

# Hypertension artérielle

Dr GRÉGOIRE WUERZNER<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 53-4

**Après la publication des recommandations européennes en 2018, la revue des nouveautés en hypertension se focalise à nouveau sur des études originales dont la mesure de la pression artérielle par une montre-bracelet, le profil psychologique des patients avec une hypertension résistante, la comparaison des traitements combinés dans une population subsaharienne et finalement les complications cardiovasculaires et rénales des traitements de l'hyperaldostéronisme primaire.**

## Hypertension: novelties 2019

*After the publication of the European guidelines in 2018, the review of hypertension novelties in 2019 focuses on original publications including: watch-type wearable blood pressure monitors, the psychological profile of resistant hypertension patients, the comparison between combined antihypertensive treatment in uncontrolled hypertensive patients from sub-saharian countries and finally on the cardiovascular and renal outcomes of treatments of primary aldosteronism.*

## INTRODUCTION

Les années 2017 et 2018 ont été respectivement marquées par la publication des recommandations étasuniennes et européennes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension artérielle. Comme pour les Jeux olympiques, la diffusion de ces recommandations est en général suivie d'une trêve de plusieurs années avant la publication de leurs mises à jour. Cette pause n'en est pas moins intéressante, car elle permet de se concentrer sur des études originales qui pourront dans certains cas changer ces recommandations.

## UNE MONTRE-BRACELET POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

La mesure de la pression artérielle (PA) hors cabinet, que ce soit par la mesure ambulatoire sur 24 heures (MAPA) ou à domicile, est recommandée pour poser le diagnostic et effectuer le suivi de l'hypertension, car elle permet d'éviter une surestimation de la PA par l'effet blouse blanche ou une sous-estimation de celle-ci (hypertension masquée).<sup>1</sup> C'est l'une des raisons pour laquelle, l'engouement pour des dispositifs sans brassard (Cuff-less ou Cuff-free device) est très fort. Sans réellement être «cuff-less», deux montres de la Société OMRON (la HEM-6410T-ZM et la HEM-6410T-ZL) ont récemment été validées dans des conditions standardisées (position assise et montre-bracelet à hauteur du cœur) selon des normes ANSI/AAMI/ISO 81060-2:2013.<sup>2</sup> Ces montres

portées au poignet fonctionnent sur le principe oscillométrique. Elles sont capables de mesurer la PA systolique dans un intervalle de 60 à 230 mm Hg, la PA diastolique entre 40 et 160 mm Hg et la fréquence cardiaque entre 40 et 180 battements par minute. Il faudra attendre la validation de ces montres dans des conditions ambulatoires (comparaison avec une MAPA) pour mieux définir l'étendue de leur utilisation. La Suisse romande n'est d'ailleurs pas à la traîne dans ce domaine, avec deux études de validation en cours, l'une avec un smartphone (NCT03875248) et l'autre avec un bracelet (NCT04027777). La validation de ces dispositifs pourrait avoir un impact majeur sur le diagnostic et la prise en charge de nos patients en facilitant leur engagement dans leur propre maladie, et la communication avec les soignants.

## PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS AVEC HYPERTENSION RÉSISTANTE

L'adhérence et la persistance au traitement antihypertenseur restent des défis permanents dans la prise en charge de tout patient hypertendu. Ceci est particulièrement vrai dans l'hypertension résistante.<sup>3</sup> Une équipe belge a pu démontrer récemment que la part psychologique était importante dans la résistance au traitement. En analysant en détail le profil psychologique et l'adhérence au traitement par des dosages urinaires de médicaments antihypertenseurs de 36 patients consécutifs avec une hypertension résistante, Petit et coll. ont pu mettre en évidence qu'une moindre capacité à mettre les choses en perspective lorsque les patients étaient confrontés à des événements négatifs et la somatisation expliquait 51% de la variabilité de l'adhérence au traitement.<sup>4</sup> Cette étude souligne une fois de plus la complexité de la relation du patient avec son traitement et son médecin. Une prise en charge multidisciplinaire afin de détecter et lever des possibles barrières psychologiques, comme cela peut se faire avec des pharmaciens par exemple, peut s'avérer utile.

## TRAITEMENT COMBINÉ CHEZ LES PATIENTS D'ORIGINE SUBSAHARIENNE

Les combinaisons fixes pour les bi ou trithérapies ont été mises en avant par les dernières recommandations européennes dans le but d'atteindre les cibles tensionnelles plus rapidement et d'améliorer le contrôle de l'hypertension. Une des questions fréquemment posées tourne autour de la combinaison idéale pour certains sous-groupes de patients. L'étude CREOLE, en simple aveugle, conduite en Afrique subsaharienne, vient donc à point nommé.<sup>5</sup> Elle a randomisé 728 patients (63% de femmes) avec une hypertension non traitée ou non contrôlée sous monothérapie à 3 stratégies thérapeutiques différentes: amlodipine 5 mg + hydrochlorothiazide (HCT) 12,5 mg vs amlodipine 5 mg + péridopril 4 mg vs HCT

<sup>a</sup> Service de néphrologie et hypertension, CHUV, 1011 Lausanne  
gregoire.wuerzner@chuv.ch

12,5 mg + péridopril 4 mg. Les doses ont été doublées après 2 mois de traitement. Après 6 mois, les pressions artérielles systoliques documentées par MAPA ont montré que la stratégie basée sur les associations anticalcique/diurétique et anticalcique/inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) permettait une baisse supplémentaire de respectivement -3,14 mm Hg (intervalle de confiance (IC) à 95%: -5,90 à -0,30; p = 0,03) et de -3,00 mm Hg (IC 95%: -5,8 à -0,20; p = 0,04) par rapport à la combinaison IECA/HCT. La survenue d'hypokaliémie était cependant plus fréquente dans la combinaison amlodipine/HCT. L'adhérence mesurée par comptage des comprimés était similaire dans les trois groupes. Cette étude suggère donc l'utilisation préférentielle d'un anticalcique comme base de traitement associé à un diurétique ou un IECA chez les patients d'origine subsaharienne non diabétiques.

### ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES ET RÉNAUX APRÈS DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE L'HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE

À pression égale, les patients hypertendus en raison d'un hyperaldostéronisme primaire ont plus de complications cardiovasculaires (fibrillation auriculaire, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) que ceux avec une hypertension dite essentielle.<sup>6</sup> La prise en charge de ces patients peut être chirurgicale (surrénalectomie) si la sécrétion d'aldostérone est latéralisée, ou médicale, si l'hypersécrétion est bilatérale, le risque opératoire trop élevé ou si le patient refuse une intervention. La supériorité d'une prise en charge par rapport à une autre n'avait pas pu être mise en évidence jusqu'à présent. Des données récentes d'un suivi médian de 11,8 années d'une cohorte de plus de 1000 patients provenant de l'étude PAPY (Primary Aldosteronism Prevalence in Hypertension) suggèrent que le risque de fibrillation auriculaire est plus élevé chez les patients traités par blocage des récepteurs minéralocorticoïdes que chez ceux avec une hypertension artérielle essentielle, contrairement à ceux opérés qui ont un risque similaire.<sup>7</sup> Le devenir rénal (survenue d'une atteinte rénale chronique) semble également plus favorable

après une surrénalectomie que lors d'un traitement médicamenteux comme cela a été démontré dans une étude rétrospective également publiée récemment.<sup>8</sup> L'absence de randomisation dans ces deux études représente une limite claire qui doit freiner une surinterprétation des résultats. Néanmoins, la surrénalectomie reste la seule option apportant une guérison biologique et fréquemment clinique de l'hyperaldostéronisme primaire lorsque la sécrétion d'aldostérone est latéralisée.

### CONCLUSION

L'hypertension et sa prise en charge ne font pas exception à la digitalisation de la médecine avec l'apparition de dispositifs de mesure «cuff-less». Comme pour tout dispositif médical, une validation clinique est cependant primordiale. Sur le plan thérapeutique, une étude démontre qu'un traitement anti-hypertenseur combiné basé sur un anticalcique est vraisemblablement la solution appropriée chez les patients d'origine subsaharienne. Pour les hypertendus secondairement à un hyperaldostéronisme primaire, les dernières études suggèrent que la surrénalectomie pourrait être la solution de choix si la sécrétion d'aldostérone est latéralisée.

**Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les dispositifs de mesure de la pression artérielle «cuff-less» feront bien partie de la prise en charge de nos patients hypertendus
- Un traitement combiné basé sur un anticalcique est la solution de choix chez les patients hypertendus d'origine subsaharienne
- Une surrénalectomie semble conférer un bénéfice par rapport à un traitement par blocage du récepteur minéralocorticoïde chez les patients avec un hyperaldostéronisme primaire et une hypersécrétion latéralisée d'aldostérone

1 Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood Press* 2018;27:314-40.

2 \*Kuwabara M, Harada K, Hishiki Y, Kario K. Validation of two watch-type wearable blood pressure monitors according to the ANSI/AAMI/ISO81060-2:2013 guidelines: Omron HEM-6410T-ZM and HEM-6410T-ZL. *J Clin Hypertens*

(Greenwich) 2019;21:853-8.

3 Burnier M, Schneider MP, Chiolerio A, Stubi CL, Brunner HR. Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *J Hypertens* 2001;19:335-41.

4 Petit G, Berra E, Georges CMG, et al. Impact of psychological profile on drug adherence and drug resistance in patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Blood Press* 2018;27:358-

67.

5 \*\*Ojji DB, Mayosi B, Francis V, et al. Comparison of dual therapies for lowering blood pressure in Black Africans. *N Engl J Med* 2019;380:2429-39.

6 Milliez P, Girerd X, Plouin PF, et al. Evidence for an increased rate of cardiovascular events in patients with primary aldosteronism. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1243-8.

7 \*Rossi GP, Maiolino G, Flego A, et al. Adrenalectomy lowers incident atrial

fibrillation in primary aldosteronism patients at long term. *Hypertension* (Dallas, Tex : 1979) 2018;71:585-91.

8 \*Hundemer GL, Curhan GC, Yozamp N, Wang M, Vaidya A. Renal outcomes in medically and surgically treated primary aldosteronism. *Hypertension* (Dallas, Tex : 1979) 2018;72:658-66.

\* à lire

\*\* à lire absolument