L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

Hypertension artérielle : quoi de neuf ?

→ **X. GIRERD**
Unité de Prévention Cardiovasculaire, Pôle Cœur Métabolisme, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, PARIS.

Le non-contrôle tensionnel chez les hypertendus traités touche en France un hypertendu sur deux

Les données chiffrées concernant le nombre d'hypertendus en situation d'HTA résistante, c'est-à-dire qui ne sont pas contrôlés lorsque les moyens thérapeutiques usuels sont utilisés, ne sont pas bien connues, en particulier des autorités sanitaires en France. Cette situation est la conséquence de la pauvreté des données épidémiologiques concernant la population des sujets traités pour une hypertension artérielle en France, mais aussi de la difficulté de définir la situation de "l'HTA résistante".

Aux Etats-Unis, l'enquête NHANES, réalisée sur la période 2003 à 2008 [1], indique que 12,8 % de la population des hypertendus traités répondent au nouveau critère retenu pour définir l'HTA résistante : prise d'au moins trois médicaments antihypertenseurs et pression artérielle au cabinet médical supérieure ou égale à 140/90 mmHg ou prise de quatre médicaments antihypertenseurs quel que soit le niveau de la pression artérielle. Si la définition de l'HTA résistante a évolué avec le temps, celle habituellement retenue actuellement est la "prise d'au moins trois médicaments antihypertenseurs dont un diurétique et pression artérielle au cabinet médical supérieure ou égale à 140/90 mmHg".

La proposition d'une nouvelle définition ne comportant plus la mention d'un traitement diurétique a pour objectif de refléter la situation actuelle de la prise en charge des hypertendus. Dans la NHANES, un diurétique était prescrit chez 85 % des sujets non contrôlés et l'hydrochlorothiazide (HCTZ) était le diurétique utilisé dans 55 % des cas d'hypertendus non contrôlés. L'ajout, dans la définition de l'HTA résistante, du groupe des hypertendus prenant quatre médicaments antihypertenseurs ou plus mais dont la pression artérielle est inférieure à 140/90 mmHg est une innovation. Dans la NHANES, ce sont 29 % du groupe des "hypertendus résistants" qui répondent à cette description. Toutefois, il faut noter que 49 % des hypertendus qui ont une prescription avec quatre médicaments antihypertenseurs ou plus ont une pression artérielle au cabinet médical supérieure ou égale à 140/90 mmHg.

Ainsi, la prise en compte du nombre de médicaments antihypertenseurs présents sur la prescription d'un sujet traité pour une hypertension est à l'évidence un marqueur de la "sévérité" de la maladie hypertensive. Si le critère "sévérité de l'HTA" était associé au nombre des antihypertenseurs prescrits, il serait retenu chez 12,8 % des hypertendus traités (seuil de 3 médicaments ou plus), chez 7 % des hypertendus traités (seuil de 4 médicaments ou plus) et chez 1,8 % des hypertendus traités (seuil de 5 médicaments ou plus). Ces résultats sur le "non-contrôle" doivent être mis en parallèle avec celui observé pour l'hypertension traitée et contrôlée (PA < 140/90 mmHg) qui est observée dans NHANES chez 59 % des hypertendus traités avec au plus trois médicaments antihypertenseurs. En revanche, 28 % des hypertendus traités sont non contrôlés, mais ont une prescription qui ne comporte qu'un ou deux médicaments antihypertenseurs.

Ces observations sont aussi faites en France par l'étude ENNS 2006 qui indique que 49,2 % des hypertendus traités sont non contrôlés et que, parmi ceux-ci, 36 % sont traités par une monothérapie et 41 % par une bithérapie. Ces hypertendus non contrôlés qui n'ont pas bénéficié d'une adaptation de leur traitement (passage à une bithérapie ou à une trithérapie) sont la conséquence de l'inertie thérapeutique des médecins. Chercher à agir contre l'inertie thérapeutique au cours de la prise en charge de l'hypertension permettrait une amélioration du contrôle de l'hypertension artérielle traitée.

La dénervation rénale par voie endovasculaire est proposée pour le traitement des hypertensions résistantes

Lorsqu'un hypertendu traité n'est pas à l'objectif tensionnel, il est décrit comme

présentant une HTA non contrôlée qui peut être la conséquence d'un usage non optimal des traitements antihypertenseurs et/ou d'une mauvaise évaluation de la PA à la consultation du fait de l'effet blouse blanche. La fréquence de l'HTA résistante dans les populations d'hypertendus est très variable et dépend de plusieurs paramètres : population étudiée, réalisation d'un bilan étiologique, présence d'une insuffisance rénale sévère, prise en charge spécialisée. Les données obtenues sur l'analyse d'une base de dossiers médicaux de patients hypertendus suivis dans un centre spécialisé dans l'HTA en France montrent qu'après une prise en charge qui suit les modalités recommandées de la prise en charge d'une HTA éventuellement non contrôlée la fréquence de l'HTA résistante est de 5 % et que c'est le non-contrôle des valeurs de la PAS qui est presque toujours à l'origine de l'HTA résistante [3].

Lorsque l'HTA résistante n'est pas contrôlée malgré une prise en charge spécialisée, une amélioration du contrôle tensionnel a été récemment rendue possible par l'application de techniques interventionnelles agissant sur la régulation nerveuse de la PA. La stimulation vagale par activation baroréflexe et la dénervation rénale par cathétérisme des artères rénales sont deux méthodes dont la mise au point est récente. L'usage de la dénervation rénale par cathétérisme des artères rénales est possible en France depuis la commercialisation d'un matériel dédié (Cathéter Simplicity, Medtronic), mais la disponibilité de cette technique reste limitée par l'absence de prise en charge par l'assurance maladie qui est en attente de son évaluation médico-économique.

Dans cette situation, plusieurs sociétés savantes françaises regroupant des spécialistes de l'hypertension artérielle, de la cardiologie et de la radiologie interventionnelle ont souhaité fournir des repères et des règles de bon usage aux médecins cliniciens et interventionnels concernant cette méthode, et un texte de consensus d'expert sur l'usage de la dénervation rénale dans l'HTA a été publié [4]. Ce consensus d'experts français limite l'indication de la technique de dénervation rénale aux patients qui ont une HTA essentielle non contrôlée sous quadrithérapie ou plus, avec un traitement comportant au moins un diurétique, la spironolactone à la dose de 25 mg ayant été inefficace, avec au moins une PAS > 160 mmHg et/ou une PAD > 100 mmHg en consultation et la confirmation d'une PAS > 135 mmHg et d'une PAD > 85 mmHg en automesure ou par MAPA (période diurne), avec anatomie des artères rénales compatible avec l'intervention (2 reins fonctionnels, absence d'antécédents d'angioplastie). La dénervation rénale est une intervention complexe pouvant présenter des risques de complication artérielle et une formation est nécessaire pour l'utilisation du matériel spécifique.

Le traitement antihypertenseur ne sera pas interrompu dans les suites immédiates du geste de dénervation rénale car l'effet sur la baisse de la pression artérielle est retardé et atteint son effet maximum après 3 mois. La surveillance de la pression artérielle, de la fonction rénale et de l'anatomie des artères rénales est nécessaire après 12 et 36 mois. Le consensus d'experts recommande l'inclusion dans un registre spécifique de tous les patients ayant bénéficié en France de cette technique de dénervation rénale.

Nouvelles recommandations de la SFHTA pour la mesure de la PA, le diagnostic et le suivi de l'hypertendu

En matière d'hypertension artérielle, toute décision diagnostique ou thérapeutique est basée sur la mesure de la pression artérielle. Mais la pression artérielle étant caractérisée par sa variabilité, l'évaluation précise du niveau tensionnel ne peut être fondée que sur la répétition des mesures. De plus, en dehors de la classique mesure auscultatoire au sphygmomanomètre, des appareils électroniques permettent des mesures automatiques et répétées de la pression artérielle en dehors de l'environnement médical (mesure ambulatoire de la pression artérielle, holter tensionnel) ou des mesures par le patient lui-même à son domicile (automesure tensionnelle). La variabilité de la pression artérielle et l'addition des méthodes de mesure entraînent des situations de discordance pour le diagnostic : effet blouse blanche sans hypertension (hypertension blouse blanche), effet blouse blanche avec hypertension permanente, hypertension masquée. Les données scientifiques récentes accordent aux mesures réalisées en dehors de l'environnement médical la valeur de décision la plus importante.

La Société française d'hypertension artérielle a rédigé en 2011 une recommandation qui propose une synthèse des données en dix points, à partir d'une analyse exhaustive des données de la littérature médicale et de leurs niveaux de preuve, sans détailler l'ensemble des informations disponibles sur ce sujet [5].

La première recommandation est : "*La Société française d'hypertension artérielle propose de privilégier la mesure électronique de la pression artérielle (PA) dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus au cabinet médical et en ambulatoire.*" Cette recommandation constitue une évolution importante car elle indique que la mesure auscultatoire n'est plus celle qui devrait être utilisée pour la prise en charge des hypertendus lors du diagnostic et du suivi des patients. Avec les appareils actuels utilisant la méthode oscillométrique, la fiabilité pour la mesure clinique est assurée pour la très grande majorité des appareils. La seule limitation persiste lorsqu'il existe une fréquence cardiaque très irrégulière (extrasystoles ou fibrilla-

L'ANNÉE CARDIOLOGIQUE

tion atriale) qui rend la mesure de tension parfois impossible, avec message d'erreur, et impose la répétition de la mesure.

Une autre recommandation dont l'application peut changer la pratique est : "*Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, sauf en cas HTA sévère.*" Cette recommandation pour la réalisation de mesures en dehors du cabinet médical avant de débuter un traitement médicamenteux afin de confirmer la permanence de l'HTA a pour objectif d'éviter le traitement injustifié des patients ayant un effet blouse blanche. La fréquence de l'effet blouse blanche, un reflet de la variabilité, augmente avec l'âge des sujets, ce qui indique l'importance d'appliquer cette recommandation en particulier chez le sujet âgé.

L'indication selon laquelle "*dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation*" a pour objectif d'encourager la réalisation d'une mesure en dehors du cabinet médical (automesure ou MAPA) dans la situation d'une HTA traitée et non contrôlée en consultation. Cette action permet d'éviter une nouvelle fois les erreurs d'appréciation liées à l'effet blouse blanche. Chez l'hypertendu traité, l'étude SHEAF a montré que, chez sujets traités et suivis en France par des médecins généralistes, 13 % présentaient un effet blouse blanche sous traitement.

Par ailleurs, la recommandation "*L'HTA masquée est définie par une PA au cabinet médical normale associée à une PA élevée en dehors (AMT ou MAPA). En cas d'HTA masquée chez l'hypertendu traité, une intensification du traitement antihypertenseur est actuellement proposée*" aborde la difficile situation de l'HTA masquée qu'il n'est aujourd'hui proposé de rechercher que chez l'hypertendu traité. Une méta-analyse [6] indique que l'HTA masquée est notée chez 16 % des hypertendus traités lorsque la mesure de tension est réalisée de façon habituelle en consultation, mais, si la pression artérielle en consultation est mesurée après un repos de 8 minutes, la fréquence de l'HTA masquée est de 29 % par référence à une automesure.

Enfin, la recommandation "*L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical*" indique qu'aujourd'hui c'est au médecin et non pas au patient d'assurer les choix pour les modifications des traitements antihypertenseurs.

POINTS FORTS

- En France, un hypertendu sur deux est traité mais non contrôlé. Améliorer la prise en charge de l'HTA impose un meilleur usage par les médecins des moyens thérapeutiques existants.
- L'hypertension résistante concerne 5 à 10 % des hypertendus. C'est pour ce groupe de patients que la dénervation rénale par voie endovasculaire offre une possibilité thérapeutique nouvelle. En France, sa disponibilité est limitée par l'absence de prise en charge par l'assurance maladie qui est en attente de son évaluation médico-économique.
- Les moyens devant être utilisés pour les mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi de l'hypertendu ont fait l'objet de recommandations émises par la SFHTA et la SFC. L'usage des méthodes électroniques au cabinet médical et de l'automesure est confirmé pour améliorer la prise en charge des hypertendus.

Bibliographie

1. PERSELL SD. Prevalence of resistant hypertension in the United States 2003-2008. *Hypertension*, 2011 ; 57 : 1 076-1 080.
2. GODET-MARDIROSSIAN H, GIRERD X, VERNAY M *et al.* Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006-2007). *European Journal of Preventive Cardiology,* 2012 ; 19 : 143-150.
3. ROSENBAUM D, VILLENEUVE F, GURY C *et al.* Fréquence de l'hypertension résistante aux traitements et indication à la dénervation rénale. *Ann Ang Cardiol,* 2012 (sous presse).
4. PATHAK A, GIRERD X, AZIZI M *et al.* Dénervation rénale pour le traitement de l'hypertension arterielle. www.SFHTA.org
5. Recommandation de la Société Française d'Hypertension Artérielle. Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. *Presse Med*, 2012 ; 41 : 221-224.
6. VERBERK WJ, KESSELS AGH, DE LEEUW PW. Prevalence, Causes, and Consequences of Masked Hypertension : A Meta-analysis. *Am J Hypertens,* 2008 ; 21 : 969-975.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.