables
Clinique CHC MontLegia

Cardiologie
Dr Bruno RASKINET

Néphrologie
Dr Fatima ATT-OLE

Néphrologie
Dr Salvatore BELLAVIA

Clinique CHC Waremmes

Cardiologie
Dr Anne-Cécile GERARDY

Néphrologie
Dr Pauline VANDERWECKENE

Infirmière
Véronique MESSINA - 04 355 46 47

Secrétaires
Clinique CHC MontLegia
Christiane GUISARD - 04 355 62 32
Clinique CHC Waremmes
Françoise LEBLANC - 019 33 94 50

Déléguée
Emilie BOULANGER - 04 355 50 05

CHC.be

NOUS PRENONS SOIN DE VOUS

Clinique CHC MontLegia
141 Pétillon et Beaulieu 2
4000 Liège

Cardiologie - Néphrologie
Rue de l'Église (rue de la cloche)
Parking F

Clinique CHC Waremmes
rue de Sallay-Lengheimp 47
4300 Waremmes

CHC GROUPE SANTÉ

CHC.be

CLINIQUE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA)

La tension ou pression artérielle correspond à la pression exercée par le sang sur la paroi artérielle. Elle se mesure quand le cœur se contracte (tension systolique ou haute) et quand il se relâche (tension diastolique ou basse). Elle devrait, idéalement, être inférieure à 130 de systolique et 80 de diastolique, voire plus basse selon le profil de risque.

L'hypertension artérielle se caractérise par une élévation de la pression systolique et/ou diastolique. Elle est souvent asymptomatique (« l'hypertension silencieuse ») ce qui rend son diagnostic difficile. Or, elle est très délétère au niveau cardiaque, cérébral, rénal, surtout si elle est associée à d'autres facteurs de risque (tabac, diabète).

L'hypertension artérielle est responsable, au moins en partie, de deux tiers des AVC et de la moitié des infarctus myocardiques. Elle concerne 250.000 belges dont la moitié sont diagnostiqués. La mortalité totale, en tant qu'indicateur d'impact épidémiologique, se situe au premier rang des maladies.

Le diagnostic ne peut être posé que par des mesures répétées, au cabinet du médecin, de la maison.

Le traitement comporte une adaptation de l'hygiène de vie (perte de poids, activité physique, réduction de la consommation de sel, d'alcool...), et le recours à des médicaments hypotenseurs.

LA TENSION ARTÉRIELLE (TA)

Une prise en charge efficace de l'hypertension suppose un diagnostic précis, la recherche de causes favorables, la mise en route d'un traitement bien toléré et en suivi régulier pour adapter l'effort.

C'est ce que nous vous proposons au sein de la clinique de l'hypertension. La prise en charge est assurée en ambulatoire (en consultation) et nous nous référons aux recommandations des sociétés savantes (ESH, ESC...) pour vous suivre au mieux.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA)

Nous vous recevons sur demande de votre médecin généraliste ou spécialiste. Nous dressons un premier bilan sur base d'un questionnaire que vous devez remplir pour préciser votre situation et nous orienter vers d'éventuelles causes. Une prise de sang, si elle n'a pas déjà été réalisée, et un monitoring de 24h de votre tension permettent de décider d'un éventuel complément d'exploration et du type de prise en charge.

Votre plan de suivi est établi par le cardiologue et/ou le néphrologue.

Vous êtes aussi en contact avec une infirmière de référence qui s'occupe de la bonne évolution de votre situation et vous rappelle les mesures d'hygiène et de diététique à ne pas abandonner. Une distorsion d'un spécialiste de conseil sont également consultés si nécessaire.

ADOPTER LES BONS RÉFLEXES !

Protégez votre cœur et vos reins

- Arrêtez de fumer (faîtes-vous aider au besoin)
- Mangez sainement, surveillez votre poids, votre tension artérielle, votre taux de cholestérol
- Limitez vos apports en sel, alcool, graisses, sucres
- Buvez suffisamment d'eau (1,5 à 2 litres minimum)
- Évitez le stress autant que possible
- Prenez scrupuleusement vos médicaments

ALERTE

Certains signaux doivent vous alerter et vous inciter à contacter votre médecin, votre cardiologue ou à vous présenter aux urgences :

- des céphalées, des étourdissements
- des bruits dans les oreilles, des vertiges
- une fatigue inhabituelle
- des douleurs thoraciques, dans la mâchoire, la bras gauche, le haut du dos ou un essoufflement anormal

Dénervation: Mise au point préprocédure

- Imagerie par angioCT ou IRM (vs artério: gold standard)

>> Critères d'inégibilité

- Diamètre inapproprié ou bifurcation précoce
- Calcifications abdominales +++
- Sténose >30% ou stent rénal
- Dysplasie fibromusculaire
- Rein unique ou fonctionnellement unique, rein greffé

Dénervation: péri- et postprocédure

- **Périprocédure:**

- stop anticoagulants,
- maintien des hypotenseurs (même le jour de la procédure)

- **Postprocédure:**

- ASA 75-100 1 mois postprocédure
- Suivi de la créatinine à 1 mois (selon GFR pré- et quantité de contraste)
- CT ou US dans les 6 mois-un an (sténose?)
- MAPA ou automesures à 1-3/6/12 mois pour adapter le traitement

Dénervation rénale: perspectives

- FA: étude en cours
- Insuffisance cardiaque

CONCLUSIONS:

- DNR est une technique confirmée, efficace et sûre
- DNR à considérer si
 - **GFR > 40 ml/min/1,73m²**
 - **HTA secondaire exclue**
 - **HTA confirmée** (MAPA > 13/8,5) **malgré trithérapie**
ou si ES/intolérance voire non observance/choix patient

CONCLUSIONS:

Parcours du patient:

- Confirmation et bilan initial
- traitement crescendo jusqu'à contrôle des chiffres/3-6mois
- Recherche d'une cause secondaire
- Préparation à la dénervation, si indiquée
- > aide pour prise en charge via la **clinique de l'HTA (MLE)**

04/3554647 (Valérie Lallemand)

Merci

