

L'année cardiologique

Quoi de neuf en hypertension ?

Dans les nouveaux indicateurs du Rosp, un seul concerne le suivi des hypertendus

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été reconduit avec pour but la “prévention du risque cardiovasculaire” et un seul concerne les patients hypertendus. Ce dispositif en place depuis 2011 est, selon les termes de l'Assurance Maladie, *“une rémunération complémentaire qui a pour objectif d'encourager les médecins libéraux à améliorer la prise en charge des malades chroniques mais aussi à favoriser des prescriptions plus pertinentes et efficaces au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses”*. La rémunération sur objectifs de santé publique versée en 2016 à des médecins généralistes a été en moyenne de 6 619 € et de 2 277 € pour les cardiologues.

Pour les médecins généralistes, 3 indicateurs de pratique clinique sur 24 étaient, jusqu'en 2017, en rapport avec la prise en charge des hypertendus : la part de prescriptions d'antihypertenseurs disposant d'un générique, la part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions des IEC/AA2, et la déclaration du pourcentage des patients traités avec une PA \leq 140/90 mmHg. Fin 2016, ces indicateurs étaient respectivement à 83 % (pour les génériques), à 44 % (pour les IEC) et à 87 % (pour l'objectif tensionnel). Pour les cardiologues, 3 sur 7 étaient en rapport avec la prise en charge des hypertendus : pourcentage de patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique, pourcentage de patients sous trithérapie antihypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la

créatininémie et de la kaliémie dans l'année, et pourcentage de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques. Fin 2016, ces indicateurs étaient respectivement à 68 % (pour les trithérapies adéquates), à 89 % (pour le dosage de la kaliémie) et à 85 % (pour les génériques).

À partir de 2017, le dispositif du Rosp a été négocié et reconduit dans le cadre de la convention médicale des 5 prochaines années. Le changement majeur concerne l'abandon du “suivi des pathologies chroniques” au profit de “la prévention du risque cardiovasculaire”. Parmi les 8 indicateurs, dont 6 nouveaux, un seul est en relation avec la prise en charge de l'HTA “part des patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG”.

Les indicateurs d'efficience de la prescription ont été étendus à 9 avec un seul en relation avec l'HTA “part de prescriptions d'antihypertenseurs disposant d'un générique”.

La publication du dispositif Rosp confirme le désintérêt des autorités sanitaires pour la prise en charge des 12 millions d'hypertendus de France. Force est de constater qu'après l'exclusion de l'ALD (affection de longue durée) des “hypertensions sévères” en 2012, la quasi-disparition de l'HTA des indicateurs du Rosp en 2016 montre clairement aux médecins libéraux que l'amélioration de la qualité de prise en charge des hypertendus n'est plus ni une priorité de santé publique, ni une source de rémunération complémentaire.



X. GIRERD

Unité de Prévention cardiovasculaire,
Pôle Cœur Métabolisme,
Groupe Hospitalier Universitaire
Pitié-Salpêtrière, PARIS.

La dénervation rénale pourrait devenir le traitement interventionnel de première intention de l'HTA

La dénervation rénale, utilisée pour aider à la prise en charge des hypertensions résistantes, a connu un coup d'arrêt lors de la publication de l'étude SYMPPLICITY HTN-3 en 2014 car le bénéfice sur la baisse de la PA n'était pas démontré. Les résultats de l'étude DENERHTN publiée en 2015 ont redonné à la technique un espoir par l'observation d'un effet spécifique de la dénervation sur la baisse de la PA avec une intensité toutefois assez faible d'environ 5 mmHg sur la PAS évaluée par MAPA.

En France, en 2017, le matériel spécifique qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale n'est plus disponible en dehors de rares protocoles d'investigations cliniques. Toutefois, la recherche dans ce domaine se poursuit avec des améliorations pour le matériel, la méthodologie et le type de population d'hypertendus traités.

Concernant le matériel, les cathéters de nouvelle génération utilisant la radiofréquence ou les ultrasons ont été mis au point. Pour la méthodologie des essais, il a été fait le choix de soumettre le groupe contrôle à une “SHAM intervention” c'est-à-dire à une procédure invasive d'artériographie sans l'acte de

L'année cardiologique

dénervation. Enfin, les populations d'hypertendus sont plus usuelles avec soit l'inclusion d'hypertendus non contrôlés seulement sous bi- ou trithérapie, soit l'inclusion d'hypertendus contrôlés sous mono- ou bithérapie. Chez les hypertendus contrôlés, il est testé l'hypothèse que la dénervation soit un traitement constituant une alternative au traitement par des médicaments antihypertenseurs.

Alors que les résultats de ces études sont attendus dans les années à venir, la publication en novembre 2017 d'une analyse intermédiaire de l'essai SPYRAL HTN apporte les premiers arguments pour l'usage de la dénervation en alternative des médicaments antihypertenseurs.

L'étude a inclus des hypertendus avec ou sans traitement antihypertenseur, avec une PAS entre 150 et 180 mmHg en consultation et une PAS entre 140 et 170 mmHg en MAPA après l'arrêt depuis 4 semaines d'un éventuel traitement antihypertenseur. Une randomisation a été effectuée et un cathétérisme fémoral réalisé chez tous les sujets mais une dénervation avec le cathéter Symplicity Spyral chez la moitié des sujets seulement. La dénervation (radiofréquence) a été effectuée sur la partie distale de l'artère rénale et sur les branches principales. Le suivi de la PA a été réalisé sur 3 mois avec reprise d'un antihypertenseur en cas de PAS > 180 mmHg. À 3 mois, une MAPA était réalisée dans les 2 groupes. Des analyses intermédiaires étant programmées après le suivi de 40, 60, 80 et 100 patients, l'analyse publiée est celle effectuée après le suivi de 80 patients.

Les résultats indiquent que la baisse de PAS/PAD imputable à la dénervation est de -4,6/-4,3 mmHg en MAPA et de -7,1/-5,0 en consultation. Ces baisses de PA sont statistiquement significatives. L'analyse des réponses individuelles indique que 42 % des sujets ont une baisse de PAS > -10 mmHg en MAPA et que 22 % ont une baisse de PAS > -20 mmHg. Il n'y a pas eu d'effet indésirable grave en relation avec la dénervation.

Ces résultats obtenus à partir d'une analyse intermédiaire sont encourageants. Ils apportent la preuve que le concept d'un usage de la dénervation comme alternative au traitement antihypertenseur est sérieux. De nombreuses questions manquent encore de réponses, en particulier concernant la durée de l'effet hypotenseur induit par la dénervation. On peut espérer que de nouvelles études basées sur la même hypothèse viendront confirmer ces premiers résultats. Il sera alors possible d'envisager une indication particulièrement enthousiasmante pour la dénervation des artères rénales : le traitement de première intention de l'hypertension artérielle, en alternative du traitement médicamenteux.

Publication par l'AHA et l'ACC de nouvelles recommandations

Une nouvelle version des recommandations sur l'HTA arrive des États-Unis en cette fin d'année 2017 (**fig. 1**). Depuis la publication de l'étude SPRINT en 2015, on savait que les experts de l'HTA devaient tenir compte des résultats de cette étude au résultat principal très révolutionnaire.

C'est le regroupement des experts de 11 sociétés savantes médicales aux États-Unis qui a conduit à la publication de ces recommandations. Le nouvel algorithme de prise en charge recommande le début d'un traitement médicament dès 130/80 mmHg pour le patient à "haut risque" cardiovasculaire et/ou en prévention secondaire. Le "haut risque" est nouvellement défini sur la base de l'équation ASCVD mise au point par l'AHA/ACC.

C'est la prise en compte de l'étude SPRINT plus d'une méta-analyse de SPRINT et de l'étude ACCORD qui vient justifier **le nouveau seuil tensionnel de 130/80 mmHg définissant désormais l'HTA et en conséquence le nouvel objectif tensionnel à atteindre chez l'hypertendu traité, et ce même chez les diabétiques.**

Pour rappel, l'étude SPRINT menée chez des hypertendus américains non diabétiques a montré qu'adopter une cible de 120 mmHg de la PAS *versus* 140 mmHg est associé à une réduction de 25 % du risque relatif d'événements cardiovasculaires. Le bénéfice est dominé par une réduction de plus de 40 % de la mortalité cardiovasculaire et de près de 30 % de la mortalité totale.

Par ailleurs, la recommandation veut provoquer un changement de pratique médicale vis-à-vis de la mesure de la pression artérielle. Elle recommande un usage systématique des mesures en dehors du cabinet médical par l'auto-mesure ou la MAPA.

Ces méthodes doivent être utilisées au moment du diagnostic de l'HTA mais aussi au cours du suivi. Pour aider à résoudre les difficultés posées par les situations de discordance – comme l'effet blouse blanche et l'HTA masquée – des arbres décisionnels sont proposés pour permettre de résoudre tous les cas de figure.

Concernant le choix des classes thérapeutiques de première intention, la recommandation ACC/AHA conforte l'option d'une exclusion des bêtabloquants comme antihypertenseurs pour débiter le traitement. Elle préconise une place privilégiée pour un usage des antihypertenseurs en combinaison fixe comme étant un moyen d'améliorer le contrôle tensionnel mais aussi l'observance des traitements. La possibilité d'initier le traitement par une bithérapie dans la situation où la PAS initiale dépasse de plus de 20 mmHg l'objectif tensionnel est à nouveau préconisée (comme dans le JNC7).

En modifiant la définition de l'HTA à 130/80 mmHg, la recommandation ACC/AHA de 2017 réalise une rupture conceptuelle qui va perturber de nombreux professionnels de santé. La Société Européenne de Cardiologie ayant le projet de délivrer en 2018 une nouvelle version de ses recommandations sur l'HTA,

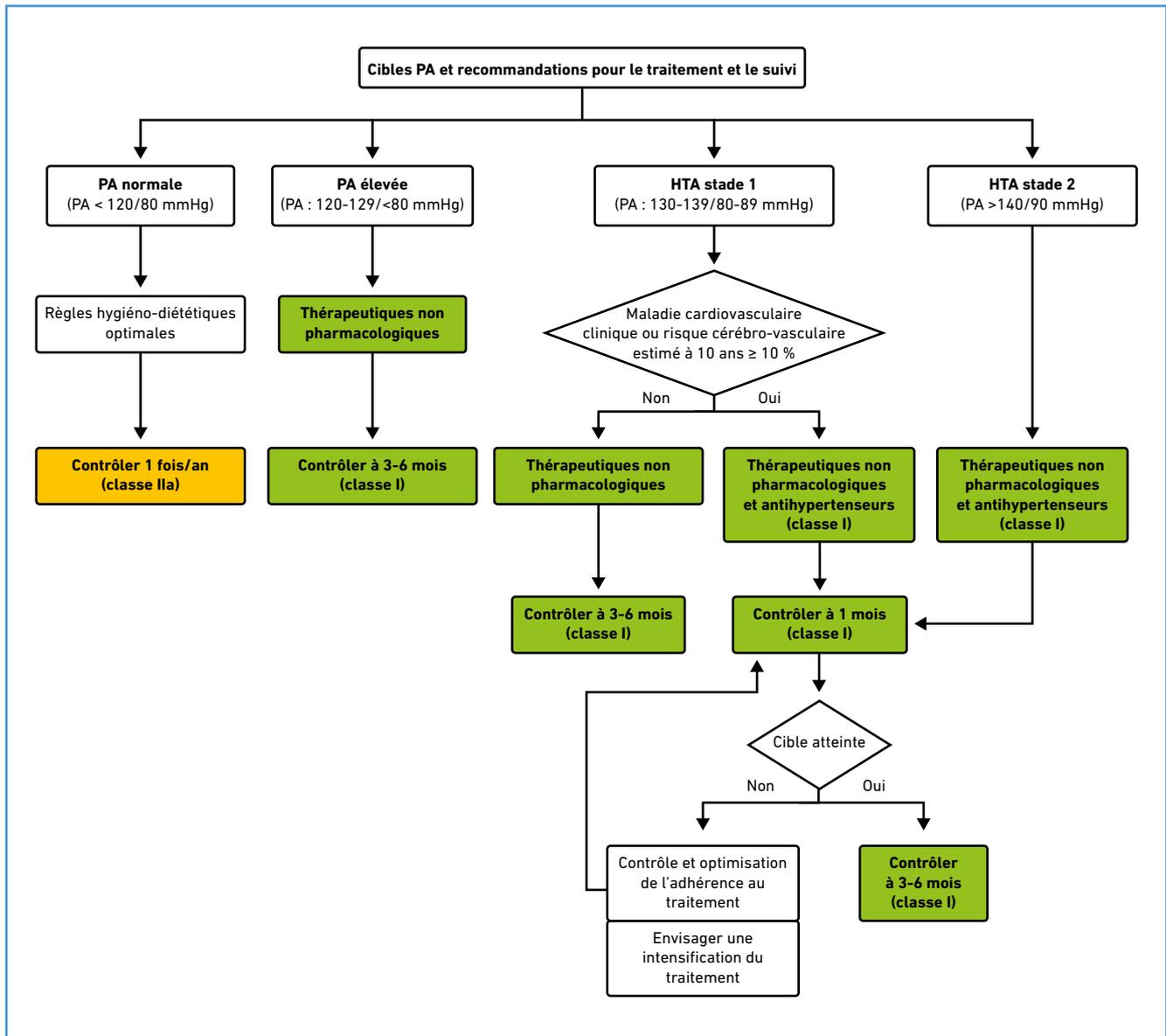


Fig. 1 : Nouvelles recommandations de prise en charge de l'HTA.

des discordances sur ce point essentiel de la définition de l'HTA pourraient conduire à fortement animer l'année à venir et à rendre éventuellement nécessaire une mise à jour des recommandations françaises de la HAS 2016.

POUR EN SAVOIR PLUS :

1. La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. <https://www.ameli.fr/>

fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf

2. TOWNSEND RR, MAHFOUD F, KANDZARI DE *et al.* Catheter-based renal denervation in patients with uncontrolled hypertension in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED): a randomised, sham-controlled, proof-of-concept trial. *Lancet*, 2017;390:2160-2170.

3. REBOUSSIN DM, ALLEN NB, GRISWOLD ME *et al.* Systematic Review for the 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA

Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 2017 Nov 7. pii: S0735-1097(17)41517-8. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.004. [Epub ahead of print]

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.