

LE DOSSIER

HTA : les avancées et les changements de 2011

L'apport de la MAPA à la prise en charge de l'hypertension artérielle

RÉSUMÉ : Deux publications et une nouvelle recommandation proposent de faire de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) la méthode de référence pour le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA). La recommandation est celle du NICE, rapportée dans l'article précédent de ce dossier. Les deux publications sont résumées dans cet article.

→ F. DIEVART
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Une méta-analyse de référence : la MAPA est la méthode la plus fiable pour faire le diagnostic d'HTA

1. Principes et contexte

C'est dans le *British Medical Journal* qu'est parue en 2011 une des études les plus intéressantes pour valider l'utilité de la MAPA dans le diagnostic de l'HTA. Ce travail a d'ailleurs été un des grands supports des nouvelles recommandations anglaises pour proposer une utilisation large de la MAPA pour le diagnostic de l'HTA.

Il s'agit d'une méta-analyse d'études ayant comparé la mesure de la pression artérielle clinique (c'est-à-dire enregistrée au cabinet médical), la mesure de la pression artérielle en automesure et la MAPA, en termes de sensibilité et de spécificité pour le diagnostic de l'HTA.

Cette approche peut paraître paradoxale car la référence permettant de prendre une décision thérapeutique est la mesure de pression artérielle clinique, et cela pour deux raisons :

- la première est que c'est la méthode la plus largement et anciennement disponible, elle fait donc historiquement référence,
- la deuxième est que c'est cette méthode qui a servi de critères d'enrôlement des patients dans les essais cliniques ayant établi le bénéfice du traitement pharmacologique de l'HTA.

On pourrait donc envisager que seule la mesure clinique de la pression artérielle est légitime et validée pour servir de référence au dépistage et à la prise de décision thérapeutique. De fait, et chez tout individu, la pression artérielle étant extrêmement variable d'un moment à l'autre, il est possible que des patients soient classés comme hypertendus alors qu'ils ne le sont pas, les mesures de pression artérielle ayant été faites au moment où la pression artérielle, est élevée dans la journée. Ils pourraient donc, en se fiant à la seule mesure clinique de la pression artérielle recevoir à tort un traitement antihypertenseur avec peut-être des effets indésirables, peut-être pas de bénéfice clinique, et alors, dans ce cas, avec un coût non justifié. Inversement, il est possible que des patients classés comme normotendus soient des hypertendus chez lesquels la pression artérielle était dans les valeurs basses de leur variation lors de la mesure clinique.

Et c'est bien parce que la pression artérielle est très variable que le diagnostic ne doit être affirmé qu'après l'avoir mesurée à plusieurs reprises. Et la pratique régulière de la MAPA a de longue date montré que, par exemple, des patients ayant une pression artérielle en moyenne à 110/70 mmHg sur les 24 heures avaient plusieurs fois dans une journée des chiffres tensionnels supérieurs aux normes définies, notamment supérieurs à 140/90 mmHg. C'est donc probablement parce qu'elle reflète mieux la pression artérielle effective d'un patient que la MAPA est mieux corrélée avec l'atteinte d'organes cibles et avec le pronostic cardiovasculaire que la pression artérielle clinique. Elle pourrait donc devenir la référence pour le diagnostic de l'hypertension.

2. L'étude et ses résultats

Pour évaluer les apports respectifs des trois méthodes de mesure de pression artérielle, des auteurs anglais ont colligé 20 études, publiées entre 1966 et mai 2010, ayant inclus 5 683 patients et possédant les qualités méthodologiques requises. Parmi ces études qui utilisaient des seuils diagnostiques d'hypertension artérielle différents, 7 permettaient de comparer la mesure clinique à la MAPA et 3 l'automesure à la MAPA.

LE DOSSIER

HTA : les avancées et les changements de 2011

Si le diagnostic d'HTA nécessite de disposer de nombreuses mesures de pression artérielle, l'avantage est à la MAPA

Le nombre de mesures obtenues en cabinet est limité, et ponctuel. Il est possible d'obtenir une mesure, voire 4 à 5 lors d'une consultation, mais pour obtenir un nombre important, il faudra multiplier les consultations au fil des semaines et des mois avec leurs coûts successifs.

Avec l'automesure, il est possible de disposer dans un délai plus court qu'avec des consultations répétées de plusieurs mesures de pression artérielle. Ce nombre sera de 18 si, comme en France, l'on propose au patient d'appliquer la règle des trois (3 fois le matin, trois fois le soir, les 3 jours précédents une consultation). Il sera de 14, si, comme en Angleterre, l'on propose au patient de mesurer la pression artérielle matin et soir pendant 7 jours.

Avec la MAPA, la pression artérielle est mesurée en général toutes les 15 minutes pendant la journée et toutes les 30 minutes pendant la nuit, ce qui permet de disposer en 24 heures d'au moins 70 mesures de pression artérielle.

Pour effectuer leurs comparaisons, les auteurs ont pris comme seuil validant l'hypertension artérielle une moyenne de 135/85 mmHg pour la MAPA et l'automesure, et une valeur de 140/90 mmHg pour la mesure clinique. La méthode de référence a été la MAPA et était considéré comme hypertendu un patient dont la moyenne de la pression artérielle était supérieure à 135/85 mmHg avec cette méthode.

Avec ces présupposés, la sensibilité de la mesure clinique a été évaluée à 75 % de même que sa spécificité. En d'autres termes, la mesure clinique ne détecte que 75 % des hypertendus, et lorsqu'elle indique qu'un patient est hypertendu, elle se trompe dans 25 % des cas. La sensibilité de l'automesure a été évaluée à 86 % et sa spécificité à 62 %. En d'autres termes, si l'automesure détecte 86 % des hypertendus, lorsqu'un patient a des chiffres élevés en automesure, dans 38 % des cas, il n'est pas hypertendu selon la MAPA.

Une autre façon d'exprimer le résultat obtenu est la suivante : si, dans une population, 30 % des patients sont réellement hypertendus, le diagnostic d'hypertension artérielle ne sera porté à bon escient dans cette population que chez 56 % des patients avec la mesure clinique, comparativement à l'utilisation de la MAPA.

La conclusion des auteurs est simple : ni la mesure clinique ni l'automesure n'ont une sensibilité et une spécificité suffisantes pour être recommandées comme moyen diagnostique unique de l'HTA. Si la MAPA est prise comme référence, une décision de traitement qui ne serait prise que sur la mesure clinique ou l'automesure résulterait en un grand nombre de diagnostics par excès. Effectuer une MAPA avant de débiter un traitement qui sera continué tout au long d'une vie peut permettre un meilleur ciblage des patients à traiter.

3. Commentaires

Cette étude est donc importante parce qu'elle rappelle en les quantifiant les erreurs de diagnostic induites par la mesure clinique de pression artérielle, mais aussi celles dues à l'automesure, ce qui est une notion moins connue.

Elle est aussi importante car, dans la plupart des recommandations, les indications de la MAPA sont l'incertitude du diagnostic d'HTA (or ce travail montre que la marge d'incertitude est de fait très importante), la résistance au traitement, les variations importantes de pression artérielle ou la recherche d'un effet blouse blanche (c'est-à-dire, en quelque sorte, un diagnostic d'HTA fait par excès en clinique). L'apport de l'étude publiée

dans le BMJ renforce donc l'utilité de la MAPA bien au-delà des indications reconnues dans la plupart des recommandations disponibles jusqu'à présent. Il est à retenir que les propositions faites par les auteurs anglais supposent qu'un traitement antihypertenseur prescrit à un sujet non hypertendu n'apporte donc pas de bénéfice. En d'autres termes, qu'il ne faut pas traiter un patient dont la pression artérielle serait inférieure à 135/85 mmHg en MAPA.

Plus fiable, mais à quel prix ?

Dans un second travail, des auteurs anglais, dont certains ont participé aux recommandations du NICE, ont évalué le rapport coût-efficacité des trois méthodes de mesures de la pression artérielle (mesure clinique, MAPA et automesure) en prenant comme modèle un cas clinique théorique : une population de soins primaires âgée de 40 ans ou plus, et ayant une pression artérielle clinique de dépistage supérieure à 140/90 mmHg, avec des facteurs de risque cardiovasculaire à un niveau équivalent à celui de la population générale.

La sensibilité et la spécificité des méthodes de mesure retenues ont été celles établies dans la méta-analyse parue dans le *BMJ* et rapportée dans ce même article. Il a ensuite été postulé qu'un traitement antihypertenseur proposé à un patient non hypertendu n'apportait pas de bénéfice clinique (en d'autres termes, ne prévenait pas les événements cardiovasculaires) mais n'avait pas d'effet indésirable.

Le coût de la mesure clinique de pression artérielle a été établi à 38 livres, celui de l'automesure à 39 livres et celui de la MAPA à 53 livres. Pour cette dernière, ont été pris en compte le coût de l'appareil, des piles de la calibration régulière..., pour la mesure clinique, la nécessité de plusieurs consultations... Le coût des événements cardiovascu-

lares a été modélisé en fonction des bases de données anglaises et le coût des médicaments antihypertenseurs retenu a été celui des formes génériques. L'étude s'appuie donc sur des données spécifiques au système de santé anglais.

Le résultat de ce travail a été de montrer que la MAPA est la méthode la plus coût-efficace pour la prise en charge de l'HTA, permettant d'en diminuer le coût du fait du coût évité par les traitements non prescrits aux patients n'ayant pas d'hypertension artérielle alors que la mesure clinique et l'automesure faisaient envisager qu'ils étaient hypertendus. Le coût évité selon le sexe et l'âge des patients en utilisant la MAPA plutôt que les autres méthodes de mesure de pression artérielle a été estimé entre 56 et 323 livres.

En synthèse

La MAPA a donc vu son statut évoluer notablement en 30 ans. Elle a d'abord été un outil de recherche permettant notamment d'apprécier la variabilité tensionnelle. Elle a permis d'apprécier

l'efficacité des traitements antihypertenseurs sur les 24 heures, et depuis sa validation dans ce domaine, tout dossier d'enregistrement de traitement antihypertenseur doit comprendre des études faites avec des MAPA. Elle a aussi été un outil permettant de mieux évaluer le pronostic associé à la valeur des chiffres tensionnels, bien que ce rôle n'ait pas été jugé comme de grande portée en pratique clinique, puisque ses indications jusqu'ici reconnues n'en tenaient pas compte. En parallèle et rapidement, elle a permis d'indiquer que la mesure clinique pouvait faire le diagnostic d'HTA par excès (hypertension artérielle blouse blanche), et plus récemment a montré qu'un tel diagnostic pouvait aussi être fait par défaut (hypertension artérielle masquée) sans permettre d'envisager l'attitude à adopter face à ces statuts tensionnels particuliers.

Avec les travaux et les recommandations parus cette année, il est proposé que la MAPA devienne désormais (du moins outre-Manche) la méthode de référence pour le diagnostic de l'hypertension artérielle. C'est donc un grand pas qu'ont fait les Anglais.

Si cette avancée paraît logique, elle a plusieurs limites et repose sur de nombreuses hypothèses de travail. Une de ces principales hypothèses est qu'un patient ayant une hypertension artérielle en mesure clinique sans hypertension artérielle en MAPA (un hypertendu blouse blanche) ne justifie pas de traitement antihypertenseur. Son corollaire pourrait être aussi qu'il faut traiter l'hypertension artérielle masquée.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, les propositions anglaises ont l'important mérite de faire avancer les réflexions scientifiques et pratiques sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle. Elles seront sûrement analysées, souhaitons-le avec le plus grand intérêt, par l'ensemble des sociétés savantes et groupes d'experts désignés pour établir les prochaines recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle dans la plupart des pays et continents. Si sa place doit évoluer pour en faire un outil indispensable à la pratique, il sera enfin utile qu'à la codification qui lui est reconnue dans la CCAM soit affectée un prix. Car la MAPA est encore en France, en 2011, un acte hors nomenclature.

Insuffisance tricuspide : du nouveau chez Edwards Lifesciences

Edwards Lifesciences a annoncé, fin août, le lancement mondial de l'anneau d'annuloplastie Carpentier-Edwards Physio Tricuspid pour le traitement de l'insuffisance tricuspide. Edwards a reçu le marquage CE pour sa commercialisation dans l'Union Européenne et la certification 510 (k) de la *Food and Drug Administration* des Etats-Unis.

Le système d'annuloplastie Physio Tricuspid se présente sous une forme tridimensionnelle lui permettant de s'adapter à l'anatomie naturelle de l'anneau tricuspide du patient lorsque la valve est fermée. Il est conçu selon le principe de "flexibilité sélective" afin de préserver le mouvement naturel de la valve d'origine. L'anneau intègre également un certain nombre de perfectionnements facilitant son implantation, notamment un rebord de suture distinct qui guide l'emplacement et l'alignement de la suture de manière intuitive.

J.N.

D'après un communiqué de presse de la Sté Edwards Lifesciences.