



« Hypertension artérielle et santé publique ; quel rôle pour le pharmacien ? »



Séance thématique

Mercredi 31 mars 2021

14 h 00 à 17 h 00

Visioconférence

Programme

L'hypertension artérielle (HTA), maladie et facteur de risque, est imparfaitement contrôlée dans l'ensemble des pays développés. Elle reste donc l'un des problèmes majeurs de santé publique de tous les pays dans un environnement social et technique évolutif. À ce titre, elle implique déjà et devra encore plus impliquer la profession pharmaceutique.

L'objectif de ce projet est de préciser la situation actuelle des connaissances sur le dépistage et le traitement des multiples formes d'hypertension artérielle et d'envisager la nouvelle place que le pharmacien d'officine doit avoir, dans un contexte d'informatisation accrue de la médecine et de la recherche d'une complémentarité plus étroite entre les professions de santé. À cet égard, les expériences suisse et canadienne pourront être utilisées comme exemple.

La séance sera présidée par Joël MENARD et Michel SAFAR,
membres associés de l'Académie nationale de Pharmacie

14 h 00 **Ouverture de la séance par Gilles AULAGNER,** *Président de l'Académie nationale de Pharmacie*

14 h 05 **Introduction par Joël MENARD,** *Professeur émérite de santé publique, Université de Paris*

14 h 15 **« Pourquoi une pression artérielle ? »** (20 min +10 Q/R)

Jean SASSARD, membre de l'Académie nationale de Pharmacie

La **pression artérielle (PA)** est générée par le travail du cœur qui envoie un débit sanguin dont l'écoulement rencontre des résistances au niveau des petites artères périphériques.

À court terme (minutes, heures) la PA permet d'assurer à chaque organe un apport sanguin adapté aux besoins du moment. Comme ces besoins changent rapidement la PA montre de grandes variations rapides. Ces dernières sont réduites par le baro réflexe qui module par voie nerveuse le niveau des résistances périphériques. Ces variations rapides sont à prendre en compte lorsqu'on mesure la PA.

À long terme (jours) la PA assure la stabilité du volume des liquides de l'organisme. Cette stabilité, essentielle pour la survie, dépend d'une fonction rénale : la natriurèse de pression . Cette dernière explique que quand la PA augmente ,l'excrétion urinaire de sodium et d'eau augmente aussi. Il s'en suit une diminution du volume des liquides extracellulaires donc du débit cardiaque donc de la PA qui revient à son niveau normal. Ce mécanisme qui détermine à terme la valeur de la PA est essentiellement régulé par le système rénine- angiotensine -aldostérone. En conséquence, il ne peut y avoir d'hypertension artérielle stable sans altération de cette fonction. Ceci explique les liens étroits qui existent entre hypertension, fonction rénale et sodium et permet de comprendre que les antihypertenseurs les plus utilisés sont des diurétiques et des inhibiteurs du système rénine-angiotensine.

14 h 45 **« Génétique de l'hypertension artérielle : quel rôle dans sa prise en charge »** (20 min +10 Q/R)

Xavier JEUNEMAITRE, Service de Génétique – Hôpital Européen Georges Pompidou

Les outils permettant l'exploration de notre génome ont fait des progrès majeurs au cours des 10 dernières années et ont permis une nouvelle compréhension moléculaire de nombreuses pathologies. L'hypertension artérielle (HTA) n'a pas échappé à cette révolution technologique, même si la complexité des mécanismes qui sous-tendent la régulation de la pression artérielle se reflète par l'extrême complexité et diversité des facteurs génétiques de susceptibilité associés. Dès lors, quelle peut être l'influence de ces nouvelles connaissances dans la prise en charge des patients hypertendus ?

Schématiquement, plusieurs situations se présentent :

1. celles des formes dites « monogéniques » d'HTA, dans lesquelles la pathologie est familiale, héritée de façon mendélienne, souvent précoce et qui correspondent essentiellement à des anomalies rénales de réabsorption ionique. Leur identification génétique est importante, guidant vers un traitement spécifique et un dépistage familial.
2. celles des formes surrenaliennes d'HTA, soit de la médullo-surrénale avec une cause génétique familiale dans environ 30% des cas de phéochromocytomes, soit de la corticosurrénale avec les découvertes récentes de mutations de différents canaux au niveau des tumeurs bénignes responsables d'adénomes de Conn.
3. celles beaucoup plus fréquentes des HTA dites « essentielles » pour lesquelles les études les plus récentes mettent en lumière le poids modeste (environ 30 % d'héritabilité) et complexe (plus de 200 gènes de susceptibilité) de la génétique. Ici, pas de test familial diagnostique ou pronostique à notre disposition, mais la recherche de scores polygéniques – combinant plusieurs dizaines de polymorphismes – qui pourraient à l'avenir entrer dans des équations de risque cardiovasculaire.
4. enfin, celles de la pharmacogénétique, à savoir les variants génétiques portés par les gènes impliqués dans les voies de métabolisme ou de cibles médicamenteuses, et dont le génotypage pourrait permettre ici d'affiner la dose à prescrire, là de prédire une intolérance ou une contre-indication.

On le voit, l'outil moléculaire doit être affiné et montrer sa validité, mais nul doute qu'il rentrera dans notre pratique quotidienne du 21^e siècle.

15 h 15 **« Le traitement médicamenteux et non médicamenteux de l'HTA en 2020 »** (20 min +10 Q/R)

Michel AZIZI, Professeur de médecine vasculaire ; Université de Paris et HEGP

L'hypertension artérielle (HTA) est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. En dépit des nombreuses recommandations des sociétés savantes et du nombre important de classes d'antihypertenseurs disponibles, l'hypertension artérielle demeure insuffisamment contrôlée en France et dans le monde. Son incidence mondiale augmente du fait du vieillissement des populations, de l'obésité et de la transition épidémiologique des maladies communicables aux maladies non-communicables dans les pays émergents, comme en Afrique Sub-Saharienne. Les recommandations européennes actuelles préconisent : 1) le dépistage systématique de l'HTA chez l'adulte à partir de l'âge de 18 ans par une mesure clinique standardisée avec un appareil

électronique validé (définie par une pression artérielle, PA, en position assise ≥ 140 et/ou 90 mmHg) et confirmée par une automesure tensionnelle à domicile ou une mesure ambulatoire de PA ; 2) une prise en charge graduée dans le temps et l'intensité, en fonction du niveau de risque cardiovasculaire selon la charte européenne SCORE et de la présence d'une atteinte des organes cibles (cœur, rein, cerveau, œil), de complications cardiovasculaires, cérébrovasculaires ou rénales avérées, de comorbidités en particulier chez les sujets âgés ou d'anomalies biologiques et électrocardiographiques ; 3) l'instauration de règles hygiéno-diététiques quel que soit le grade de l'HTA; 4) l'instauration d'une bithérapie en un seul comprimé d'emblée (bloqueur du système rénine angiotensine + antagoniste calcique ou + diurétique thiazidique ou apparenté) lorsque la prescription d'un traitement antihypertenseur a été décidée, modulée chez les patients âgés de plus de 80 ans ou les HTA grade I isolée ; 5) l'atteinte rapide (< 3 mois) des objectifs tensionnels qui ont été abaissés en particulier chez les patients âgés de 18 à 65 ans (PA systolique 130-120 mmHg, et PA diastolique 80-70 mmHg), en passant à une trithérapie en seul comprimé (bloqueur du système rénine angiotensine + antagoniste calcique + diurétique thiazidique ou apparenté) ; 6) l'utilisation d'un appareil d'automesure tensionnel pour le suivi ; 7) le renforcement de l'observance au traitement ; et 8) la détection une HTA résistante caractérisée par la non-atteinte de la cible tensionnelle malgré une trithérapie à doses optimales comportant un bloqueur du système rénine-angiotensine, un antagoniste des canaux calciques et un diurétique thiazidique ou apparenté. Compte-tenu du surcroît de risque associé à l'HTA résistante et de la complexité de sa prise charge, cette dernière devrait se faire idéalement dans un centre spécialisé. Dans le cas d'une HTA résistante, on doit s'assurer de la réalité du niveau tensionnel (par mesure ambulatoire de la PA ou par automesure à domicile), de la bonne observance du traitement, de l'absence de prise de médicaments ou toxiques vasoactifs, de l'absence de cause secondaire méconnue. On doit aussi identifier les facteurs favorisant comme l'obésité, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool et de sel. La conduite à tenir et associe un renforcement des règles hygiéno-diététiques strictes, l'arrêt des substances hypertensives ou interférant avec l'efficacité des traitements antihypertenseurs, et l'ajout de différentes classes d'antihypertenseurs en sus de la trithérapie de base, en particulier la spironolactone à faible dose en quatrième ligne puis par l'adjonction de bêtabloquants ou d'antihypertenseurs centraux. Le suivi s'appuiera sur l'automesure à domicile. De nouvelles thérapeutiques interventionnelles sont en cours de développement pour l'HTA résistante, en particulier la dénervation rénale.

15 h 45 **« Le rôle du pharmacien dans la gestion de cette pathologie »** (20 min +10 Q/R)

Françoise BRION, membre de l'Académie nationale de Pharmacie

L'article 38 de la loi HPST a modifié le code de la santé en définissant le pharmacien d'officine par les missions qui lui sont confiées, comme pour l'ensemble des professionnels de santé.

Parmi ces missions celle relative aux entretiens pharmaceutiques qui confère aux pharmaciens un rôle dans la coordination de la prise en charge des patients chroniques depuis 2012.

L'entretien pharmaceutique consiste en un échange pharmacien-patient afin de permettre à ce dernier l'appropriation du traitement prescrit par le médecin ainsi que des règles de bon usage et hygiéno-diététiques nécessaires à sa bonne efficacité.

La reconnaissance des pharmaciens en tant qu'intervenants clés dans la prise en charge des patients sous anticoagulants ainsi que pour les asthmatiques adultes a ouvert la voie à leur participation dans d'autres affections chroniques dont l'HTA, maladie longtemps asymptomatique et ignorée des patients.

Dans cette maladie, l'observance (adhésion) est aujourd'hui l'un des enjeux majeurs de l'amélioration de l'efficacité du traitement et de la réduction de graves complications.

Parmi les professionnels de santé les plus accessibles, les pharmaciens disposent des connaissances et des outils requis pour réaliser un dépistage en temps opportun et mettre en œuvre des mesures de prévention efficaces. Ils peuvent jouer un rôle important dans la surveillance de la tension artérielle dont la stabilisation à la valeur cible est souvent délicate et peut être influencée par certains facteurs comme l'alimentation ou la prise d'autres médicaments identifiables grâce au DP ou au DMP du patient.

La première règle à respecter pour mener les entretiens est d'aménager dans l'officine un lieu de confidentialité. Le pharmacien doit maîtriser les techniques nécessaires à la conduite de l'entretien, savoir former à l'auto mesure avec des appareils homologués pouvoir montrer, expliquer, faire pratiquer au patient et aider à interpréter les résultats.

Il doit pour cela, réserver un temps dédié, utiliser des supports pédagogiques tels que ceux du CESPARM.

Il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe officinale, en particulier les préparateurs en pharmacie, soit associée à la démarche afin de pouvoir identifier et orienter les patients ayant le profil concerné.

16 h 15 **Conclusion générale par Joël MENARD**, *Professeur émérite de santé publique, Université de Paris*

Clôture par Gilles AULAGNER, *Président de l'Académie nationale de Pharmacie*