

Suivi de l'hypertendu et de ses traitements

PF Plouin

**Unité d'hypertension, HEGP et Université Paris-Descartes
Réseau Français des centres d'excellence en hypertension**

Objectifs

- Connaître l'état des lieux en population: prévalence de l'HTA, dimension économique, obstacles à un bon contrôle
- Expliquer les objectifs du traitement médicamenteux de l'HTA
- Expliquer les objectifs du traitement des cofacteurs de risque
- Assurer l'éducation pour la santé
- Programmer la surveillance à moyen et long termes

Epidémiologie et contraintes économiques

- Population Française de 18 à 74 ans, 2005-2007:
 - ENNS et MONICA: 13 millions d'hypertendus traités ou non, soit une prévalence de 31% (moyenne mondiale 26%)
 - CNAM 2006: 10,5 millions de demandes de remboursement pour 4,4 milliards d'€
 - CFLHTA: 4 millions d'hypertendus non traités par antihypertenseurs
- Projection à la population Française de 2014:
 - >15 millions dont >5 millions non traités ou non contrôlés
 - L'amélioration du contrôle de l'HTA (plus de cas traités et plus souvent à l'objectif) coûterait >1 milliard d'€

Dépense à mettre en perspective avec l'économie liée
à la prévention des événements cardiovasculaires

Le défaut d'observance

Drugs don't work in patients who don't take them

C Everett Koop

Les tests pharmacologiques urinaires montrent que >50% des hypertendus traités prennent un traitement incomplet

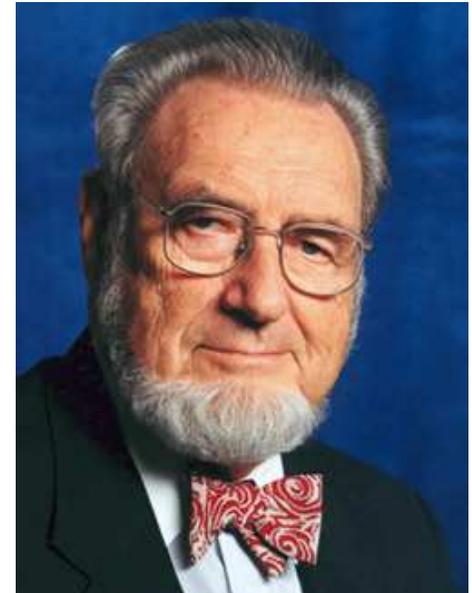
Les patients craignent les effets secondaires et la dépendance

L'observance se dégrade avec la complexité du traitement

Jung O et al, J Hypertens 2013;31:766

Marshall IJ et al, Br Med J 2012; ;345:e3953

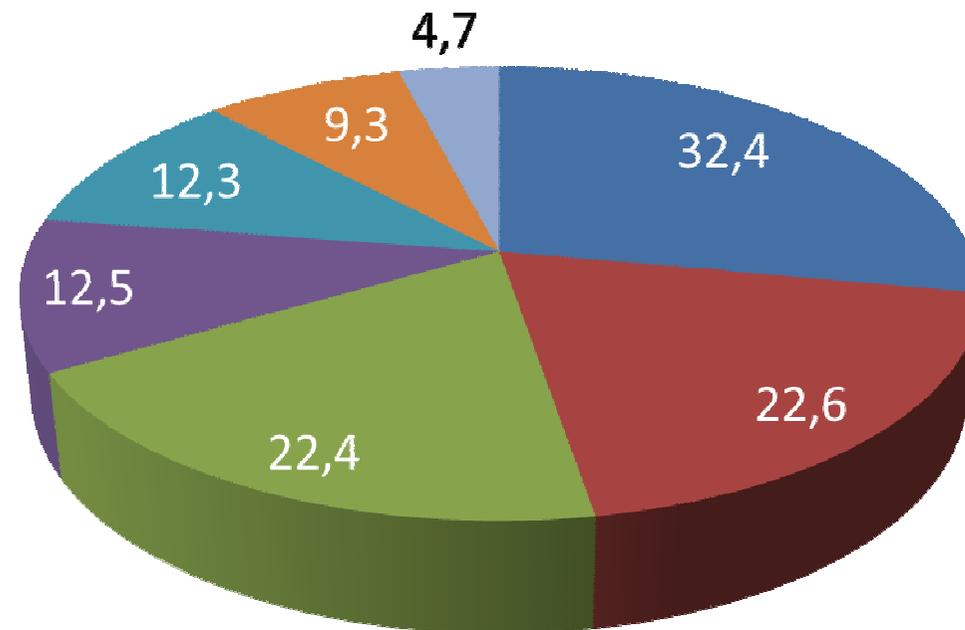
Choudhry NK et al, Arch Intern Med 2011;171:814



Motifs rapportés de non-observance (patient)

- oublie
- cout
- pas de SS
- Effets 2°
- Autre
- bien fondé

Questionnaire de 1432 hypertendus traités



Vawter L et al, J Clin Hypertens 2008;10:922

Causes de non-observance (études de terrain)

Elles incluent la complexité et le coût du traitement, l'âge, le défaut de support social, les problèmes cognitifs et la dépression

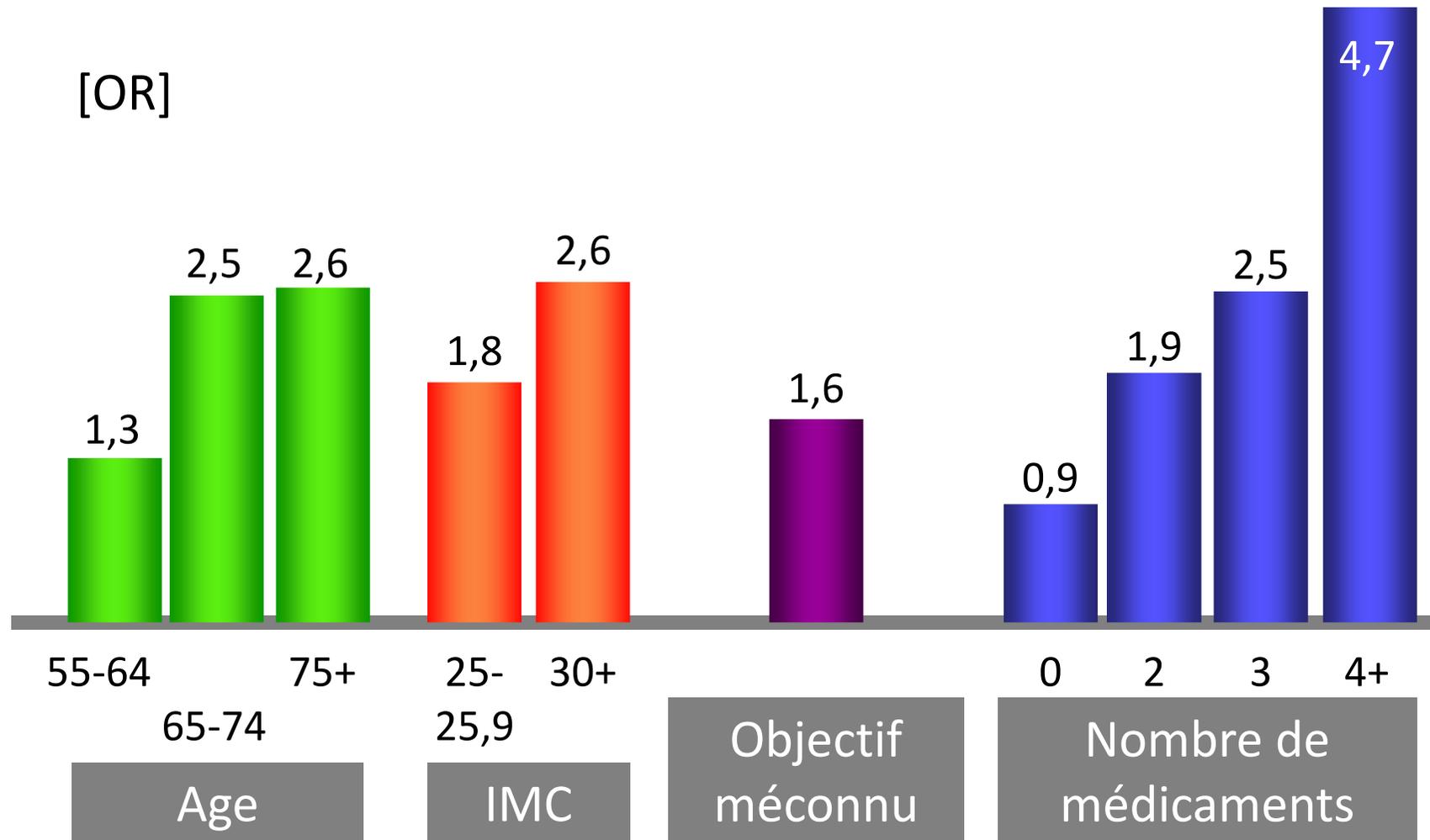
Un **défaut intentionnel d'observance** *a priori* est plus fréquent qu'une abstention faisant suite à un problème. Il est lié:

à une conception des causes (stress) et des effets (symptômes) de l'HTA qui rend le traitement 'inutile' si ces causes et effets s'améliorent

à la crainte d'effets secondaires ou d'une « addiction »

Marshall IJ et al, BMJ 2012;344:e3953

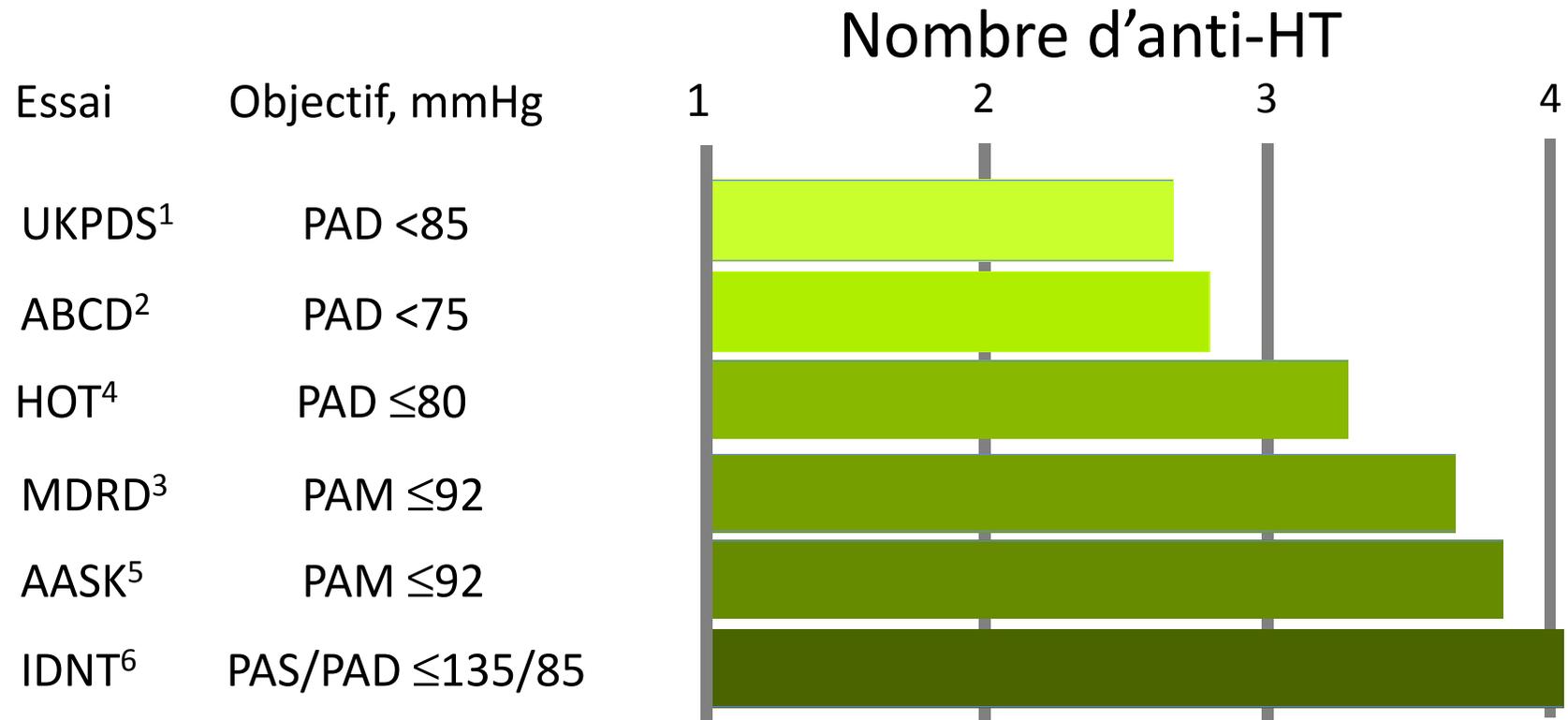
Prédicteurs d'un mauvais contrôle



Lloyd-Jones DM et al, Hypertension 2000;36:594

Knight EL et al, Hypertension 2001;38:809

Une polythérapie est souvent nécessaire



¹UKPDS, BMJ 1998;317:703

²Estacio RO, Am J Cardiol 1998;82:9R

³Lazarus JM, Hypertension 1997;29:641

⁴Hansson L, Lancet 1998; 51:1755

⁵Kusek JW, Control Clin Trials 1996;16:40S

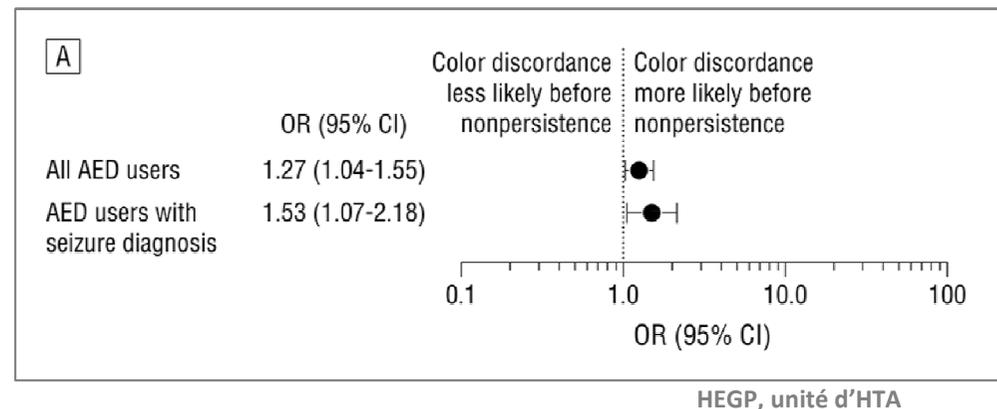
⁶Lewis EJ, N Engl J Med 2001;345:851

La question des génériques

- Tous les antihypertenseurs utiles sont génériqués
- Les génériques cardiovasculaires sont de bonne qualité
- Aucun médicament nouveau par son mécanisme d'action ne sera disponible avant plusieurs années
- Réserves:
 - Les changements de marque de génériques (forme, couleur) entraînent anxiété et méfiance (sujets âgés)
 - Peu de combinaisons de génériques en monoprise

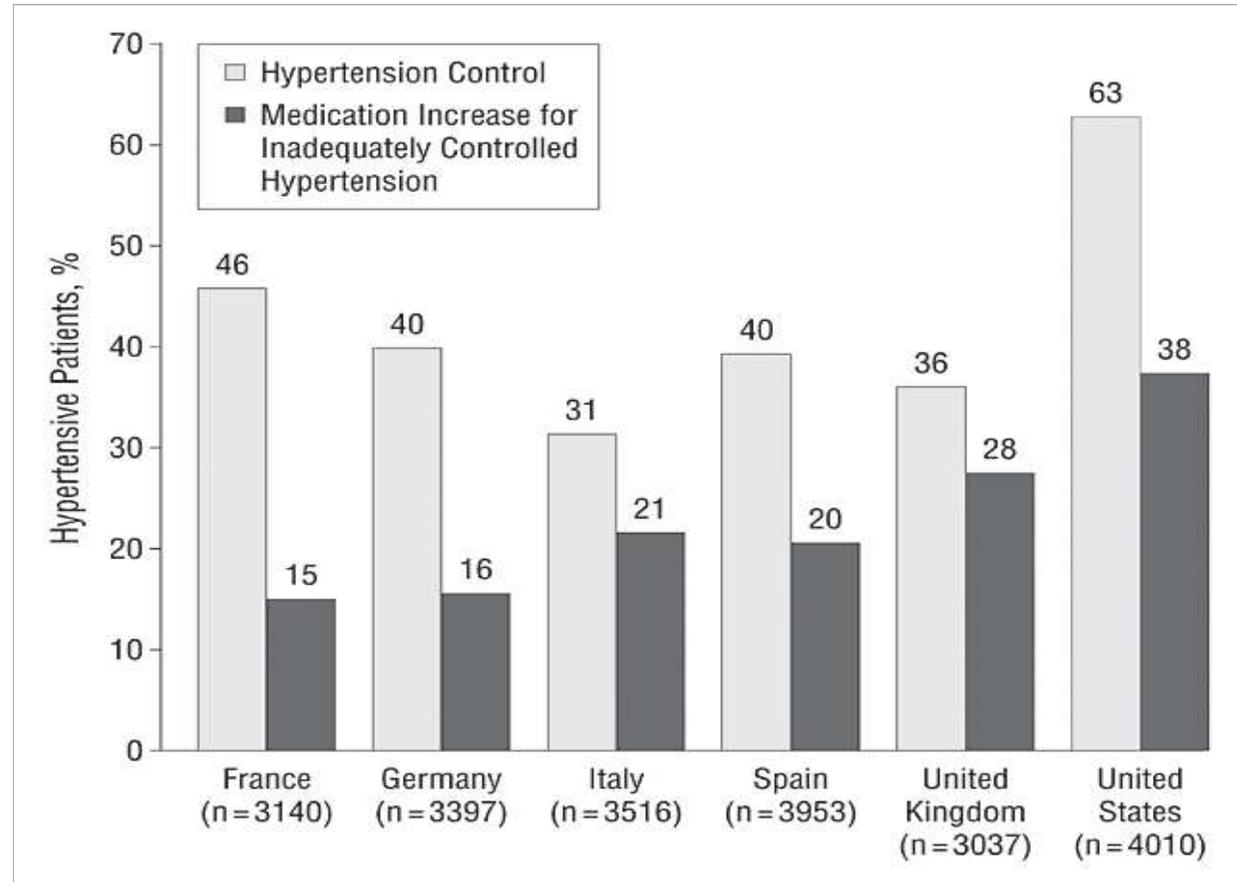
Kesselheim AS et al. JAMA 2008;300:2514

Kesselheim AS et al, JAMA Intern
Med 2013;173:202



L'inertie thérapeutique

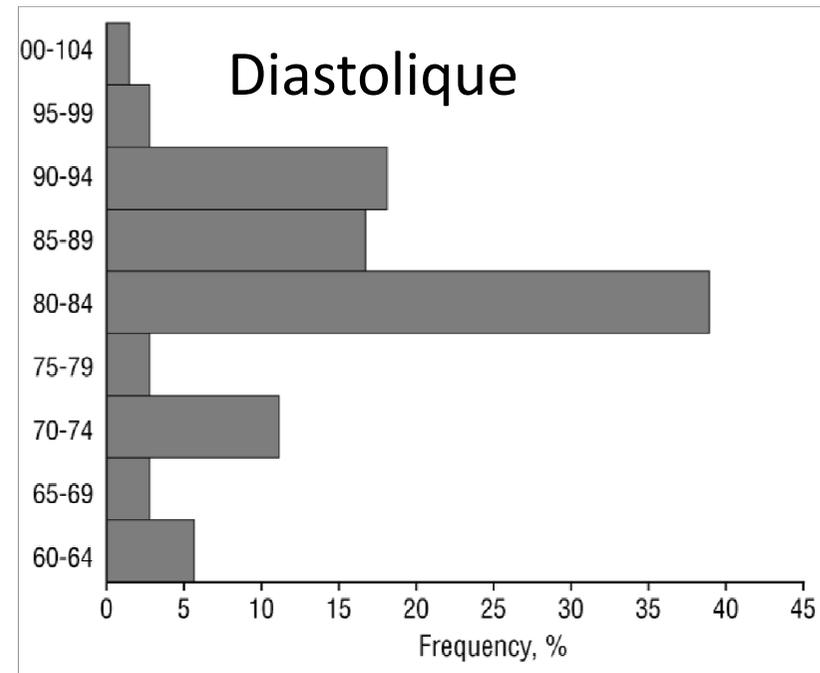
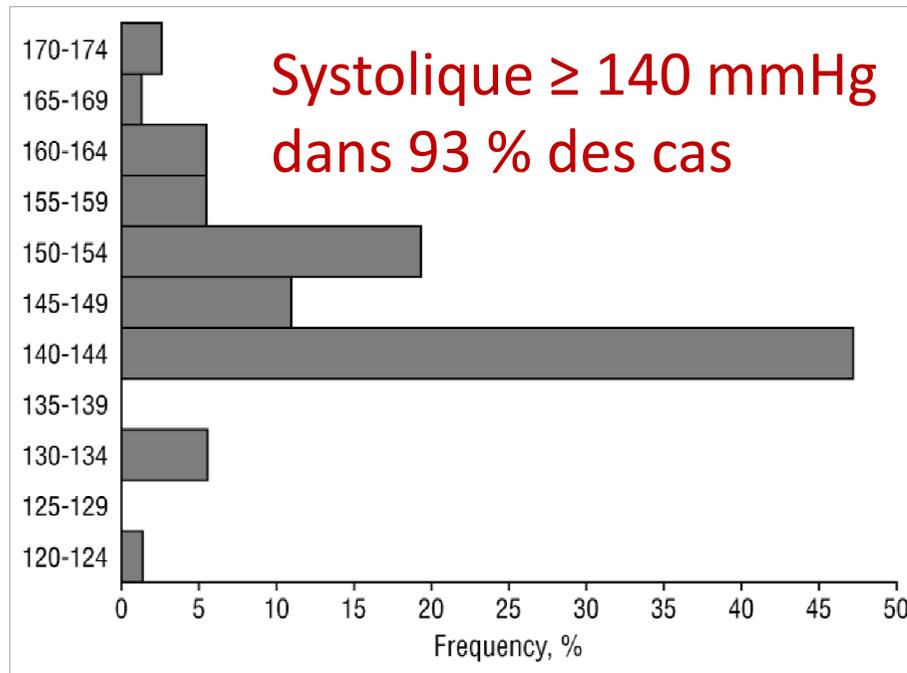
Comparaisons internationales



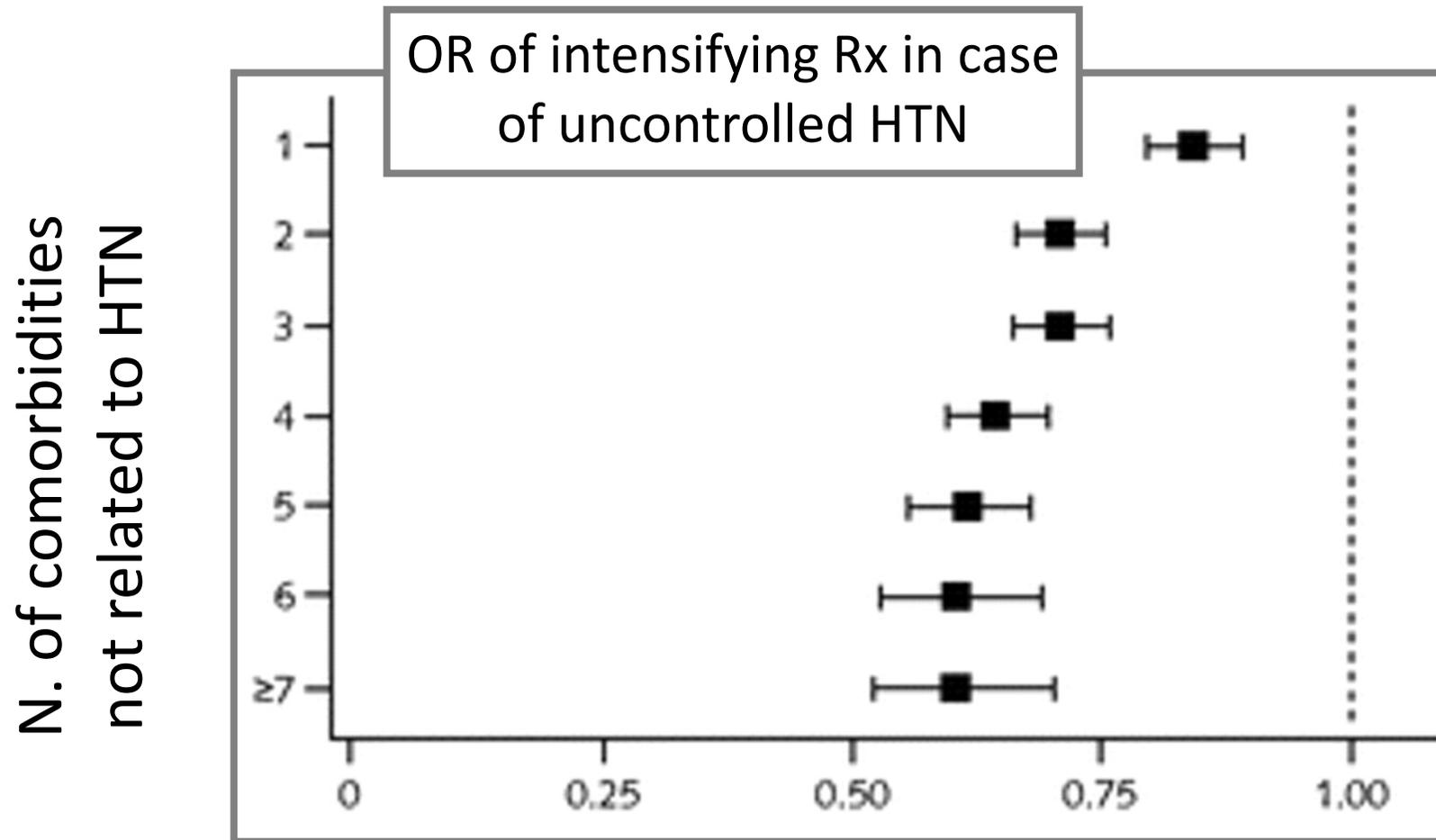
Cardiomonitor Survey. Arch Intern Med 2007;167:141

Méconnaissance/négligence des objectifs

Visites sans modification du traitement avec les motifs: bonne réponse tensionnelle, ou diastolique correcte, ou HTA limite



Inertie et comorbidités

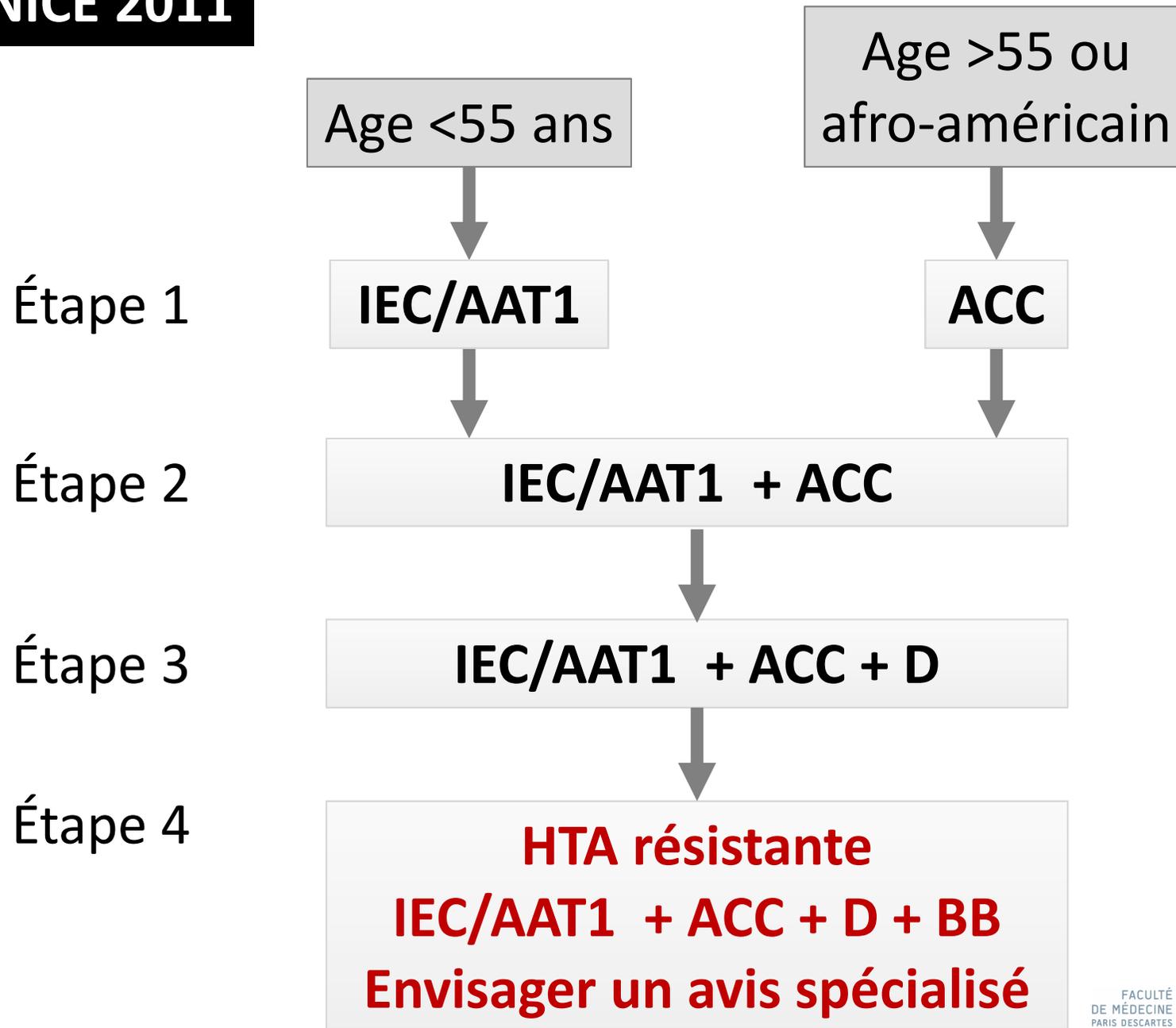


Turner BJ et al. Ann Intern Med 2008;148:578
14,459 patients with uncontrolled HTN
OR >1.0 in cases with CV comorbidity

Comment améliorer la prise en charge ?

- Les ressources pharmaceutiques
 - 5 classes (diurétiques, β -bloquants, antagonistes calciques, IEC, ARA2), connues depuis >20 ans, ont fait la preuve de leur efficacité en prévention cardiovasculaire et rénale
 - Ces 5 classes sont désormais disponibles en génériques
 - Aucun médicament nouveau ne sera disponible avant >5 ans
- Les pistes d'amélioration
 1. Augmenter l'efficacité du diagnostic d'HTA à traiter
 2. Optimiser et simplifier l'adaptation du traitement
 3. Combattre le défaut d'observance et l'inertie médicale
 4. Renforcer la prévention (sel, poids, exercice physique)

BHS/NICE 2011



Combattre le défaut d'observance

- Le défaut de prise en charge réduit l'accès aux soins, l'usage de médicaments CV et l'observance¹⁻³
- La prise en charge à 100% les améliore²⁻⁵
- La simplification des traitements (par ex. combinaisons en monoprise) améliore l'observance
- Il en est de même de l'éducation thérapeutique (médecin, pharmacien, infirmier) et de la formation à l'automesure

¹ Briesacher BA et al. J Clin Hypertens 2007;9:831

² Bautista LE. Am J Hypertens 2008;21:183

³ McWilliams JM et al. Ann Intern Med 2009;150:505

⁴ Zhang Y et al. Med Care 2010;48:409

⁵ Meneton P et al. J Hypertens 2012;30:617

Rx adherence vs Rx intensification



Primary predictors

Rx adherence	OR 1.18 [95% CI 0.94-1.47]
Rx intensification	OR 1.64 [95% CI 1.58-1.71]

Clinical inertia and competing demands of comorbid conditions are major determinant of poor BP control

Combattre l'inertie médicale

Solutions possibles

- Disposer du temps nécessaire à l'analyse de la réponse tensionnelle et des effets 2°
- Disposer de recommandations connues et applicables
HAS 2005: 29 pages, NICE 2011: 6 pages
- Utiliser des algorithmes simplifiés (STITCH)

Feldman RD et al. Hypertension 2009;53:646

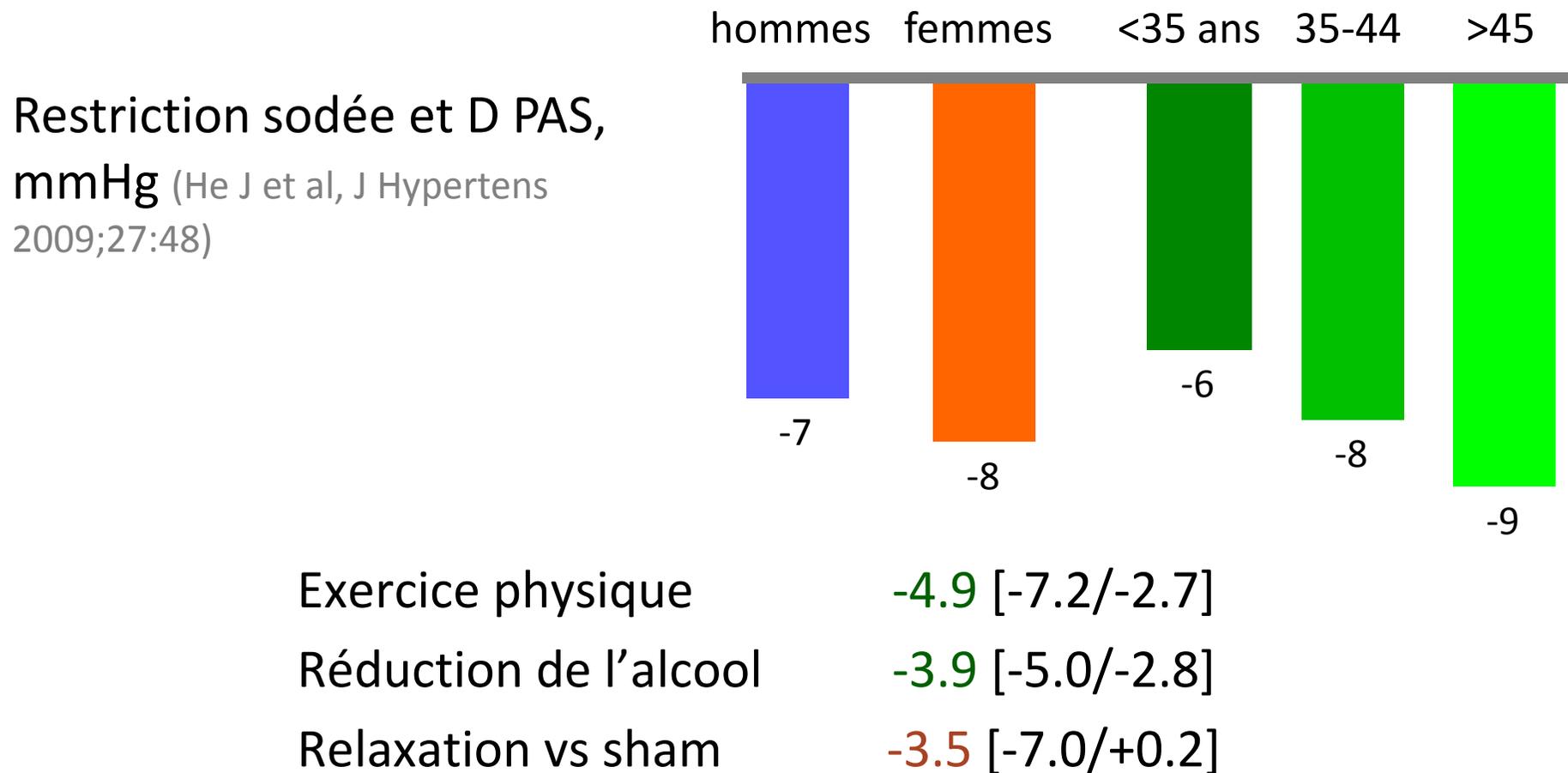
Objectifs qualitatifs

- L'objectif tensionnel:
 - Un PA contrôlée selon une alternative à la mesure clinique
 - Sans hypotension orthostatique
- Autres objectifs de la prise en charge:
 - la bonne tolérance du traitement
 - le contrôle des autres facteurs de risque
 - le cas échéant, réduire la protéinurie <0.5 g/24h
- Un traitement aussi simple que possible

Objectifs chiffrés

Systolique	<150 mmHg	Sujet âgé frêle ou >80 ans
	<140 mmHg	Prévention primaire ou secondaire, diabétique ou non, avec ou sans IR
	<130 mmHg	Néphropathie protéinurique
Diastolique	<90 mmHg	Tous sauf diabétiques
	<85 mmHg	Diabétiques
LDL	<3,0 mmol/l	Risque CV moyen ou élevé
	<1,8 mmol/l	Prévention secondaire
HbA _{1c}	<7,0 %	Diabétiques
	7,5-8,0 %	Diabétiques frêles
Aspirine	Faible dose	Prévention 2° ou IR si PA contrôlée

La carte non médicamenteuse



NICE recommande 60 min/jour d'activité physique intensive avant 18 ans (actuellement 45% des filles et 68% des garçons)

Réduction du sel et risque vasculaire

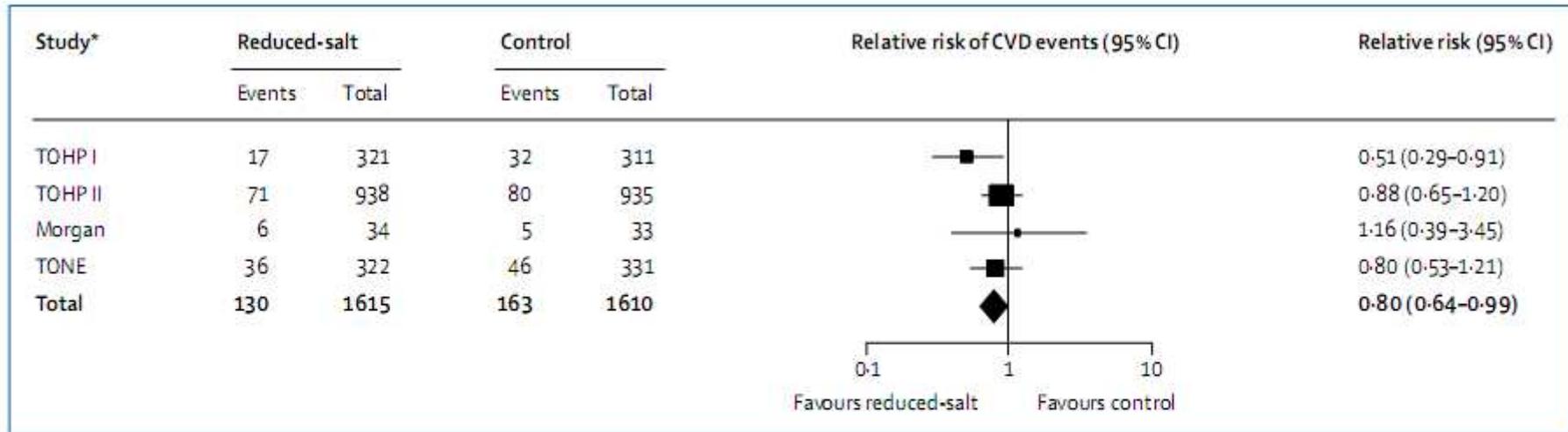
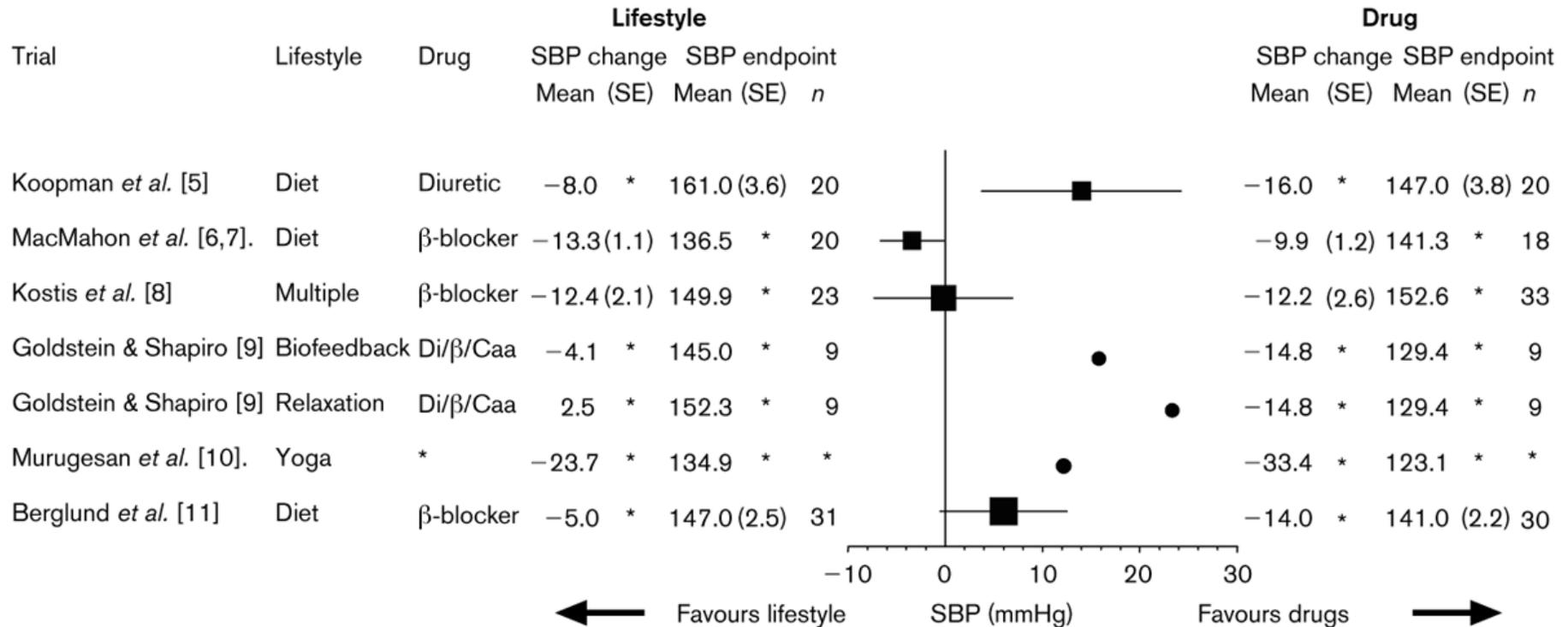


Figure: Relative risk of cardiovascular disease (CVD) events in our meta-analysis of outcome trials of salt reduction at longest follow-up combining hypertensive and normotensive individuals

Duration of follow-up ranged from 7 months to 11.5 years. We used fixed effect model with normotensives and hypertensives combined. Heterogeneity $\chi^2=3.20$, $df=3$ ($p=0.36$); $I^2=6\%$. Test for overall effect $Z=2.02$ ($p=0.04$). TOHP I= Trial of Hypertension Prevention, phase 1. TOHP II= Trial of Hypertension Prevention, phase 2. TONE= Trial of Nonpharmacologic Interventions in Elderly. *Data for individual trials taken from Taylor and colleagues' meta-analysis.¹

Feng & MacGregor, Lancet 2011;378:380

Tt non-médicamenteux vs médicament



Nicolson DJ *et al.* J Hypertens 2004;22:2043

Interventions complexes

- DASH, n=412
 - Traitement diététique si PA 120-159/80-95 mmHg
 - Na 150 mmol/j puis cross-over 100 ou 50 mmol/j/30 j
- TOHP I et II, n= 744 et 2382
 - prévention de l'HTA par l'éducation diététique
 - Double randomisation : sodium \pm combined intervention
 - Suivi postal à 5 ans, taux de réponse 77%

Sacks F et al. N Engl J Med 2001;344:3

Cook NR et al. BMJ 2007;334:885

Interventions sur le poids

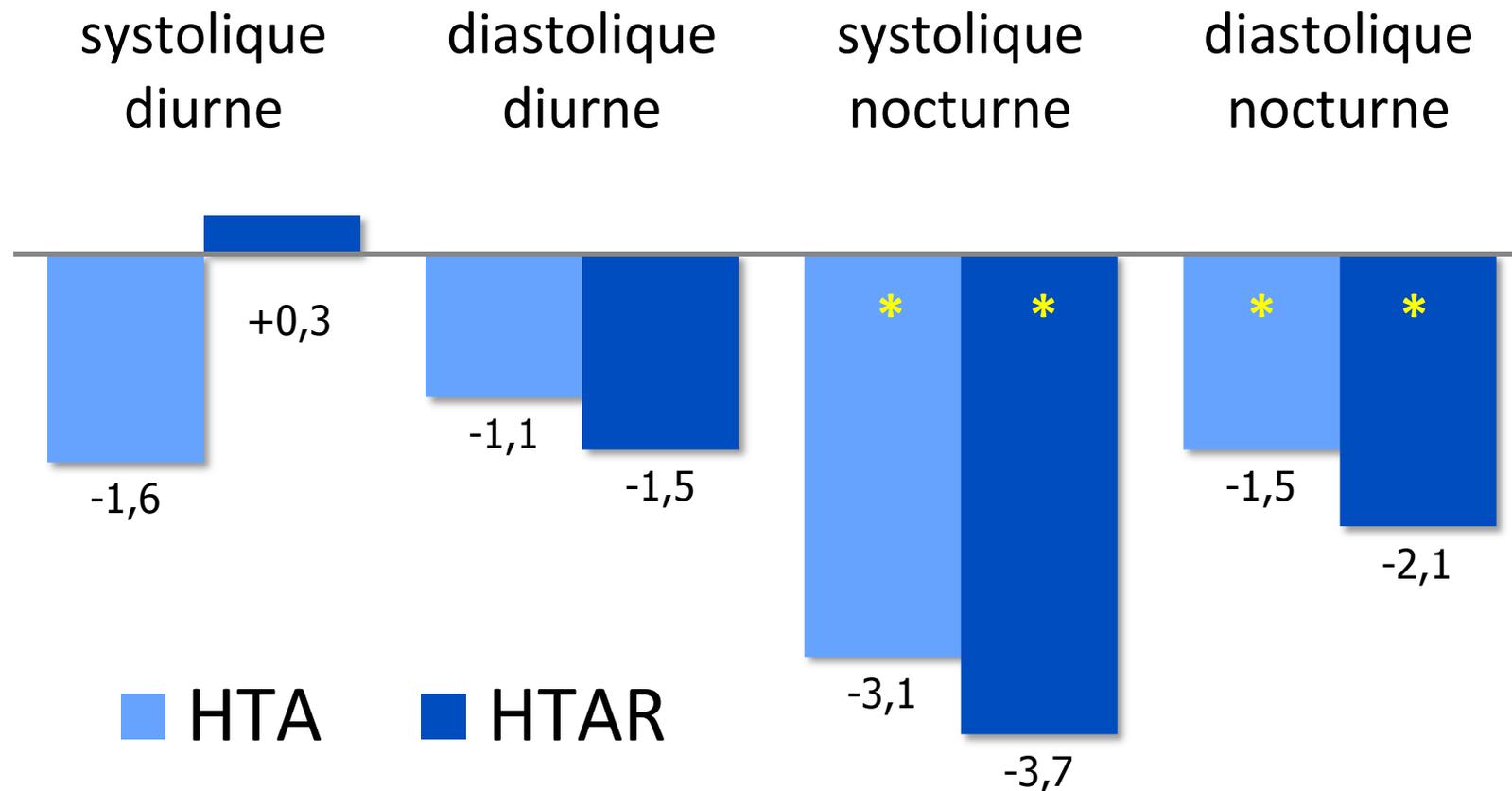
- Chirurgie bariatrique¹
 - Réduction moyenne de 61% de l'excès de poids
 - HTA guérie ou traitement arrêté dans 62% de cas
 - 4805 patients évalués, hétérogénéité $p < 0.01$
- Essais contrôlés de réduction calorique²
 - Réduction moyenne de 4.1 kg (actif vs témoin)
 - Réduction moyenne de 6.3/3.4 mmHg

¹ Buchwald H et al, JAMA 2004;292:1724

² Horvath K et al. Arch Intern Med 2008;168:571

CPAP dans l'HTA non traitée ou l'HTA résistante

Spanish Sleep Network



Duran-Cantolla J et al, BMJ 2010;341:c5991 (untreated HTN, CPAP 169/sham 171)

Martinez-Garcia MA et al, JAMA 2013;310:2407 (resistant HTN, CPAP 98/no CPAP 96)

Programme de surveillance

Pendant la période de mise en place du traitement
surveillance \leq mensuelle jusqu'au contrôle de la PA
obtenir un traitement stable et bien toléré/accepté

Ces objectifs atteints, la surveillance est:

clinique tous les 3 mois: PA, examen CV

ECG et biologie tous les 3 ans si bilan initial normal

Tronc commun de la surveillance à long terme

PA, nature et score de traitement

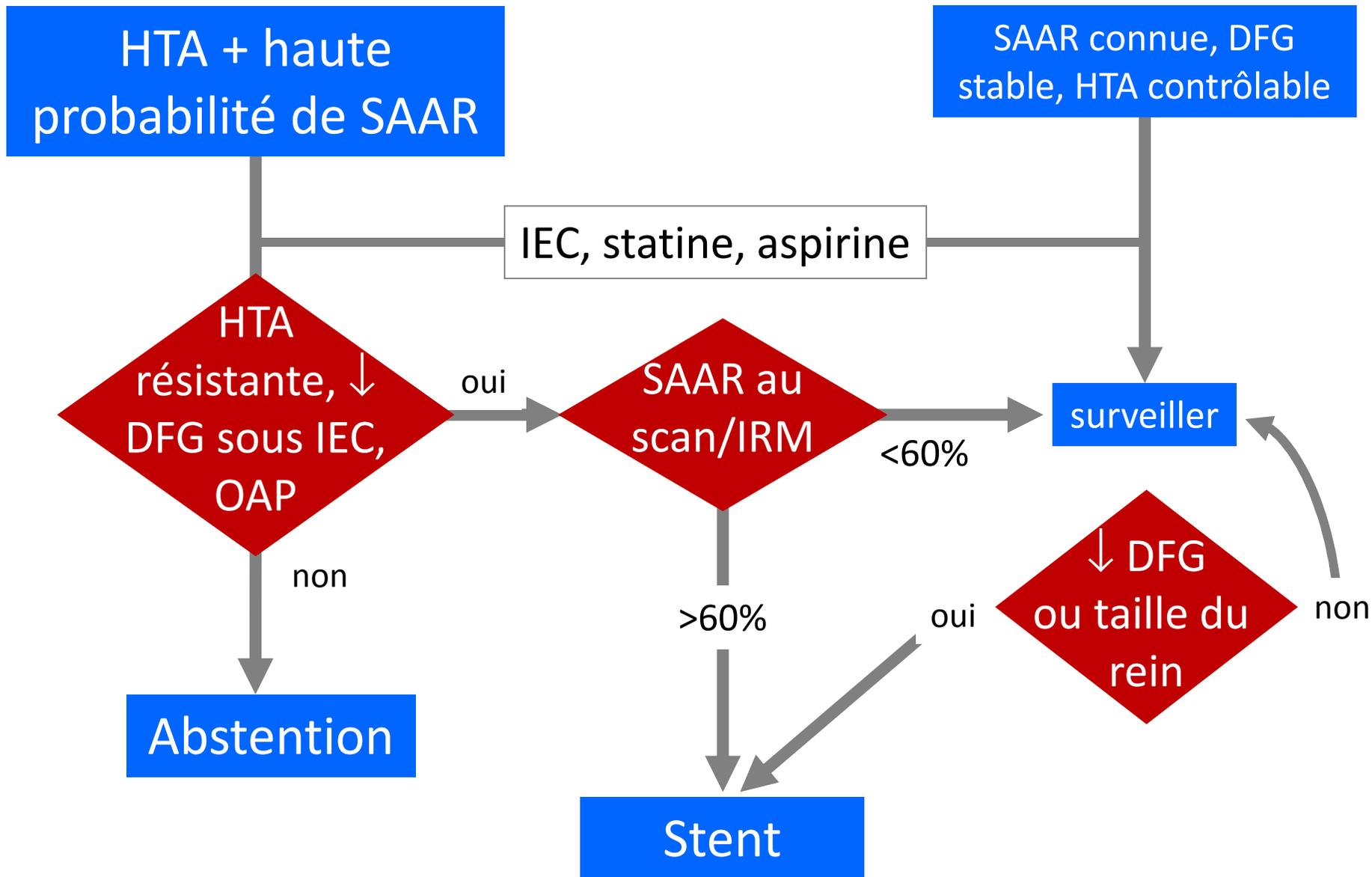
poids, BMI, périmètre abdominal

consommation tabagique

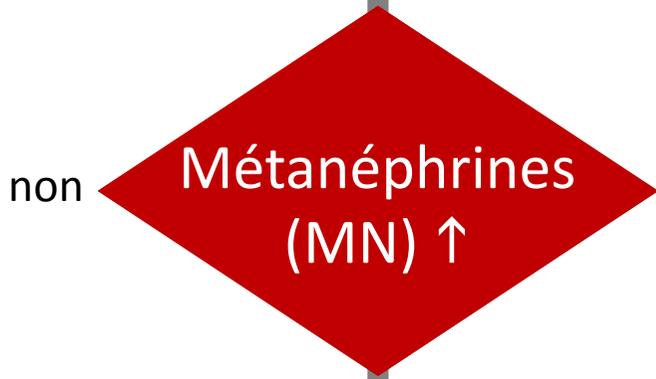
Biologie de routine et ECG comme ci-dessus

Programme selon la présentation

Présentation	Tronc commun +	Retour	Terme
HTA résistante	MAPA ou AMT, ECG	≤6 m	1 an si contrôle
HTA + SAR	Taille des reins, protéinurie, autres artères, ECG	≤6 m	5 ans si stable
HAP opéré	RAR	≤6 m	1 an si guéri
Phéo opéré	MN + créatinine urinaires	≤12 m	Indéfini
Polyvasculaire	Dopplers, taille des reins, diamètre aorte, ECG	≤12 m	Indéfini
IRC	Taille des reins, protéinurie, Ca/P, sérologie	≤6 m	Indéfini (néphro)
HTA + diabète	HbA _{1c} , (μ)albuminurie, FO, ECG	≤6 m	Indéfini (diabéto)



HTA paroxystique ou résistante
incidentalome, histoire familiale



Imagerie anatomique (scanner/IRM)
et fonctionnelle (¹²³I-MIBG/¹⁸F-FDG)
Conseil et tests génétiques

Prépa. opératoire

Opération



Contrôle d'imagerie

Persistance?

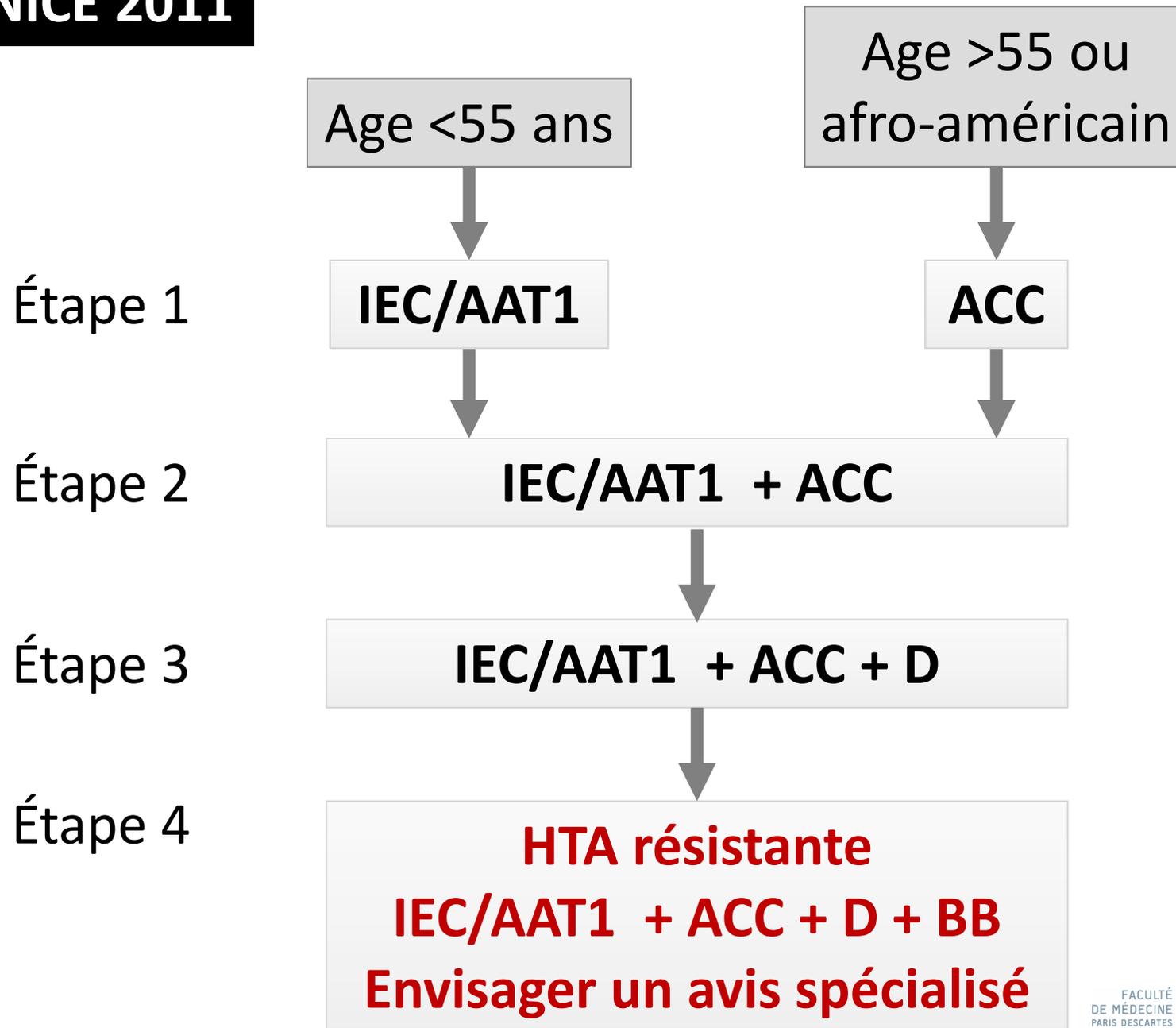
Récidive?

Suivi indéfini:
clinique et MN

Voies nouvelles

- Modifier l'organisation des soins ?
 - Autosurveillance, accompagnement personnalisé
- Vers l'abandon d'un Tt spécifique de l'HTA ?
 - Prévention de l'HTA dans la population par la réduction des apports sodés
 - Prévention de masse par la poly-pill sans tenir compte de la PA initiale ni surveiller la PA
- Tt non médicamenteux des HTA sévères ?
 - stimulation baroréflexe ou dénervation rénale
 - efficacité en prévention et sécurité à démontrer

BHS/NICE 2011



Quels patients référer?

- Les patients ayant une HTA résistante
- Les patients suspects d'HTA secondaire
- Les patients ayant une HTA accélérée ou maligne
- Les cas d'enfants hypertendus, d'HTA familiale, instable ou avec hypotension orthostatique