Editorial

Hypertension artérielle en 2011 : de nouveaux choix

→ F. DIEVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Dans le domaine de l'hypertension artérielle, et alors qu'il n'y a pas eu de grands essais thérapeutiques majeurs publiés, l'année 2011 apparaît au terme d'un seul semestre comme une année majeure.

Des recommandations à première vue inattendues et en plus... par des Anglais

Une des raisons principales de ce constat est que les Britanniques, par l'intermédiaire de leur Agence de santé officielle et indépendante (le NICE) et de leur Société savante d'hypertension artérielle, ont proposé de nouvelles recommandations que certains pourront trouver surprenantes pour au moins deux raisons. En effet, en termes de diagnostic, ces recommandations proposent le recours très large à la mesure ambulatoire de pression artérielle alors que cette technique est plus onéreuse que la mesure des chiffres tensionnels au cabinet du médecin lors d'une consultation. Par ailleurs, en termes thérapeutiques, les diurétiques sont maintenant relégués en troisième intention et les bêtabloquants en quatrième intention, alors que ces classes thérapeutiques sont les moins chères, même en prenant en compte le prix des génériques des autres classes thérapeutiques.

Le système de santé anglais étant nationalisé, les dépenses mesurées et évitées, une question émerge : que vient-il de se passer en Angleterre pour que les stratégies les plus chères (*a priori*) soient proposées en première intention ? Le poids des preuves est-il en faveur des stratégies les plus chères ? Eh bien non, contrairement à ce que laisse penser une simple analyse comptable à court terme, c'est bien le poids économique des stratégies proposées qui a fait pencher les choix anglais. Les experts de ces recommandations ont ainsi proposé ces stratégies non seulement en fonction du poids de leurs preuves, mais surtout en raison de l'analyse coût-efficacité qu'ils ont conduite. Et ainsi, **plus encore que sur le poids des preuves, l'origine de ces choix repose essentiellement sur une analyse coût-bénéfice favorable de ces stratégies.**

Ainsi, si la MAPA coûte cher initialement, elle est moins onéreuse que la répétition des consultations pour évaluer le statut tensionnel d'un patient. De plus, elle évite de traiter abusivement des patients non hypertendus. Il était dès lors possible qu'une analyse coût-efficacité de cette technique penche en sa faveur. Mais, question : l'automesure n'est-elle pas moins onéreuse, d'autant qu'elle n'est pas à la charge du sys-

LE DOSSIER
HTA : les avancées et les changements de 2011

tème de santé mais à celle du patient et reproductible à l'infini ? Réponse : l'automesure n'est pas plus coût-efficace que la mesure ambulatoire de pression artérielle puisqu'elle fait aussi le diagnostic d'hypertension artérielle par excès et cela chez… 38 % des patients qu'elle détecte comme hypertendus.

Ainsi, si les diurétiques sont certes peu onéreux, les analyses coût-efficacité, au regard des bénéfices cliniques des différentes classes et de leur risque diabétogène, ont fait que les Anglais préfèrent désormais, hors cas spécifiques, ne plus les utiliser en première intention.

Les diverses sociétés savantes et agences nationales préparant de nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle proposeront-elles des choix aussi tranchés et reposant sur une analyse coût-efficacité des traitements ? Ou resteront-elles dans une analyse de type "Revue générale" des preuves disponibles conduisant à des consensus d'experts ou à des choix reposant sur des analyses financières à courte vue, c'est-à-dire des analyses comptables et non économiques ?

Un semestre d'exception

Ce qui a aussi fait de 2011 une année majeure dans le domaine de l'hypertension artérielle a été la publication à un rythme soutenu de méta-analyses, quasiment une tous les 15 jours, faisant l'analyse des données disponibles pour évaluer les réponses à de nombreuses questions allant de la pratique quotidienne aux enjeux majeurs de Santé publique de cette maladie. Lors des 20 dernières années, il ne semble pas y avoir eu une telle périodicité de publications importantes dans le domaine de l'hypertension artérielle. Toutes ces publications ont justifié d'être lues par tous les médecins, même si la conclusion de certains travaux était que leur titre ou leurs conclusions promettaient plus que ce qu'elles permettaient de conclure (cf. la méta-analyse sur la prévention secondaire parue dans le JAMA).

Si la majeure partie de ces travaux ont apporté des éléments pour la réflexion dans le domaine de l'hypertension artérielle, ils n'en sont pas moins critiquables, car la matière première qu'ils exploitent n'est parfois pas parfaitement adaptée à l'évaluation de la réponse à la question qu'ils étudiaient.

Cependant, pris dans leur globalité, ils renforcent la valeur des recommandations anglaises, en associant à l'analyse coût-efficacité le poids de nouvelles preuves des bénéfices attendus par les nouvelles stratégies thérapeutiques anglaises.

Ainsi, sans que cela en soit l'objectif principal, les études importantes parues en 2011 ont semblé conforter les choix anglais qui étaient principalement basés sur une analyse coût-efficacité. En reprenant les études disponibles depuis 2009, et au-delà de l'analyse médico-économique, les choix proposés par le NICE sont confortés par des données importantes parmi lesquelles :
– une méta-analyse de 2009 qui a montré que les antagonistes calciques préviennent mieux les AVC que les autres classes thérapeutiques, et que les bêtabloquants préviennent moins bien les AVC que les autres classes thérapeutiques. Cela peut donc justifier le recours large aux antagonistes calciques en première intention, notamment chez le sujet âgé, particulièrement à risque d'AVC, et la relégation des bêtabloquants en quatrième intention,
– les ARA 2 sont associés à une meilleure observance et il en est quasiment de même pour les IEC. Inversement, les diurétiques, et il en est quasiment de même pour les bêtabloquants, sont associés à la moins bonne observance. Cela peut donc justifier le recours large aux ARA 2 et aux IEC en première intention, et la relégation des diurétiques et des bêtabloquants en troisième et quatrième intention,
– les diurétiques, les IEC et les ARA 2 préviennent l'insuffisance cardiaque alors que ce n'est pas le cas des bêtabloquants. Cela justifie une nouvelle fois la relégation des bêtabloquants en quatrième intention. Le risque d'AVC étant plus important que le risque d'insuffisance cardiaque chez les hypertendus, le fait que les antagonistes calciques soient supérieurs aux diurétiques pour prévenir les AVC peut aussi justifier qu'ils soient proposés avant les diurétiques dans le traitement de l'hypertension artérielle…

Ainsi, une grande partie des publications récentes paraît justifier les choix fait par les experts du NICE et de la Société britannique d'hypertension artérielle.

Quelles recommandations pour la pratique ?

Si les choix anglais sont donc intéressants à prendre en compte, ils n'en constituent pas moins des choix résultant d'une analyse possible des données scientifiques, faite par un groupe d'experts à un moment donné. Cela, pour rappeler que, malgré le poids attribué aux recommandations pour la prise de décision médicale, un texte de recommandations n'est pas une donnée scientifique mais une analyse, parmi plusieurs possibles, par un groupe d'experts de données de la science. Elles ne peuvent pas faire loi. Plus encore, on ne peut qu'être étonné lorsque l'on apprend que de nombreux étudiants en médecine apprennent, aujourd'hui, la médecine par l'intermédiaire des recommandations et que, pour certains, les recommandations semblent constituer la quintessence de la science. Longtemps, l'étudiant, voire le médecin, a délégué sa faculté de réflexion à un "maître à penser" ; il semble maintenant qu'il l'a délègue en plus à un groupe désigné d'experts, sans chercher à comprendre

comment se construit une connaissance scientifique et quelles sont ses possibilités de réfutation…

Dans le contexte de cette réflexion, une étude parue en 2011 est d'un intérêt particulier. Elle rappelle en effet les limites des recommandations des sociétés savantes. Depuis plusieurs années, tant dans le domaine de l'hypertension artérielle que dans celui du diabète et que dans celui de l'insuffisance rénale, les diverses sociétés savantes et agences nationales ont été d'accord pour proposer d'abaisser la pression artérielle en dessous de 130/80 mmHg chez le diabétique et chez l'insuffisant rénal. C'est une recommandation unanime, elle est donc considérée par beaucoup comme valide, sinon validée. Il est même probable que, lors d'un examen, l'étudiant qui aurait proposé une cible tensionnelle inférieure à 140/90 mmHg et non à 130/80 mmHg chez un diabétique aurait perdu des points. Cependant, si cette recommandation est unanime, elle n'a rien d'une vérité scientifique : son niveau de preuve de bénéfice est en effet égal à zéro. Et il est difficile de le rappeler tant l'unanimité est faite sur cette cible tensionnelle dans toutes les publications et discours… Renforçant encore le poids d'une telle recommandation, mais tout en ne reposant que sur les mêmes arguments théoriques et indirects, en 2007, la Société européenne d'hypertension artérielle proposait que, chez les patients à très haut risque cardiovasculaire, la pression artérielle soit abaissée par un traitement antihypertenseur, même si elle était inférieure à 140/90 mmHg. Cependant, et probablement parce que le poids des preuves manquait et que l'hypothèse d'une courbe en J dans la relation entre chiffres tensionnels sous traitement et risque cardiovasculaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire ne pouvait être éliminée avec certitude, en 2009, la même Société européenne d'hypertension artérielle faisait marche arrière. Elle indiquait que le poids des preuves ne permettait pas de proposer une cible tensionnelle inférieure à 130/80 mmHg chez les patients à haut risque, et notamment chez le diabétique. Une cible tensionnelle comprise entre 130 et 140 mmHg devenait ainsi l'objectif raisonnable de la prise en charge.

En 2011, dans la revue *Circulation*, est parue une méta-analyse très perturbante. Elle montre en effet que, chez les diabétiques, il y a une diminution du risque d'AVC proportionnelle à la réduction de la pression artérielle systolique, et cela jusqu'à des valeurs inférieures à 130 mmHg : Ouf ! les experts des recommandations n'avaient peut-être pas tort. Mais, alors que la mortalité diminue lorsque la pression artérielle systolique est inférieure sous traitement à 135 mmHg, cela n'est plus le cas lorsqu'elle est inférieure à 130 mmHg, suggérant l'existence d'une courbe en J et un effet néfaste du traitement qui annulerait le bénéfice enregistré sur la diminution des AVC. Oups ! les experts des recommandations avaient-ils oublié qu'un bénéfice sur un critère n'est pas la garantie d'une absence de risque sur d'autres critères ?

Alors, quels choix faire en 2011 : suivre les Anglais ou s'en tenir aux recommandations nationales qui limitent l'utilisation de la MAPA, cela d'autant que cet acte diagnostique n'a pas de cotation à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et est donc, paradoxe lorsque l'on voit les avancées anglaises… hors nomenclature en France.

Rappelons que si les recommandations ont un intérêt certain pour la pratique et l'amélioration de la qualité des soins, leur qualité laisse parfois à désirer. D'autres choix peuvent être faits que ceux proposés dans des recommandations, dès lors que le médecin, libre de sa prescription en dernier recours, peut justifier les choix qu'il a faits dans l'intérêt du patient. La médecine basée sur les preuves est une synthèse entre les données acquises de la science, auxquelles il faut avoir un accès direct et pour lesquelles il faut posséder une capacité d'analyse, et une situation clinique spécifique. Elle ne doit pas être l'application mécanique de recommandations.

Conflits d'intérêts de l'auteur : Honoraires pour conférences ou conseils pour les laboratoires : Abbott, Astra-Zeneca, BMS, Boehringer-Ingelheim, IPSEN, Menarini, MSD, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis France, Servier, Takeda.

www.realites-cardiologiques.com

Pour nous retrouver, vous pouvez :

- soit vous rendre à l'adresses suivante : www.realites-cardiologiques.com
- soit utiliser, à partir de votre Smartphone, le flash code* imprimé sur la couverture du numéro et dans cet encadré.

** Pour utiliser le flash code, il vous faut télécharger une application Flash code sur votre Smartphone, puis tout simplement photographier notre flash code. L'accès au site est immédiat.*