

COMMUNIQUÉ

Au nom de la commission IV (Maladies cardiovasculaires)

Recommandations pour la prise en charge des patients ayant une forme sévère d'hypertension artérielle

MOTS-CLÉS : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Recommendations for the management of patients with severe arterial hypertension

KEY-WORDS (Index medicus) : HYPERTENSION

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

Pierre-François PLOUIN * et Jean-Noël FIESSINGER **

Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 a supprimé de la liste des affections de longue durée (ALD) figurant à l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale l'hypertension artérielle (HTA) sévère, au motif qu'elle est la « seule ALD à constituer un facteur de risque et non une pathologie avérée ».

HTA et pathologie avérée

Alors que le diabète, qui est également un facteur de risque, confère une exonération du ticket modérateur, le motif de suppression de l'ALD pour HTA sévère (ALD12) n'est pas recevable. L'élévation de la PA est un facteur de risque d'accident coronaire et cérébral et ce risque augmente de façon linéaire avec la pression artérielle (PA) [1]. L'HTA sévère ou de grade 3 expose à un risque d'événement cardiovasculaire majeur de plus de 20 % à dix ans [2-4]. À la différence du diabète, pour lequel on n'a pas montré que le contrôle glycémique améliorerait le devenir cardiovasculaire, il est amplement démontré que le contrôle de la PA réduit l'incidence des événements cardiovasculaires, cérébrovasculaires et rénaux [6]. En particulier chez les diabétiques, le contrôle

* Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine ;
e-mail : pierre-françois.plouin@egp.aphp.fr

** Membre de l'Académie nationale de médecine ; e-mail : jean-noel.fiessenger@wanadoo.fr

Tirés à part : Professeurs Pierre-François PLOUIN et Jean-Noël FIESSINGER, mêmes adresses

de la PA est plus efficace que le contrôle glycémique en prévention cardiovasculaire et rénale [7].

Selon des données de la CNAMTS présentées à un groupe de travail sur l'HTA sévère (« Modalités de surveillance et d'organisation du parcours de soins des hypertendus sévères », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, janvier-avril 2012), les hypertendus bénéficiaires de l'ALD12 avaient une surmortalité de 51 % après ajustement sur le sexe et l'âge par comparaison aux hypertendus traités sans ALD. Ils avaient également un plus grand nombre de médicaments et de comorbidités.

Critères antérieurs de l'ALD12

Les critères qui donnaient accès pour cinq ans à l'ALD12 ont ciblé une population d'hypertendus à haut risque mais ne sont plus conformes à l'état actuel des connaissances. Ils étaient les suivants :

- une PA ≥ 180 ou 110 mmHg, ce qui est la définition internationale de l'HTA de grade 3 [3, 4]. Selon les critères d'ALD antérieurs, ces chiffres devaient être confirmés lors de trois consultations sans traitement, ce qui n'est pas de bonne pratique clinique : à ce niveau de PA, le National Institute of Clinical Excellence recommande un traitement immédiat et de revoir le patient avec le résultat d'une mesure ambulatoire de PA (MAPA) pour adapter le traitement initial [4] ;
- une PA de 140/90 à 179/109 mmHg avec complication ou retentissement cardiovasculaire ou rénal, critère qui conduit à d'autres ALD que l'ALD12 ;
- la prescription depuis trois mois de ≥ 3 classes d'antihypertenseurs, ce qui est une définition approximative de l'HTA résistante. Sa définition internationale est un objectif non atteint malgré ≥ 3 antihypertenseurs dont un diurétique, avec confirmation par MAPA ou automesure tensionnelle (AMT) d'une PA diurne $> 135/85$ mmHg [2-4].

Vers de nouveau critères

Une HTA sévère ou de grade 3 décrit la sévérité manométrique d'une HTA non traitée. C'est aussi un prédicteur indépendant d'HTA résistante : le risque relatif d'évolution vers une HTA résistante est de 4,4 par comparaison à l'HTA de grade 1 ; néanmoins toutes les HTA de grade 3 n'évoluent pas vers l'HTA résistante [7]. Il est donc logique de traiter l'HTA de grade 3 par une intensification rapide du traitement et de ne la prendre en charge à 100 % qu'en cas de résistance avérée.

Les formes sévères d'HTA peuvent être identifiés au terme d'une période d'intensification du traitement, par exemple de 3 mois, par une MAPA ou une AMT confirmant l'évolution vers une HTA résistante ; ou encore par la présence de complications. Les cas d'HTA sévère se résument alors à 2 présentations :

- l'HTA résistante avérée, une situation de prévention primaire à haut risque cardiovasculaire et rénal [8] ;
- les HTA compliquées (prévention secondaire), dont la plupart relèvent d'autres ALD que l'ALD12.

Parcours de soin pour le diagnostic d'HTA résistante avérée

Il passe par les étapes décrites dans les recommandations en vigueur [2-4] :

1. La critique du traitement : doses suffisantes, combinaisons efficaces, adaptation à la fonction rénale, pas de médicaments antagonistes comme les anti-inflammatoires.
2. L'analyse du vécu par le patient : tolérance et observance.
3. La MAPA ou l'AMT pour écarter une pseudo-résistance.
4. La recherche d'une HTA secondaire curable.

Les principaux obstacles au contrôle de la PA sont l'inertie thérapeutique et le défaut d'observance (étapes 1 et 2). Les étapes 1 à 3 relèvent généralement du cardiologue. Une difficulté est la recherche d'une HTA secondaire, en particulier d'une HTA endocrine, chez les patients recevant une polythérapie (étape 4). Cette dernière étape est familière aux spécialistes en HTA, notamment dans les centres d'excellence en HTA.

Potentiel d'économie

On peut économiser des ressources par l'emploi de la MAPA ou de l'AMT. Leur efficacité, qui est documentée [9], vient de la prévention de traitements inutiles ou, dans le cas d'une HTA apparemment résistante au traitement, de la correction de fréquents diagnostics par excès : dans une cohorte de 8 295 patients adressés pour une HTA apparemment résistante, 37.5 % avaient en réalité une PA ambulatoire contrôlée par le traitement [10]. L'usage de génériques est une autre source d'économie. Toutes les classes d'antihypertenseurs sont maintenant disponibles sous forme de génériques et ces génériques cardiovasculaires sont de bonne qualité [11]. Leur généralisation pose cependant des problèmes d'acceptabilité (variation d'aspect des multiples génériques d'une même molécule), de combinatoire (peu de génériques combinés) et de prix (certains génériques sont plus chers que la référence). Enfin un programme éducatif est capable de réduire la morbidité liée à l'HTA en améliorant l'observance des patients et la réactivité thérapeutique des médecins [12].

Conclusions

La prise en charge des formes sévère d'HTA, même avec les critères peu spécifiques proposées par l'ALD12, était justifiée par la surmortalité des hypertendus concernés. La prise en charge à 100 % de l'HTA devrait plus précisément cibler

les HTA résistantes au terme d'un parcours de soin rationnel, les HTA compliquées relevant par ailleurs d'autres ALD.

Recommandations

Les patients ayant une HTA de grade 3 doivent être traités sans délai par des médicaments antihypertenseurs, en commençant par une monothérapie ou une bithérapie en monoprise ayant une autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Outre la recherche de comorbidités, d'un retentissement viscéral et, en présence de signes d'appel, d'une étiologie, leur parcours de soin doit comporter sur quelques mois une progression du traitement antihypertenseur visant à amener la PA aux seuils recommandés.

En cas de résistance apparente au traitement, définie par un objectif tensionnel non atteint malgré un traitement par au moins trois médicaments antihypertenseurs dont un diurétique, prescrits à pleine dose, ces patients doivent bénéficier d'une MAPA ou d'une AMT. Ceux qui ont une moyenne diurne de MAPA ou d'AMT de 135/85 mmHg ou plus malgré ce traitement triple doivent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur.

L'exonération du ticket modérateur prévue dans le cadre des comorbidités ouvrant droit à une prise en charge à 100 % doit inclure la prise en charge du traitement antihypertenseur chez les patients ne relevant pas de l'exonération propre à l'HTA résistante au traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 2002, 30, 1903-13.
- [2] Haute Autorité de santé — Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : Actualisation 2005, Recommandations. [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_recommandations.pdf (Pages consultée le 30 octobre 2012).
- [3] ESH-ESC Task Force on the management of arterial hypertension. 2007 ESH-ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens.*, 2007, 25, 1751-62.
- [4] KRAUSE T., LOVBOND K., CAULFIELD M., MCCORMACK T., WILLIAMS B. — Summary of NICE guidance. *BMJ*, 2011, 343, d4891.
- [5] MURRAY C.J., LAUER J.A., HUTUBESEY R.C., NIESSEN L., TOMIJIMA N., RODGERS A., LAWES C.M., EVANS D.B. — Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet*, 2003, 361, 717-25.

- [6] OPIE L.H. — Glycaemia and heart failure in diabetes types 1 and 2. *Lancet*, 2011, 378, 103-4.
- [7] GUPTA A.K., NASOTHIMIOU E.G., CHANG C.L., SEVER P.S., DAHLOF B., POULTER N.R. — ASCOT investigators. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk. *J. Hypertens.*, 2011, 29, 2004-13.
- [8] PIMENTA E., CALHOUN D.A. — Resistant hypertension: incidence, prevalence, and prognosis. *Circulation*, 2012, 125, 1594-6.
- [9] DE LA SIERRA A., SEGURA J., BANEGAS J.R., GOROSTIDI M., DE LA CRUZ J.J., ARMARIO P., OLIVERAS A., RUILOPE L.M. — Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension*, 2011, 57, 898-902.
- [10] LOVIBOND K., JOWETT S., BARTON P., CAULFIELD M., HENEGHAN C., HOBBS F.D., HODGKINSON J., MANT J., MARTIN U., WILLIAMS B., WONDERLING D., McMANUS R.J. — Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study. *Lancet*, 2011, 378, 1219-30.
- [11] KESSELHEIM A.S., MISONO A.S., LEE J.L., STEDMAN M.R., BROOKHART M.A., CHOUDHRY N.K., SHRANK W.H. — Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2008, 300, 2514-26.
- [12] CAMPBELL N.R., BRANT R., JOHANSEN H., WALKER R.L., WIELGOSZ A., ONYSKO J., GAO R.N., SAMBELL C., PHILLIPS S., McALISTER F.A. — Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *Hypertension*, 2009, 53, 128-34.

L'Académie saisie dans sa séance du 30 octobre 2012 a adopté le texte de ce communiqué à l'unanimité.