

Editorial

Quelles nouveautés dans la prise en charge de l'HTA ?

Dans ce nouveau monde basé sur le partage instantané des connaissances par le plus grand nombre, les nouveautés dans la prise en charge de l'HTA n'ont pas été sur le devant de la scène au cours de l'année 2010. Pourtant, si l'on compare nos pratiques médicales dans le domaine de l'HTA à celles d'il y a moins d'une décennie, force est de constater que des changements significatifs se sont produits.

Dans le domaine du diagnostic de l'HTA, la réalisation de mesures de la pression artérielle en dehors du cabinet médical par une automesure ou par une MAPA avant que ne soit débuté un traitement antihypertenseur est une pratique réalisée chez un nombre de plus en plus important de sujets. Une plus grande certitude dans le diagnostic initial de l'HTA est une amélioration de la pratique médicale ayant des effets individuels majeurs et des conséquences de Santé publique qui sont encore mal évaluées. C'est l'usage plus systématique d'appareils de mesure automatisés et l'acceptation de leur fiabilité qui a rendu possible cette évolution. Les efforts de formation vers les médecins et d'information vers les patients sont à poursuivre pour espérer arriver à l'objectif que la majorité des diagnostics d'HTA soit confirmée par des mesures réalisées en dehors du cabinet médical.

Pour évaluer le retentissement de l'HTA sur les organes cibles, ce sont aussi les avancées de la technologie qui permettent aujourd'hui d'évaluer, avec une grande précision et une contrainte minime pour le sujet, l'atteinte des vaisseaux sous toutes ses formes. Alors que les preuves sont maintenant acquises de l'intérêt d'une évaluation des artères pour affiner l'évaluation du pronostic cardiovasculaire d'un hypertendu, il faut admettre que la réalisation de ces explorations est encore limitée en pratique quotidienne par le manque d'accessibilité de ces techniques. La mise au point d'un modèle médico-économique permettant l'accès du plus grand nombre d'hypertendus à ces techniques sera un des enjeux de la décennie à venir.

Le domaine des thérapeutiques de l'HTA est souvent présenté comme celui dans lequel les nouveautés n'ont pas été nombreuses au cours de la période récente. Cette vision est fautive car nous ne soignons plus, en France en 2010, les hypertendus comme il y a 10 ans. L'analyse des ordonnances indiquent qu'un bloqueur du système rénine-angiotensine (SRA) est présent dans 70 % des prescriptions, qu'une monothérapie pharmacologique est le moyen de traitement



→ **X. GIRERD**

Unité de Prévention CardioVasculaire
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Université Pierre et Marie Curie,
PARIS.

LE DOSSIER

Actualités dans l'HTA

utilisé pour 48 % des hypertendus avec comme “tiercé” l'utilisation des ARA2, des bêtabloquants et des antagonistes calciques.

Mais c'est la montée en puissance des combinaisons fixes d'antihypertenseurs qui est la marque d'un changement dans la prise en charge de l'HTA. Avec une combinaison fixe sur près d'une ordonnance sur trois en 2010, c'est du fait de la fréquence de prescription de l'association ARA2/diurétique qu'il est observé que les diurétiques sont les antihypertenseurs les plus prescrits chez les hypertendus en France. Plus récemment, la démonstration de l'efficacité, en termes de prévention cardiovasculaire, de l'amlodipine a favorisé l'augmentation de l'usage des antagonistes calciques sous la forme particulière des combinaisons fixes associées aux bloqueurs du SRA.

Si l'usage des combinaisons fixes d'antihypertenseurs est formellement indiqué comme devant faire suite à la prescription d'une monothérapie insuffisamment efficace, il est probable qu'un certain nombre de prescriptions sont réalisées en première intention. Les arguments scientifiques qui justifient cette pratique se prêtent encore largement à la controverse et les différentes recommandations sont encore contradictoires concernant cet usage “hors AMM” des combinaisons fixes d'antihypertenseurs.

Enfin, l'innovation thérapeutique a eu sa place au cours de la période récente avec l'arrivée d'une nouvelle famille pharmacologique d'antihypertenseurs : les inhibiteurs directs de la rénine. Comme nouveauté pharmacologique n'ayant pas de preuve dans des études de morbi-mortalité, son usage est contraint par les autorités sanitaires à une utilisation en seconde intention.

La démonstration de la supériorité d'efficacité en monothérapie de l'aliskiren par comparaison à un diurétique thiazidique, à un IEC et à certains ARA2, conduit à préconiser dans l'immédiat pour cette classe pharmacologique l'usage d'une stratégie de “monothérapie séquentielle” qui a comme justification de donner toute sa chance à la meilleure monothérapie avant le passage à la bithérapie. Les résultats des études de morbi-mortalité qui sont attendus à partir de 2012 viendront sans doute modifier la place de cette nouvelle classe pharmacologique dans les stratégies du traitement de l'HTA.

Dans ce dossier de *Réalités Cardologiques* consacré aux actualités dans l'HTA, les connaissances les plus récentes et l'analyse de la littérature internationale sont discutées par d'éminents experts français. Au terme de la lecture de ces argumentaires, nous ne doutons pas que les praticiens auront la conviction qu'il y a de véritables nouveautés dans la prise en charge de l'HTA.