B. CHAMONTIN
Service de Médecine Interne
et HTA, Pôle Cardiovasculaire
et Métabolique,
CHU Rangueuil, TOULOUSE.

Editorial

Ce dossier de *Réalités Cardiologiques* est consacré aux difficultés du contrôle de l'hypertension artérielle. Il sera publié en deux parties : une première dans ce numéro daté de février et la deuxième en mars.

En 2000, l'HTA concernait 26,4 % de la population mondiale, soit 972 millions de personnes et près de 8 millions en France. La prévalence est diversement appréciée, entre 15 et 20 %, mais augmente avec l'âge, et 70 % des hypertendus ont plus de 60 ans. Du fait du vieillissement de la population, un nombre croissant d'hypertendus, particulièrement systoliques, est attendu pour les prochaines années, et toutes les études relèvent un contrôle insuffisant des chiffres tensionnels, au seuil de 140/90 mmHg, avec un taux représentatif de 30 à 35 %.

L'état des lieux proposé par **Jean-Pierre CAMBOU** fait référence à plusieurs enquêtes épidémiologiques de méthodologies différentes, concernant la population générale, la population au travail, les patients pris en charge en médecine générale, et les enquêtes du Comité Français de lutte contre l'hypertension artérielle.

Les facteurs du contrôle tensionnel insuffisant sont nombreux : économiques, socio-professionnels, mauvaise observance, effets secondaires des antihypertenseurs, inadaptation du traitement… Le décalage observé entre les recommandations sur la prise en charge de l'HTA et les résultats observés doit susciter des travaux d'intervention avec un objectif d'optimisation de la prise en charge, à la faveur de mesures de la pression artérielle validées.

Pour optimiser le traitement, il est nécessaire de procéder à l'analyse critique du traitement établi et de s'assurer que le patient reçoit le traitement adapté à la situation clinique, à la bonne posologie, avec une bonne tolérance pour permettre d'améliorer l'observance, comme l'argumente **Jacques BLACHER** dans son commentaire.

En présence d'un non contrôle tensionnel, **Xavier GIRERD** et **Caroline DOURMAP** nous proposent une démarche en trois étapes : s'assurer de l'adhésion de l'hypertendu à son traitement, identifier la forme clinique d'hypertension artérielle et savoir reconnaître une HTA secondaire.

L'automesure et la mesure ambulatoire de la pression artérielle sont désormais recommandées. Chez l'hypertendu traité par 3 antihypertenseurs, la réalisation de mesures de PA en dehors du cabinet médical peut permettre d'identifier les hypertendus "blouse blanche" non

Le lecteur intéressé pourra consulter l'ouvrage *Evaluation et organisation de la qualité des soins*. Paris. Huveaux France Ed. 2006.

redevables d'une adaptation thérapeutique, et dans 25 % des cas une HTA non contrôlée, masquée, redevable d'une modification thérapeutique.

Il est suggéré d'individualiser 4 formes cliniques possibles d'hypertendus pour le quotidien, l'hypertension familiale révélée précocement chez des patients de moins de 50 ans, l'hypertension métabolique, évoluant dans un contexte d'obésité abdominale, l'hypertension artérielle vasculaire chez les sujets de plus de 60 ans, marquée par une élévation prédominante de la PAS et une élévation de la pression pulsée, l'HTA endocrinienne, à dépister devant une hypokaliémie, même modérée.

L'hypertension artérielle du diabétique et du sujet âgé méritent une attention particulière. **Jacques AMAR** nous rappelle que l'HTA du diabétique évolue au fil des complications de la maladie, et le traitement doit s'y adapter. Chez un diabétique hypertendu non contrôlé, il convient de faire la part respective du mauvais contrôle métabolique et des conséquences de l'insulinorésistance, de la néphropathie diabétique, de la macroangiopathie, responsable de l'HTA systolique pure, et/ou d'une HTA réno-vasculaire surajoutée, et de la dysautonomie caractérisée par une hypotension orthostatique. Chez ces patients, le niveau de risque cardiovasculaire élevé justifie l'exigence des objectifs en matière de contrôle tensionnel, avec une PA < 130/80 mmHg au lieu des 140/90 mmHg, avec la perspective d'une prévention à la fois cardiovasculaire et rénale.

Le diagnostic d'HTA chez le sujet âgé est souvent difficile, et la réticence à la mise en place du traitement plus grande, compte tenu du risque médicamenteux à cet âge, comme le précise **Olivier HANON.** Il existe une grande variabilité tensionnelle, responsable d'un effet blouse blanche fréquent, et il est nécessaire de recourir à l'automesure et à la MAPA pour identifier les hypertendus relevant d'un traitement, en sachant que la maîtrise de l'HTA systolique est difficile. Il est nécessaire de rappeler que l'objectif thérapeutique chez le sujet âgé de plus de 80 ans est une PAS < 150 mmHg en prenant en compte qu'une baisse de PAS de 20 à 30 mmHg peut apporter un bénéfice significatif. L'HTA est étroitement corrélée à l'altération des fonctions cognitives et à la survenue des démences. De fait, il apparaît essentiel d'identifier les patients hypertendus âgés ayant déjà une atteinte de la fonction cognitive à risque de démence.

Chez l'hypertendu âgé comme chez le diabétique, on dispose des résultats d'essais cliniques à haut niveau de preuves (en attente chez le sujet très âgé) et de méta-analyses qui orientent le choix thérapeutique.

Dans un autre article, **Jacques AMAR** définit une stratégie pour la prise en charge de l'HTA, des mesures validées de la PA comme pré-requis, une définition claire et réaliste des objectifs de PA, une analyse minutieuse des facteurs de résistance au traitement, et une prise en charge incluant une démarche d'éducation thérapeutique. Le traitement doit reposer sur une combinaison thérapeutique dont l'efficacité a été établie, en référence aux études pharmacologiques et aux essais cliniques démonstratifs des effets additifs.

Des progrès peuvent être attendus d'une meilleure organisation des soins. La constitution de réseaux ou de "chemins cliniques" devrait favoriser à terme les actions d'éducation du patient, l'automesure de la PA et l'observance, une meilleure prise en compte du niveau de risque cardiovasculaire. A l'heure de l'évaluation des pratiques professionnelles, la prise en charge de l'HTA doit passer par une coordination de l'ensemble des acteurs de soins, développant un dossier médical partagé et des protocoles de soins communs. ■