

Hypertension artérielle : y a-t-il vraiment des nouveautés ?

Khalid Serraj¹, Emmanuel Andrès²

¹ Service de médecine interne, CHU Mohammed VI, 59000 Oujda, Maroc
<serrajkhalid@yahoo.fr>

² Service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques, hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

L'hypertension artérielle (HTA) a toujours été un sujet de débat et d'actualité, avec notamment l'arrivée, chaque année, de nouvelles recommandations édictées par diverses sociétés savantes et par les agences gouvernementales de chaque pays [1]. Ces recommandations reposent sur les dernières données de la science, intègrent les données issues de l'*evidence based medicine* (médecine factuelle) et constituent un outil précieux pour le clinicien. Les objectifs thérapeutiques, la mesure ambulatoire et l'évolution des paradigmes du traitement de première intention sont les principaux points abordés dans les textes récents [1].

Toutefois, au regard des nombreuses « zones grises » (patients de la vie de tous les jours souvent absents des essais) et des arbitrages pris, les recommandations génèrent à chaque fois des discussions et des controverses. Parfois complexes, elles ont également du mal à être adoptées par les cliniciens. C'est également le cas des données issues des études originales.

Ainsi, ces recommandations, tout comme les données issues des études originales, se doivent toujours d'être appliquées d'une manière critique et selon une approche basée, d'abord et avant tout, sur la personnalisation du traitement en fonction du contexte particulier de chaque patient [1]. C'est d'autant plus vrai à l'aune de la médecine dite des « 3P » : « préventive », « prédictive » et « person-

nalisée ». Cela l'est tout autant à l'aune de la médecine actuelle dont on attend une obligation de résultats, médecine où le bénéfice est attendu par tous mais le risque rejeté aussi bien par les patients que par les cliniciens.

Ce texte se propose de revenir sur quelques données récentes dans le domaine de l'HTA et de répondre à une question : y a-t-il vraiment des nouveautés dans cette affection ?

Objectifs tensionnels à la baisse, hypertension artérielle masquée et effet « blouse blanche »

L'objectif tensionnel de 140/90 mmHg a été longtemps été considéré comme « seul et unique », quels que soient le contexte et le terrain. L'année 2015 a été marquée par l'arrivée des résultats de l'étude du Sprint Research Group, qui a montré la supériorité franche du traitement « intensif » sur le traitement standard. Cette étude a en effet montré que les patients ayant une pression artérielle (PA) comprise entre 120/70 et 130/80 mmHg étaient nettement avantagés, en termes de morbidité cardiovasculaire, par rapport à ceux dont la PA était comprise entre 130/80 et 140/90 mmHg (odds ratio [OR] = 0,75) [2].

Ce résultat a conduit à proposer une nouvelle définition de l'HTA, et donc une nouvelle cible tensionnelle, laquelle a été fixée à une PA

mt

Tirés à part : K. Serraj

doi : 10.1684/met.2019.0803

systolique entre 120 et 130 mmHg et une PA diastolique entre 70 et 80 mmHg – hormis chez les insuffisants rénaux et les personnes âgées, qui ont gardé le seuil historique de PA de 140/90 mmHg. Dans ce contexte, tous les auteurs s'accordent à répéter sur l'importance de maintenir la PA diastolique à un seuil supérieur à 60 mmHg chez le sujet âgé, au vu de la morbidité excessive observée en deçà de ce seuil [3].

L'HTA « masquée » et l'effet « blouse blanche » ont, quant à eux, longtemps été banalisés et n'étaient souvent pas traités. Un essai clinique consacré à ces deux conditions, réalisé en 2014 [4], a pourtant mis en évidence leur caractère pathologique, avec des risques relatifs de survenue d'événements cardiovasculaires de 1,55 (pour l'HTA masquée) et de 1,42 (pour l'effet blouse blanche), réversibles sous traitement. Cette étude démontre, à tout le moins, l'intérêt d'un suivi rapproché et l'importance de l'hygiène de vie, et invite à ne pas exclure l'option pharmacologique dans ces catégories de patients [4].

La mesure ambulatoire comme *gold standard*

La fréquence et le caractère pathologique de certaines situations comme l'effet blouse blanche, l'HTA masquée, l'hypotension orthostatique et l'HTA nocturne, associée au syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS), rendent compte de l'intérêt de combiner systématiquement la mesure ambulatoire sur 24 h à la mesure en consultation [1, 5]. En pratique, cela doit se concevoir en plus de la mesure ambulatoire trois fois par jour pendant trois jours consécutifs, qui a montré un intérêt dans le dépistage de l'HTA et le débrouillage de situations complexes.

Plusieurs études ont montré la présence d'une surmortalité documentée chez les patients présentant une HTA nocturne isolée, par rapport aux sujets normotendus et à ceux ayant une HTA essentiellement ou exclusivement diurne. Or, ni la mesure en consultation, ni l'automesure à domicile ne permettent, théoriquement, de mettre en évidence cette HTA nocturne – d'où l'intérêt de réaliser la mesure ambulatoire automatisée sur 24 h (MAPA) au moins une fois dans l'histoire d'un patient hypertendu ou présumé hypertendu [1, 5].

Un profil patient – un traitement

Le traitement d'une HTA doit être personnalisé et finement adapté au profil physiologique et pathologique de chaque patient, selon la médecine des « 3P », en vogue dans la plupart des affections chroniques [1].

Les inhibiteurs calciques (IC) et les thiazidiques sont à privilégier chez le sujet de race noire et la personne âgée, alors que les IC, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion

(IEC) et les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA2) sont les molécules de référence en cas d'hypertrophie ventriculaire gauche [1]. Les IEC et les ARA2 sont à privilégier chez le diabétique et le patient avec protéinurie [1]. D'autre part, les IC et IEC sont à privilégier en cas d'artériopathie du membre inférieur, les bêtabloquants (BB) quand il existe un terrain de cardiopathie ischémique, et les IC non dihydropyridiniques et les BB chez les patients porteurs d'une fibrillation atriale [1]. Chez la femme enceinte, les molécules à utiliser sont le méthyl-dopa, le labétalol et la nifédipine [1].

Bien entendu, ces différents traitements doivent être associés à une hygiène de vie « irréprochable », avec une alimentation saine, de l'activité physique – voire du sport – et la prise en charge des autres facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, surpoids, etc.). On est là dans une médecine globale, mais aussi ici des « 3P », loin de l'hyperspécialisation et de la segmentation des maladies et de l'organisme. À ce niveau, il importe également de bien insister sur la nécessité pour le patient d'avoir une bonne connaissance de sa maladie.

Une bithérapie d'emblée chez tout le monde ?

La revue à la baisse des cibles tensionnelles ne pouvait naturellement se traduire que par une approche plus agressive en première ligne. L'ensemble des recommandations actuelles va dans ce sens, en préconisant une bithérapie d'emblée chez l'ensemble des patients, sauf chez la personne âgée fragile et dans l'HTA stade I [1].

Force est de constater, toutefois, que la majorité des praticiens optent encore, dans leur pratique clinique, et probablement à juste titre, pour la monothérapie dans un premier temps. Les études montrent en effet que l'équilibre tensionnel est obtenu d'emblée avec la monothérapie chez environ 44 % des patients, *versus* 55 % avec la bithérapie en première ligne. La différence n'est donc pas énorme et la monothérapie en première ligne peut rester un choix tout à fait défendable à condition de respecter rigoureusement les mesures non pharmacologiques et d'être réactif, en escaladant dès que l'on s'aperçoit qu'une seule molécule n'est pas efficace, ou ne l'est que partiellement, au bout de deux à trois mois [6].

Les règles universelles de l'hypertension artérielle réfractaire

Une HTA réfractaire est définie par une non-normalisation des chiffres tensionnels, malgré une trithérapie maximale comportant un diurétique. Authentifier, vérifier l'observance, éliminer les facteurs intercurrents, chercher les causes secondaires, tels sont les réflexes incontournables.

bles à avoir avant d'envisager une escalade thérapeutique chez un patient résistant [1].

L'observance doit être évaluée aussi bien sur le volet pharmacologique que non pharmacologique (alimentation, activité). Selon le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il a été clairement établi que l'amélioration de l'observance a plus d'impact que n'importe quel nouveau médicament. Plusieurs moyens permettent d'améliorer l'observance, notamment les associations à doses fixes, qui permettent de réduire le nombre de prises, et l'éducation thérapeutique [1].

Passée l'étape de l'observance, les facteurs intercurrents doivent être systématiquement recherchés, au premier rang desquels le SAOS. Viennent ensuite les causes secondaires classiques : vasculaires, rénovasculaires, parenchymateuses rénales, endocriniennes (syndrome de Cohn, phéochromocytome, syndrome de Cushing, etc.) et médicamenteuses. Après avoir franchi toutes ces étapes, le choix du médicament à ajouter se fera entre les BB et la spironolactone, en fonction du contexte clinique de chaque patient [7].

Les thiazidiques et la peau

Deux publications récentes ont suscité de grandes inquiétudes quant à un possible effet cancérogène cutané des thiazidiques [8, 9]. Il s'agit de deux études, publiées en 2017 et en 2018, faisant état d'un risque relatif de 6,7 de survenue de tumeurs cutanées non mélanomateuses, à la dose de 25 mg d'hydrochlorothiazide. Selon ces mêmes études, le risque serait dose- et temps-dépendant, soulignant ainsi l'importance de suivre de très près les patients sous diurétiques au long cours.

S'il ne paraît pour autant pas raisonnable d'arrêter ce traitement chez un patient bien équilibré, il semble légitime qu'un sujet sous thiazidique puisse bénéficier d'une protection solaire adéquate, et d'un switch vers une autre famille thérapeutique en cas d'antécédent de cancer cutané. Cette option est d'autant plus possible actuellement avec la disponibilité d'associations à doses fixes à base d'IEC, d'ARA2 et d'IC [8, 9]. Dans ce contexte, la figure 1 présente une conduite à tenir pratique avec les

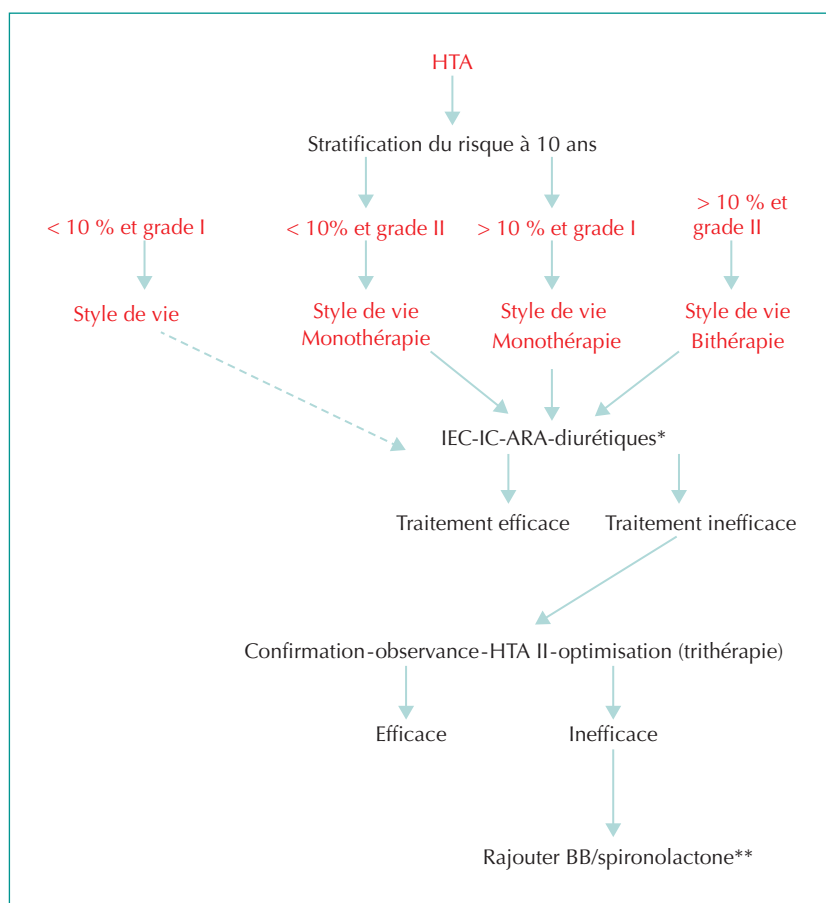


Figure 1. Proposition d'algorithme thérapeutique de l'hypertension artérielle essentielle.

*Précautions à prendre pour réduire le risque de tumeur cutanée.

**Molécule à choisir en fonction du terrain.

indications, les familles thérapeutiques et la stratégie d'escalade antihypertensive.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA versus ESC/ESH on hypertension guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019 ; 73 : 3018-26.
2. , Wright Jr JT, Williamson JD, Whelton PK, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015 ; 373 : 2103-16.
3. Protogerou AD, Safar ME, Iaria P, et al. Diastolic blood pressure and mortality in the elderly with cardiovascular disease. *Hypertension* 2007 ; 50 : 172-80.

4. Stergiou GS, Asayama K, Thijs L, Kollias A, Niiranen TJ, Hozawa A. Prognosis of white-coat and masked hypertension: International database of home blood pressure in relation to cardiovascular outcome. *Hypertension* 2014 ; 63 : 675-82.
5. Li Y, Wang JG. Isolated nocturnal hypertension: a disease masked in the dark. *Hypertension* 2013 ; 61 : 278-83.
6. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, et al. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; 13 : CD010316.
7. Doroszko A, Janus A, Szahidewicz-Krupska E, Mazur G, Derkacz A. Resistant hypertension. *Adv Clin Exp Med* 2016 ; 25 : 173-83.
8. Schmutz JL. Hydrochlorothiazide et cancers cutanés. *Ann Dermatol Venereol* 2018 ; 145 : 225-6.
9. Pedersen SA, Gaist D, Schmidt SAJ, Hölmich LR, Friis S, Pottegård A. Hydrochlorothiazide use and risk of nonmelanoma skin cancer: a nationwide case-control study from Denmark. *J Am Acad Dermatol* 2018 ; 78 : 673-81.