

Hypertension résistante : quand rien n’y fait!

L’hypertension résistante est définie comme l’incapacité d’atteindre la cible de tension artérielle visée, malgré la prise de 3 médicaments, dont un diurétique, à dose maximale tolérée. Ceux-ci incluent généralement un diurétique thiazidique, un bloqueur des canaux calciques et un bloqueur du système rénine-angiotensine (IECA ou ARA). L’*American Heart Association* a publié en 2018 une prise de position sur l’évaluation, la détection et le traitement de l’hypertension résistante.¹

Plusieurs patients avec une hypertension résistante suspectée présentent en fait une inobservance au traitement, un syndrome du sarreau blanc ou une auto-mesure inadéquate de la tension artérielle. Des causes secondaires d’hypertension (médicamenteuses et pathologiques) peuvent aussi être présentes. Les mesures non-pharmacologiques comme la diète hyposodée, la perte de poids et l’activité physique doivent être révisées et mises de l’avant dans un premier temps. Au niveau pharmacologique, une première stratégie est de substituer l’hydrochlorothiazide pour la chlorthalidone ou l’indapamide. Dans une étude randomisée contrôlée à double insu incluant 609 patients hypertendus, la chlorthalidone (12,5-25mg par jour) a entraîné une diminution additionnelle moyenne de la tension artérielle systolique (TAS) de 6mmHg (IC95% 2,9-8,3mmHg) par rapport à l’hydrochlorothiazide (12,5-25mg par jour).² Lorsque l’ajout d’un 4^{ème} agent est requis, un antagoniste de l’aldostérone comme la spironolactone est le choix supporté par les meilleures données probantes, même en l’absence d’hyperaldostéronisme. En effet, la spironolactone permet une diminution additionnelle de TAS de 5mmHg en comparaison avec le doxazosin ou le bisoprolol et elle est mieux tolérée que la clonidine.^{3,4} D’autres agents comme les bloqueurs adrénergiques alpha et/ou beta (ex : labétalol, prazosine métoprolol), les agonistes centraux (ex : clonidine) ou les vasodilatateurs directs (ex : hydralazine, minoxidil) peuvent être considérés, mais les données cliniques supportant leur utilisation dans ce contexte sont limitées.

Notre avis

En présence d’hypertension résistante présumée, les mesures non-pharmacologiques, la confirmation de l’adhésion au traitement, la vérification de la technique de prise de tension et l’investigation de causes secondaires sont primordiales pour éviter la prescription inappropriée d’antihypertenseurs. Autrement, l’utilisation de la chlorthalidone ou de l’indapamide comme diurétique thiazidique devrait être privilégiée. Finalement, si la tension artérielle reste élevée, la spironolactone constitue habituellement le meilleur choix bien que la prudence soit de mise chez les patients insuffisants rénaux ou à risque d’hyperkaliémie. Les alpha-bloquants, les bêta-bloquants, les agonistes centraux et les vasodilatateurs directs devraient être considérés seulement lorsque la tension artérielle reste significativement élevée malgré tout ou que les options de première intention sont non-tolérées ou contre-indiquées.

Références

1. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, et coll. Hypertension. 2018; 72(5): e53–e90.
2. Bakris GL, Sika D, White WB, et coll. AJM. 2012; 125(12): 1229. e1–1229.e10.
3. Williams B, MacDonald TM, Morant S, et coll. The Lancet. 2015; 386(10008): 2059–68.
4. Krieger EM, Drager LF, Giorgi DMA, et coll. Hypertension. 2018; 71(4): 681–90.

Auteur(s) : Antoine LeBrun, Pharm. D., M. Sc.