

vraiment comme une équipe, on va dire. J'avais une équipe autour de moi et je me suis sentie soutenue. Et c'est ce qui a fait que je m'en sorte bien quand même, aujourd'hui aussi. Parce que si je n'avais pas eu ça à ce moment-là, ça aurait été nettement plus compliqué.» Elle commente encore comme suit le sens d'une *équipe* pour elle:

– Je suis consciente qu'il y a une part de travail, que c'est professionnel, que chacun fait son job. Mais moi, personnellement, je l'ai ressenti en étant quand même plus fort que ça,

où il y a du cœur, il y a de la compassion, ce n'est pas seulement un job.

– Thérapeute: Oui, je confirme.  
– Voilà, vous confirmez; et moi, c'est ce que j'ai ressenti, de votre part, de la part du médecin aussi. Et je pense que ça, c'est important, en tant que patient comme moi, par rapport à certains manques qu'on a pu avoir, ça comble quand même beaucoup. Que ce ne soit pas qu'un job.

Ces patients avec pathologies complexes auxquels nous nous sommes intéressés, justement parce que leur prise en charge

est ardue et marquée d'impuissance, présentaient au départ certains traits communs: une histoire de vie ponctuée de carences ou maltraitements et une expression de la souffrance prioritairement somatique. En raison de ces maltraitements, ils avaient perdu la confiance en eux-mêmes et l'espoir de se faire entendre. Demander de l'aide pour leur corps restait une possibilité d'être au moins partiellement entendus.

Ils gardent une claire reconnaissance à l'égard du MT qui a été sensible à leur détresse et qui, par son propre acte d'at-

tention et de soin, a restauré la part de confiance requise pour oser faire une démarche de soins psychiques.

Cette articulation, cohérente et complémentaire, des soins somatiques et psychiques grâce à un travail d'équipe rend moins pesant l'accompagnement des malades chroniques, et peut-être un rien moins lourdes les tâches administratives insensées auxquelles nous sommes soumis.

1 Cf. Gennart M. (2018). La danse de la thérapie; quelques figures qui portent. *Thérapie Familiale*, 39, 239-255.

## ZOOM

## Nouvelle arme contre les méfaits de l'aldostérone dans l'hypertension artérielle résistante

L'hypertension artérielle (HTA) est le principal facteur de risque cardiovasculaire. Environ 10% des patient-e-s hypertendu-e-s présentent une HTA résistante, définie par une tension artérielle (TA) élevée malgré un traitement comprenant trois classes d'anti-hypertenseurs, dont un diurétique. Les recommandations actuelles suggèrent d'ajouter en 4<sup>e</sup> ligne un inhibiteur des récepteurs des minéralocorticoïdes (spironolactone) dont l'efficacité a été prouvée, mais dont l'utilisation est souvent limitée par ses effets secondaires (hyperkaliémie et gynécomastie, notamment). Une étude préalable de phase I a démontré que le baxdrostat est un inhibiteur sélectif de l'aldostérone synthase n'affectant que peu la synthèse du cortisol. Les auteurs de la présente étude ont voulu démontrer l'efficacité et la sécurité de ce traitement chez des patients présentant une HTA résistante.

**Méthode:** étude de phase II, multicentrique, randomisée et en double aveugle, contrôlée par placebo. Inclusion: TA  $\geq 130/80$  mmHg malgré 3 traitements antihypertenseurs dont un diurétique. Exclusion: TA systolique moyenne (TASm)  $\geq 180$  mmHg ou diastolique (TADm)  $\geq 110$  mmHg, débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe)  $< 45$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>, diabète non contrôlé,  $< 70\%$  d'adhérence au traitement (mesure par pilulier électronique). Intervention: 3 groupes recevant le baxdrostat à des doses de respectivement 0,5, 1 ou 2 mg/jour pendant 12 semaines vs placebo. Mesure de la TA en cabinet (tensiomètre automatique oscillométrique) lors de 7 visites (J3, J8, J15, J22, J43, J64 et J85). Issue primaire: réduction de la TASm après 12 semaines dans les

3 groupes. Issue secondaire: réduction de la TADm après 12 semaines dans les 3 groupes et pourcentage de patients atteignant une TA  $< 130/80$  mmHg après 12 semaines.

**Résultats:** 275 patient-e-s randomisé-e-s (70% de participants caucasiens). Issue primaire: réduction dose-dépendante de la TASm de  $-20,3 \pm 2,1$  mmHg,  $-17,5 \pm 2,0$  mmHg et  $-12,1 \pm 1,9$  mmHg dans les groupes ayant reçu 2, 1 et 0,5 mg/jour, respectivement. Différence dose-dépendante de réduction de la TASm entre les groupes 2 et 1 mg/jour vs placebo ( $-11,0$  mmHg; IC 95%: de  $-16,4$  à  $-5,5$ ;  $p < 0,001$  pour le groupe 2 mg/jour, et  $-8,1$  mmHg; IC 95%: de  $-13,5$  à  $-2,8$ ;  $p: 0,003$  pour le groupe 1 mg/jour). Issue secondaire: réduction dose-dépendante de la TADm de  $-14,3 \pm 1,31$  mmHg



© gettyimages/AndreyPopov

dans le groupe 2 mg/jour. Différence de réduction entre le groupe 2 mg/jour et placebo de  $-5,2$  mmHg (IC 95%: de  $-8,7$  à  $-1,6$ ). Sécurité: aucun effet indésirable grave n'a été attribué au baxdrostat. Aucun cas d'insuffisance surrénalienne n'a été observé durant l'étude. Seuls 2 cas d'hyperkaliémie ( $> 6$  mmol/l) ont été observés sous baxdrostat, sans présenter toutefois de récurrence après arrêt puis reprise du traitement.

**Discussion et interprétation:** chez les patients présentant une HTA résistante, l'inhibition de l'aldostérone synthase par le baxdrostat mène à une réduction substantielle de la TA systolique et diastolique tout en gardant un bon profil de sécurité. Limites majeures de l'étude à relever: a) faible échantillonnage; b) suivi de courte durée (étude de phase

II), dont les résultats devront être validés par une étude de phase III et c) absence de mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA).

**Conclusion:** malgré les limitations mentionnées ci-dessus, ces données ouvrent la voie à une nouvelle classe médicamenteuse efficace et sécuritaire dans l'arsenal thérapeutique pour la prise en charge de l'HTA, ce qui n'avait pas eu lieu depuis 15 ans.

**Dr Maxime Berney****Avec la collaboration du groupe**

**MIAjour**, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Freeman MW, et al. Phase 2 trial of baxdrostat for treatment-resistant hypertension. 2022 Nov 7. DOI: 10.1056/NEJMoa2213169