

SYMPOSIUM European Society of Cardiology

Contrôler l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque de mortalité prématurée en Europe. Elle est responsable de plus de 7 millions de décès par an dans le monde. Sa prise en charge constitue une priorité en termes de diagnostic, de traitement et de contrôle.

L'ESH [1] recommande des objectifs tensionnels inférieurs à 140/90 mmHg et à 130/80 mmHg chez les diabétiques et les patients à haut risque cardiovasculaire. Des études épidémiologiques montrent qu'une tension normale "haute" est associée à un risque cardiovasculaire 1,8 fois plus élevé, et ce risque augmente de façon exponentielle au-delà de deux facteurs de risque. Une baisse, même faible, du niveau de pression artérielle permet de réduire celui-ci de façon significative (étude FEVER). Or, dans la plupart des pays, le contrôle tensionnel est très insuffisant chez les patients traités (34 % en Allemagne, 29 % en Angleterre, 55 % au Japon).

Les nouveaux traitements antihypertenseurs à notre disposition visent à optimiser le contrôle tensionnel et, ainsi, à réduire le risque cardiovasculaire des patients hypertendus. Parmi eux, l'olmésartan est l'ARA2 le plus efficace de sa classe dans le contrôle de l'HTA [2]. Il permet également une réduction plus importante du niveau de pression artérielle en comparaison au ramipril, au sein d'une population d'hypertendus âgés de plus de 65 ans (étude ESPORT [3]). En pratique courante, l'utilisation d'une monothérapie est souvent insuffisante et justifie le recours à des associations d'antihypertenseurs. L'ESH préconise désormais d'initier d'emblée une bithérapie antihypertensive chez les

patients à haut risque cardiovasculaire, si possible, en association fixe, afin de permettre un contrôle précoce de la pression artérielle. Les associations recommandées comprennent les diurétiques, les ARA2, les IEC et les antagonistes calciques. Ils peuvent être associés entre eux de façon indifférente (*cf. figure 1*), à l'exception des IEC et des ARA2 dont l'utilisation concomitante n'est pas conseillée (étude ONTARGET [4]). L'olmésartan, en association avec l'amlodipine, est plus efficace qu'en monothérapie [5]. Selon les études cliniques, entre 23 et 33 % des hypertendus nécessiteraient trois médicaments ou plus. Ainsi, dans l'étude TRINITY [6], la combinaison olmésartan/amlodipine/thiazidique a prouvé sa supériorité par rapport à toutes les associations comprenant deux de ces trois molécules chez les patients à haut risque cardiovasculaire. Cette trithérapie permet, à long terme, de contrôler 90,3 % des patients (étude BP-CRUSH [7]), et cela avec une bonne tolérance.

Enfin, l'observance au traitement joue un rôle clé dans la prise en charge de l'hypertendu. L'inobservance est la première cause d'échec des traitements. L'adhésion du patient doit être facilitée par la prescription de combinaisons fixes qui simplifie la prise des traitements.

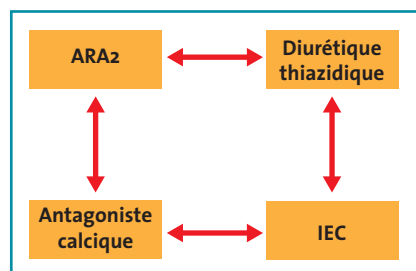


FIG. 1.

Ainsi, la prise en charge de l'HTA apparaît comme une priorité de Santé publique. Les Sociétés Françaises d'Hypertension Artérielle et Neurovasculaire ont pour objectifs de traiter et de contrôler 70 % des hypertendus en 2015.

Bibliographie

1. MANCIA G. *et al.* Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Journal of Hypertension*, 2009; 27: 2121-2158.
2. FABIA M. Antihypertensive activity of angiotensin II AT1 receptor antagonists. *Journal of Hypertension*, 2007, 25: 1327-1336.
3. MALACO E. Antihypertensive efficacy and safety of olmesartan medoximil and ramipril in elderly patients with mild to moderate essential hypertension. *Journal of Hypertension*, 2010; 28: 2342-2350.
4. YUSUF S. The ongoing telmisartan alone and in combination with ramipril global endpoint trial. *N Engl J Med*, 2008, 358: 1547-1559.
5. BARRIOS V. Olmesartan medoximil plus amlodipine increases efficacy in patients with moderate to severe hypertension after monotherapy. *Clin Drug Investig*, 2009; 29: 427-439.
6. OPARIL S *et al.* Triple therapy with olmesartan medoximil, amlodipine besylate and hydrochlorothiazide in adult patients with hypertension. *Clinical therapeutics*, 2010; 32: 1252-1269.
7. WEIR M *et al.* A titrate-to-goal study of switching patients uncontrolled on antihypertensive monotherapy to fixed-dose combinations of amlodipine and olmesartan medoximil ± hydrochlorothiazide. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2011; 13: 404-412.

F. Pontnau
Hôpital Saint-Joseph-PARIS
Compte rendu d'un symposium
organisé par les Laboratoires
Daiichi Sankyo dans le cadre de l'ESC.