

**European Society of Hypertension
13-16 juin 2014 – Athènes**

Morceaux choisis

Rédaction : Dr B. Vaïsse

Ce document est un compte rendu et/ou résumé des communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien institutionnel des Laboratoires Servier.

COMITÉ D'HONNEUR

Pr J. Acar, Pr M. Bertrand, Pr J.P. Bounhoure,
Pr J.P. Bourdarias, Pr M. Brochier, Pr J.P. Broustet,
Pr A. Casassoprana, Pr J. Deanfield,
Pr J.M. Gilgenkrantz, Pr P. Godeau, Pr R. Gourgon,
Pr R. Grolleau, Pr L. Guize,
Pr P. Hugenholtz, Pr J. Kachaner, Pr H. Kulbertus,
Pr J. Lanfranchi, Pr P. Lesbre, Pr S. Levy,
Pr J.M. McKenna, Pr J.M. Mallion, Pr G. Motté,
Pr A. Nitenberg, Pr J.Y. Neveux, Dr J.P. Ollivier,
Pr J. Puel, Pr M. Safar, Pr K. Schwartz,
Pr P.W. Serruys, Pr R. Slama, Pr B. Swynghedauw,
Pr P. Touboul, Pr P.E. Valère

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr J. Amar, Pr P. Amarenco, Pr M.C. Aumont,
Pr J.P. Bassand, Pr J.P. Becquemin, Pr A. Benetos,
Pr A. Berdeaux, Pr J. Blacher, Pr J.J. Blanc,
Pr O. Blétry, Pr M.G. Bousser, Pr E. Bruckert,
Pr B. Chamontin, Pr B. Charbonnel, Pr A. Cohen,
Pr S. Consoli, Pr Y. Cottin, Pr J.C. Daubert,
Pr J. de Leiris, Pr M. de Lorgeril, Pr H. Douard,
Pr J.L. Dubois-Randé, Pr H. Eltchaninoff,
Pr J.L. Elghozi, Pr J. Ferrières, Pr M. Galinier,
Pr J. Garot, Pr P. Gibelin, Pr T. Gillebert,
Pr X. Girerd, Pr P. Guéret, Pr P.J. Guillausseau,
Pr A. Hagège, Pr T. Hannedouche, Pr O. Hanon,
Pr L. Hittinger, Pr B. Jung, Pr Y. Juillière,
Pr E. Kieffer, Pr J.M. Lablanche, Pr A. Leenhardt,
Pr J.Y. Le Heuzey, Pr D. Loisançe,
Pr J. Machecourt, Pr J.L. Mas, Pr G. Meyer,
Dr J.P. Monassier, Pr J.J. Mourad,
Pr G. Montalescot, Pr A. Pavie, Pr R. Roudaut,
Pr D. Sidi, Pr M. Slama, Pr G. Slama,
Pr J.L. Schlienger, Pr G. Steg, Pr D. Thomas,
Pr C. Tribouilloy, Pr P. Valensi, Pr E. Van Belle

COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr B. Brembilla-Perrot, Dr J. Chapman,
Dr B. Cormier, Dr X. Copie, Pr J.N. Dacher,
Dr M. Dahan, Dr T. Denolle, Dr F. Diévert,
Dr P. Dupouy, Dr F. Extramiana, Dr L. Fermont,
Dr J.M. Foulst, Dr D. Himbert,
Pr Ph. Hoang The Dan, Pr P. Jourdain,
Dr J.M. Juliard, Dr D. Karila-Cohen, Pr J.P. Laissy,
Dr S. Lafitte, Dr D. Logeart, Dr D. Marcadet,
Dr P.L. Massoure, Pr J.L. Monin, Dr M.C. Morice,
Pr A. Pathak, Dr J.F. Paul, Dr D. Payen,
Dr O. Paziand, Dr F. Philippe,
Dr G. Pochmalicki, Dr P. Réant, Dr Ph. Ritter,
Pr J. Roncalli, Dr C. Scheublé, Dr L. Tafanelli,
Dr B. Vaisse, Pr B. Vergès

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr M. Genest

CONSEILLER SCIENTIFIQUE

DIRECTEUR DES OPÉRATIONS SPÉCIALES

Dr F. Diévert

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

RÉALITÉS CARDIOLOGIQUES

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. : 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : cardio@performances-medicales.com

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

CHEF PROJET WEB

J. Nakache

IMPRIMERIE

Impression : Léonce Deprez – Arras
Commission Paritaire : 0117 T 81117
ISSN : 1145-1955
Dépôt légal : 4^e trimestre 2014

Sommaire

- Hyperaldostéronisme primaire** 4
D'après les communications de A. Morganti et de J. Manolopoulou
- Prise en charge de l'HTA systolique prédominante** 5
D'après la communication de A. Dominiczak
- Diabète et atteintes vasculaires** 6
D'après les communications de E. Gavrilaki et de C. Cardoso
- La pression systolique est-elle toujours la plus importante ?** 7
D'après la communication de N.R. Poulter
- HTA et fibrillation auriculaire** 8
D'après les communications de A. Mondry et de M. D'Avino
- Rechercher une efficacité complémentaire pour contrôler l'HTA systolique** 8
D'après la communication de R. Asmar
- Les grandes études** 10
D'après les communications de M. Satoh et de A. Hornslien
- Association inhibiteur calcique-diurétique thiazidique : données nouvelles** 11
D'après la communication de F. Messerli
- Actualités sur la dénervation rénale** 12
D'après les communications de G. Bakris, de J. Widimsky et de M. Azizi
- Adhérence au traitement antihypertenseur** 14
D'après les communications de C. White, de E. Florczak et de G. Reach

Compte rendu rédigé par le Dr Bernard Vaisse

CHU Timone – MARSEILLE

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : honoraires pour des conférences et/ou des articles pour les Laboratoires Servier, Novartis, Boehringer-Ingelheim, Daiichi Sankyo.

European Society of Cardiology

13-16 juin 2014 – Athènes

Morceaux choisis

Le congrès conjoint de la Société européenne d'hypertension et de la Société internationale d'hypertension s'est déroulé cette année à Athènes du 13 au 16 juin. Plus de 4 000 spécialistes internationaux se sont rencontrés à l'occasion de cette manifestation.

Que retenir en quelques mots ?

>>> **Au niveau diagnostique**, la fréquence importante de l'hyperaldostérionisme primaire dans le bilan d'une hypertension artérielle résistante.

>>> **Au niveau pronostique**, la réaffirmation du risque cardiovasculaire lié à la pression artérielle systolique.

>>> **Au niveau thérapeutique**, on est frappé par l'importance de la mauvaise adhérence au traitement confirmée par plusieurs études utilisant des dosages sanguins ou urinaires des antihypertenseurs. De ce fait, les associations fixes de 2 ou 3 médicaments semblent logiques. Dans l'hypertension artérielle systolique prédominante, l'intérêt de l'association inhibiteur calcique-diurétique a été de nouveau souligné par plusieurs intervenants.

>>> **En ce qui concerne la dénervation rénale**, G. Bakris est revenu sur les raisons de l'échec de l'étude SIMPLICITY HTN-3. Une nouvelle étude tchèque, l'étude PRAGUE-15, s'est également révélée négative, mais l'étude multicentrique française DENER-HTN a montré un avantage significatif de la dénervation *versus* le traitement médical standardisé. Il reste donc beaucoup à faire dans ce domaine, notamment déterminer avec plus de précisions quels sont les patients bons répondeurs à la dénervation ?

>>> **Enfin**, l'étude SCARTS n'a toujours pas montré de bénéfice à 3 ans de la prescription d'un ARA2 en phase aiguë d'un AVC. L'étude OHASAMA s'est, elle, intéressée aux hypertendus blouses blanches, vrais ou partiels et a révélé que ces derniers avaient un mauvais pronostic d'AVC sur un long suivi de 15 ans.

Ainsi, beaucoup de nouveautés intéressantes ont été débattues sous les pierres du Parthénon et sous un chaud soleil méditerranéen !

Rendez-vous est pris pour l'an prochain à Milan.

Hyperaldostéronisme primaire

1. Hyperaldostéronisme primaire : données cliniques et algorithmes diagnostiques

D'après la communication de A. Morganti (Milan, Italie).

La prévalence de l'hyperaldostéronisme primaire varie selon les études, de 8 à 32 %. Dans l'étude italienne PAPY, la prévalence est de 10,5 % et se subdivise en 59 % d'hyperplasie surrénalienne et 41 % d'adénome de Conn [1]. Les effets délétères de l'aldostérone sur le système cardiovasculaire sont largement connus : fibrose et remodelage ventriculaire, potentialisation des catécholamines et de l'angiotensine 2, rétention sodée, dysfonction endothéliale, effet prothrombotique et inflammatoire au niveau de la paroi vasculaire. Une comparaison récente entre hypertendus présentant un hyperaldostéronisme et hypertendus essentiels montre que le risque de fibrillation auriculaire est multiplié par 5, celui d'infarctus du myocarde par 2,6, celui de coronaropathie par 1,9 et celui d'insuffisance cardiaque par 2,9 [2]. La prévalence de l'hyperaldostéronisme primaire est plus importante chez les

sujets jeunes âgés de moins de 50 ans, chez les hommes et en présence d'une hypokaliémie < 3 mmol/L [3].

A. Morganti a présenté un algorithme diagnostique (fig. 1) :

- en présence d'éléments cliniques évocateurs tels que hypokaliémie, hypertension résistante, substitution potassique chez des patients sous diurétiques, il est recommandé de doser le rapport aldostérone/rénine après arrêt des médicaments interférant avec le système rénine-angiotensine (bêta-bloquants, IEC, ARA2 depuis au moins 15 jours; diurétiques thiazidiques et spironolactone depuis au moins 6 semaines) et remplacement par un traitement neutre (alphanbloquants, inhibiteurs calciques à longue durée d'action);

- en présence d'un rapport aldostérone/rénine > 30 : effectuer un test de freination par perfusion de sérum salé (2 litres en 2 heures), ce qui a pour effet de diminuer la sécrétion d'aldostérone;

- en cas d'absence de freination par le sérum salé, le diagnostic d'hyperaldostéronisme primaire est confirmé, et on peut effectuer, en cas de nodule surré-

nalien unilatéral, un dosage sélectif par cathétérisme des veines surrénaliennes qui permettra de faire la différence entre adénome (traitement chirurgical) et hyperplasie (traitement médical).

La précision du dosage de la rénine active est supérieure à celui de l'activité rénine plasmatique. Le dosage de l'aldostérone sur 24 heures (ainsi que du rapport aldostérone/créatinine urinaire sur échantillon, plus aisé à pratiquer) a également une bonne valeur diagnostique. Enfin, le cathétérisme sélectif des veines surrénaliennes est un geste invasif, non dépourvu d'effets secondaires; il convient donc de le réserver à des centres spécialisés et de ne pas le proposer aux patients contre-indiqués ou ne désirant pas une chirurgie, ainsi que chez les sujets jeunes de moins de 40 ans présentant un hyperaldostéronisme net avec une imagerie typique d'adénome surrénalien unilatéral et glande surrénalienne controlatérale normale et, enfin, dans les cas d'hyperaldostéronisme primaire familial. La méthodologie du cathétérisme veineux surrénalien est complexe et permet de définir différents index de sélectivité du cathétérisme, de latéralisation de la sécrétion et de suppression de la sécrétion controlatérale.

Les facteurs prédictifs du succès tensionnel d'une chirurgie surrénalienne d'adénome sont le jeune âge, la courte durée de l'hypertension artérielle (5-10 ans), le faible nombre de médicaments pris par les patients, l'importance de la pression artérielle préopératoire, une fonction rénale normale, un IMC < 25, le sexe féminin, l'absence d'atteinte des organes cibles ainsi que l'absence d'histoire familiale d'hypertension artérielle. La chirurgie surrénalienne a un rapport coût/bénéfice favorable puisqu'une étude récente rapporte une économie de 31 000 dollars en faveur de la chirur-

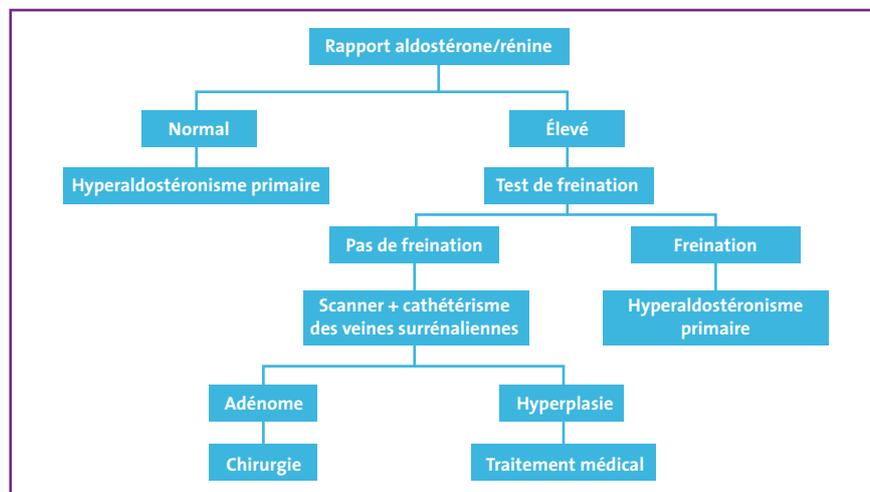


Fig. 1: Algorithme diagnostique des hyperaldostéronismes proposé par A. Morganti.

gie par rapport au traitement médical [4]. Le traitement médical comprend la spironolactone ou l'éplérénone (en attente d'AMM spécifique en France) en cas d'intolérance, en association à un anticalcique.

2. Prévalence de l'hyperaldostéronisme primaire dans l'HTA résistante

D'après la communication de M. Doumas (Thessalonique, Grèce).

Dans une étude grecque publiée dans le *Lancet* en 2008, la prévalence de l'hyperaldostéronisme primaire dans l'HTA résistante est de 11 % ; elle est plus importante dans d'autres séries pouvant aller jusqu'à 20 % [5] (**fig. 2**). La prévalence de l'hypokaliémie dans l'hyperaldostéronisme primaire est de 46 %. Le diagnostic suspecté sur l'existence d'un rapport aldostérone/rénine > 30 sera confirmé par un test de freination de la sécrétion d'aldostérone (inférieure à 5 ng/dL) après perfusion de 2 litres de sérum physiologique en 4 heures. Un test thérapeutique basé sur l'administration de spironolactone pourra être proposé car, bien qu'il ne soit pas spécifique, il a une bonne valeur diagnostique.

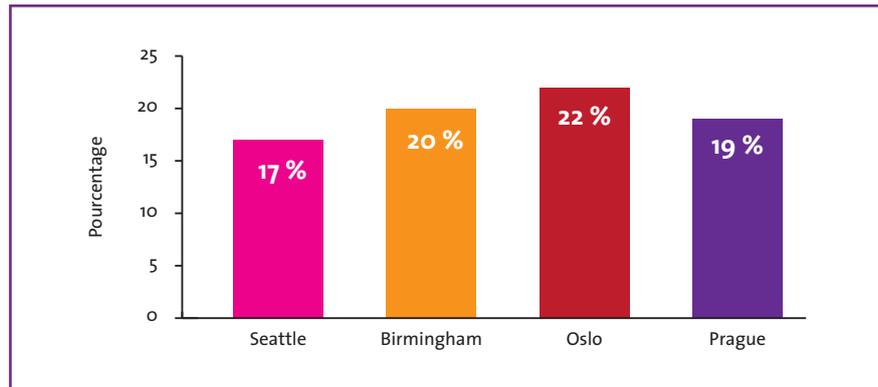


FIG. 2 : Pourcentage de l'hyperaldostéronisme primaire dans l'HTA résistante dans différentes études.

3. Les différentes méthodes de dosages biologiques de l'aldostérone et de la rénine en immuno-essais

D'après la communication de J. Manolopoulos (Boldan, Grande-Bretagne).

Il existe des différences notables et des variations de l'ordre de 25 à 30 % entre les différentes méthodes de dosage. Le niveau défini pour le rapport aldostérone/rénine est supérieur à 1,1 ng/dL ou micro-unités par mL pour le système anglais IDS/Isis. Pour le test de charge en sel, la diminution du taux d'aldostérone à moins de 5 ng/dL reste un critère

de positivité de la freination de l'aldostérone par l'inflation hydrosodée, en faveur d'un hyperaldostéronisme par hyperplasie surrénalienne.

Bibliographie

1. ROSSI GP *et al.* *J Am Coll Cardiol*, 2006; 48:2293-2300.
2. SAVARD S *et al.* *Hypertension*, 2013;62:331-336.
3. SANG X *et al.* *Journal of Hypertension*, 2013;31:1465-1472.
4. SYWAK M. *et al.* *British Journal of Surgery*, 2002; 89:1587-1593.
5. CALHOUN D. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2006; 1:1039-1045.

Prise en charge de l'HTA systolique prédominante

D'après une communication de A. Dominiczak (Glasgow, Écosse) présentée dans le cadre d'un symposium satellite organisé par les laboratoires Servier.

Si avant 50 ans, la majorité des patients hypertendus ont une HTA systolo-diastolique, après 60 ans, c'est l'hypertension systolique prédominante qui est la forme la plus fréquente d'hypertension artérielle pour atteindre jusqu'à plus de 90 % après 80 ans. Il est établi depuis longtemps maintenant que le mauvais contrôle de l'hypertension artérielle dans les pays occidentaux est largement attribué à une prise en charge déficiente des élévations de la pression artérielle systolique [1]. La **figure 1** illustre la fréquence des hyper-

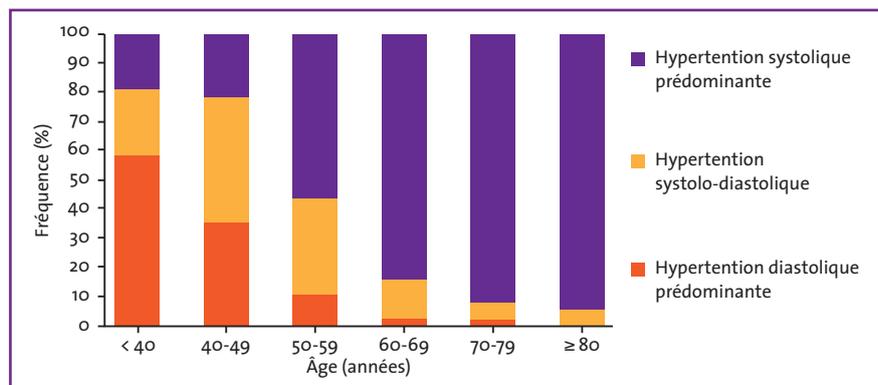


FIG. 1 : Fréquence des HTA non contrôlées en fonction de l'âge des patients et du type d'HTA.

tensions non contrôlées en fonction du type d'HTA et de l'âge des patients. On sait également que le risque d'AVC augmente en fonction de la pression artérielle systolique, et ce surrisque est d'autant plus important que les patients sont âgés [2].

La première étude ayant validé le bénéfice du traitement de l'hypertension systolique du sujet âgé est l'étude SHEP (*Systolic Hypertension in the Elderly Program*) qui, en 1991, a démontré qu'un diurétique (la chlortalidone), éventuellement associé à un bêtabloquant (aténolol), réduisait l'incidence des AVC de 36 %, d'un composite associant

infarctus du myocarde non fatals et décès coronaires de 27 %, des événements cardiovasculaires majeurs de 32 % et de la mortalité totale de 13 %, comparativement au placebo [3]. Quelques années plus tard, l'étude européenne SYST-EUR a rapporté le bénéfice d'un traitement anticalcique (la nitrendipine), éventuellement associé à un IEC (énalapril) et à un diurétique (hydrochlorothiazide), en mettant en évidence une réduction du risque d'AVC de 42 % et des événements cardiovasculaires de 31 % [4].

Dans les dernières recommandations (2013) de l'ESH, un chapitre est consacré spécifiquement au sujet âgé. Concernant

l'HTA systolique isolée fréquente dans cette population, les experts recommandent l'utilisation des antagonistes calciques et des diurétiques [5].

Bibliographie

1. CHOBANIAN AV *et al.* *N Engl J Med*, 2007;357:789-796.
2. LEWINGTON S *et al.* *Lancet*, 2002;360:1903-1913.
3. SHEP Cooperative Research Group. *JAMA*, 1991;265:3255-3264.
4. STAESSEN JA *et al.* *Lancet*, 1997;350:757-764.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 2013;31:1281-1357.

Diabète et atteintes vasculaires

1. Les facteurs de risque de la dysfonction sexuelle chez les hypertendus diabétiques de type 2

D'après la communication de E. Gavriilaki (Thessalonique, Grèce).

Dans cette étude grecque, 281 patients (60,5 % de femmes et 39,5 % d'hommes, âge moyen : 67 ans, pression moyenne : 151/81 mmHg) ont été suivis. Des questionnaires de dysfonction sexuelle ont été proposés : le *female sexual dysfunction index* (FSFI) aux femmes et l'*international index of erectile function* (IEF) aux hommes ainsi que des échelles de dépression et d'anxiété utilisant les questionnaires de Zunc et Hamilton.

La majorité des patients (88,6 %) a déclaré souffrir d'une dysfonction sexuelle. L'analyse en régression logistique montre que la prévalence de la dysfonction sexuelle est influencée par le sexe féminin (OR : 3,73), l'âge (OR : 1,1), l'anxiété (OR : 3,7) et la dépression (OR : 1,13).

Cette étude met donc l'accent sur l'utilité pour les cliniciens de détecter chez les

hypertendus diabétiques de type 2 un dysfonctionnement sexuel, notamment chez les femmes présentant un fort score de dépression ou d'anxiété.

2. Interactions entre pression artérielle ambulatoire et hémoglobine glyquée chez les hypertendus diabétiques de type 2

D'après la communication de C. Cardoso (Rio de Janeiro, Brésil).

Les mauvais contrôles tensionnel et glycémique sont des déterminants importants du mauvais pronostic cardiovasculaire des patients diabétiques. Dans l'étude prospective brésilienne présentée ici, 565 patients diabétiques de type 2 ont été suivis en moyenne 5,75 ans. La pression artérielle clinique et ambulatoire des 24 heures ainsi que le contrôle glycémique (hémoglobine glyquée) ont été mesurés à l'inclusion dans l'étude dont l'objectif principal était la survenue d'accidents cardiovasculaires fatals et non fatals. 38 événements fatals ont été colligés au cours du suivi. L'élévation conjointe de la pression

artérielle systolique (PAS) (HR : 1,68 ; IC 95 % : 1,00-2,85 ; p = 0,05 pour la mesure clinique et HR : 2,08 ; IC 95 % : 1,11-3,90 ; p = 0,023 pour l'enregistrement sur 24 h) et de l'HbA_{1c} (HR : 1,77 ; IC 95 % : 1,07-2,94 ; p = 0,028) est prédictive d'un pronostic cardiovasculaire délétère.

Ces facteurs ont des effets indépendants et additifs. L'impact pronostique d'une hémoglobine glyquée élevée (supérieure à 7 %) a été observé chez les patients dont la PAS ambulatoire était élevée (HR : 2,16 ; p = 0,012) mais pas chez ceux chez lesquels elle était basse (HR : 0,71 ; p = 0,56).

Ainsi, dans cette étude, le bon contrôle de la PAS ambulatoire des hypertendus diabétiques de type 2 semble abolir l'effet négatif du mauvais contrôle glycémique sur le pronostic cardiovasculaire. Ce résultat n'est pas retrouvé pour la PAS mesurée en clinique. Il confirme l'importance pratique et pronostique de l'utilisation de la pression artérielle ambulatoire chez les hypertendus diabétiques de type 2.

La pression systolique est-elle toujours la plus importante ?

D'après une communication de N.R. Poulter (Londres, Grande-Bretagne) présentée dans le cadre d'un symposium satellite organisé par les laboratoires Servier.

L' hypertension artérielle reste la première cause de mortalité et de handicap dans le monde. Le risque de mortalité par accident vasculaire cérébral (AVC) et par maladies ischémiques augmente globalement avec l'âge et également dans chaque décade en fonction du niveau de pression artérielle systolique (**fig. 1**) [1].

Dans la population anglaise générale, la pression artérielle systolique des femmes est inférieure à celle des hommes jusqu'à l'âge 60 ans, puis les deux courbes se rejoignent progressivement ; la pression artérielle diastolique, quant à elle, décroît dans les deux sexes à partir de 60 ans [2]. Cette évolution des niveaux tensionnels explique la prévalence des HTA systoliques prédominantes dans les deux sexes après l'âge de 60 ans.

Quant au contrôle de l'HTA, un essai anglais récent dont l'objectif était d'évaluer l'évolution des prises en charge des hypertendus entre 1994 et 2011 confirme que l'hypertension artérielle n'est contrôlée que chez 37 % des patients (données 2011), et que ce contrôle est meilleur pour la pression diastolique que pour la systolique : 76,4 mmHg pour la pression artérielle diastolique moyenne pour les hypertendus traités et 139,5 mmHg pour la systolique moyenne sous traitement (données 2006) [2].

Toutefois, les projections établies par les auteurs de cet essai sont encourageantes puisqu'ils estiment qu'en 2022 80 % de la population anglaise hypertendue traitée sera efficacement contrôlée,

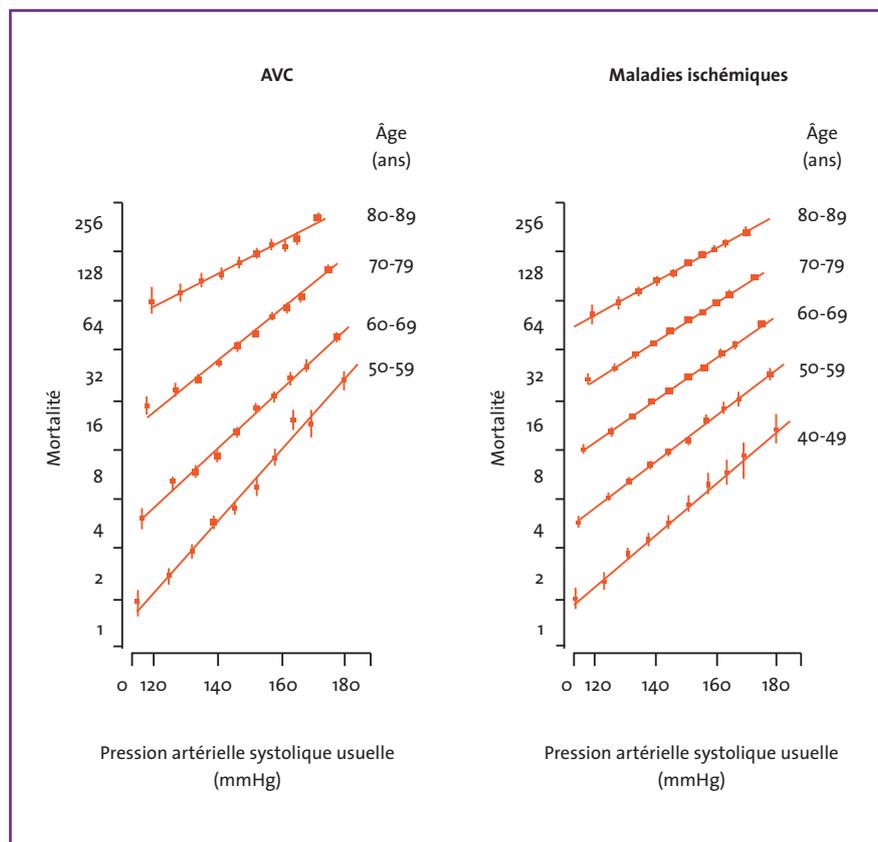


FIG. 1: Courbes de mortalité par AVC et maladie coronarienne en fonction des niveaux de pression artérielle systolique et de l'âge.

ce qui permettra d'éviter 35 000 morts cardiovasculaires et 50 000 événements cardiovasculaires majeurs par rapport à 2011.

La question de l'importance de la baisse tensionnelle sous traitement est toujours débattue. En effet, trop marquée, elle pourrait être délétère comme le confirment plusieurs essais cliniques qui retrouvent une courbe en J pour le

risque de survenue d'infarctus du myocarde (mais non pour l'AVC) [3].

Bibliographie

1. LEWINGTON S *et al.* *Lancet*, 2002;360: 1903-1913.
2. FALASCHETTI E *et al.* *Lancet*, 2014;383: 1912-1919.
3. MANCIA G *et al.* *Circulation*, 2011;124: 1727-1736.

HTA et fibrillation auriculaire

1. La sévérité de l'hypertension artérielle est corrélée au score CHA₂DS₂-VASC chez les patients en fibrillation atriale. Implication pour la prévention des AVC

D'après la communication de A. Mondry (Singapour).

Les recommandations internationales préconisent l'utilisation du score CHA₂DS₂-VASC pour identifier les patients en fibrillation atriale pouvant bénéficier d'un traitement anticoagulant afin de réduire le risque d'AVC. Le but de cette étude pilote, conduite à l'hôpital national universitaire de Singapour, était d'établir une corrélation entre la sévérité de l'HTA et le score CHA₂DS₂-VASC. 100 patients consécutifs ont été inclus et le nombre de médicaments antihypertenseurs a été utilisé comme marqueur de la sévérité de l'HTA. Une corrélation significative ($p = 0,011$) a été retrouvée entre le score CHA₂DS₂-VASC et le nombre de médicaments (**fig. 1**).

Cette étude pilote nécessite cependant d'être confirmée par des études plus

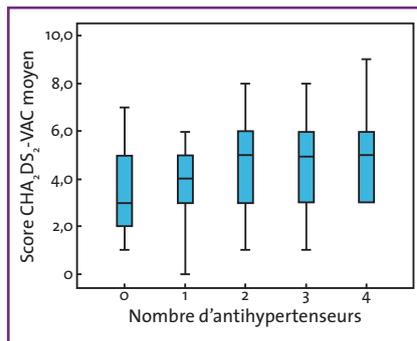


FIG. 1: Score CHA₂DS₂-VASC en fonction du nombre d'antihypertenseurs.

importantes regroupant des populations diverses et d'ethnies différentes.

2. Variabilité de la mesure ambulatoire de la pression artérielle chez les patients en fibrillation auriculaire

D'après la communication de M. D'Avino (Naples, Italie).

Cette équipe napolitaine a étudié 135 sujets âgés de 69,7 ans et répartis en deux groupes: un premier groupe en fibrillation auriculaire et un second

groupe en rythme sinusal appariés selon le sexe, la pression systolique, le traitement antihypertenseur, les événements cardiovasculaires, le diabète et le tabagisme. La pression artérielle ambulatoire a été enregistrée chez tous les patients avec un appareil Spacelabs 90217. Le nombre moyen de mesures a été plus important chez les patients en rythme sinusal que chez ceux en fibrillation auriculaire (60 vs 54; $p = 0,05$). Pour la pression systolique, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes, aussi bien pour la période d'éveil que de sommeil (125,6 versus 126,3 mmHg et 118,1 versus 116,3 mmHg); il en est de même pour la déviation standard et le coefficient de variation. La pression diastolique des patients en fibrillation auriculaire était supérieure à celle des patients en rythme sinusal (82,3 versus 73 mmHg), de même pour la déviation standard et le coefficient de variation.

Ces résultats confirment donc l'intérêt de l'enregistrement ambulatoire de la pression artérielle chez les patients hypertendus âgés en fibrillation auriculaire.

Rechercher une efficacité complémentaire pour contrôler l'HTA systolique

D'après une communication de R. Asmar (Paris) présentée dans le cadre d'un symposium satellite organisé par les laboratoires Servier.

Le principal déterminant physiopathologique de l'hypertension systolique est l'augmentation de la rigidité artérielle qui entraîne une augmentation du retour prématuré de l'onde de réflexion artérielle et donc l'élévation de la pression systolique. Les recommandations 2013 de la Société européenne d'hypertension artérielle

recommandent les anticalciques et les diurétiques comme traitements préférentiels de l'hypertension artérielle systolique du sujet âgé (recommandation I, niveau A) [1]. Leur association est également considérée comme synergique. Dans une méta-analyse, l'amlodipine a permis d'obtenir une baisse plus importante de PAS que la lercanidipine,

et l'indapamide une baisse plus importante de PAS en comparaison à l'hydrochlorothiazide (**fig. 1**) [2].

Différentes études ont été consacrées à cette association thérapeutique:

>>> L'étude EFFICIENT [3] a évalué l'association de 1,5 mg d'indapamide et

d'amlodipine chez 196 patients, âgés en moyenne de 52,3 ans. 55 % des patients n'avaient jamais été traités et 45 % n'étaient pas contrôlés. Sous traitement à l'étude, la baisse de pression artérielle systolique (critère primaire) a été importante (-28,5 mmHg) sur l'ensemble de la population. Le contrôle tensionnel a été obtenu chez 85 % des patients à 45 jours.

>>> L'efficacité de l'association de 5 à 10 mg d'amlodipine et de 1,5 mg d'indapamide *versus* 5 à 10 mg d'amlodipine en association à l'énalapril a fait l'objet de l'étude NESTOR, un essai en double aveugle qui a inclus 570 hypertendus diabétiques non contrôlés suivis pendant 1 an [4]. Dans un premier temps, les patients ont reçu 1,5 mg d'indapamide

ou de l'énalapril. Chez les 291 patients non contrôlés par ces monothérapies, 5 puis 10 mg d'amlodipine ont été rajoutés dans les deux bras. L'association de l'indapamide et de l'amlodipine s'est révélée significativement plus efficace que l'association de l'énalapril et de l'amlodipine sur le critère primaire (fig. 2) : baisse de la pression systolique de 26,1 mmHg sous l'association indapamide-amlodipine *vs* 20,5 mmHg sous l'association énalapril-amlodipine et plus grand nombre de répondeurs : 86 % *vs* 78 %. La fréquence des œdèmes des membres inférieurs (critère secondaire) a été similaire avec les deux traitements (4,4 % pour l'association indapamide-amlodipine et 4,5 % avec l'association énalapril-amlodipine).

>>> La troisième étude rapportée par R. Asmar a été l'étude X-CELLENT. Il s'agit d'un essai multicentrique, randomisé *versus* placebo qui a comparé 4 groupes parallèles : placebo, candésartan 8 mg, amlodipine 5 mg et indapamide 1,5 mg sur la variabilité de la pression artérielle (critère primaire). 2370 patients ont été inclus dont 496 ont bénéficié d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle après 3 mois de traitement. L'analyse des résultats montre que seuls l'indapamide et l'amlodipine ont permis une réduction significative de la variabilité de la pression artérielle des 24 heures alors que l'ARA2 ne le permettait pas (fig. 3) [5].

>>> Enfin, la récente étude de N. Lévy-Marpillat *et al.* a évalué la variabilité

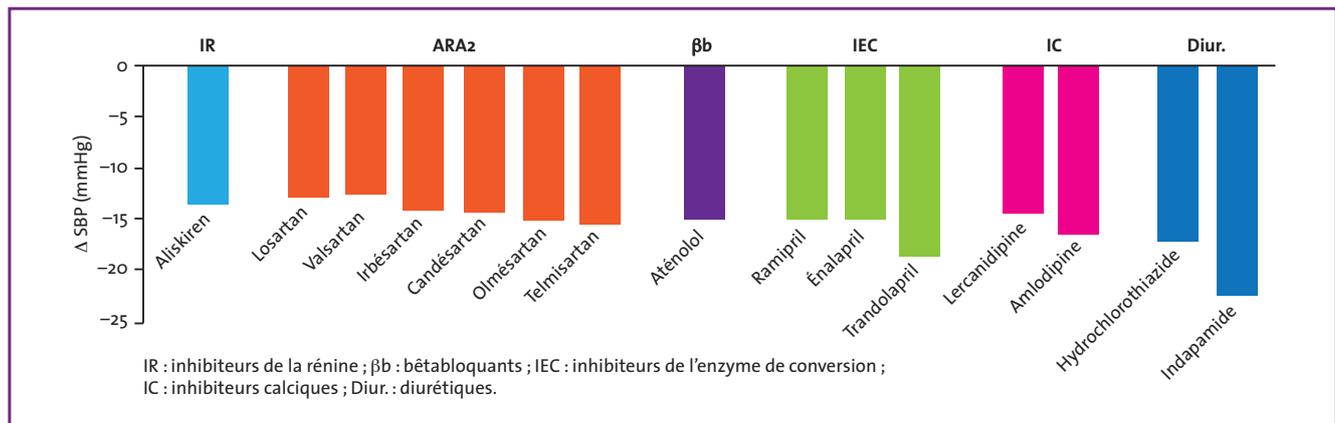


FIG. 1 : Effets des différentes classes sur la pression artérielle systolique.

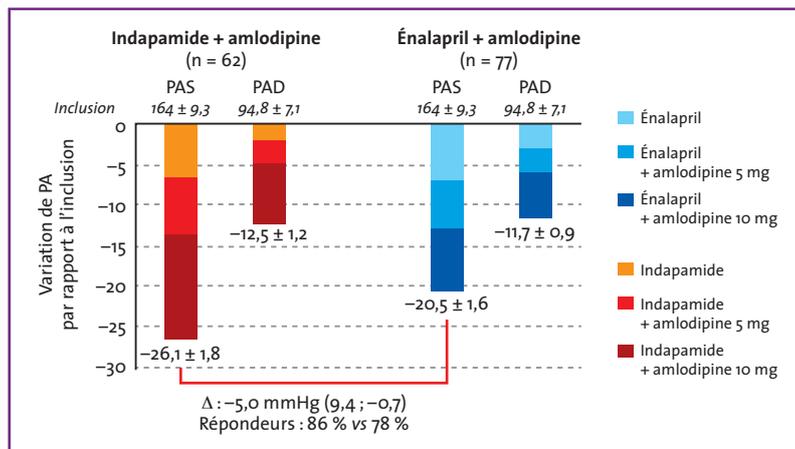


FIG. 2 : Résultats de l'étude NESTOR.

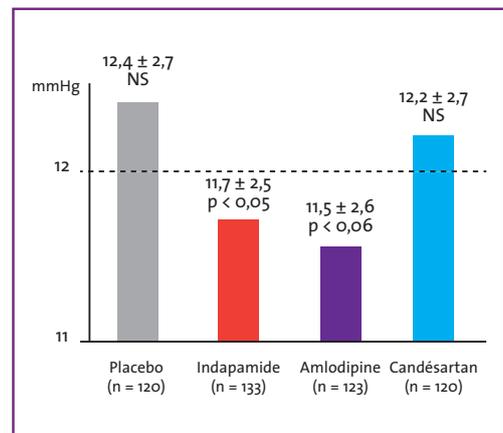


FIG. 3 : Variabilité de la pression artérielle systolique des 24 heures après 3 mois de traitement.

tensionnelle à court terme (critère primaire) observée sous différentes classes d'antihypertenseurs dans une cohorte de 2 780 patients dont la pression artérielle été enregistrée par mesure ambulatoire des 24 heures. Une plus grande réduction de la variabilité tensionnelle à court terme a été obtenue avec les anticalciques et les diurétiques compa-

rativement aux IEC, aux ARA2 et aux bêtabloquants [6].

Bibliographie

1. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 2013;31:1281-1357.
2. BAGUET JP *et al.* *Clin Drug Invest*, 2007;27: 735-753.
3. JADHAV U *et al.* *PLOS ONE* 2014;9:e92955. doi:10.1371/journal.pone.0092955
4. HANON O *et al.* Oral presentation, ESH Milan 2013.
5. ZHANG Y *et al.* *Hypertension*, 2011;58: 155-160.
6. LEVI-MARPILLAT N *et al.* *Hypertension Research*, 2014;37:585-590.

Les grandes études

1. Risque à long terme d'AVC chez les hypertendus "blouse blanche"

D'après la communication de M. Satoh (Sendai, Japon)

Le pronostic de l'hypertension blouse blanche est encore largement débattu. L'objectif de cette étude japonaise était d'étudier le risque à long terme d'AVC de l'HTA blouse blanche et de l'HTA masquée en fonction des chiffres de pression artérielle mesurés en automesure, en MAPA ou au cabinet de consultation. 1524 patients (67,5 % de femmes, âge moyen : 60,8 ans), sans antécédent d'AVC, ont été sélectionnés dans la population générale de la ville d'Ohasama, au Japon.

L'hypertension artérielle était définie par des chiffres $\geq 135/85$ mmHg pour l'automesure, $\geq 130/80$ mmHg pour la MAPA et $\geq 140/90$ pour les mesures effectuées en consultation. Six groupes de patients ont été définis : normotendus, hypertendus blouse blanche vrais (hypertension de consultation isolée), hypertendus blouse blanche partiels (hypertension de consultation et en automesure ou en MAPA), hypertendus masqués partiels (hypertension en automesure ou en MAPA et pression de consultation normale) et vrais hypertendus masqués (hypertension en automesure et en MAPA et pression de consultation normale) et hypertendus permanents.

225 AVC sont survenus au cours d'un suivi moyen de 15,2 ans. Après ajustement sur les différents facteurs de risque, le modèle de Cox met en évidence un risque significativement élevé d'AVC chez les hypertendus blouse blanche partiels, les hypertendus masqués et les hypertendus permanents comparativement aux normotendus (*fig. 1*).

En revanche, aucune différence n'est observée entre les hypertendus blouse blanche vrais et les normotendus. L'analyse plus précise des hypertendus blouse blanche partiels montre que le risque d'AVC est plus élevé tant dans le

sous-groupe ayant des chiffres d'automesure élevés que dans celui ayant des chiffres de MAPA élevés. Mais, ce surrisque d'AVC chez les hypertendus blouse blanche partiels ne s'exprime que pour un suivi supérieur à 5 ans.

Les hypertendus porteurs d'un effet blouse blanche partiel ont un risque d'AVC multiplié par 2 par rapport aux sujets normotendus. Ce risque est similaire à celui des hypertendus masqués et des hypertendus permanents. L'HTA blouse blanche partielle nécessite donc une recherche attentive par à la fois l'automesure et la MAPA.

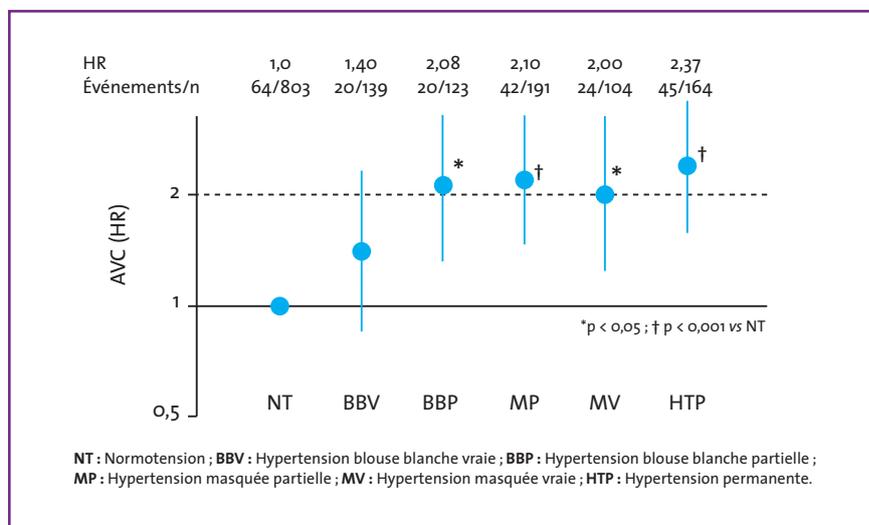


Fig. 1: Risque d'AVC dans l'HTA blouse blanche et l'HTA masquée.

2. Effet de la baisse de la pression artérielle en phase aiguë d'AVC : suivi à long terme de l'étude SCAST

D'après la communication de A. Hornslien (Oslo, Norvège)

L'étude SCAST (*Scandinavian Candesartan Acute Stroke Trial*) n'a pas montré de bénéfices significatifs à 6 mois de la baisse tensionnelle induite par un traitement à base de candésartan en phase aiguë d'AVC [1].

Les résultats présentés ici concernent une étude secondaire préspecifiée dont l'objectif était d'analyser les effets du traitement sur une longue période de suivi. Les données des registres nationaux ont été analysées, sur une durée de 3 ans, pour les 757 patients suédois et danois inclus dans l'étude.

Le critère primaire d'évaluation était un composite associant la mortalité cardiovasculaire, les infarctus du myocarde, les AVC et la mortalité totale. Aucune différence signifi-

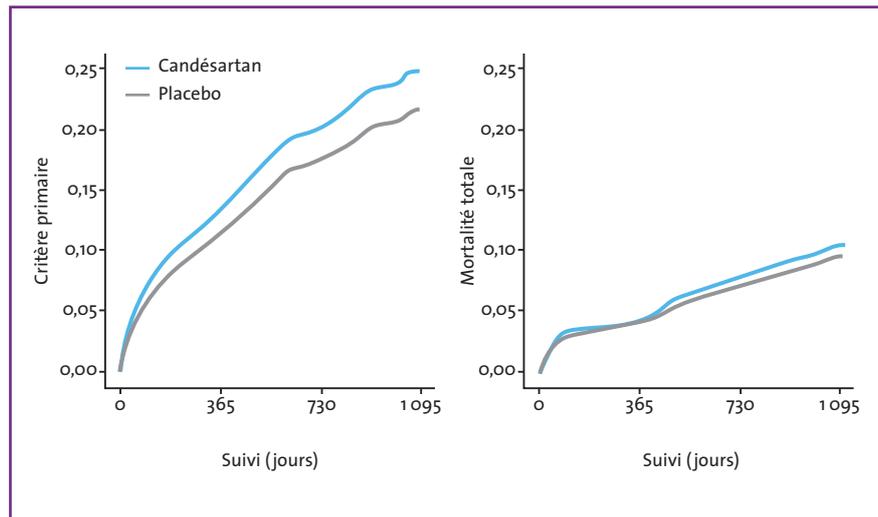


FIG. 2: Effets du candésartan sur le critère primaire au cours du suivi de 3 ans.

tive n'a été mise en évidence entre les deux groupes concernant la survenue des événements cardiovasculaires composant le critère primaire (86 événements dans le groupe candésartan versus 103 événements dans le groupe placebo ; $p = 0,2$) ou la mortalité totale

(54 décès dans le groupe candésartan versus 63 décès dans le groupe placebo ; $p = 0,58$) (fig. 2).

Bibliographie

1. SANDSET EC et al. *Lancet*, 2011;377:741-750.

Association inhibiteur calcique-diurétique thiazidique : données nouvelles

D'après une communication de F. Messerli (New York, États-Unis) présentée dans le cadre d'un symposium satellite organisé par les laboratoires Servier.

Les dernières recommandations américaines du JNC 8 ne relèvent aucune différence entre les différentes classes d'antihypertenseurs, et considèrent que le but essentiel du traitement est la réduction du niveau tensionnel et son maintien à long terme dans des valeurs cibles. Si l'objectif n'est pas atteint au bout de 1 mois, les experts recommandent, dans un premier temps, une augmentation de la dose du traitement initial ou l'adjonction d'une deuxième molécule : diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, IEC ou ARA2.

À l'inverse, les recommandations européennes sont plus spécifiques, en particulier chez les patients âgés et fragiles, chez lesquels les experts recommandent de laisser la décision thérapeutique au médecin traitant en fonction des effets de chaque traitement envisagé. Toutes les classes d'antihypertenseurs peuvent être utilisées chez les patients âgés, avec une préférence pour les diurétiques et les inhibiteurs calciques dans l'hypertension systolique prédominante. Plusieurs études ont évalué l'association d'un inhibiteur calcique et d'un diurétique thiazidique.

>>> **L'étude VALUE** (*The Valsartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation*) [1] a inclus 13449 hypertendus à haut risque cardiovasculaire et comparé le valsartan à l'amlodipine à différentes posologies. Chez les patients non contrôlés par ces monothérapies, pouvait être ajouté de l'hydrochlorothiazide. Dans cet essai, l'association amlodipine-hydrochlorothiazide a été considérée comme efficace sur la réduction tensionnelle (critère primaire) et bien tolérée.

>>> **L'étude COPE** (*Combination Therapy of Hypertension to Prevent*

Cardiovascular Events) [2] a également démontré l'efficacité antihypertensive de l'association inhibiteur calcique (bénidipine)-diurétique thiazidique. Dans une sous-analyse de cet essai [3], les auteurs ont comparé, chez 1 533 patients âgés de plus de 65 ans et chez 1 760 patients de moins de 65 ans, les associations suivantes : inhibiteur calcique-ARA2, inhibiteur calcique-bêtabloquant et inhibiteur calcique-diurétique thiazidique. Si l'efficacité antihypertensive (critère primaire) de ces trois associations thérapeutiques est comparable chez tous les hypertendus inclus, quel que soit leur âge, l'association inhibiteur calcique-diurétique thiazidique apparaît supérieure aux deux autres en ce qui concerne les AVC fatals et non fatals (critère secondaire) :

- inhibiteur calcique-bêtabloquant *versus* inhibiteur calcique-diurétique thiazidique : HR : 2,74 (1,08-6,96) ; $p = 0,022$ chez les hypertendus de plus de 65 ans et HR : 1,80 (0,66-4,96) ; $p = 0,242$ chez les patients de moins de 65 ans ;
- inhibiteur calcique-ARA2 *versus* inhibiteur calcique-diurétique thiazidique :

HR : 1,53 (0,55-4,31) ; $p = 0,481$ chez les hypertendus de plus de 65 ans et HR : 1,28 (0,44-3,68) ; $p = 0,689$ chez les patients de moins de 65 ans.

>>> Enfin, dans l'étude chinoise **FEVER** (*Felodipine Event Reduction Study*) [4], l'adjonction de faibles doses d'un inhibiteur calcique (félodipine) à de faibles doses d'un diurétique thiazidique (hydrochlorothiazide) permet d'obtenir, malgré une diminution relativement faible des chiffres tensionnels (4/2 mmHg), une réduction significative des AVC fatals et non fatals (critère primaire) de 27 % ($p = 0,001$), de l'ensemble des événements cardiovasculaires (critère secondaire) de 34 % ($p = 0,012$), de la mortalité totale (critère secondaire) de 31 % ($p = 0,006$) et de la mortalité cardiovasculaire (critère secondaire) de 17 % ($p = 0,019$) comparativement à l'association diurétique thiazidique à faibles doses et placebo.

F. Messerli *et al.* ont conduit une méta-analyse de ces trois études auxquelles a été rajouté un essai européen

plus ancien, l'étude ELSA (*European Lacidipine Study on Atherosclerosis*) [5]. 30 791 patients ont pu ainsi être évalués.

Les premiers résultats présentés lors du congrès démontrent, chez les patients traités par une association inhibiteur calcique-diurétique thiazidique, une réduction des infarctus du myocarde et des AVC supérieure à celle observée avec les autres associations antihypertensives évaluées dans la méta-analyse : RR : 0,83 ; IC 95 % : 0,73-0,95 pour les infarctus du myocarde et RR : 0,77 ; IC 95 % : 0,64-0,92 pour les AVC.

Bibliographie

1. JULIUS S for the VALUE Trial. *AJH*, 2003; 16:544-548
2. OGIHARA T *et al.* *Hypertens Res*, 2005; 28:331-338.
3. OGIHARA T *et al.* *Hypertens Res*, 2012;35; 441-448.
4. ZANCHETTI A *et al.* for the FEVER Study Group. *J Hypertens*, 2005; 23:2157-2172.
5. ZANCHETTI A for the European Lacidipine Study on Atherosclerosis investigators. *Circulation*, 2002;106:2422-2427.

Actualités sur la dénervation rénale

1. Analyse des résultats de l'étude randomisée SIMPLICITY HTN-3 : facteurs influant sur la réponse tensionnelle

D'après la communication de G. Bakris (Chicago, États-Unis).

G. Bakris a analysé les résultats de l'étude SIMPLICITY HTN-3, récemment publiée dans le *New England Journal of Medicine*. Cette étude américaine, randomisée en double aveugle, avec procédure SHAM, n'a pas montré de bénéfices significatifs de la dénervation rénale réalisée avec le cathéter Medtronic dans l'hypertension artérielle résistante [1]. L'analyse de G. Bakris a porté sur la variabilité de

la procédure, les différents traitements antihypertenseurs et leur observance et la typologie des populations dans les différents centres régionaux des États-Unis ayant participé à l'étude.

Rappelons que le nombre de tirs de dénervation réalisés lors de chaque procédure exerce un effet sur la baisse tensionnelle clinique et ambulatoire : la baisse tensionnelle devient significative lorsque le nombre total de tirs se situe entre 11 et 13. De plus, il est nécessaire que ces tirs soient réalisés de manière uniforme au niveau des 4 quadrants de l'artère : supérieur, inférieur, antérieur et postérieur.

Au niveau du traitement, 40 % des patients de l'étude SIMPLICITY HTN-3 ont nécessité un changement de médicaments durant l'étude, a souligné G. Bakris. Un traitement par antagoniste de l'aldostérone a été plus souvent prescrit dans le groupe médical qui recevait, rappelés-le, au moins une trithérapie (10 vs 5 %). De plus, les vasodilatateurs ont été davantage prescrits chez les sujets de race noire, entraînant chez eux une plus grande baisse tensionnelle dans le groupe médical que dans le groupe dénervé.

Par ailleurs, G. Bakris a fait état d'une variabilité entre les différents centres

des États-Unis ayant participé à l'étude avec une efficacité plus importante de la technique de dénervation dans la région sud-est que la région ouest. Le nombre de tirs, la diététique, la prescription de médicaments et leur observance, ainsi qu'un accès aux soins plus facile pourraient avoir eu un effet sur cette variabilité régionale.

Les limitations de ce type d'analyse sont néanmoins nombreuses : l'observance au traitement est seulement affirmée par les patients, le changement de traitement n'est pas toujours connu, et les variabilités de la procédure de dénervation d'un centre à un autre sont difficiles à évaluer.

2. Dénervation rénale versus traitement médical intensif incluant la spironolactone chez des patients résistants : résultats à 6 mois de l'étude PRAGUE-15

D'après la communication de J. Widimsky (Prague, République tchèque).

L'étude PRAGUE-15 est une étude prospective, randomisée, multicentrique, comparant la dénervation rénale avec le système SIMPLICITY de Medtronic à un traitement médical intensif incluant la spironolactone. Le critère primaire était les variations de pression ambulatoire à 6 mois. L'hypertension résistante était affirmée par une mesure ambulatoire

de pression artérielle après élimination d'une cause secondaire d'hypertension et confirmation de l'adhérence au traitement par des dosages sanguins des médicaments antihypertenseurs.

106 hypertendus (74 hommes et 32 femmes, IMC : 32,3) ont été randomisés entre dénervation rénale (n : 52, âge moyen : 56 ans) et traitement médical (n : 54, âge moyen : 59 ans). Le nombre de tirs dans le groupe dénervation était en moyenne de 5 à droite et de 4,8 à gauche. Le nombre de médicaments reçus était quasi identique dans les deux groupes : 5,4 dans le groupe traitement médical versus 5,1 dans le groupe dénervation.

L'analyse des résultats montre, à 6 mois, une réduction significative de la pression ambulatoire systolique des 24 heures comparable dans les deux groupes : 8,3 mmHg dans le groupe dénervation et 7,6 mmHg dans le groupe traitement médical (**fig. 1**). Pour la pression ambulatoire diastolique, il n'y a pas non plus de différence significative entre les deux groupes. Enfin, la réduction de la pression artérielle clinique est également équivalente dans les deux groupes de même que la filtration glomérulaire.

Cette étude démontre donc que la dénervation rénale n'est pas supérieure à un

traitement médical intensif comportant de la spironolactone.

3. Dénervation rénale et traitement standardisé versus traitement médical standardisé seul dans l'HTA résistante : l'étude française DENER-HTN

D'après la communication de M. Azizi (Paris).

L'étude française DENER-HTN a été présentée par M. Azizi. Il s'agit d'une étude randomisée, en double aveugle, conduite dans les 10 centres d'excellence français, qui a comparé une dénervation rénale par le procédé Medtronic à un traitement médical standardisé sur une durée de 6 mois.

Le critère principal était la diminution de la pression artérielle en MAPA. Le protocole comportait, après une trithérapie standardisée homogène, une randomisation : dénervation versus traitement médical standardisé : spironolactone 25 mg, puis bisoprolol 10 mg, puis prazosine 5 mg, puis rilménidine 1 mg. L'adaptation posologique était réalisée dans les deux bras chaque mois si la pression artérielle en automesure était supérieure à 135 ou 85 mmHg.

1416 patients ont été référés pour hypertension résistante aux différents centres, 209 (15 %) ont été éligibles et 106 ont bénéficié d'une mesure ambulatoire de

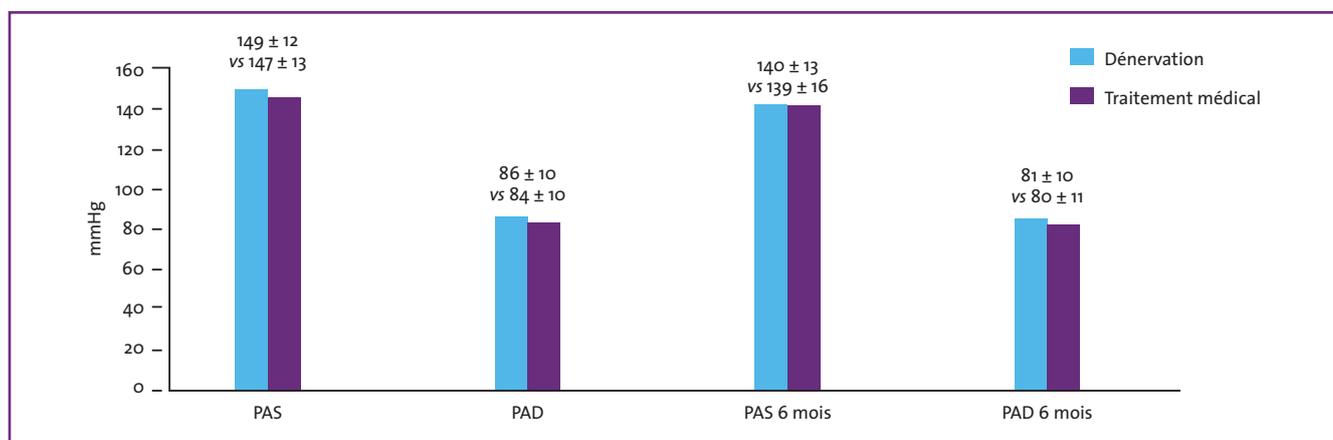


Fig. 1 : Résultats sur la PA ambulatoire des 24 heures de la dénervation rénale dans l'étude PRAGUE-15.

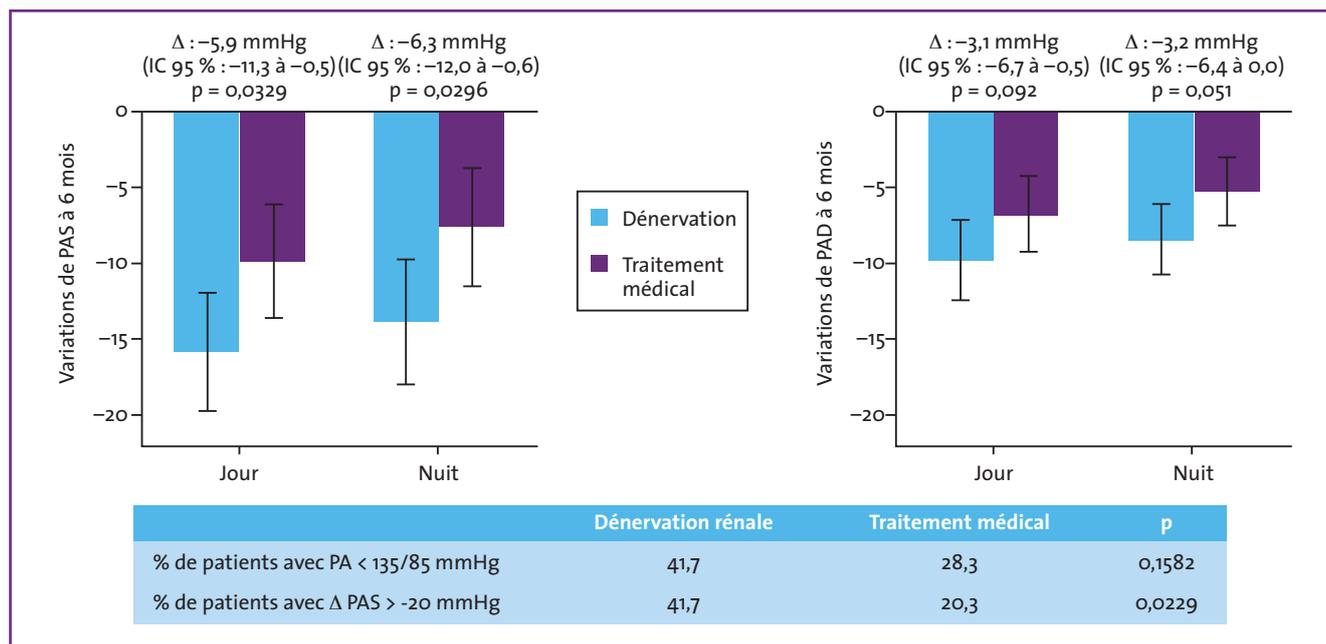


FIG. 2 : Étude DENER-HTN. Résultats à 6 mois de la mesure ambulatoire de la PA.

la pression artérielle. La **figure 2** montre la baisse significative de la pression ambulatoire dans le groupe dénervé : -5,9 mmHg pour la pression artérielle ambulatoire systolique de jour (p = 0,03) et -6,3 mmHg pour la pression artérielle ambulatoire systolique de nuit (p = 0,02). Pour la pression diastolique, les chiffres sont de -3,1 mm pour la pression diastolique de jour (p = 0,09) et -3,2 mm pour la pression diastolique de nuit (p = 0,05).

Le pourcentage de sujets contrôlés est plus important dans le groupe dénervé (41,7 % vs 28,3 % ; p = 0,15) ainsi que le nombre de patients répondeurs ayant une chute de la pression systolique > 20 mm : 41,7 % vs 20,3 % ; p = 0,02).

La baisse est similaire sur la pression artérielle de consultation mais elle n'atteint pas la significativité. L'observance au traitement analysée par le questionnaire

de Morisky a été identique dans les deux groupes avec une moyenne à 6 mois de 5 médicaments antihypertenseurs.

Les résultats favorables de cette étude diffèrent donc de ceux rapportés plus haut.

Bibliographie

1. BHATT DL. *New Engl J Med*, 2014;370:1393-1401.

Adhérence au traitement antihypertenseur

1. Non adhérence au traitement antihypertenseur étudié par spectrophotométrie de masse urinaire

D'après la communication de C. White (Leicester, Grande-Bretagne).

La mauvaise adhérence au traitement est une cause importante de contrôle tensionnel insuffisant et d'hypertension résistante. Peu d'outils existent pour la

mesurer précisément et de façon fiable. Cette équipe anglaise a développé une méthode de chromatographie liquide associée à une spectrométrie de masse afin de détecter les métabolites urinaires de 40 médicaments antihypertenseurs couramment prescrits. Le coût de cette technique est d'environ 50 euros par analyse, et le temps d'analyse est de 12 minutes par échantillon.

208 hypertendus ont été étudiés : 125 nouvellement traités, 66 connus et non contrôlés et 17 hypertendus référés pour dénervation rénale. Rapportés à la population totale de l'essai, 25 % présentaient une mauvaise adhérence au traitement (non adhérence totale : 10,1 % et non adhérence partielle : 14,9 %). La prévalence plus importante de la mauvaise adhérence était

retrouvée chez les patients connus, suivis et non contrôlés (29 %) et chez les hypertendus résistants référés pour une dénervation rénale (23,5 %) (**tableau I**).

Le pourcentage de non adhérence augmentait avec le nombre de médicaments prescrits, passant de 2,3 % de non observants pour 1 médicament à 60 % pour 6

médicaments et à 100 % pour 7 médicaments (**fig. 1**).

Les auteurs concluent que la mauvaise adhérence au traitement antihypertenseur est encore plus fréquente qu'on ne le pense, particulièrement chez les patients prenant un grand nombre de médicaments, non contrôlés et adressés à un service spécialisé pour une déner-

vation rénale. Ils concluent à la nécessité d'une plus grande utilisation de cette technique d'analyse, notamment dans l'HTA résistante.

2. Dosage du taux sanguin des médicaments antihypertenseurs dans l'évaluation de l'adhérence au traitement dans l'hypertension résistante

D'après la communication de E. Florczak (Varsovie, Pologne).

L'étude RESIST POL est une étude polonaise ayant inclus 204 hypertendus résistants vrais, âgés en moyenne de 48 ans et prenant au minimum 4 antihypertenseurs. Un dosage sanguin des médicaments était réalisé par chromatographie liquide couplée à une spectrophotométrie de masse, et les patients dont le taux sanguin d'au moins 1 médicament était en dessous de la limite de quantification ont été définis comme non adhérents.

Chez 36 patients, les dosages sériques ont pu être parfaitement analysés, et les concentrations sériques ont été précisées pour 3,7 des 4,9 antihypertenseurs prescrits pour chacun d'eux. 31 patients, soit 86,1 %, répondaient aux critères de non adhérence au traitement et seulement 5 patients, soit 13,9 %, étaient totalement adhérents aux traitements.

Dans une deuxième analyse, le degré d'observance a été évalué par le nombre de médicaments pour lesquels les concentrations sériques étaient considérées dans les valeurs thérapeutiques. 16 patients (44 %) avaient des taux sériques compatibles avec les valeurs thérapeutiques, et 8 (22 %) présentaient un taux supérieur à la moitié du taux thérapeutique souhaité.

Cette étude est particulièrement intéressante car elle montre qu'un grand nombre d'hypertendus classés résistants aux traitements sont en fait des non-observants.

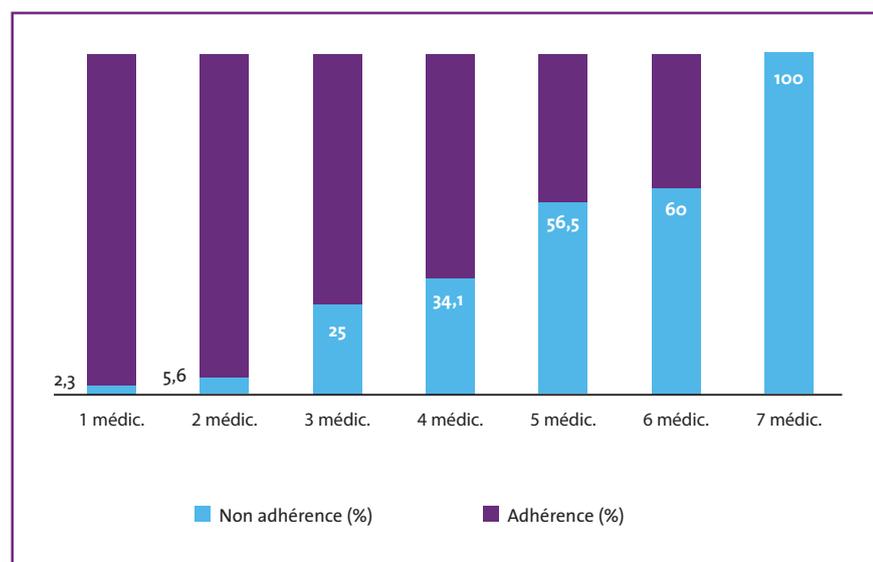


FIG. 1 : Pourcentage d'adhérence en fonction du nombre de médicaments prescrits.

Mesure de non adhérence	Tous	Patients nouvellement traités	Patients connus et non contrôlés	Patients adressés pour dénervation rénale
n	208	125	66	17
Nombre moyen de médicaments	2,3 (1,5)	2,0 (1,3)	2,8 (1,5)	2,4 (1,8)
Non adhérence totale	10,1 % (21)	8,8 % (11)	9,1 % (6)	23,5 % (4)
Non adhérence partielle	14,9 % (31)	9,6 % (12)	28,8 % (19)	-
Patients adhérents	25,8 % (52)	18,4 % (23)	37,9 % (25)	23,5 % (4)

TABLEAU I : Résultats de la mauvaise adhérence en fonction des patients.

3. Évaluation de l'adhérence au traitement par auto-questionnaire chez les médecins généralistes : l'étude française ODACE

D'après la communication de G. Reach (Bobigny).

Dans cette étude observationnelle, 873 médecins généralistes français ont inclus leurs deux premiers patients, hommes et femmes, vus en consultation pour hypertension artérielle traitée non contrôlée. 1 636 hommes et 1 613 femmes ont participé à cette enquête dans laquelle l'adhérence au traitement antihypertenseur a été évaluée par l'auto-questionnaire du Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (fig. 2) et par le médecin généraliste lui-même.

L'analyse des résultats montre une mauvaise concordance entre l'évaluation clinique de l'adhérence au traitement par le médecin et les résultats de l'auto-questionnaire (fig. 3) : bonne adhérence évaluée par le médecin : 62 % chez les hommes et 72 % chez les femmes ; bonne adhérence évaluée par l'auto-questionnaire : 32 % chez les hommes, 36 % chez les femmes.

L'absence de motivation est le premier facteur de mauvaise adhérence, suivi par la prise en compte de l'hypertension comme une simple anomalie et non pas comme une maladie grave et silencieuse, et par les difficultés financières des patients.

Comité français de lutte contre l'HTA : auto-questionnaire d'observance	
6 questions ➔ réponses : oui/non	
● Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	
● Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?	
● Vous est-il arrivé de prendre votre médicament avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?	
● Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre médicament parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?	
● Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre médicament parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
● Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	

Fig. 2 : Auto-questionnaire d'observance du Comité français de lutte contre l'HTA (CFL HTA). Interprétation du test : bonne observance : 0 oui ; minime problème d'observance : 1 ou 2 oui ; mauvaise observance : > 3 oui.

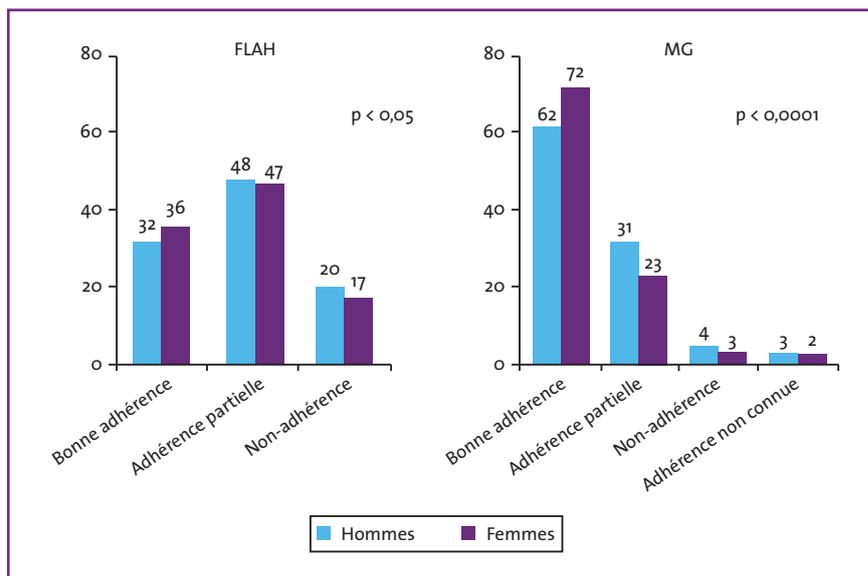


Fig. 3 : Adhérence au traitement appréciée par le médecin généraliste (MG) et par l'auto-questionnaire du CFL HTA dans l'étude ODACE.

