



L'HTA : les nouvelles cibles

Jacques Blacher

**Unité HTA, prévention et thérapeutique cardio-vasculaires
Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, Paris, France**

15 Janvier 2015



Déclaration de liens d'intérêt de Jacques Blacher:

- Absence de participation financière dans le capital d'une entreprise liée aux médicaments.
- Absence de lien durable avec une entreprise liée aux médicaments (contrat de travail, rémunération régulière...).

Interventions ponctuelles en rapport avec des entreprises liées aux médicaments (essais cliniques, travaux scientifiques, comités scientifiques, rapports d'expertise, conférences, colloques, actions de formation, participation à divers symposia, rédaction de brochures...) avec, le cas échéant, facturation d'honoraires ; et ceci avec la majorité des entreprises du médicaments commercialisant des produits cardiovasculaires et autres produits en rapport avec mes domaines de spécialité (ARDIX-THERVAL, AMGEN, ASTRA, ZENECA, BAYER, BMS, BOUCHARA RECORDATI, DAÏCHI SANKYO, DANONE, EUTHERAPIE, GSK, IPSEN, MENARINI, MERCK SERONO, MSD, NOVARTIS, PIERRE FABRE, PILEJE, ROCHE, SANOFI, SERVIER, TAKEDA).

Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007

Hélène Godet-Thobie¹, Michel Vernay², Amivi Noukpoape², Benoît Salanave², Aurélie Malon², Katia Castetbon², Christine de Peretti¹ (c.deperetti@invs.sante.fr)

1 / Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France 2 / Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS, Université Paris 13, Cnam, Paris, France

Tableau 3 Prévalence de l'hypertension artérielle, traitement et contrôle, France, ENNS 2006-2007
Table 3 Prevalence, treatment and control of hypertension, France, ENNS Survey 2006-2007

Hommes	18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	18-74 ans	[IC95 %]
Mesure dans l'année (%)	68,3	86,4	96,5	92,7	97,5	86,5	[83,1-89,9]
Prévalence de l'HTA (%)	4,0	19,5	42,6	62,4	69,9	34,1	[29,8-38,4]
HTA connue* (%)	21,5	22,9	40,5	55,2	59,9	46,9	[39,4-54,5]
HTA connue traitée* (%)	**	55,7	60,3	85,5	91,4	77,4	[67,2-87,6]
HTA traitée contrôlée* (%)	**	**	46,8	43,5	33,9	41,8	[32,3-51,3]
Femmes	18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	18-74 ans	[IC95 %]
Mesure dans l'année (%)	87,5	88,1	89,5	93,6	95,7	90,2	[87,9-92,6]
Prévalence de l'HTA (%)	5,6	13,1	31,4	43,7	65,0	27,8	[24,7-30,8]
HTA connue* (%)	22,3	55,5	52,9	62,0	68,6	58,8	[52,4-65,2]
HTA connue traitée* (%)	**	60,8	78,4	91,5	94,9	86,6	[81,1-92,1]
HTA traitée contrôlée* (%)	**	**	64	59,4	49,6	58,5	[51,1-65,8]

* HTA connue= proportion d'hypertendus connus parmi les hypertendus.

HTA connue traitée= proportion d'hypertendus traités par médicaments à action antihypertensive parmi les hypertendus connus.

HTA traitée contrôlée= proportion d'hypertendus contrôlés parmi les hypertendus traités.

** Effectifs insuffisants.

Champ : France métropolitaine 18-74 ans.

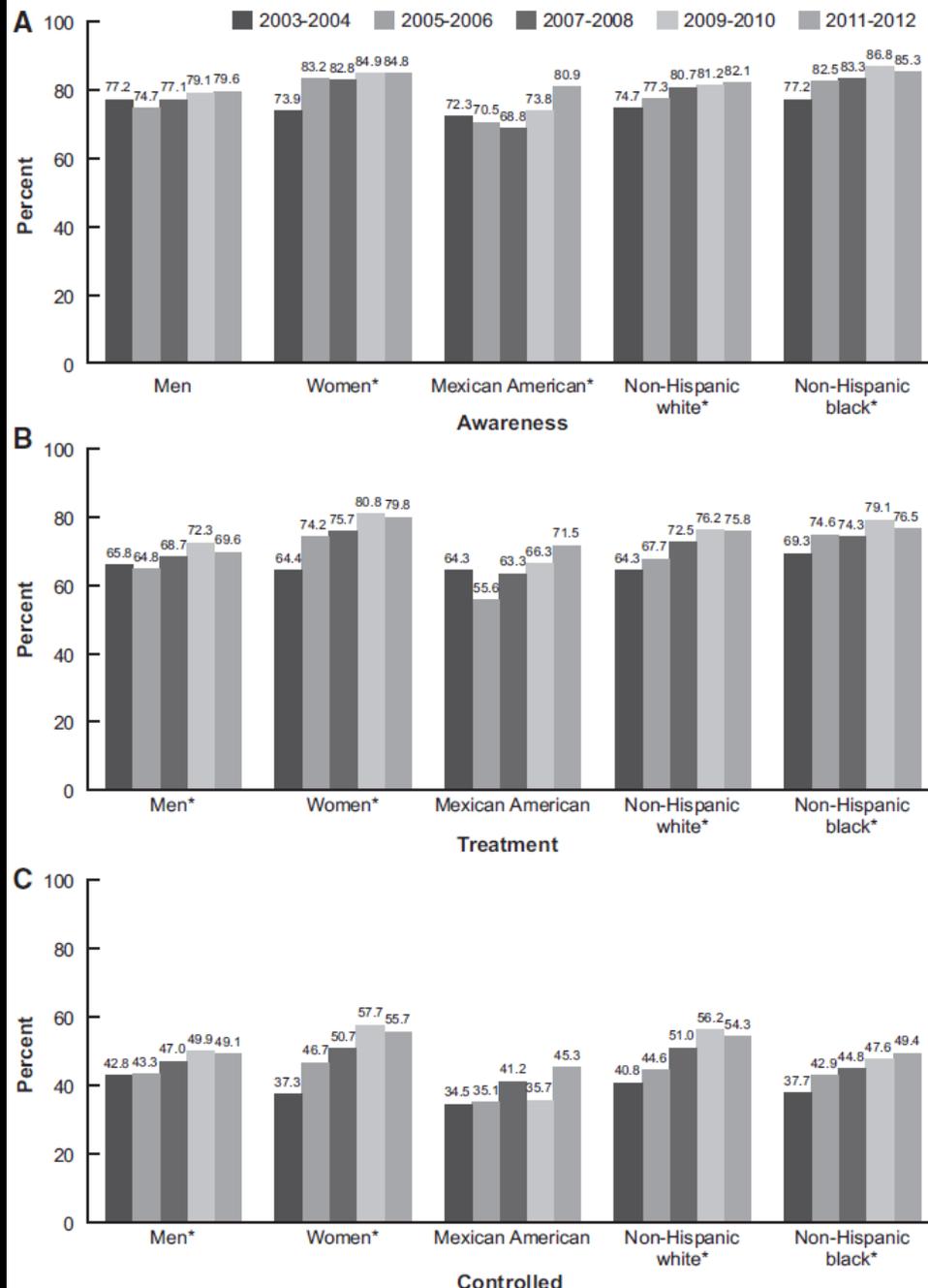
Source : Étude ENNS, 2006-2007.

Trends in Blood Pressure Among Adults With Hypertension United States, 2003 to 2012

Sung Sug Yoon, Qiuping Gu, Tatiana Nwankwo, Jacqueline D. Wright, Yuling Hong, Vicki Burt

See Editorial Commentary, pp 25–26

Abstract—The aim of this study is to describe trends in the awareness, treatment, and control of hypertension; mean blood pressure; and the classification of blood pressure among US adults 2003 to 2012. Using data from the National Health and Nutrition Examination Survey 2003 to 2012, a total of 9255 adult participants aged ≥ 18 years were identified as having hypertension, defined as measured blood pressure $\geq 140/90$ mmHg or taking prescription medication for hypertension. Awareness and treatment among hypertensive adults were ascertained via an interviewer administered questionnaire. Controlled hypertension among hypertensive adults was defined as systolic blood pressure < 140 mmHg and diastolic blood pressure < 90 mmHg. Blood pressure was categorized as optimal blood pressure, prehypertension, and stage I and stage II hypertension. Between 2003 and 2012, the percentage of adults with controlled hypertension increased (P -trend < 0.01). Hypertensive adults with optimal blood pressure and with prehypertension increased from 13% to 19% and 27% to 33%, respectively (P -trend < 0.01 for both groups). Among hypertensive adults who were taking antihypertensive medication, uncontrolled hypertension decreased from 38% to 30% (P -trend < 0.01). Similarly, a decrease in mean systolic blood pressure was observed (P -trend < 0.01); however, mean diastolic blood pressure remained unchanged. The trend in the control of blood pressure has improved among hypertensive adults resulting in a higher percentage with blood pressure at the optimal or prehypertension level and a lower percentage in stage I and stage II hypertension. Overall, mean systolic blood pressure decreased as did the prevalence of uncontrolled hypertension among the treated hypertensive population. (*Hypertension*. 2015;65:54-61. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04012.) • [Online Data Supplement](#)

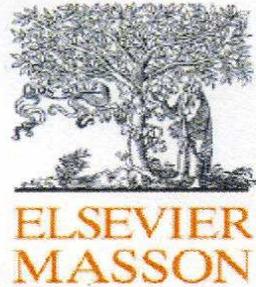


82 %

75%

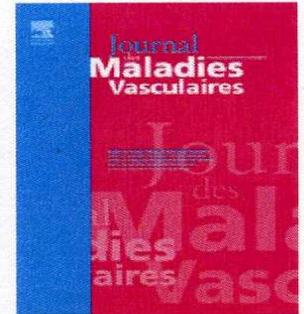
52%

Figure. A-C, Age-adjusted awareness, treatment, and control of hypertension among adults with hypertension by sex and race/ethnicity (other racial/ethnic groups not shown separately), 2003 to 2004 through 2011 to 2012. A, Age standardization was computed by the direct method using weights based on the subpopulation of individuals with hypertension in The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2007 to 2008.²⁰ **P*-trend <0.05. B, Age standardization was computed by the direct method using weights based on the subpopulation of individuals with hypertension in NHANES 2007 to 2008.²⁰ **P*-trend <0.05. C, Age standardization was computed by the direct method using weights based on the subpopulation of individuals with hypertension in NHANES 2007 to 2008.²⁰ **P*-trend <0.05.



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CLINICAL PRACTICE

Objective for 2015: 70% of treated and controlled hypertensive patients. Seven key points to reach this goal in practice. A joint call for action of the French League Against Hypertension and the French Society of Hypertension

Objectif 2015 : 70 % des hypertendus traités contrôlés. Les sept points pour y parvenir en pratique. Une campagne conjointe du Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle et de la Société française d'hypertension artérielle

J.-J. Mourad^{1,*}, X. Girerd¹

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.

Groupe de lecture

*Michel Azizi, Jean-Philippe Baguet, Jean-Louis Bedel, Athanase Benetos,
Jean-Marc Boivin, Giampiero Bricca, Bernard Chamontin, Thierry Denolle,
Eleonore Dupont, Jean-Pierre Fauvel, Patrick Fayolle, Christian Ghasarossian,
Philippe Giral, Charles Gury, Daniel Herpin, Xavier Jeunemaitre, Yves Juilliere,
Sandrine Kretz, Patrick Lacolley, Stéphane Laurent, Antoine Lemaire, Cédric Lemogne,
Benoît Lequeux, Gérard London, Jean-Michel Mallion, Claire Mounier-Véhier,
Jean Pierre Nguyen, Dominique Pernin, Emmanuel Pinto, Athanase Protogerou,
Jean Ribstein, Dominique Saillard, Philippe Sosner, Natahlie Targowla Scandolo,
Christian Thuillez, Bernard Vaisse, Frédéric Villeneuve, Alexandra Yannoutsos*



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



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.

1 - Obtenir un contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois

- Les visites au cabinet médical doivent être mensuelles, jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel.
- L'objectif tensionnel, y compris chez les diabétiques et les patients avec maladies rénales, est d'obtenir une pression artérielle systolique comprise entre 130 et 139 mm Hg et une pression artérielle diastolique inférieure à 90 mm Hg, confirmées par une mesure de la PA en dehors du cabinet médical. - des objectifs plus ambitieux peuvent être proposés chez certains patients, après avis spécialisé.



JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2014 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER INC.

VOL. 64, NO. 6, 2014
ISSN 0735-1097/\$36.00
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2014.04.065>

Impact of Achieved Blood Pressures on Mortality Risk and End-Stage Renal Disease Among a Large, Diverse Hypertension Population



John J. Sim, MD,* Jiaxiao Shi, PhD,† Csaba P. Kovesdy, MD,‡ Kamyar Kalantar-Zadeh, MD, PhD,§
Steven J. Jacobsen, MD, PhD†

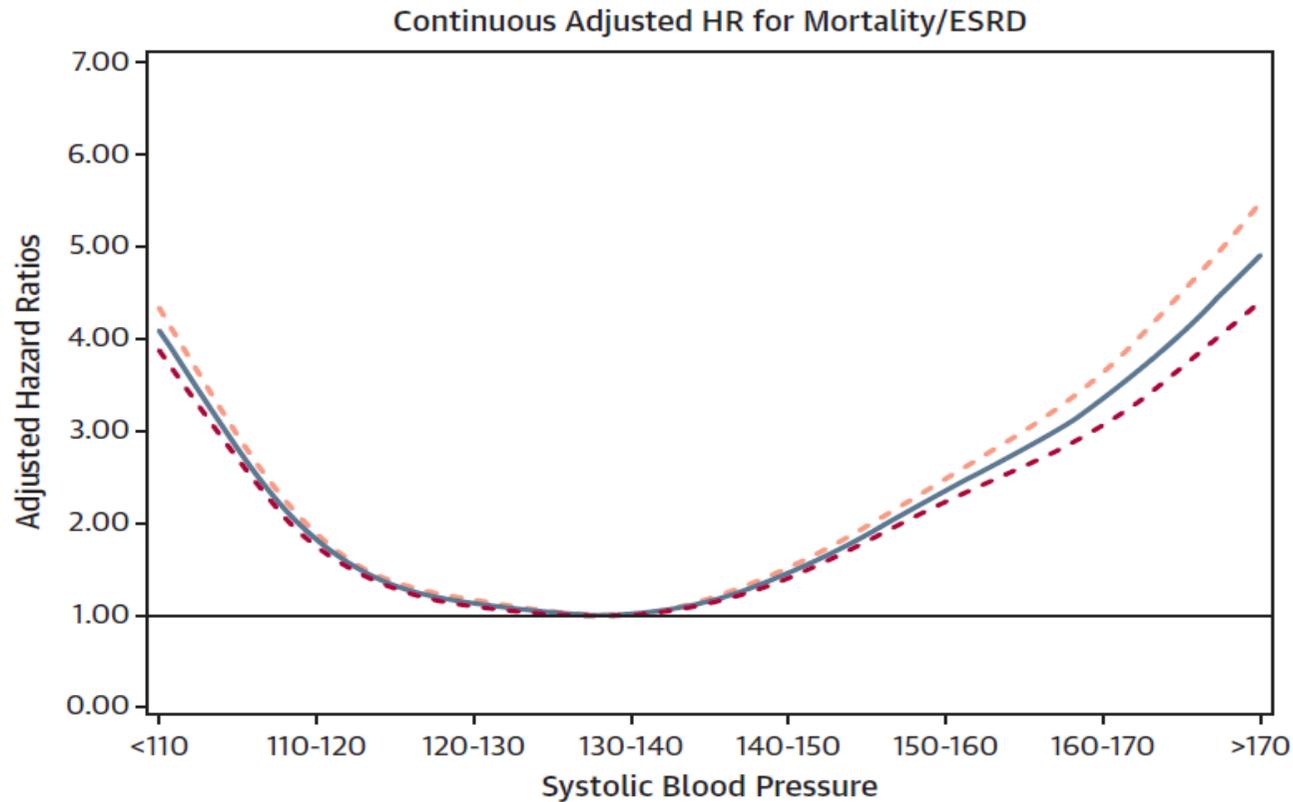


FIGURE 2 Continuous HR for Mortality/ESRD Across SBP

Hazard ratios (HR) for mortality/end-stage renal disease (ESRD) with 95% confidence intervals. The nadir systolic blood pressure (SBP) associated with the lowest risk was estimated at 137 mm Hg. A test on the relationship between the HR and quadratic term of the ordered BP levels gave a significant result for nonlinearity ($p < 0.001$).

TABLE 3 Crude and Adjusted Hazards Ratios for Mortality/ESRD by SBP

	Multivariate Cox Regression Analysis (95% CI) for Mortality/ESRD by SBP		p Value
	Unadjusted HR (95% CI)	Adjusted HR (95% CI)	
Systolic blood pressure, mm Hg			
<110	5.00 (4.73-5.28)	4.10 (3.87-4.33)*	<0.001
110-119	1.86 (1.79-1.93)	1.81 (1.74-1.88)	<0.001
120-129	1.08 (1.05-1.11)	1.12 (1.08-1.15)	<0.001
130-139	—	—	—
140-149	1.61 (1.55-1.67)	1.44 (1.39-1.50)	<0.001
150-159	2.80 (2.65-2.95)	2.34 (2.22-2.47)	<0.001
160-169	3.97 (3.64-4.32)	3.33 (3.05-3.63)	<0.001
≥170	6.41 (5.75-7.13)	4.91 (4.41-5.47)	<0.001
Age (every 5-yr increase)	1.49 (1.48-1.50)	1.40 (1.39-1.41)	<0.001
Male vs. female	1.28 (1.25-1.31)	1.33 (1.30-1.37)	<0.001
Black vs. white	1.08 (1.04-1.11)	1.23 (1.18-1.27)	<0.001
DM	1.50 (1.46-1.54)	1.57 (1.37-1.61)	<0.001
CKD	3.13 (3.06-3.20)	1.40 (1.53-1.43)	<0.001
Cerebrovascular disease	2.75 (2.67-2.83)	1.46 (1.41-1.50)	<0.001
Ischemic heart disease	2.16 (2.11-2.22)	1.25 (1.22-1.28)	<0.001

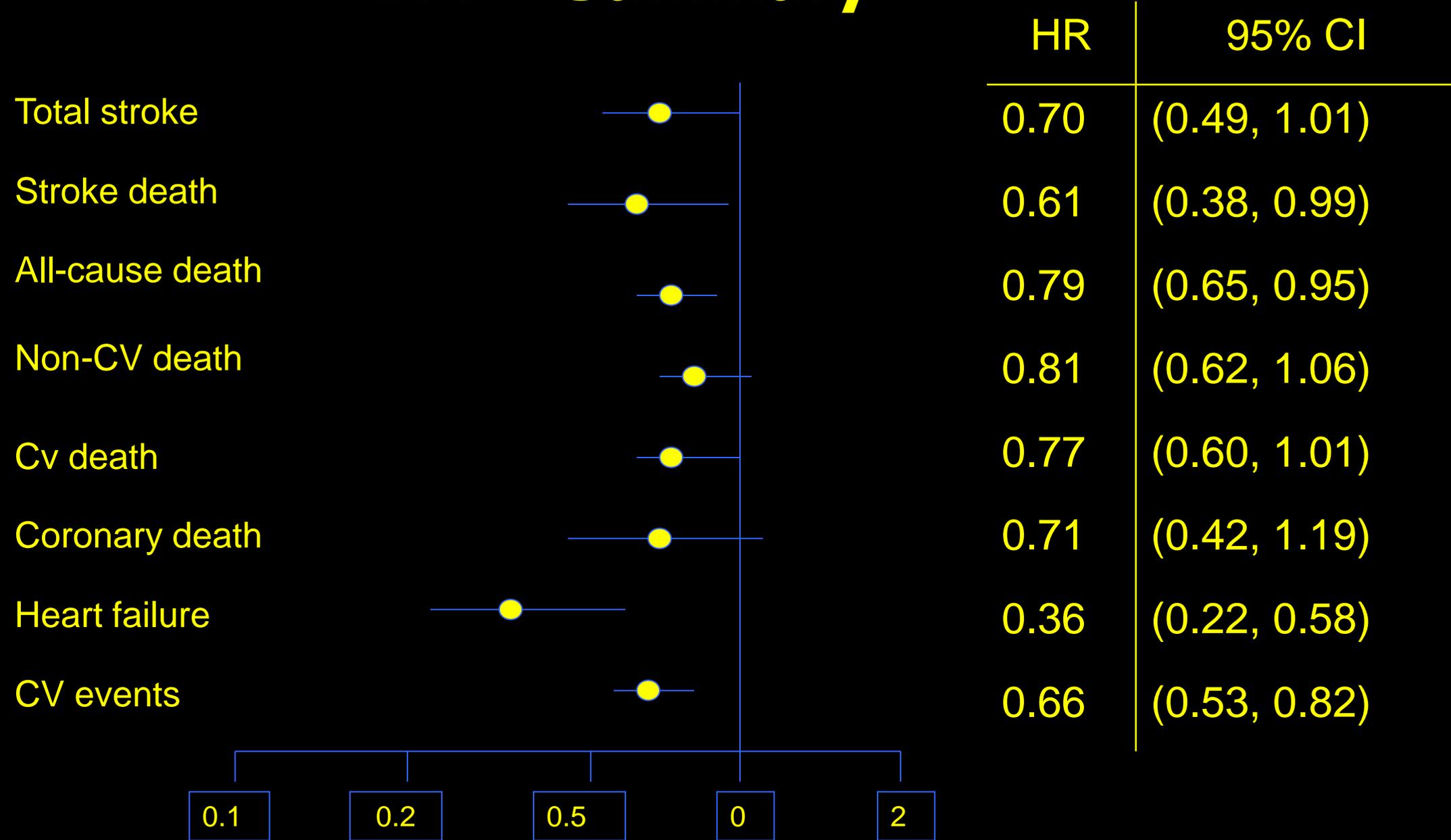
*Adjusted hazards ratios were estimated with adjustment for age, sex, race, BMI ≥ 30 kg/m², CKD, DM and comorbidities of ischemic heart disease, and cerebrovascular disease.

CI = confidence interval; CKD = chronic kidney disease; DM = diabetes mellitus; ESRD = end-stage renal disease; HR = hazard ratio.

5 - Après 80 ans, il est recommandé :

- de fixer un objectif de pression artérielle systolique < 150 mm Hg, sans hypotension orthostatique,
- de ne pas dépasser la prescription de plus de trois antihypertenseurs,
- d'évaluer les fonctions cognitives (au moyen du test MMSE).

ITT – Summary



Nouvelles cibles Conclusion



- **Pour tous sous traitement :**
 - **130 < PAS < 140 mm Hg**
 - **PAD < 90 mm Hg**
- **Sauf exceptions (sujets très âgés...)**