

Quelles nouveautés en HTA ?

Prof. Belén Ponte

En Suisse, sur les 1,5 million d'adultes entre 30 et 75 ans atteints d'hypertension, 73% sont diagnostiqués, 56% sont traités et 37% sont correctement contrôlés.

L'objectif à long terme est que 80% des hypertendus soient contrôlés, afin de diminuer les maladies cardiovasculaires ainsi que la mortalité liée à cette pathologie.

Les Guidelines ESH sont mises à jour en 2023. Avec 198 pages, elles ne sont pas toujours accessibles à toutes et à tous... La nouveauté principale est donc l'avènement d'une version résumée, les "[practical guidelines: MASTERplan for hypertension management](#)".

→ *Measure BP/diagnose, Assess patient, Select Therapy, Evaluate Response*

Measure

La tension doit être mesurée au cabinet ainsi qu'au domicile, même si l'hypertension au cabinet liée à l'effet blouse blanche est un facteur de risque supplémentaire.

Les appareils de mesure privés sont de plus en plus populaires, et bien qu'ils ne soient pas validés, ils donnent une indication et prouvent l'implication du patient pour sa santé.

Technique: Assis 5 min au repos, mesure 3x à 1 min d'intervalle et sur chaque bras pour comparer. Sur un bras nu ou tissu léger. Ajouter une mesure debout (schellong) pour prévenir chutes/hypotension orthostatique.

Assess

Recherche de facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV); diabète, cholestérol, poids, atteintes d'organes (cœur, yeux, reins). Discuter une consultation spécialisée si manque de contrôle ou probable hypertension secondaire.

Select therapy

L'objectif est d'avoir un contrôle optimal dans les 3 mois du diagnostic.

En grade 1, < 150/95, les modifications d'hygiène de vie peuvent être suffisantes. Ajouter un médicament si non contrôlé à 3 mois.

En grade 1 > 150/95 ou avec des FRCVs, traitement médicamenteux immédiat.

[L'adaptation de l'hygiène de vie](#) garde un rôle central, car la plupart des patients hypertendus sont en surpoids, avec des habitudes alimentaires délétères et soumis à beaucoup de stress. Malheureusement, c'est rarement suffisant pour contrôler une tension en 3 mois.

Pour les traitements, le mnemotechnique ABCD... reste en place: A: IEC/ARA2, B: bêtabloquants, C: anticalciques, D: diurétique (thiazidique > 30ml/min, sinon de l'anse)

Avec ce régime, 90% des HTA sont contrôlées. Sans trouble d'adhésion, seules 5% des HTA sont réellement résistantes à plus de 3 médicaments, dont un thiazide.

Lors de résistance, la spironolactone et la dénervation rénale sont des options.

L'objectif est d'atteindre une tension entre 140 et 120 / 80, mais si le patient est jeune et en bonne forme physique, viser <130/80 → même si l'évidence n'est pas très forte, les guidelines sont surtout basées sur des tensions prises en cabinet.

Evaluate Response

L'objectif est d'atteindre un contrôle en 3 mois. Éventuellement revoir le patient avant pour s'assurer de la prise du traitement, des effets secondaires potentiels...

Le contrôle doit être optimisé à un an. Et le patient revu 1x par an au minimum, car l'arrêt spontané du traitement est fréquent "c'est bon elle est contrôlée je peux arrêter".

Une perte de poids, avec une meilleure hygiène de vie et moins de stress peut améliorer la situation, mais tout arrêt de traitement doit être suivi de près.

Selon l'ESC (European Society of Cardiology), une seule pilule contenant 3 traitements contre l'hypertension pourrait permettre de contrôler 90% des hypertensions....pourtant 70-80% des HTA dans le monde ne sont pas contrôlées...

Adhésion thérapeutique

Le déficit d'adhésion est un sujet qui fait couler de l'encre cette année...

Celle-ci est composée de 5 dimensions:

- Liée au médicament: tolérance, dosage
- Lié à l'accès au soins, à l'accès au médicament: arrêt de production
- Lié au patient: croyances...
- Lié aux comorbidités: beaucoup de médicaments différents en même temps, "ils ne sont peut-être pas tous importants....?"
- Lié au niveau socio-économique

Le médecin joue également un rôle important: l'inertie médicale peut reléguer une tension élevée à un effet blouse blanche, sans investigation ultérieure.

10 priorités pour améliorer la prise en charge de l'hypertension sont mises en place, avec le un contrôle plus élevé, plus d'accès à aux médicaments 3-en-1 dans les pays à bas revenu...trouver de nouvelles approches pour favoriser l'adhésion.

En Suisse, les sociétés de cardiologie et d'hypertension visent un contrôle de 75% des cas d'ici à 2026 (<50% aujourd'hui).

→ Formations: éducation au patient, détection de non-adhésion...

→ Politique: faire pression pour assurer le remboursement d'appareil tensionnel à domicile..., pour permettre aux médecins de prendre 5 min de discussion sur l'hypertension, les facteurs de risques cardiovasculaires et leur recherche...

Nouveaux traitements

Après ABCD....voici E pour antagonistes de l'endothéline → déjà mentionné au colloque pour leur limitation de la progression rénale.

L'aprocitentan (tas de riz tentant...) est un antagoniste des deux types d'endothélines.

L'étude [PRECISION](#) montre que, comparé au placebo, l'aprocitentan diminue la tension dans un contexte d'hypertension résistante, autrement traitée par ARAII, thiazide et anticalcique.

A 25mg, l'effet est significatif et montre moins d'effets secondaires que ce que 30 ans de recherche semblaient annoncer (rétention hydrosodée +++ en 1988).

Nouveaux traitements visant l'hypertension sensible au sel

Après diurétiques, inhibiteurs SGLT2, antagonistes aux minéralo récepteurs... les inhibiteurs de l'aldostérone synthase entrent dans la place avec le Baxdrostat.

Celui-ci permet une inhibition sélective de l'aldostérone synthase, ce qui n'était pas possible auparavant et inhibant également la voie de production du cortisol.

[L'étude de phase 2](#) sur ce médicament est suspendue à l'analyse intermédiaire car le bénéfice est clair en cas d'hypertension résistante sous traitement standard, contre placebo, dès 1-2mg.

Parmi les antagonistes non stéroïdiens aux récepteurs aux minéralocorticoïdes, la finirénone est fréquemment utilisée dans le traitement de la néphropathie diabétique.

[l'étude](#) de phase 3 sur le KBP-5074 (ocytorénone?), est suspendue pour manque d'effet clair.

Les ARN interférents inhibent la production d'angiotensinogène, permettant le contrôle via une action sur le système RAA. L'étude de phase 1 est validée, alors que KARDIA 2 doit encore être publiée...

Cette dernière randomise 1500 patients entre zibesiran et placebo, plus un des trois traitements standards (indapamide, amlodipine ou olmesartan). Elle montre une bonne baisse de la tension, soutenue à 6 mois, lorsque couplé à l'indapamide ou l'amlodipine.

KARDIA 3 implique également les HUG et teste le zibesiran lors d'hypertension résistante, en stratifiant selon la fonction rénale. Débute en 2024.

La dénervation rénale

L'activation sympathique qui a lieu dans l'hypertension a un effet cardiaque et neurologique, mais aussi sur le rein.

La dénervation fonctionne très bien, à court comme à long terme. Malheureusement, certains patients sont non répondeurs, et des études sont nécessaires pour mieux les sélectionner.

Ce qui est fait en pratique aux HUG à travers des colloques multidisciplinaires.

Conclusions

- Importance de guidelines claires pour éviter l'inertie médicale (court et précis)

- Importance de l'identification des barrières à l'adhésion thérapeutique: politique? pharmacologique? formations, information, éducation thérapeutique ?
- Nouveaux traitements pour l'HTA, l'HTA résistante et l'IRC: Antagoniste de l'endothéline (aprocitentan), antagoniste de l'aldostérone synthase (baxtrostat), siRNA (zilebesiran)
- Nouvelles indications à la dénervation rénale à venir: polykystose rénale, syndrome d'apnée du sommeil... le système sympathique est impliqué dans plein de cas.

Pour aider à réduire la consommation de sel, faire des urines de 24h peut permettre au patient de voir concrètement qu'il en consomme trop.

Les sels enrichis en potassium sont plus coûteux et les diètes riches en potassium impliquent des légumes, des fruits qui sont facilement coûteux selon le niveau économique.

... Au Canada, ces denrées sont offertes au patient désavantagé, alors qu'en Suisse on galère encore à faire diminuer les quantités de sel dans les aliments préparés (Lobby, c'est pratiquement impossible....pourtant fait au Portugal).

Sous agoniste GLP-1, les patients obèses hypertendus perdent beaucoup de poids, une baisse du traitement est alors possible et nécessaire. C'est malheureusement pas une solution initiale car il faut passer par une consultation d'endocrinologie (6m-1a d'attente).

