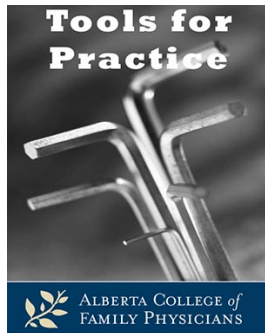


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 400 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

20 juin 2016



Trois médicaments et encore hypertendu : que reste-t-il à faire?

Question clinique : Quel médicament réduit le mieux la pression artérielle (PA) chez les patients souffrant d'hypertension résistante?

Conclusion : La spironolactone offre la plus grande réduction de la PA pour un « traitement de quatrième intention » de l'hypertension résistante (10/4 mmHg), permettant à un patient de plus sur trois d'atteindre la cible. Le potassium augmente en moyenne d'environ 0,4 mmol/l (et devrait être surveillé), causant une perte au suivi d'environ 2 % en raison de l'hyperkaliémie (5,5 mmol/l ou plus). Il manque des données sur les résultats quantifiables.

Données probantes

- Données sur la PA seulement (non pas les résultats quantifiables).
 - Essai clinique randomisé (ECR)¹ croisé de haute qualité auprès de 348 patients atteint d'hypertension résistante. Chaque patient a suivi un cycle de traitement à faible dose pendant six semaines suivi d'un cycle de traitement à forte dose pendant six semaines : spironolactone (25-50 mg), doxazosine (4-8 mg), bisoprolol (5-10 mg) et placebo.
 - Pour les deux doses, réduction moyenne de la PA en cabinet par rapport au placebo : spironolactone=10/4 mmHg, bisoprolol=5/5 mmHg, doxazosine=5/3 mmHg.
 - La forte dose a davantage réduit la PA systolique que la faible dose : spironolactone=5 mmHg, bisoprolol=2 mmHg, doxazosine=1 mmHg.
 - Patients atteignant la PA systolique cible à domicile (moins de 135 mmHg) : spironolactone=58 %, bisoprolol=44 %, doxazosine=42%, placebo=24 %.
 - Nombre de sujets à traiter (NST) par rapport au placebo : NST=3 pour la spironolactone et NST=6 pour le bisoprolol ou la doxazosine.
 - Niveau de potassium sérique supérieur à 6 chez 2 % des patients traités par la spironolactone.

- Remarque : Exclusion des patients présentant un niveau de potassium sérique anormal ou un taux de filtration glomérulaire estimé inférieur à 45 ml/min.
- Trois revues systématiques²⁻⁴ ont omis des études et regroupé les études de façon non appropriée (hétérogénéité de 90 % ou plus).
- Cinq autres ECR sur la spironolactone (généralement 25 mg par jour) : 17-167 patients, 4-16 semaines⁵⁻⁹ :
 - Les deux plus petits essais (Iran et Cameroun), qui suscitent des préoccupations quant à la randomisation, présentaient les changements de la PA les plus importants (19-21/10-17 mmHg) et sont probablement peu fiables^{8, 9}.
 - Trois autres ECR : La spironolactone a réduit la PA de 10-16/3-7 mmHg⁵⁻⁷.
 - Augmentation du niveau de potassium sérique d'environ 0,3-0,4 mmol/l⁵⁻⁹ et perte au suivi d'environ 2 % en raison de l'hyperkaliémie (K de 5,5 mmol/l ou plus)^{5, 7}.

Contexte

- L'hypertension résistante se définit comme une PA de 140/90 mmHg ou plus pendant que le patient reçoit un traitement (auquel il se conforme) de trois médicaments antihypertenseurs ou plus de différentes classes et à des doses optimales^{10, 11}.
 - Les données probantes indiquent que les thiazides, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine et les inhibiteurs calciques de type dihydropyridine réduisent tous les indicateurs de résultat des maladies cardiovasculaires.
- La fréquence de l'hypertension résistante se situe probablement autour de 13 % ou moins¹².
- Un niveau de potassium plus faible au départ peut être associé à une meilleure réaction à la spironolactone^{7, 13}.

Auteurs

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharm.), ACPR, Pharm. D., et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Williams B, MacDonald TM, Morant S, *et al.*, *Lancet*, 2015, 386 : 2059-2068.
2. Dahal K, Kunwar S, Rijal J, *et al.*, *Am J Hypertens*, 2015, 28 : 1376-1386.
3. Liu G, Zheng XX, Xu YL, *et al.*, *J Hum Hypertens*, 2015, 29 : 159-166.
4. Guo H, Xiao Q, *Int J Clin Exp Med*, 2015, 8 : 7270-7278.
5. Bobrie G, Frank M, Azizi M, *et al.*, *J Hypertens*, 2012, 30 : 1656-1664.
6. Oxlund CS, Henriksen JE, Tarnow L, *et al.*, *J Hypertens*, 2013, 31 : 2094-2102.
7. Václavík J, Sedlák R, Jarkovský J, *et al.*, *Medicine (Baltimore)*, 2014, 93 : e162.
8. Djoumessi RN, Noubiap JJ, Kaze FF, *et al.*, *BMC Res Notes*, 2016, 9 : 187.
9. Abolghasmi R, Taziki O, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 2011, 22 : 75-78.
10. Calhoun DA, Jones D, Textor S, *et al.*, *Circulation*, 2008, 117 : e510-e526.
11. Krause T, Lovibond K, Caulfield M, *et al.*, *BMJ*, 2011, 343 : d4891.
12. Achelrod D, Wenzel U, Frey S, *Am J Hypertens*, 2015, 28 : 355-361.
13. Shlomain G, Sella T, Sharabi Y, *et al.*, *Hypertens Res*, 2014, 37 : 1037-1041.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque

article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.