

Editorial

Points de vue

Devant un patient porteur d'une hypertension artérielle résistante, les différents intervenants vont avoir des visions différentes.

Le **médecin généraliste** va devoir se poser et consacrer à l'hypertendu résistant à la thérapeutique du temps, de la réflexion, de l'analyse, bref plus d'énergie qu'en cas de réponse tensionnelle attendue à la thérapeutique antihypertensive.

La vision du **spécialiste** est par essence différente, que ce spécialiste soit cardiologue, néphrologue, endocrinologue ou encore interniste, il va éliminer les causes les plus fréquentes d'hypertension artérielle secondaire et "empiler" un peu différemment les différentes thérapeutiques antihypertensives.

L'**hyperspécialiste hospitalier** a lui, comme tout hyperspécialiste, une vision hyperdéformée puisqu'il évolue quotidiennement dans un univers de maladies rares, de pathologies d'exception et de patients de énième recours. Sa vision de l'hypertension artérielle résistante est bien entendu déformée par le prisme des hypertensions artérielles secondaires, des histoires de chasse et des thérapeutiques d'exception.

L'**épidémiologiste**, quant à lui, ne peut pas ne pas être intéressé par l'hypertension artérielle résistante puisque l'hypertension artérielle est l'ennemi public numéro 1, le tueur silencieux le plus efficace sur toute la planète puisqu'elle est responsable de plus de 7 millions de décès, près de 13 % de tous les décès ! L'hypertendu résistant cristallise à la fois l'insuffisance d'efficacité des thérapeutes en matière de dépistage, en matière de diagnostic, en matière de thérapeutique ; cette hypertension artérielle résistante comporte aussi bien entendu tout le surrisque cardiovasculaire lié à l'hypertension artérielle.

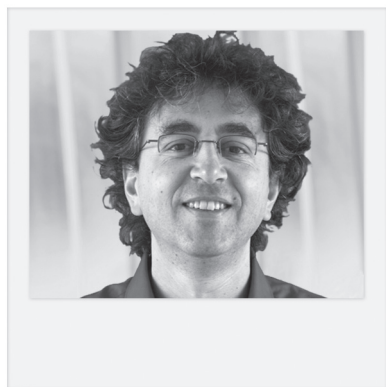
Fort de toutes ces visions différentes et complémentaires, **le thérapeute** peut prendre plusieurs postures :

– une posture irritée : ces chiffres de pression artérielle ont l'impudence de lui résister !

– une posture suspicieuse : le patient prend-il réellement les médicaments que le médecin se fatigue à lui prescrire ? Pourquoi la fréquence cardiaque ne baisse-t-elle pas sous bêtabloquants ? Pourquoi la kaliémie ne baisse-t-elle pas sous diurétiques ?

– une posture délicate de remise en question de sa compétence : dois-je continuer à "empiler" les thérapeutiques avec si peu d'efficacité ? Ai-je bien conduit mon bilan étiologique ? Ne devrais-je pas demander un avis spécialisé ?

– enfin, le thérapeute peut endosser les habits de l'innovation thérapeutique. N'est-ce pas une excellente indication à la dénervation rénale qui a passionné les foules lors du dernier congrès européen de l'*American Heart Association* ? Ne faut-il pas envisager un traitement pharmacologique d'exception ?



→ **J. BLACHER**

Université Paris Descartes ;
Centre de Diagnostic
et de Thérapeutique,
Unité Hypertension Artérielle,
Prévention et Thérapeutique
Cardiovasculaire,
Hôpital Hôtel-Dieu, PARIS.

LE DOSSIER

Hypertension artérielle résistante

Dans ce dossier sur l'hypertension artérielle résistante publié par *Réalités Cardiológicas*, plusieurs spécialistes de l'hypertension artérielle ont rappelé les bases de la stratégie diagnostique à envisager, ils ont rappelé les étiologies les plus fréquentes et ont jeté les bases des différentes thérapeutiques spécifiques en cas d'hypertension artérielle secondaire.

Néanmoins, même après avoir intégré les différentes informations contenues dans ces articles, il faudra rester modeste. En effet, même en 2011, il est toujours aussi difficile de juger avec exactitude de la bonne observance de nos patients ; même en 2011, les thérapeutiques pharmacologiques ne peuvent pas encore solutionner tous les cas d'hypertension artérielle résistante, même essentielle ; même en 2011, on en revient à des thérapeutiques de dénervation rénale, certes avec des techniques innovantes mais utilisant des concepts développés il y a plus d'un demi-siècle ; même en 2011, des doutes subsistent quant à la thérapeutique optimale de l'hypertension artérielle réno-vasculaire ou de l'hyperaldostérionisme primaire par exemple.

Nul doute que ce dossier vieillira et que de nouvelles stratégies thérapeutiques verront le jour dans les années qui viennent. Espérons finalement qu'il vieillisse rapidement et que nous ayons à notre disposition encore plus de possibilités thérapeutiques au bénéfice de ces patients difficiles.

Bonne lecture !