

Mise en place et adaptation du traitement antihypertenseur

Pr Xavier Girerd

*Pôle Cœur Métabolisme
Unité de Prévention des Maladies Cardiovasculaires
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
xavier.girerd@psl.aphp.fr*

DIU HTA – mars 2013

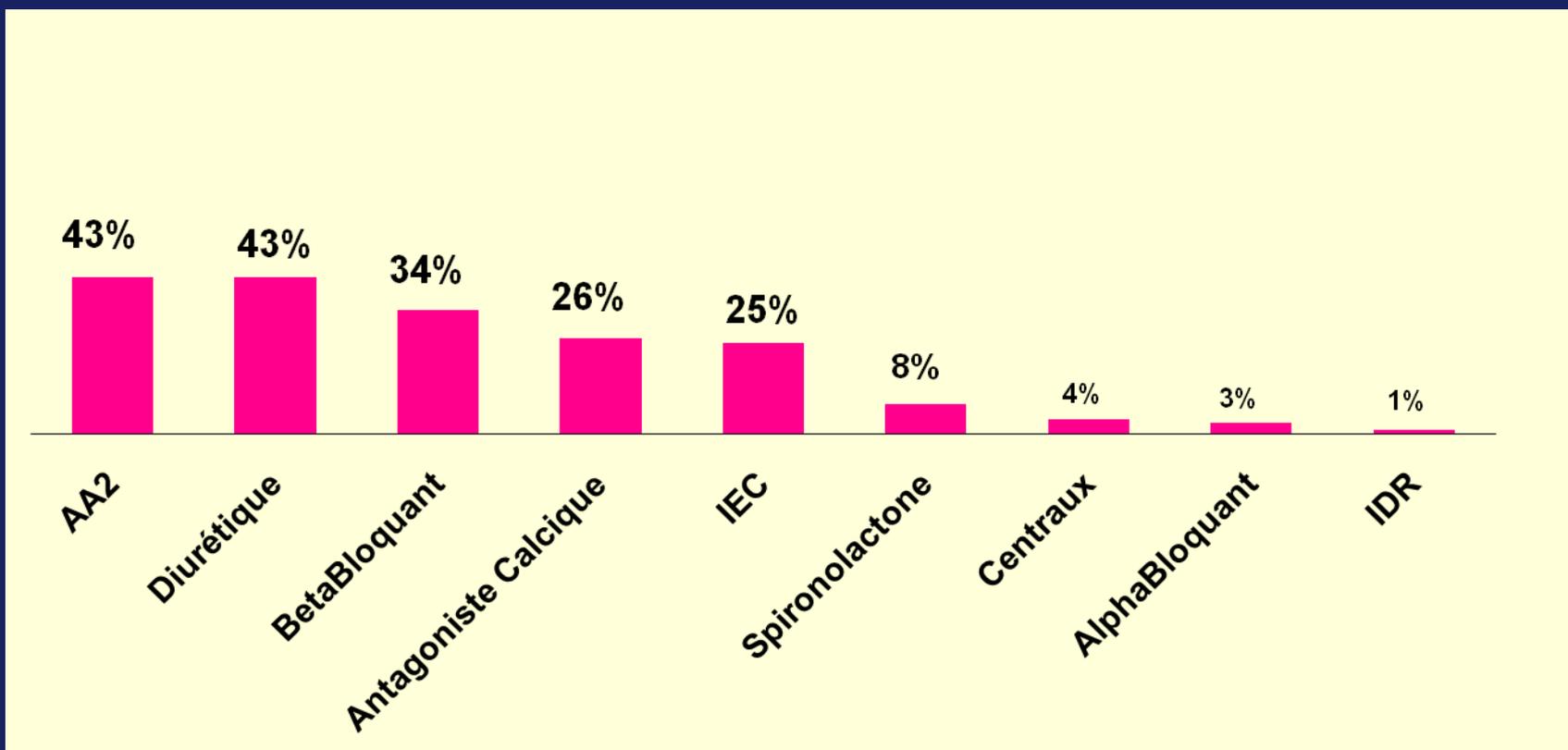
Mise en place du traitement
antihypertenseur

Utilisation des médicaments
antihypertenseurs en France
en 2012

Utilisation des antihypertenseurs en France

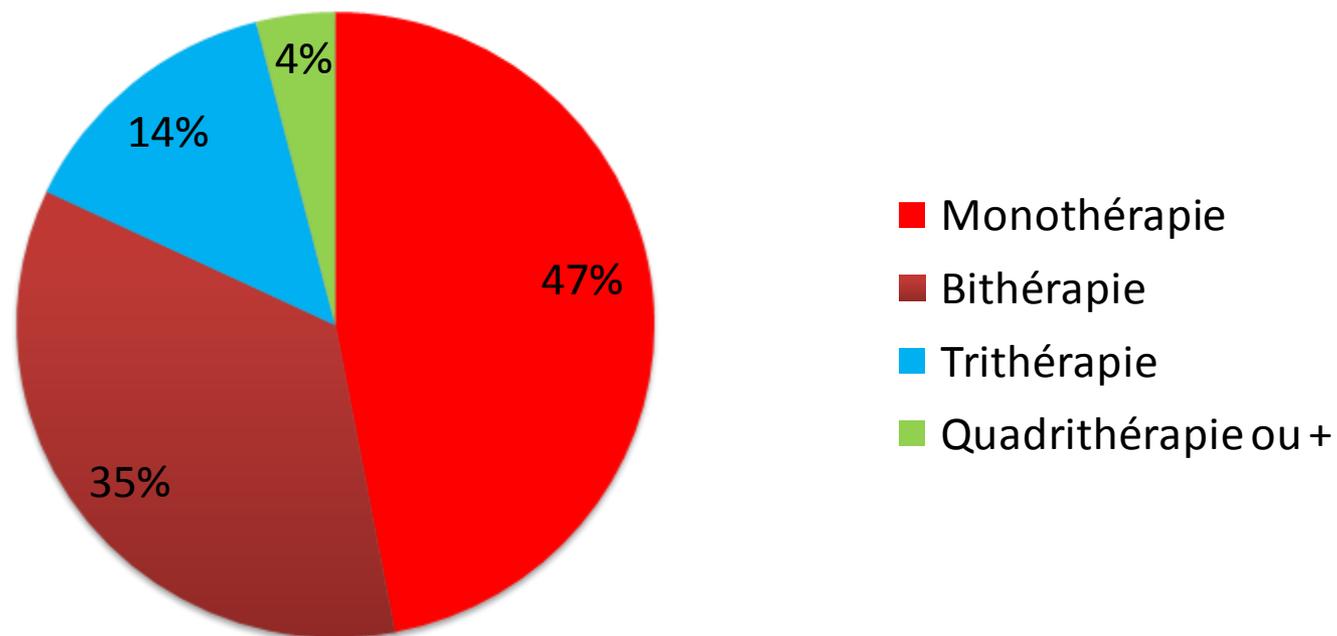
Enquêtes FLAHS

2292 hypertendus traités par au moins un médicament antihypertenseur
iEnquêtes French League Against Hypertension Survey 2009 et 2010.



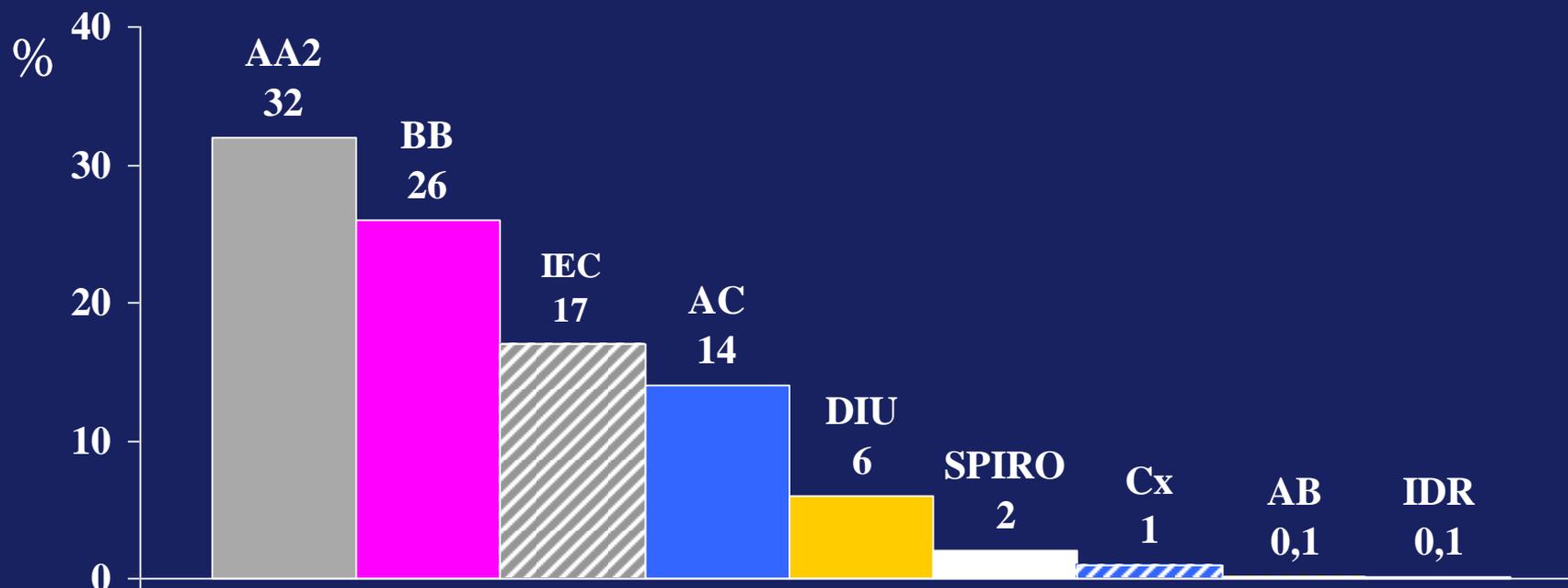
Utilisation des antihypertenseurs en 2012

Stratégie d'usage des classes pharmacologique



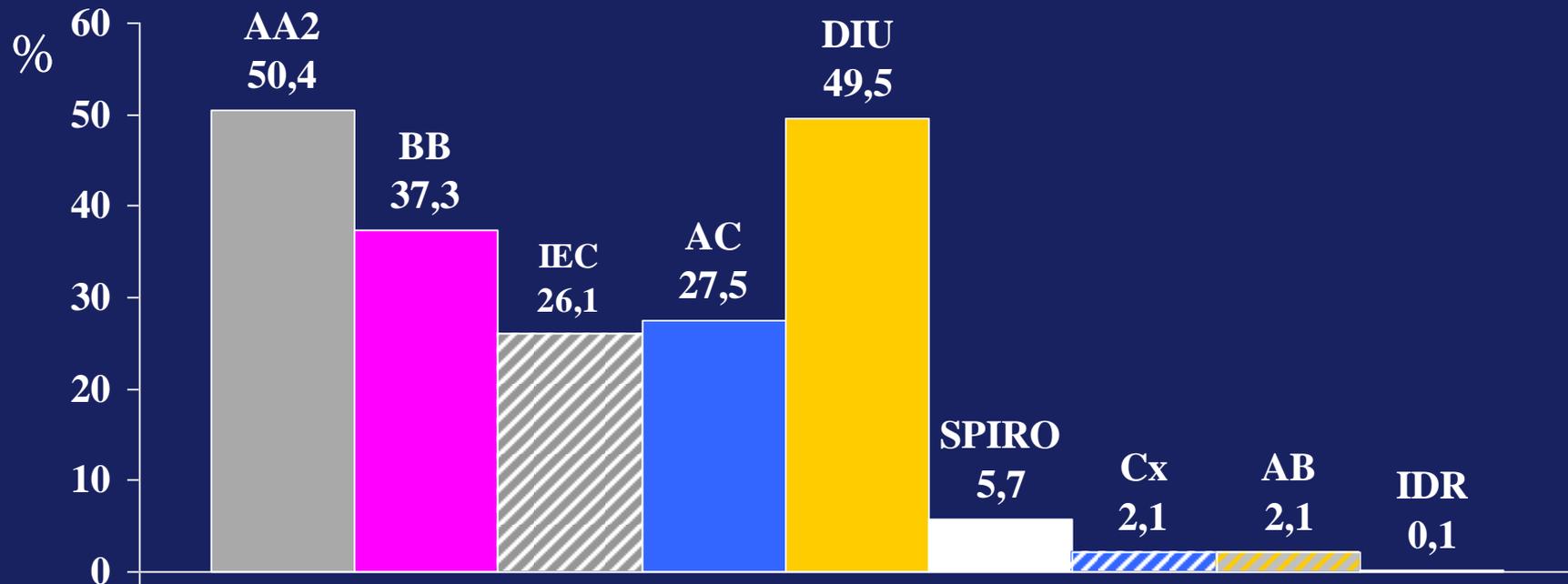
Utilisation des anti-hypertenseurs en 2012 avec une seule classe (monothérapie) Ordonnances des sujets traités

47 % des ordonnances avec 1 seule classe pharmacologique



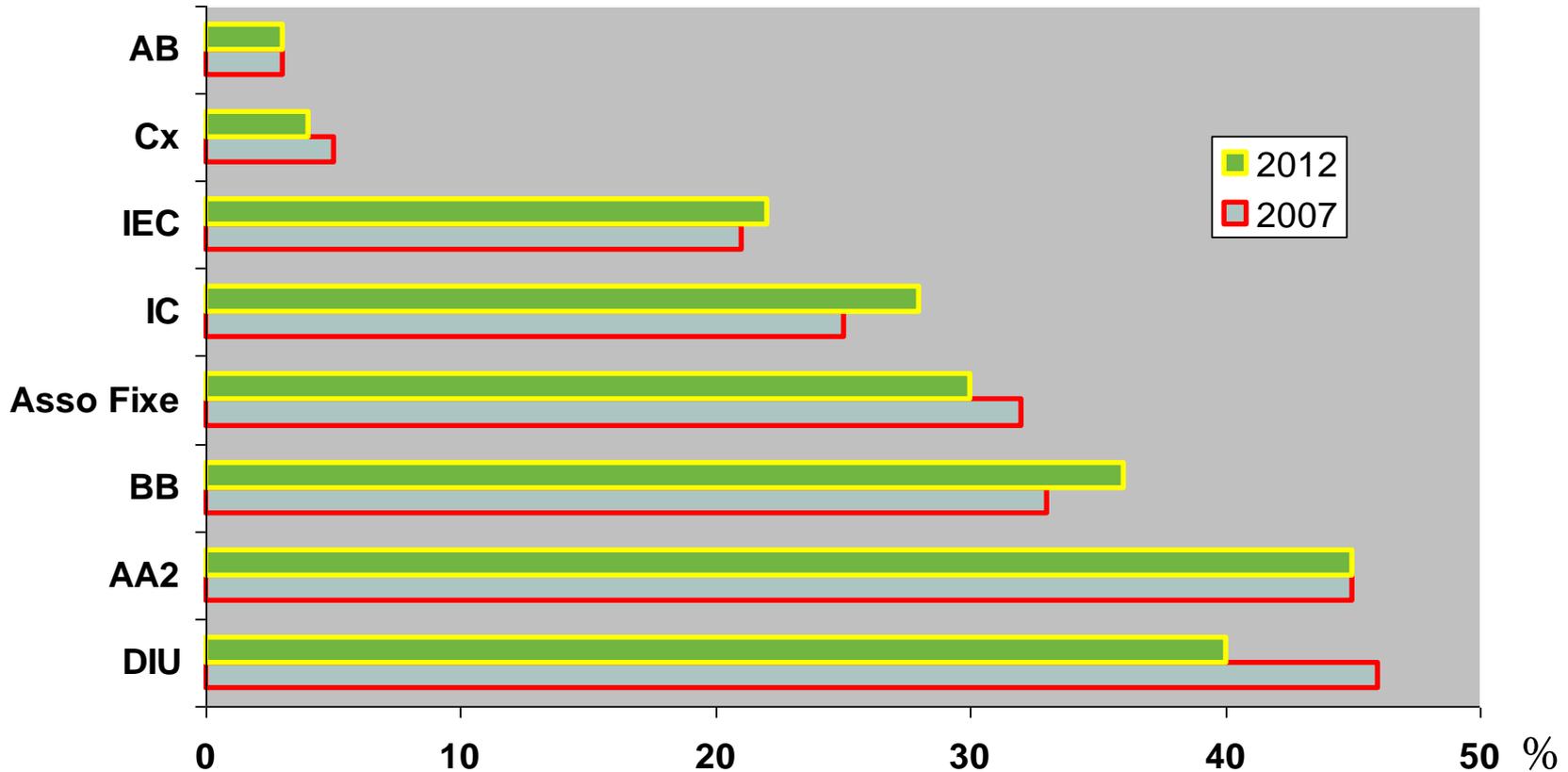
Utilisation des anti-hypertenseurs en 2012 avec deux classes (bithérapie) Ordonnances des sujets traités

35 % des ordonnances avec 2 classes pharmacologiques



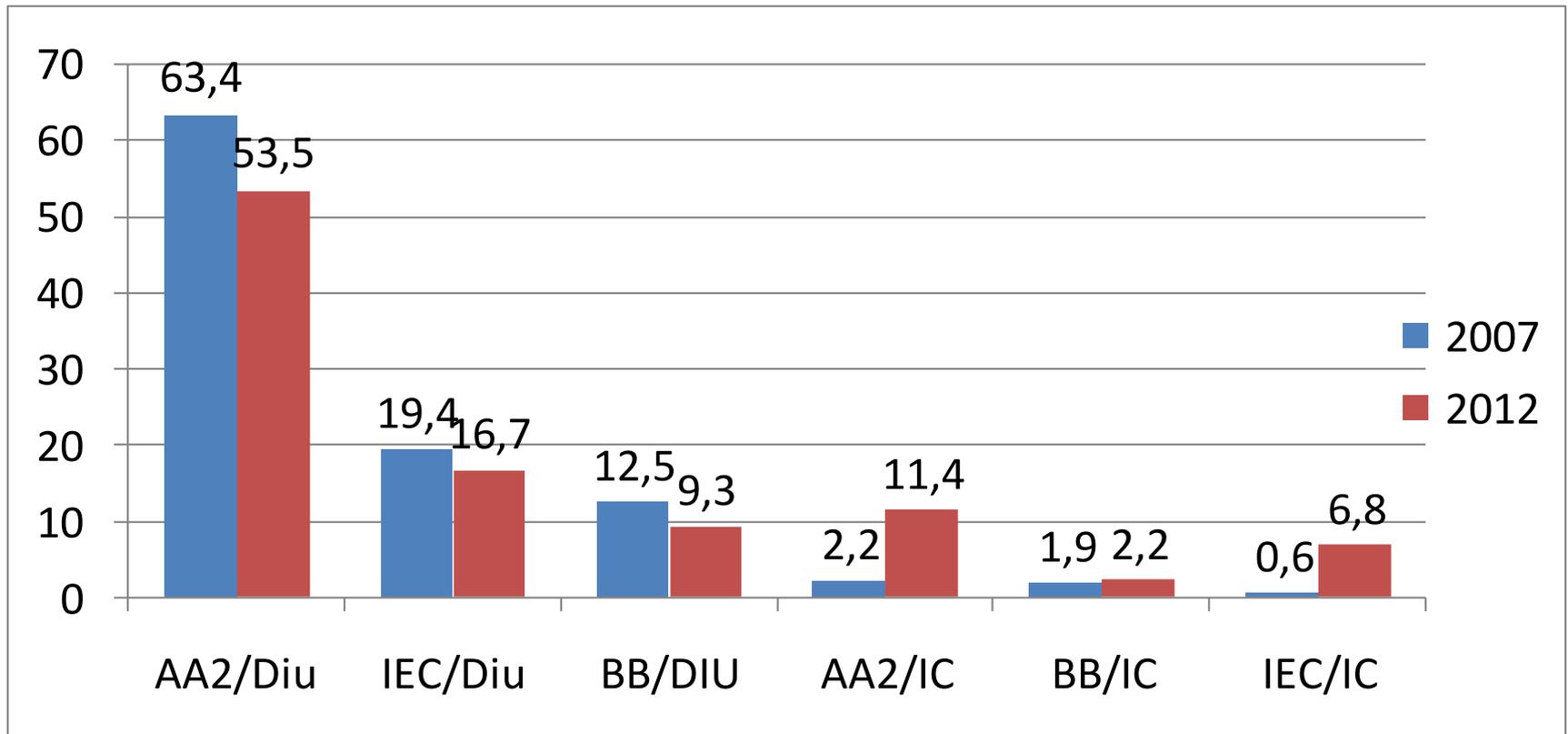
Utilisation des anti-hypertenseurs 2007 et 2012

Ordonnances des sujets traités



Utilisation des antihypertenseurs en France entre 2007 et 2012 selon les enquêtes FLAHS

Répartition des combinaisons fixes selon le total des prescriptions

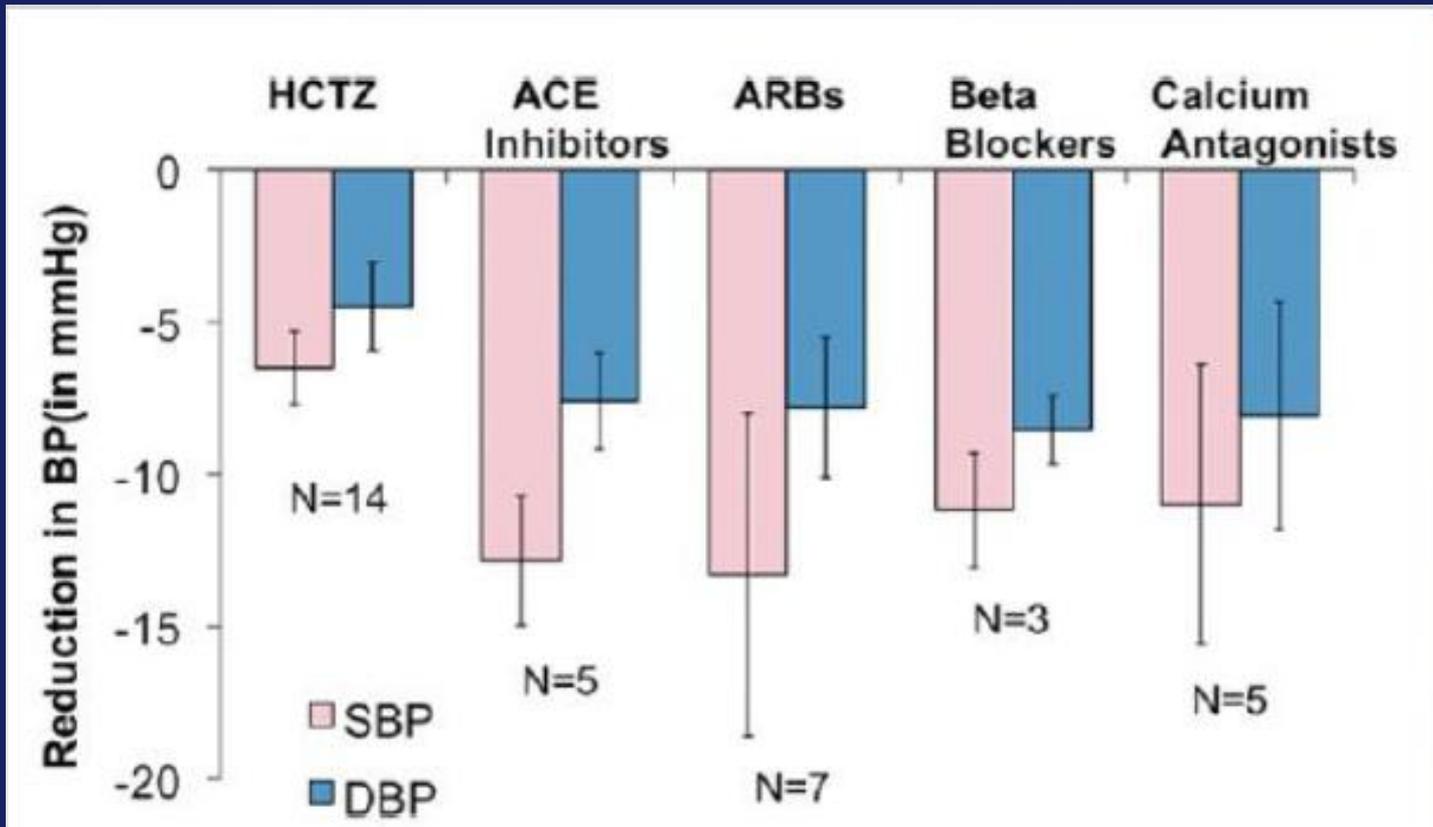


Stratégies actuelles dans l'HTA

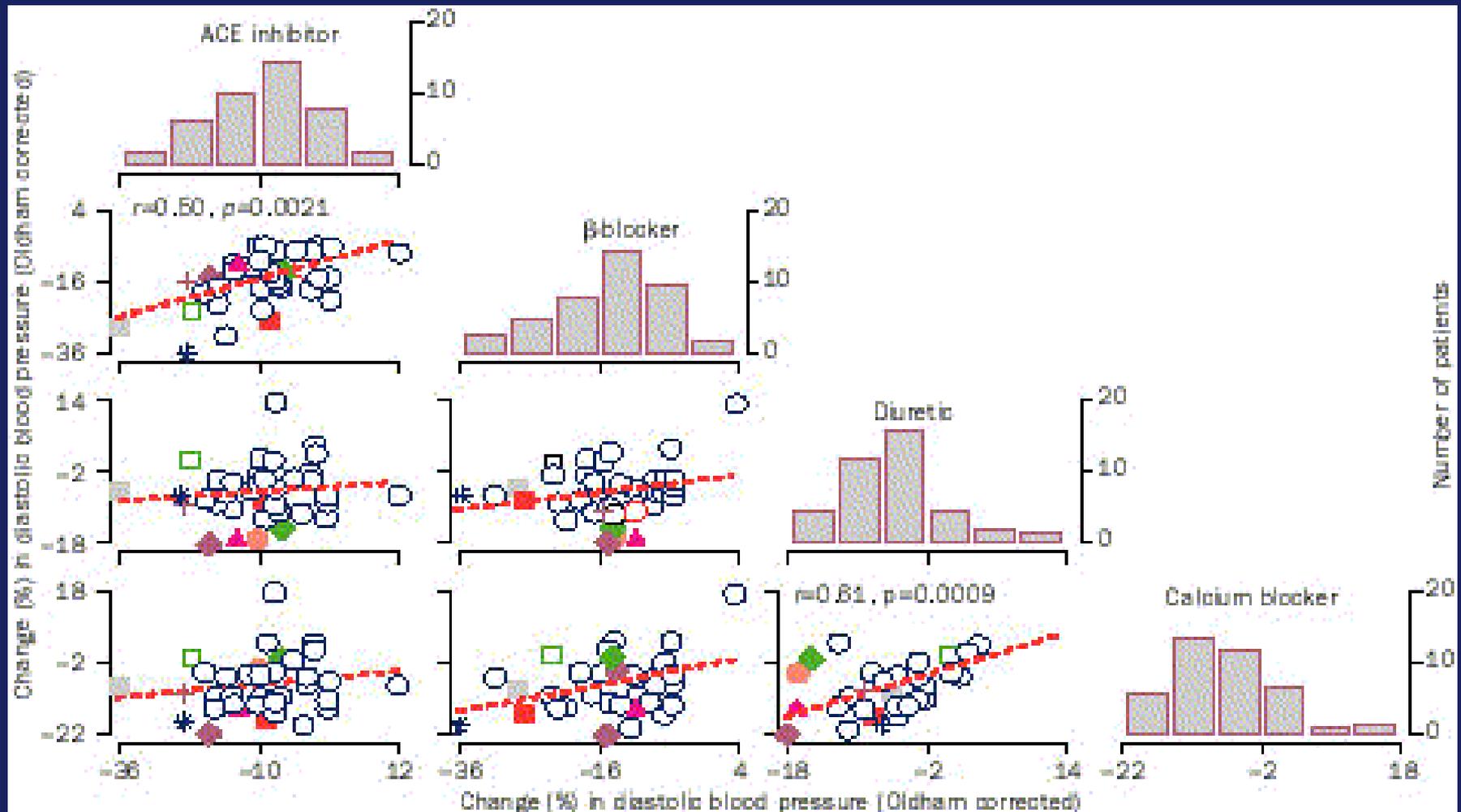
Le choix du premier traitement : une influence sur la prise en charge de l'hypertendu.

Antihypertensive efficacy of drugs in monotherapy as evaluated by ABPM

A meta-analysis of randomized trials

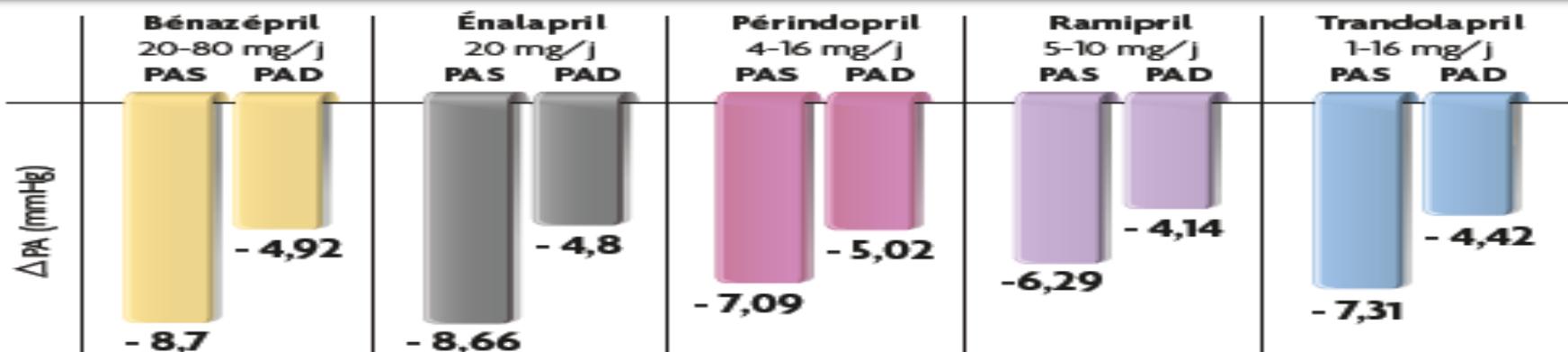


La baisse de la tension obtenue pour chaque famille pharmacologique est différente pour chaque sujet



Efficacité antihypertensive des IEC

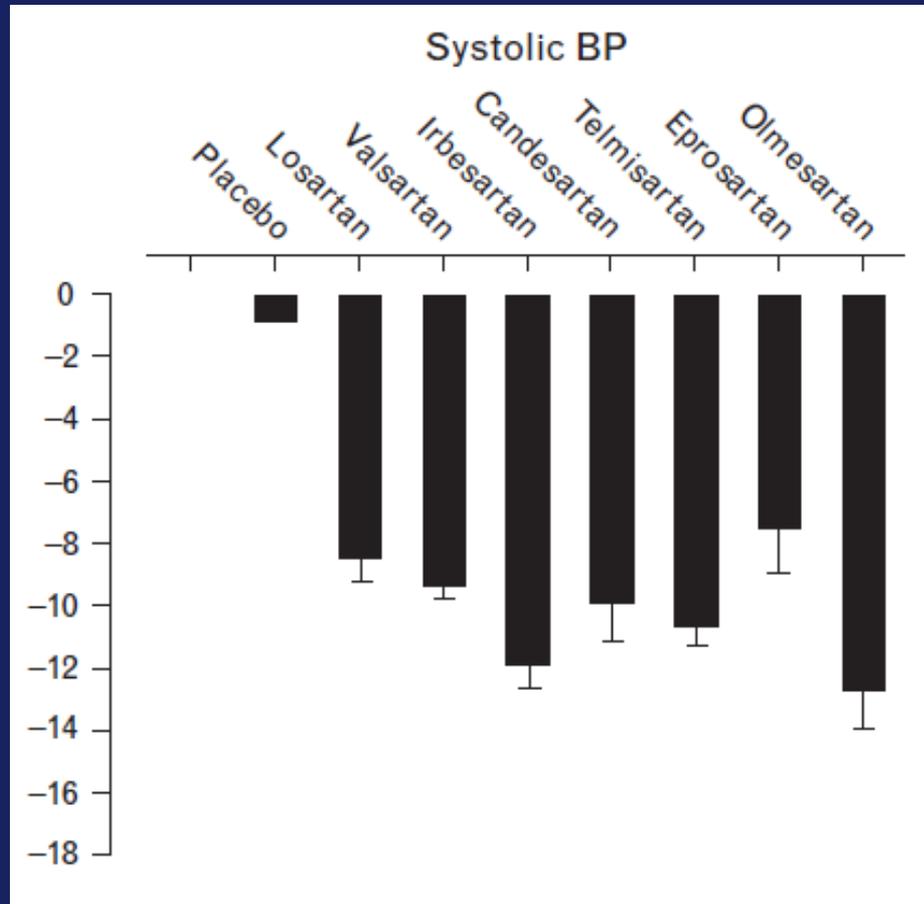
Revue Cochrane sur 92 études randomisées



Revue Cochrane : méta-analyse de 92 études randomisées, en double aveugle, contrôlées, évaluant chez 12 954 patients hypertendus (ayant en moyenne une PA initiale de 157/101 mmHg), l'efficacité sur la baisse de la PA des IEC en monothérapie vs placebo sur une durée de 3 à 12 semaines.

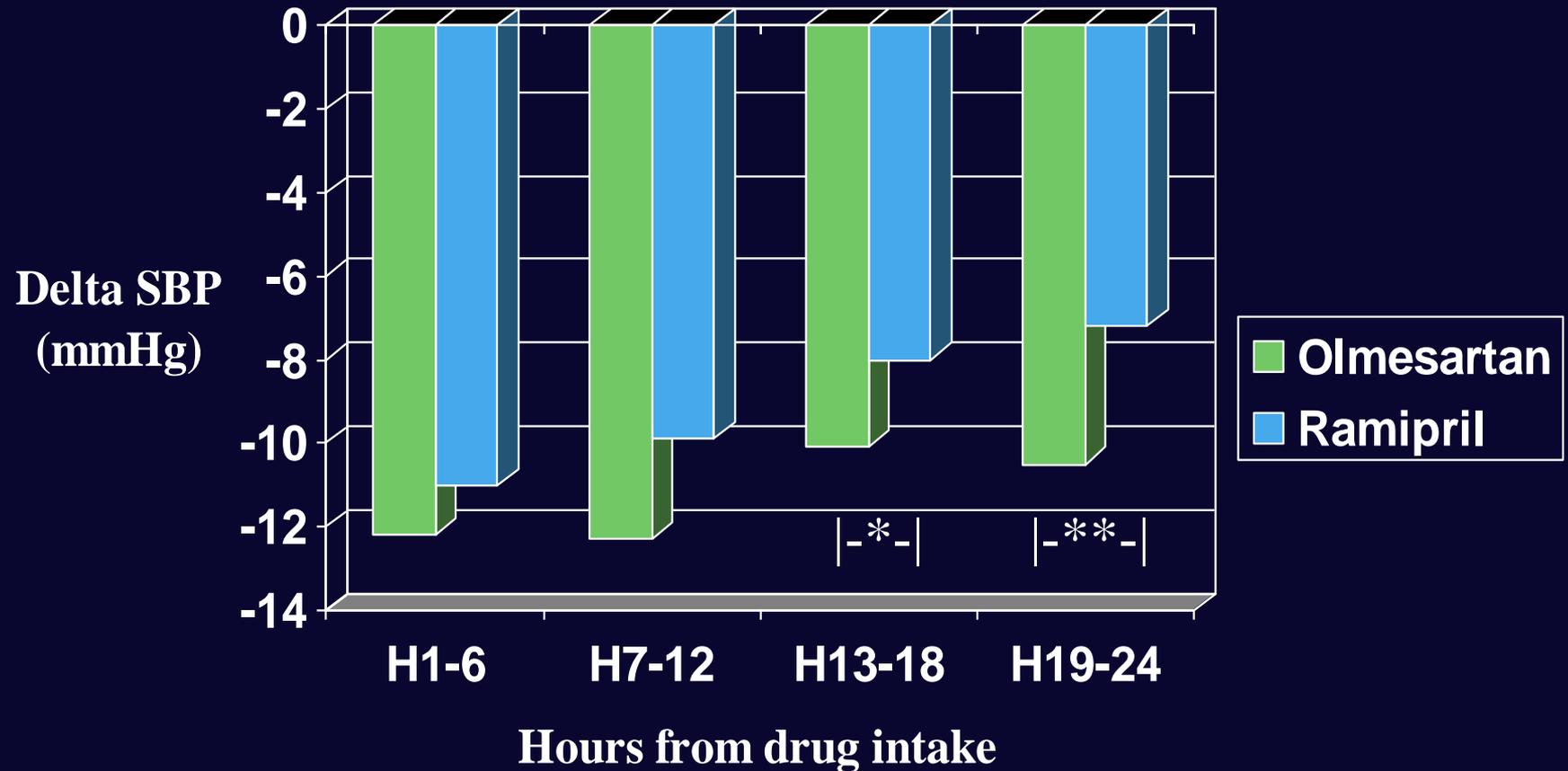
Antihypertensive activity of angiotensin II AT₁ receptor antagonists: a systematic review of studies with 24 h ambulatory blood pressure monitoring

Reduction in the awake blood pressure



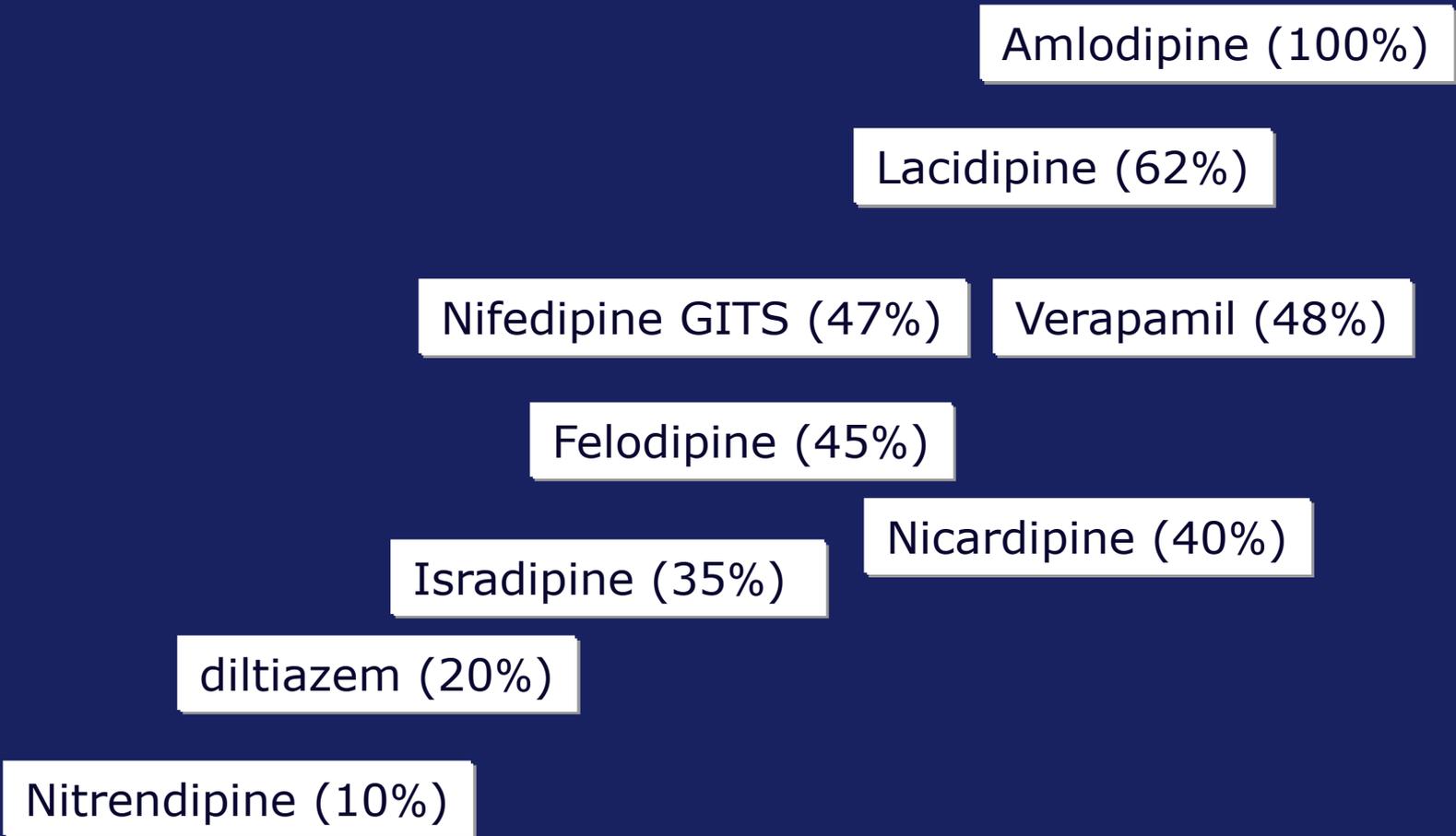
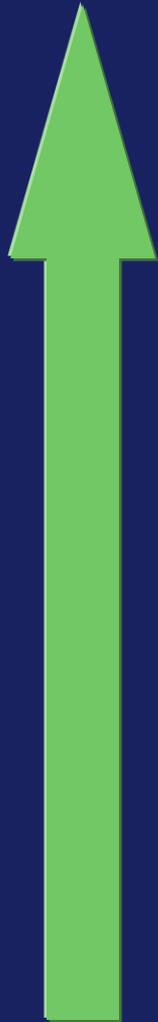
Comparaison de l'efficacité antihypertensive d'un AA2 à un IEC

MAPA sur 24 h



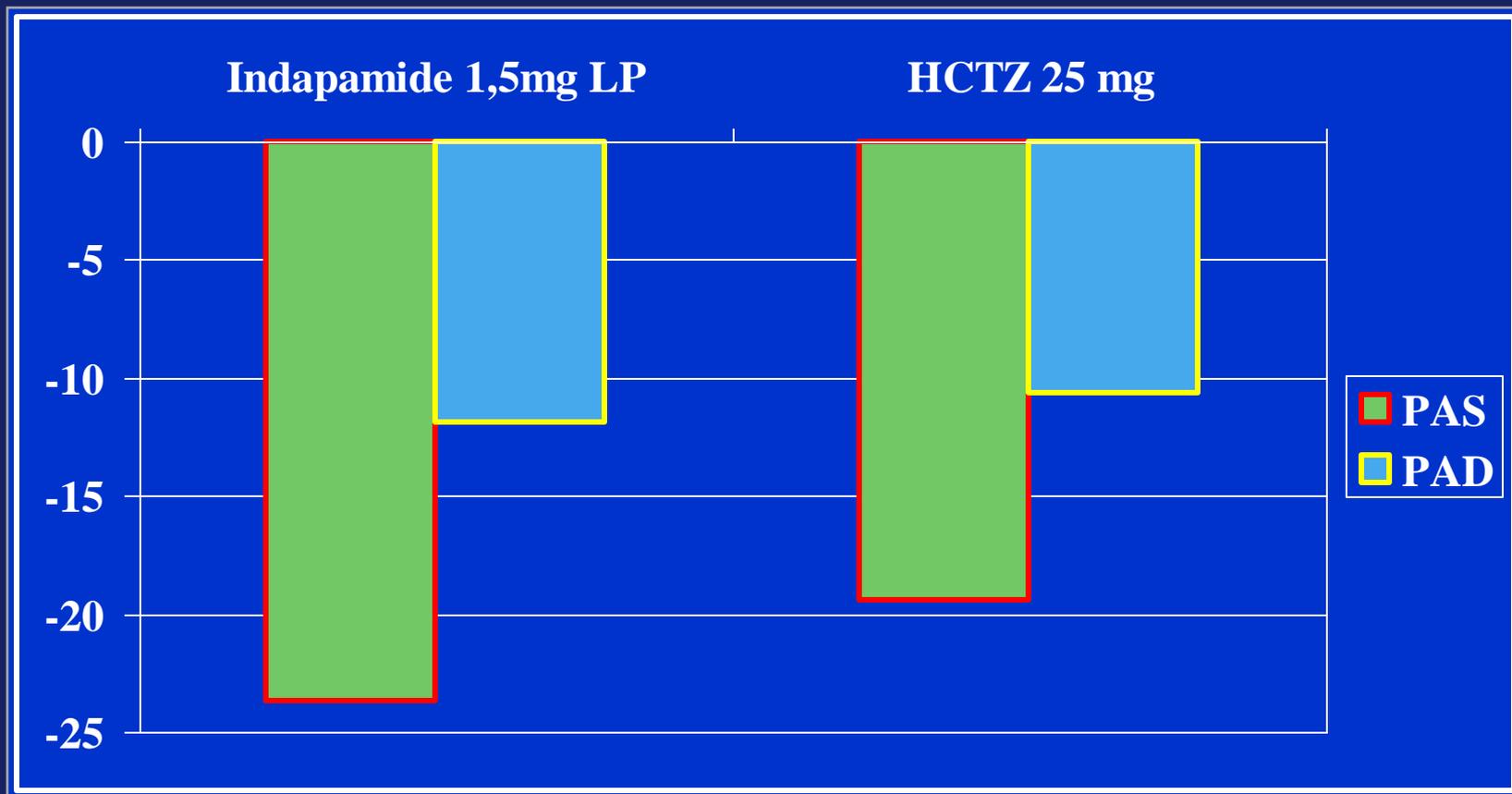
Durée d'action des antagonistes calciques

Effet résiduel/Effet au pic en monoprise

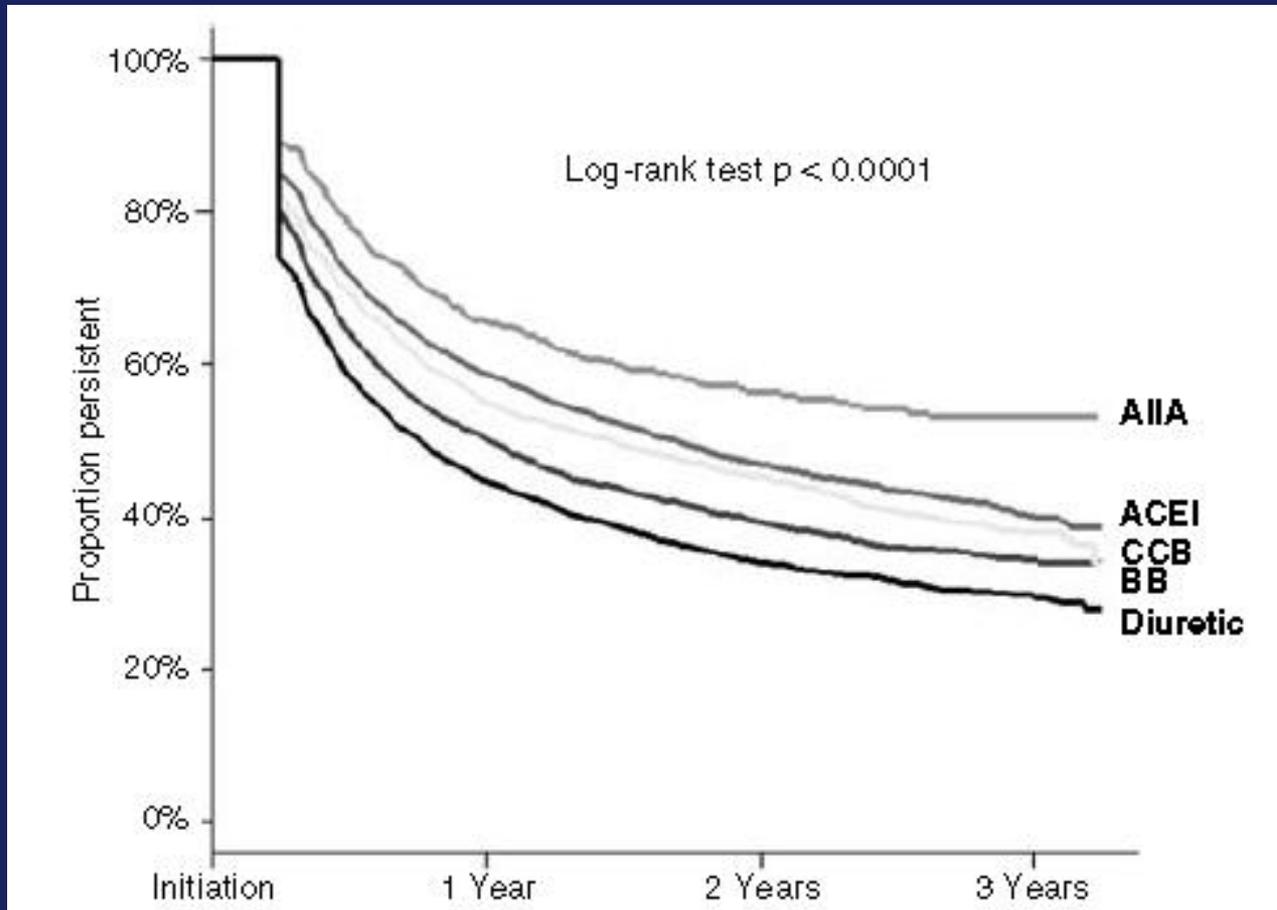


Efficacité de l'indapamide et de l'HCTZ

72 ans, 12 semaines, double-aveugle



Un traitement qui débute par un ARA2 induit la plus grande persistance à ce traitement sur le long terme



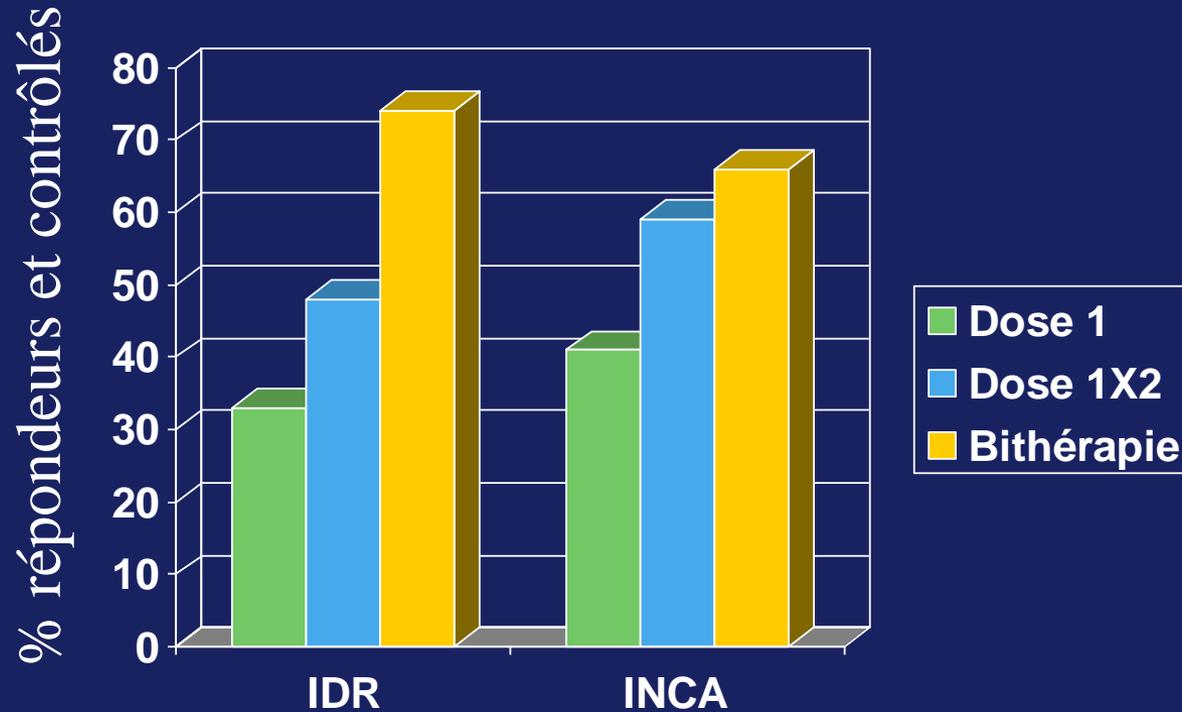
Comparative Risk for Angioedema Associated With the Use of Drugs That Target the Renin-Angiotensin-Aldosterone System

The incidence rates per 1000 person-years were
4.38 (95% CI, 4.24-4.54) cases for ACEIs,
1.66 (95% CI, 1.47-1.86) cases for ARBs
4.67 (95% CI, 1.88-9.63) cases for aliskiren
1.67 (95% CI, 1.56-1.78) cases for β -blockers

Compared with the use of β -blockers, the adjusted hazard ratios were 3.04 (95% CI, 2.81-3.27) for ACEIs,
1.16 (95% CI, 1.00-1.34) for ARBs,
2.85 (95% CI, 1.34-6.04) for aliskiren.



Le doublement de la dose d'une monothérapie est moins efficace qu'une bithérapie



Dose 1: Monothérapie : Aliskiren 150 mg , Amlodipine 5 mg

Bithérapie : Aliskiren 150mg/Amlodipine 5 mg

Dose 1X2

Monothérapie : Aliskiren 300 mg , Amlodipine 10 mg

Bithérapie : Aliskiren 300mg/Amlodipine 10 mg

Stratégies actuelles dans l'HTA

Recommandations 2013 de la SFHTA

« Prise en charge de l'HTA de l'adulte »



RECOMMANDATION

PRISE EN CHARGE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
DE L'ADULTE

www.sfhta.org

Presse Médicale 2013



PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE

*Jacques Blacher, Jean-Michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad,
Atul Pathak, Bruno Schnebert, Xavier Girerd*
au nom de la Société Française d'Hypertension Artérielle.

LES RENDEZ-VOUS DE L'HYPERTENDU

AVANT DE DÉBUTER LE TRAITEMENT

- 1) Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical.
- 2) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.
- 3) Réaliser un bilan initial.
- 4) Organiser une consultation d'information et d'annonce de l'HTA.

PLAN DE SOIN INITIAL (6 PREMIERS MOIS)

- 1) Objectif principal : contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois.
- 2) Privilégier cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.
- 3) Choix individualisé du premier traitement antihypertenseur, tenant compte notamment de la persistance.
- 4) Privilégier les bithérapies (fixes) en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire.
- 5) S'assurer de la bonne tolérance.

PLAN DE SOIN A LONG TERME

- 1) HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie: avis spécialisé après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en dehors du cabinet médical.
- 2) En cas d'HTA contrôlée, visite tous les 3 à 6 mois.
- 3) Dépister la mauvaise observance des traitements antihypertenseurs.
- 4) Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle.
- 5) Après 80 ans, objectif modulé sans dépasser 3 antihypertenseurs.
- 6) Après complication cardiovasculaire, ajustement des traitements et maintien de l'objectif tensionnel.

Stratégies actuelles dans l'HTA

**Pour débiter le traitement la
monothérapie reste encore la règle en
première intention**

Le choix d'un traitement antihypertenseur est uniquement guidé par les caractéristiques cliniques

Selon le NICE 11

Step 1 **A** (for patients aged <55 years) or
C* (for patients aged ≥55 years and all black people of African or Caribbean descent)

Key

- A** = Angiotensin converting enzyme inhibitor or angiotensin II receptor blocker
- C** = Calcium channel blocker
- D** = Thiazide-like diuretic
- * Calcium channel blocker preferred, but consider thiazide-like diuretics in people with oedema or high risk of heart failure
- † Consider low dose spironolactone or higher doses of thiazide-like diuretic

Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur selon la persistance

L'initiation du traitement antihypertenseur par un ARA2 ou un IEC est associée à une persistance plus élevée que l'initiation du traitement par un diurétique ou par un bêtabloquant, pour des raisons à la fois d'efficacité et de tolérance ; les inhibiteurs calciques étant en position intermédiaire.

Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur chez le diabétique et le sujet âgé

- Chez le patient diabétique à partir du stade de microalbuminurie et l'hypertendu avec protéinurie, débiter au choix par un IEC ou un ARA 2.
- Chez les sujets âgés, les bêtabloquants sont moins efficaces que les autres classes pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux.

Individualiser le choix du premier traitement antihypertenseur selon des caractéristiques pharmacologiques

- Au sein d'une même classe, il existe des différences pharmacologiques entre les médicaments qui ont des conséquences sur l'efficacité et la tolérance.
- Privilégier les médicaments en une prise par jour.

S'assurer de la bonne tolérance du traitement

- Les effets secondaires des antihypertenseurs sont réversibles à l'arrêt du traitement, et un autre antihypertenseur doit être prescrit.
- S'assurer de l'absence d'hypotension orthostatique, en particulier chez le sujet âgé, le patient insuffisant rénal ou le patient diabétique.

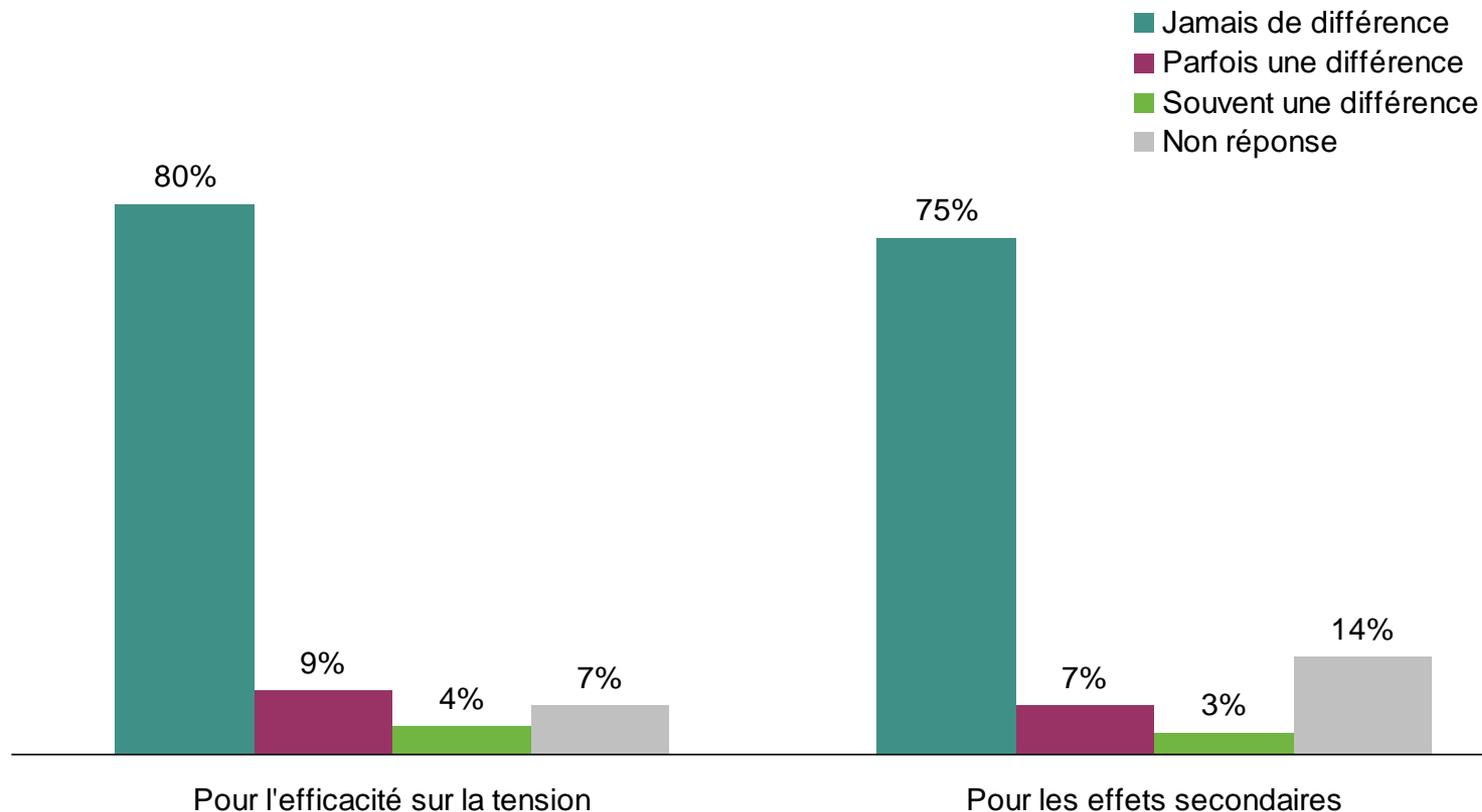
Intolérance des bloqueurs du système rénine angiotensine

- Après chaque introduction ou adaptation posologique des bloqueurs du système rénine – angiotensine et/ou des diurétiques, ou après un événement intercurrent, il est recommandé de réaliser un ionogramme sanguin avec créatininémie et débit de filtration glomérulaire estimé.
- L'association de 2 bloqueurs du système rénine angiotensine (IEC, ARA2, inhibiteur de la rénine) n'est pas recommandée.
- Les diurétiques, IEC, ARA2 et inhibiteurs de la rénine doivent être arrêtés transitoirement en cas de situation de déshydratation marquée.

Les médicaments antihypertenseurs génériques

- En France, ils ont une efficacité anti-hypertensive comparable aux produits princeps.
- Néanmoins, leur usage est pour certains patients source de confusion ; cela doit être pris en considération par les médecins et les pharmaciens.

Perception du générique versus les médicaments de marque

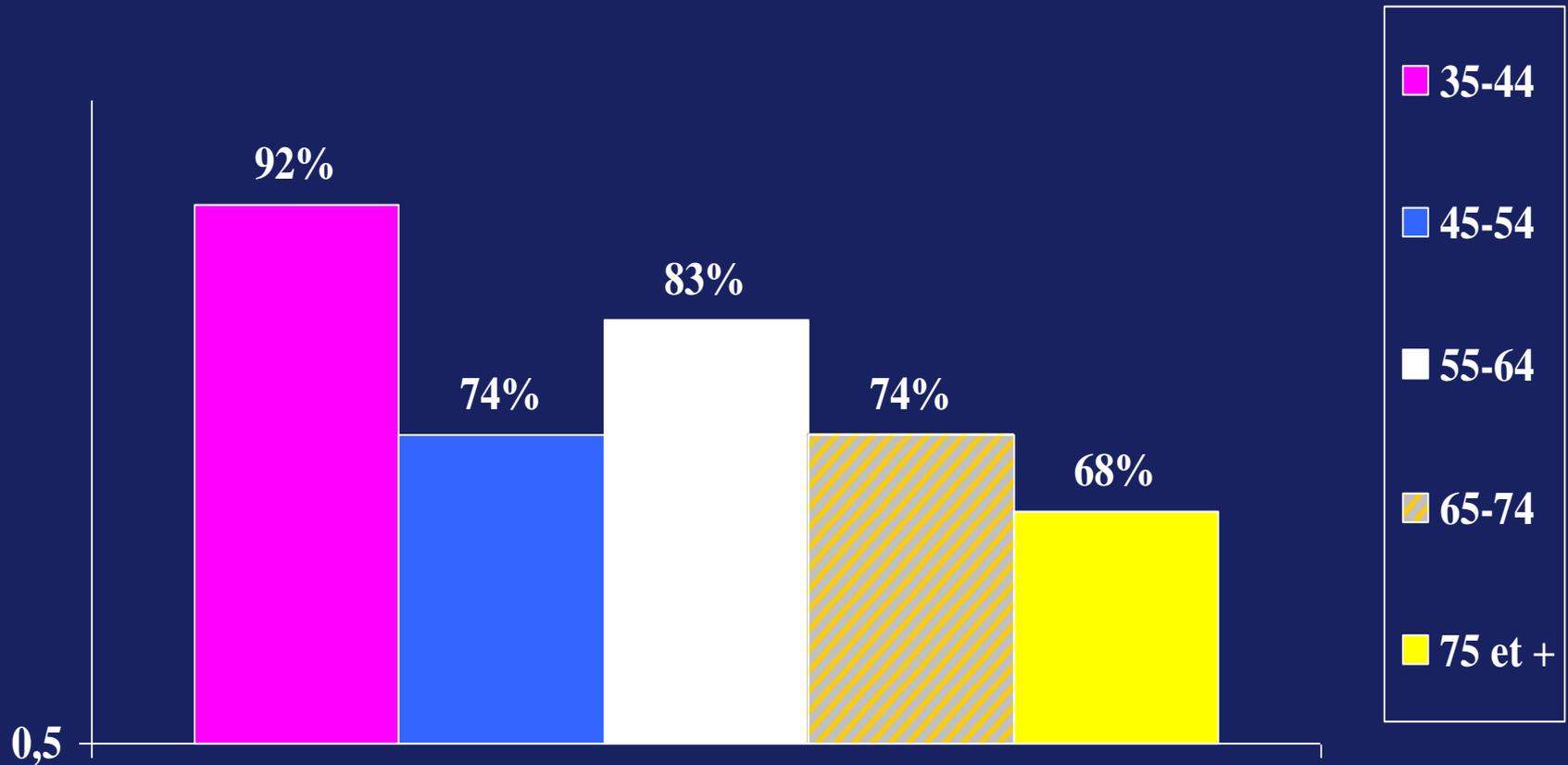


Base : Ensemble des individus qui déclarent prendre des génériques pour l'HTA (n=514)

Q5 : Concernant le ou les médicament (s) pour l'hypertension artérielle qui vous sont délivrés sous une forme « générique », vous avez constaté ?

Utilisation des anti-hypertenseurs Perception par le patient lors de la prescription d'un générique

Jamais de différence d'effets indésirables entre le générique et la marque



Obtenir un contrôle de la pression artérielle dans les six premiers mois

- Les visites au cabinet médical doivent être mensuelles, jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel.
- L'objectif tensionnel est d'obtenir une PAS comprise entre 130 et 139 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg, y compris chez les diabétiques et les patients avec maladies rénales.
- L'objectif tensionnel sera confirmé par une mesure de la PA en dehors du cabinet médical.
- Après 80 ans, l'objectif est d'obtenir une PAS < 150 mm Hg, sans hypotension orthostatique.

Bithérapie fixe après la monothérapie

- Si la monothérapie ne permet pas le contrôle de la pression artérielle après un mois de traitement, associer deux principes actifs préférentiellement en un seul comprimé (bithérapie fixe),
- L'association de 2 bloqueurs du système rénine angiotensine (IEC, ARA2, inhibiteur de la rénine) n'est pas recommandée.
- L'association bêtabloquant - diurétique augmente le risque de diabète.

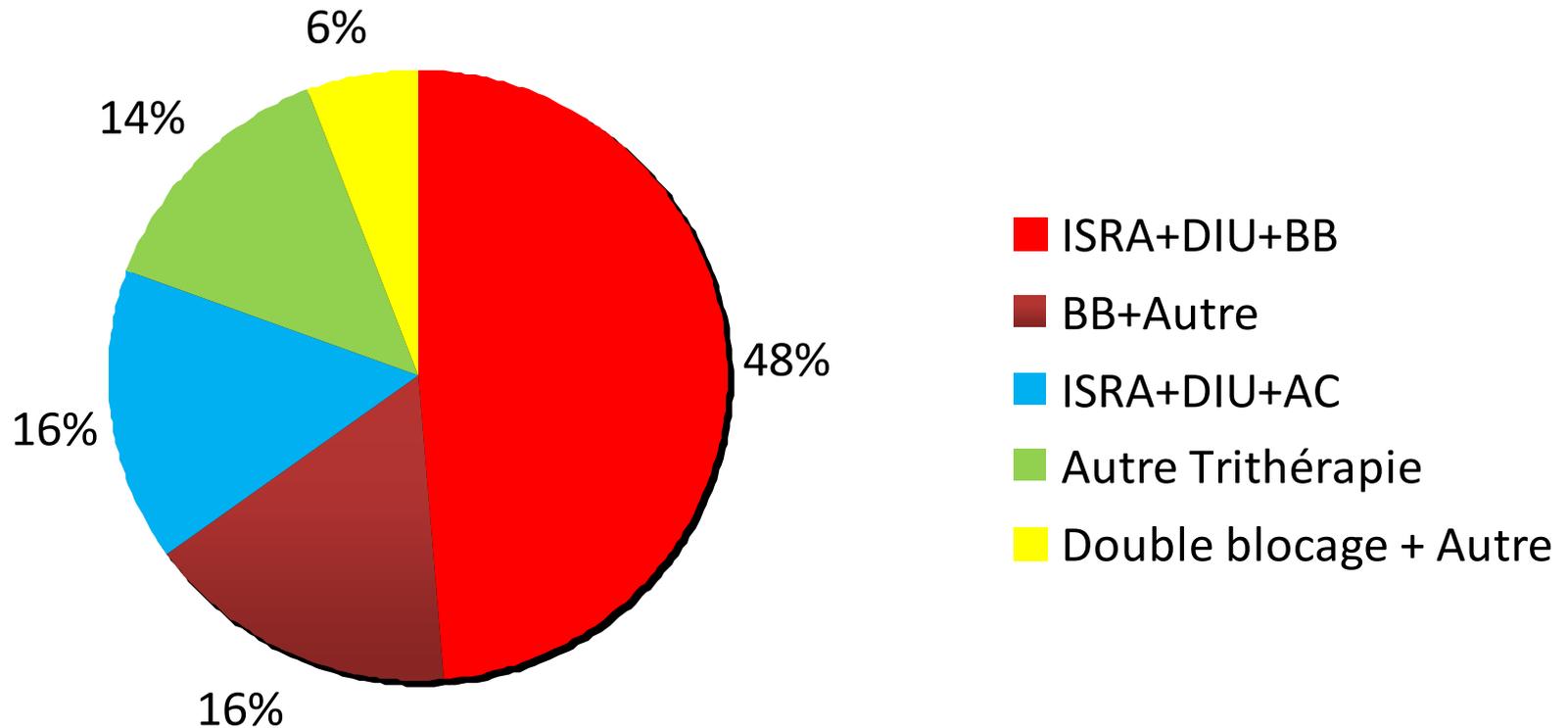
Adapter la bithérapie avant la trithérapie

En cas d'objectif tensionnel non atteint, plusieurs combinaisons (en termes de dose et de composition) peuvent être essayées avant le passage à une trithérapie antihypertensive.



La trithérapie recommandée pour optimiser l'efficacité sur la pression artérielle est notée sur 16% des prescriptions

Trithérapie pharmacologique



Le choix d'un traitement antihypertenseur est uniquement guidé par les caractéristiques cliniques

Selon le NICE 11

Step 1	A (for patients aged <55 years) or C* (for patients aged ≥55 years and all black people of African or Caribbean descent)
Step 2	A + C*
Step 3	A + C + D
Step 4	Resistant hypertension A + C + D + further diuretic[†] (or α blocker or β blocker if further diuretic treatment is not tolerated or is contraindicated or ineffective) Consider seeking specialist advice

Key

A = Angiotensin converting enzyme inhibitor or angiotensin II receptor blocker

C = Calcium channel blocker

D = Thiazide-like diuretic

* Calcium channel blocker preferred, but consider thiazide-like diuretics in people with oedema or high risk of heart failure

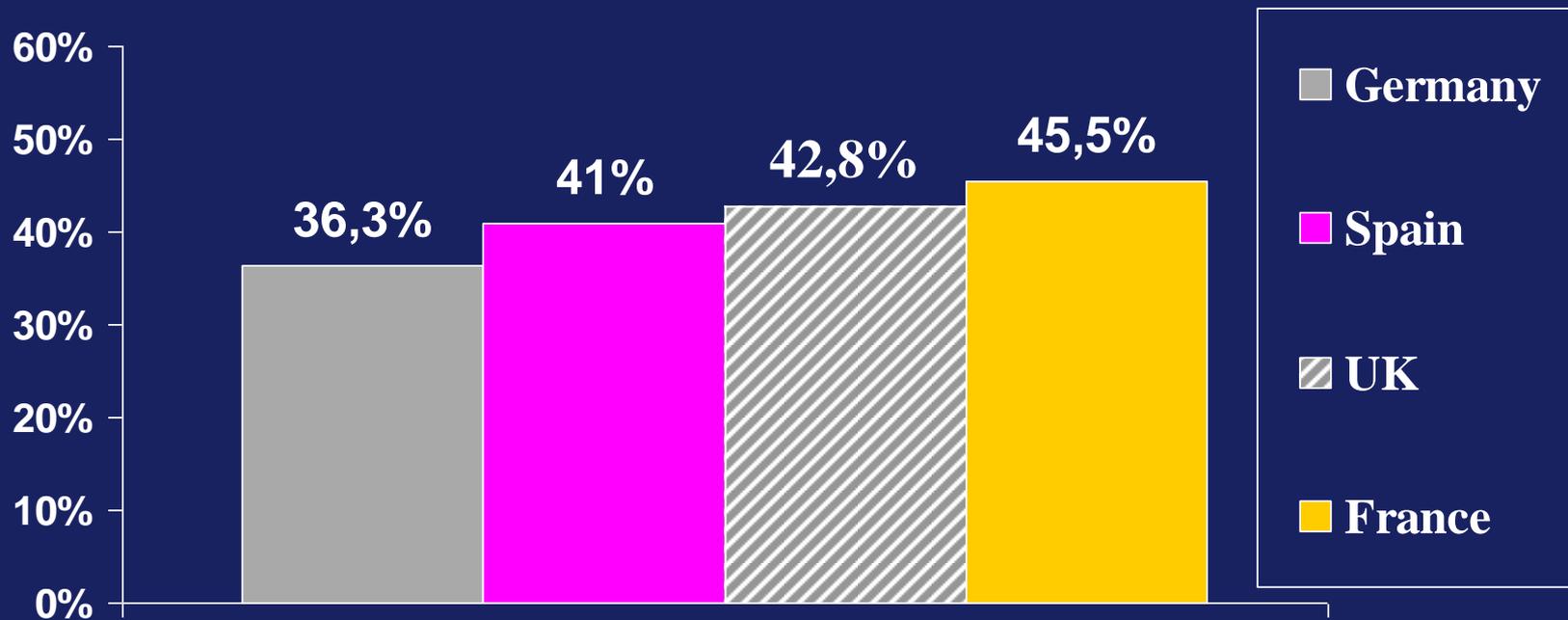
[†] Consider low dose spironolactone or higher doses of thiazide-like diuretic

Mise en place du traitement antihypertenseur

**Le contrôle de la pression
artérielle chez les hypertendus
traités en France**

Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study

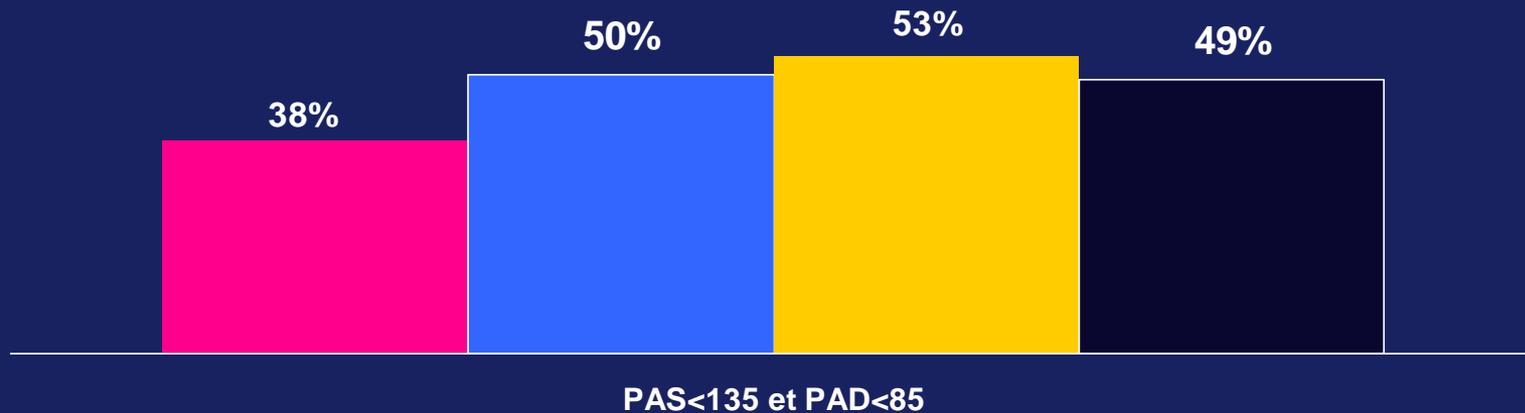
Blood pressure (BP) was determined in standardized conditions, using calibrated mercury sphygmomanometers or validated automated devices, and appropriate-size cuffs.



Évolution du contrôle tensionnel chez les hypertendus traités entre 2004 et 2010 en France

PAS < 135 et PAD < 85 mmHg au domicile

■ 2004 ■ 2007
■ 2009 ■ 2010

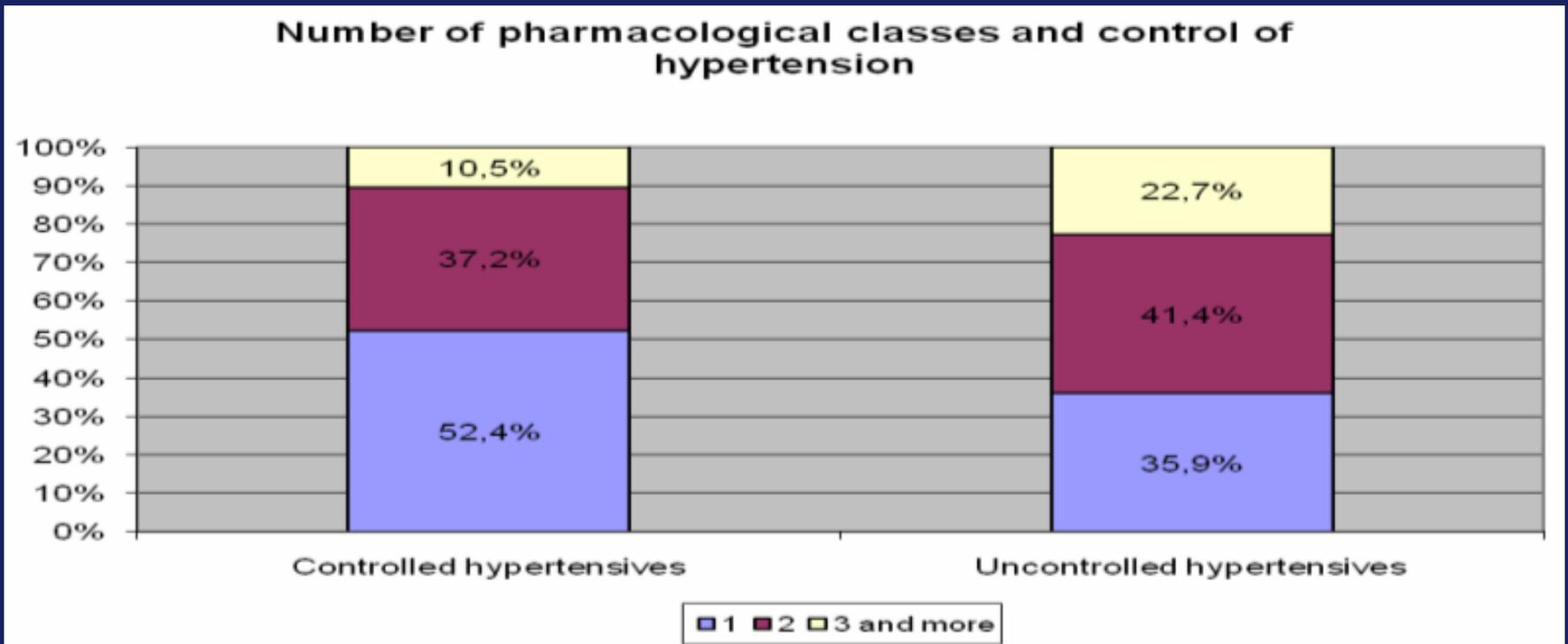


Population analysée : 558 sujets en 2004 ; 424 en 2007 ; 537 en 2009 ; 566 en 2010

Nombre de classes d'antihypertenseurs en fonction du contrôle tensionnel

Etude Nationale Nutrition Santé 2006-2007

52,4% des hypertendus contrôlés sont traités par une monothérapie



OBJECTIF 2015
70% des hypertendus contrôlés



Les raisons de cette ambition, les moyens pour y parvenir

Unité d'Évaluation Médicale et d'Épidémiologie de la Santé Publique, Centre National d'Évaluation Médicale (CNEV) 2014
pour le Comité National de Surveillance des Hypertendus (CNSH), la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) et la Société Française de Médecine Préventive (SFM) pour au soutien de la Société Française de la Santé Publique (SFP) 2014



OBJECTIF 2015

70% des hypertendus contrôlés

HTA NON CONTRÔLÉE EN PRÉVENTION PRIMAIRE

Dépister l'inobservance



Non contrôle confirmé par les mesures ambulatoires



Atteindre une trithérapie composée d'un bloqueur du SRA, d'un diurétique thiazidique et d'un inhibiteur calcique*

* sauf contre-indications ou intolérance



Avis spécialisé

