

Recommandations HTA: Qu'en attendre ?

François Silhol

Unité de Médecine Vasculaire et d'Hypertension Artérielle
CHU Timone Marseille



*Centre de compétence
Maladies Vasculaires Rares*



Centre ESH

LE

PRINCIPE

Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension

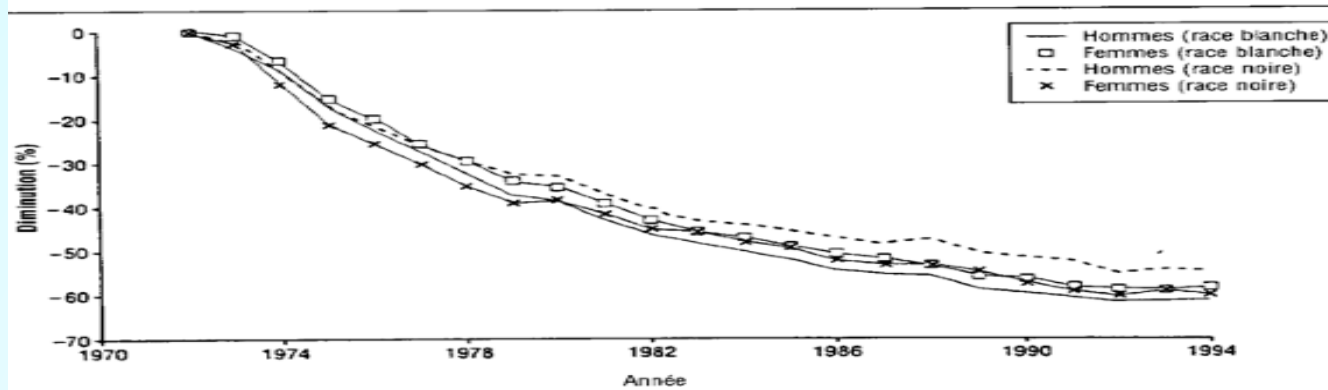
Results in Patients With Diastolic Blood Pressures
Averaging 115 Through 129 mm Hg

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents

Pourcentage de diminution des taux de décès par AVC enregistrés aux Etats-Unis de 1972 à 1994

Tableau 1. Prise de conscience, traitement et contrôle de l'hypertension : tendances observées aux États-Unis entre 1976 et 1994*

	NHANES II (1976-1980)	NHANES III (Phase 1) (1988-1991)	NHANES III (Phase 2) (1991-1994)
Prise de conscience	51	73	68
Traitement	31	55	53
Contrôle†	10	29	27

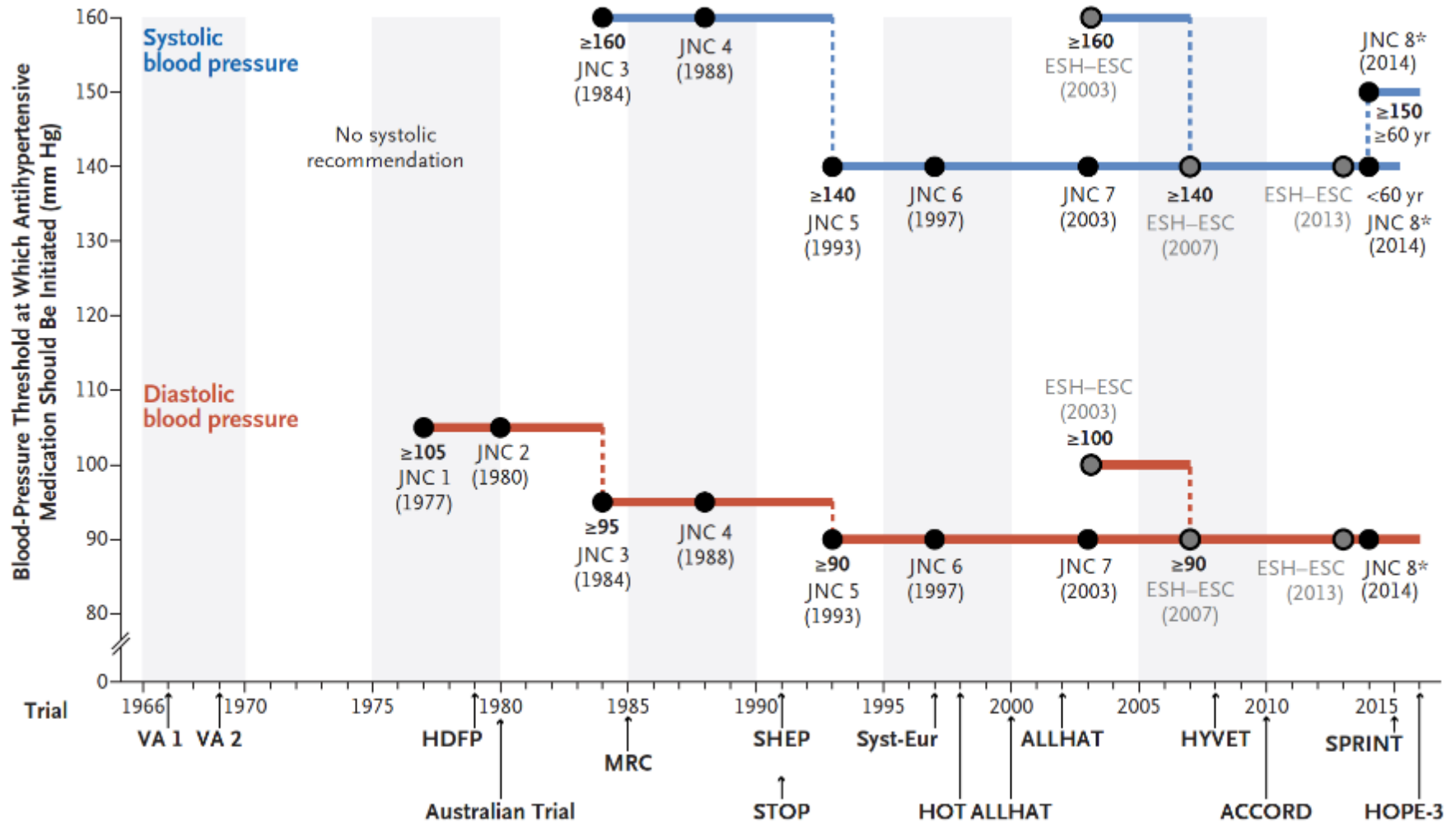


HTA du sujet HTA âgé : Etude SYSTEUR

↘ PAS de 174 à 151 mmHg (↘ PAD de 85 à 78 mmHg)

- ↘ AVC 44 % (p <0,004)
- ↘ Evénements cardio-vasculaires 32 %
- ↘ Mortalité totale 24 %
(Mort subite : ↘ 26 %)

Les recommandations suivent les études randomisées



Toujours
Mieux ?

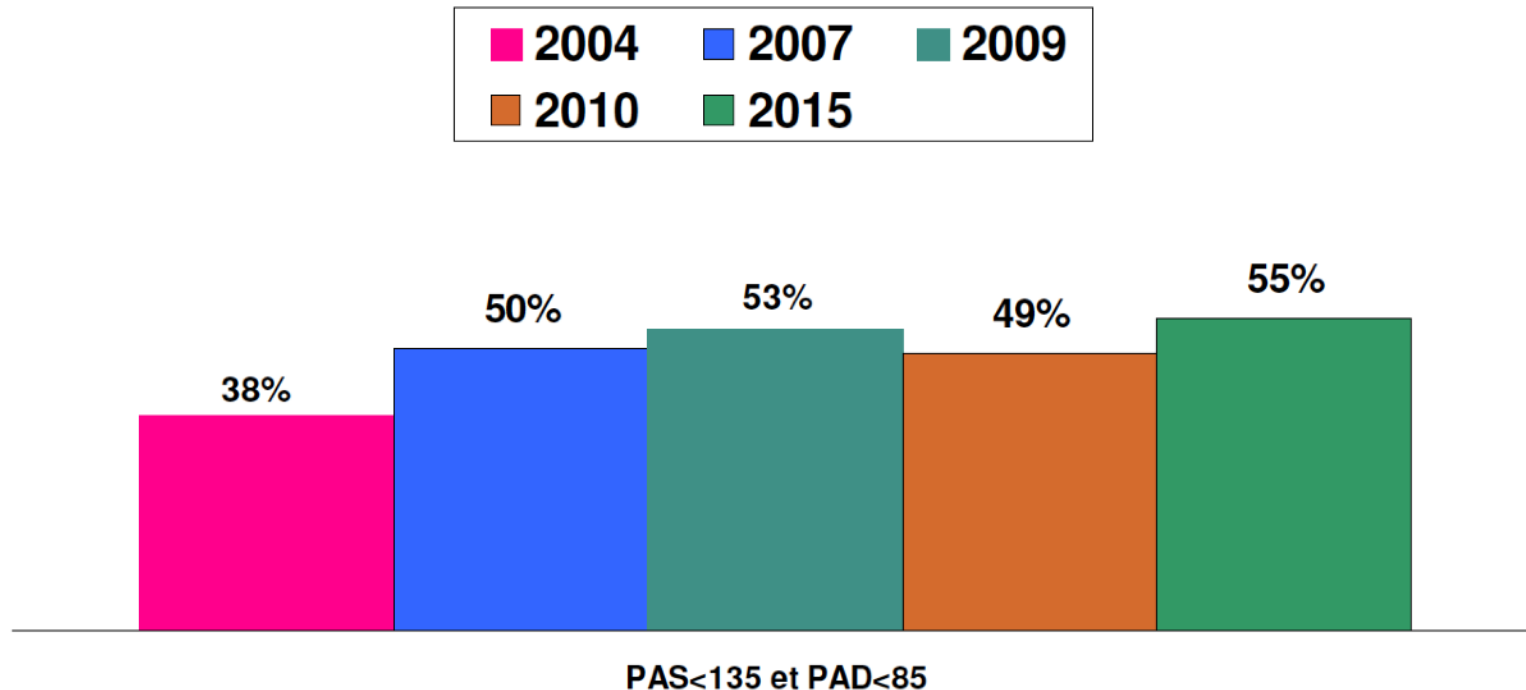
FLAHS

2004
2007
2009
2010
2015

Evolution of Blood Pressure control in french hypertensive patients between 2004 and 2015



Home BP < 135/85 mm Hg



558 patients in 2004 424 in 2007, 537 in 2009 , 596 in 2010(> 35 years'old)
882 in 2015 (≥ 55 years'old)

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN FRANCE : PRÉVALENCE, TRAITEMENT ET CONTRÔLE EN 2015 ET ÉVOLUTIONS DEPUIS 2006

// HYPERTENSION IN FRANCE: PREVALENCE, TREATMENT AND MANAGEMENT IN 2015 AND TEMPORAL TRENDS SINCE 2006

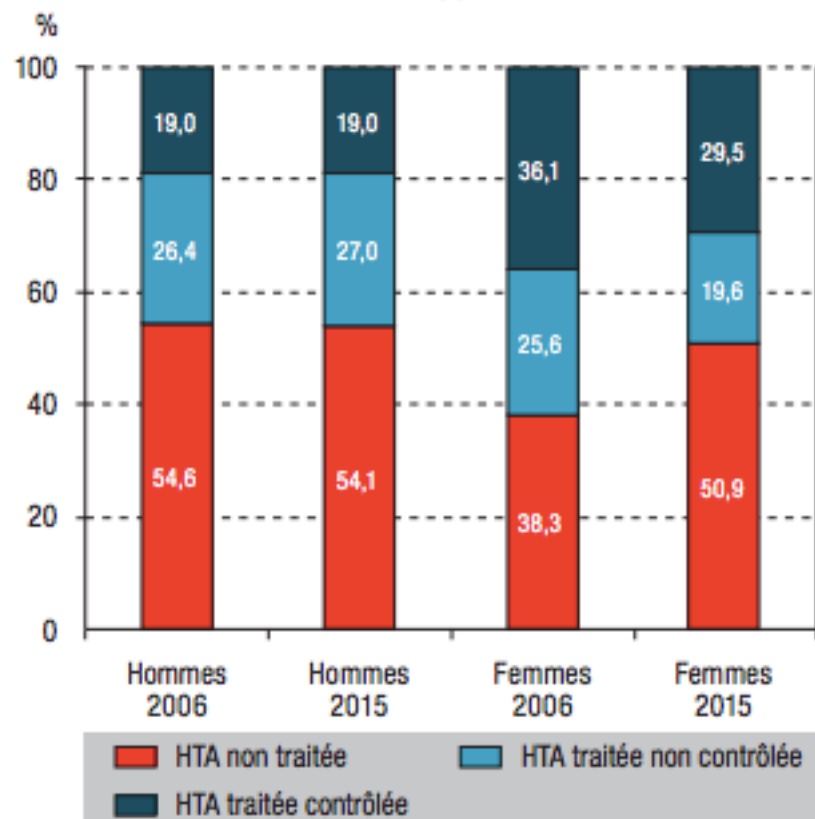
Anne-Laure Perrine¹, Camille Lecoffre¹, Jacques Blacher², Valérie Ollé¹ (valerie.olie@santepubliquefrance.fr)

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, AP-HP ; Université Paris-Descartes, Paris, France

Mesure de la pression artérielle et classification en niveaux, France, Esteban 2015

	18-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	18-74 ans	IC95%	
Hommes								
PAS (mmHg)	123,4	123,4	132,5	137,9	143,9	131,2	129,9-132,4	
PAD (mmHg)	72,7	75,9	82,7	82,7	80,9	78,6	77,8-79,4	
Pression pulsée (mmHg)	50,7	47,5	49,8	55,2	63,0	52,6	51,7-53,4	
HTA systolique isolée (%)	5,0	6,4	9,2	20,4	37,7	14,1	11,3-16,9	
Niveaux de PA (%)								
PA optimale	34,3	39,9	22,6	10,5	7,1	24,3	20,7-28,0	
PA normale	37,7	28,8	19,6	21,9	16,7	25,9	22,2-29,6	
PA normale haute	16,3	17,5	25,7	23,7	18,2	20,2	16,8-23,6	
HTA grade 1	11,7	11,1	22,5	31,8	42,0	22,2	18,8-25,7	
HTA grade 2	0,0	2,4	5,4	7,0	10,0	4,5	2,9-6,1	
HTA grade 3	0,0	0,3	4,1	5,2	6,1	2,8	1,4-4,3	
PA trop élevée	11,7	13,8	32,0	44,0	58,1	29,5	25,8-33,3	
Femmes								
PAS (mmHg)	111,5	114,8	121,7	131,1	136,9	121,8	120,6-122,9	
PAD (mmHg)	70,6	73,4	75,7	78,7	77,6	74,9	74,3-75,6	
Pression pulsée (mmHg)	40,9	41,4	45,9	52,3	59,3	46,9	46,1-47,6	
HTA systolique isolée (%)	0,0	0,9	9,0	17,1	32,9	9,9	7,7-12,2	
Niveaux de PA (%)								
PA optimale	79,2	61,7	48,1	25,9	23,3	50,3	46,5-54,2	
PA normale	11,9	21,7	20,1	23,7	17,7	19,0	16,0-22,0	
PA normale haute	7,5	9,1	15,8	18,3	16,2	13,0	10,3-15,7	
HTA grade 1	1,5	7,4	11,4	25,3	29,0	13,5	10,9-16,2	
HTA grade 2	0,0	0,1	4,6	4,6	11,3	3,4	2,0-4,7	
HTA grade 3	0,0	0,0	0,0	2,2	2,6	0,8	0,0-1,6	
PA trop élevée (%)	1,5	7,4	16,0	32,1	42,9	17,7	14,8-20,6	
Global								
								p (H/F)
PAS (mmHg)	117,2	119,0	126,9	134,3	140,5	126,3	125,5-127,2	<0,0001
PAD (mmHg)	71,6	74,6	79,1	80,6	79,3	76,7	76,2-77,2	<0,0001
Pression pulsée (mmHg)	45,6	44,4	47,8	53,7	61,2	49,6	49,0-50,2	<0,0001
HTA systolique isolée (%)	2,4	3,6	9,1	18,7	35,4	11,9	10,1-13,7	0,02
Niveaux de PA (%)								
PA optimale	57,9	51,1	35,7	18,6	15,0	37,7	35,0-40,5	<0,0001
PA normale	24,2	25,1	19,8	22,8	17,1	22,3	20,0-24,7	
PA normale haute	11,7	13,2	20,6	20,9	17,2	16,5	14,3-18,6	
HTA grade 1	6,3	9,2	16,8	28,4	35,6	17,8	15,6-19,9	
HTA grade 2	0,0	1,2	5,0	5,7	10,6	3,9	2,9-4,9	
HTA grade 3	0,0	0,1	2,0	3,6	4,4	1,8	1,0-2,6	
PA trop élevée (%)	6,3	10,5	23,8	37,7	50,6	23,4	21,1-25,8	<0,0001



36^{es} JHTA

JOURNÉES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
DU DIAGNOSTIC AUX COMPLICATIONS

www.jhta2016.fr

15-16
décembre 2016
Paris - Campus des Cordeliers
Université Paris Descartes



Société Française
d'Hypertension Artérielle
www.sfhta.org

10TH INTERNATIONAL MEETING OF THE FRENCH SOCIETY OF HYPERTENSION



Société Française
d'Hypertension Artérielle

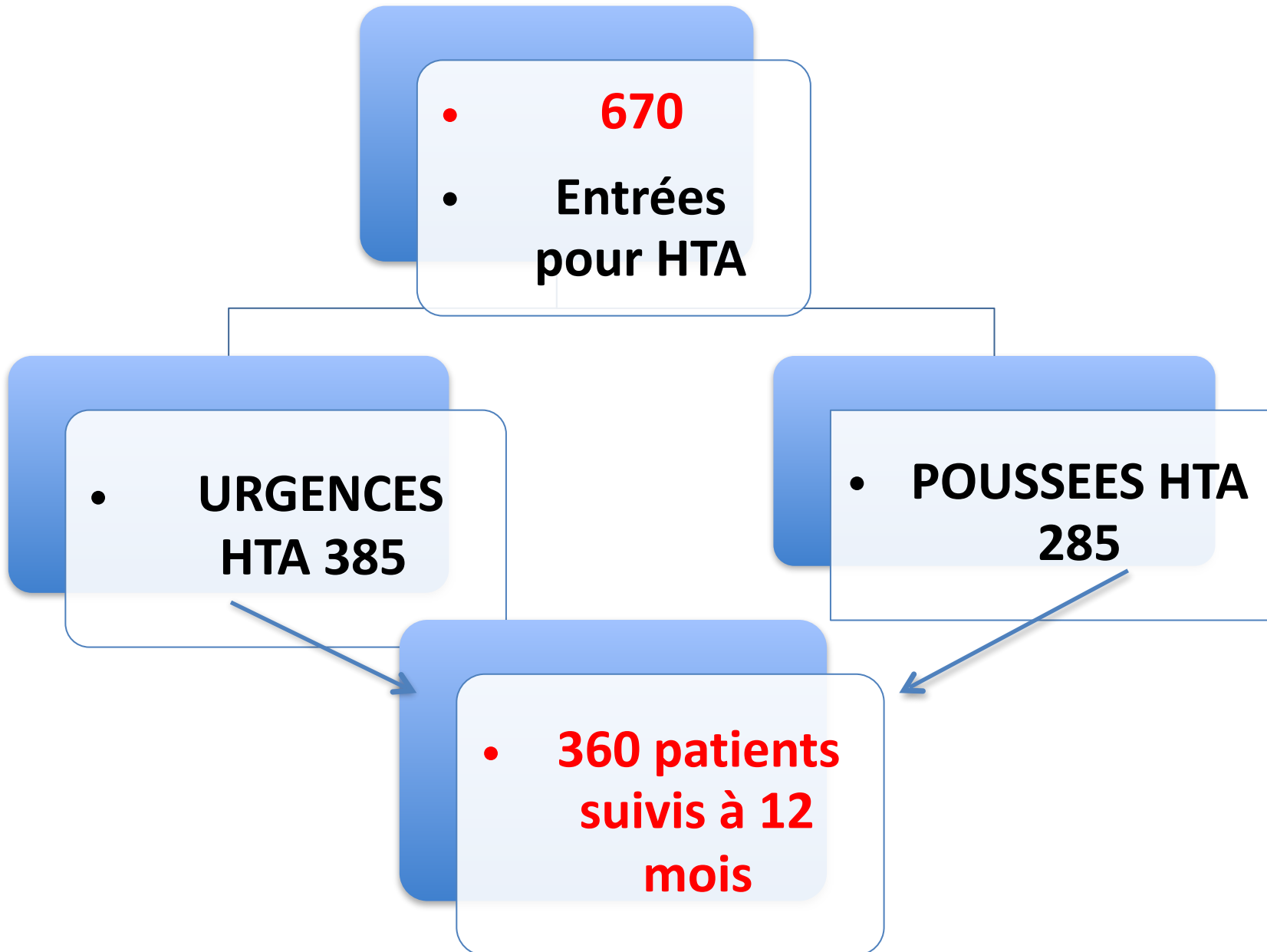


Société Suisse
d'Hypertension

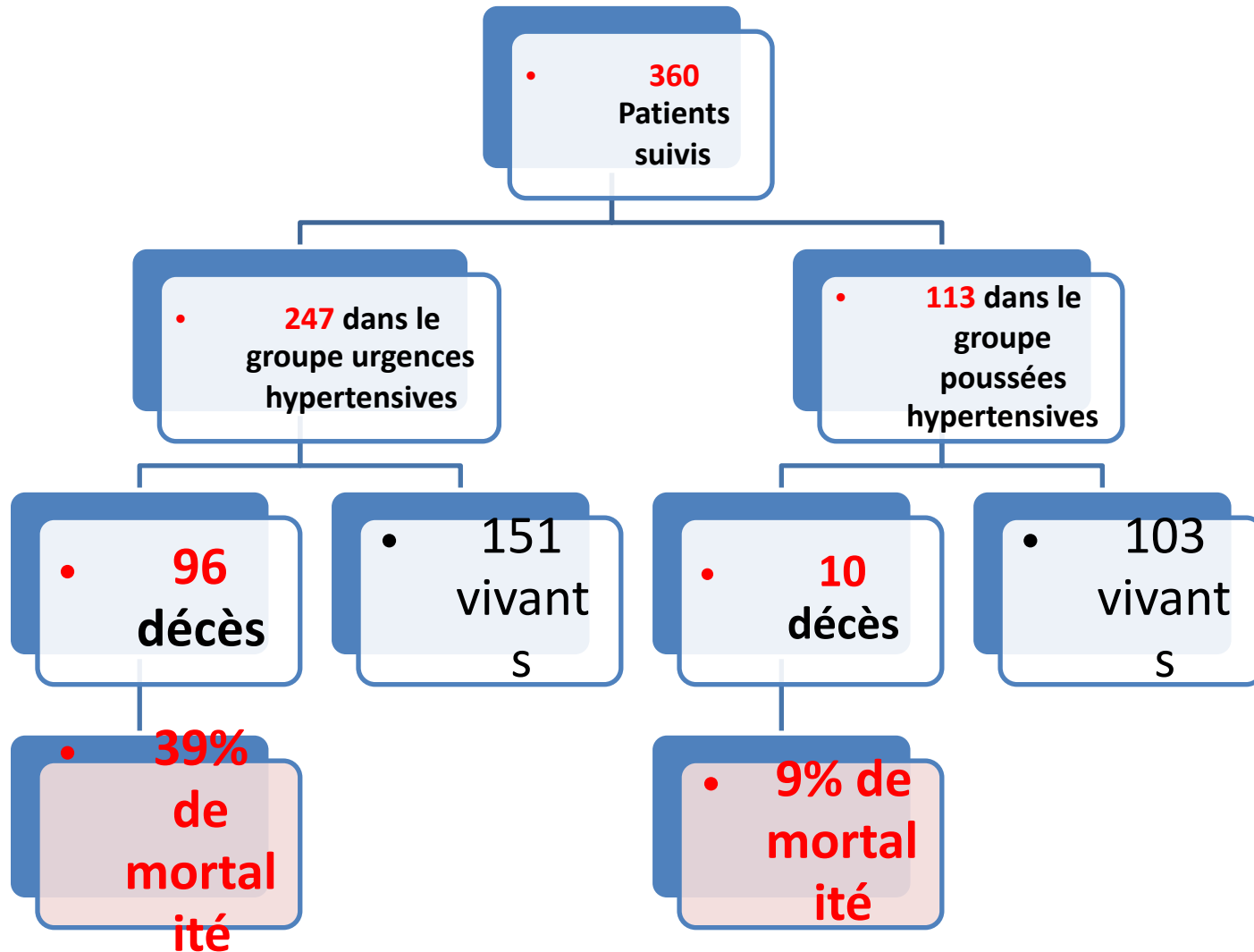
Urgences et poussées hypertensives dans un service d'Urgence Hospitalier : évaluation et mortalité à 12 mois

Haythem GUIGA , Clémentine DECROUX , Gabriel SARLON, François SILHOL ,Pierre MICHELET, Bernard VAISSE
CHU TIMONE Marseille

Suivi à 12 mois



Mortalité : suivi à 12 mois



LA DEMENCE X3 en 2050

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

Authors/Task Force Members: Bryan Williams* (ESC Chairperson) (UK), Giuseppe Mancia* (ESH Chairperson) (Italy), Wilko Spiering (The Netherlands), Enrico Agabiti Rosei (Italy), Michel Azizi (France), Michel Burnier (Switzerland), Denis L. Clement (Belgium), Antonio Coca (Spain), Giovanni de Simone (Italy), Anna Dominiczak (UK), Thomas Kahan (Sweden), Felix Mahfoud (Germany), Josep Redon (Spain), Luis Ruilope (Spain), Alberto Zanchetti[†] (Italy), Mary Kerins (Ireland), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Reinhold Kreutz (Germany), Stephane Laurent (France), Gregory Y. H. Lip (UK), Richard McManus (UK), Krzysztof Narkiewicz (Poland), Frank Ruschitzka (Switzerland), Roland E. Schmieder (Germany), Evgeny Shlyakhto (Russia), Costas Tsioufis (Greece), Victor Aboyans (France), and Ileana Desormais (France)

Définition HTA « normale »

Table 3 Classification of office blood pressure^a and definitions of hypertension grade^b

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^b	≥140	and	<90

BP = blood pressure; SBP = systolic blood pressure.

^aBP category is defined according to seated clinic BP and by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.

^bIsolated systolic hypertension is graded 1, 2, or 3 according to SBP values in the ranges indicated.

The same classification is used for all ages from 16 years.

Prévalence de l'HTA en France en fonction du seuil diagnostique



Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP \geq 180 or DBP \geq 110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	\geq 3 risk factors	Low to Moderate risk	Moderate to high risk	High Risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade \geq 4, or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

©ESC/ESH 2018

Figure 1 Classification of hypertension stages according to blood pressure levels, presence of cardiovascular risk factors, hypertension-mediated organ damage, or comorbidities. CV risk is illustrated for a middle-aged male. The CV risk does not necessarily correspond to the actual risk at different ages. The use of the SCORE system is recommended for formal estimation of CV risk for treatment decisions. BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; DBP = diastolic blood pressure; HMOD = hypertension-mediated organ damage; SBP = systolic blood pressure; SCORE = Systematic COronary Risk Evaluation.

Objectif Tensionnel

Table 23 Office blood pressure treatment target range

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Office DBP treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke ^a /TIA	
18 - 65 years	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not <120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not <120	Target to <140 to 130 <i>if tolerated</i>	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not <120	Target to 130 <i>or lower if tolerated</i> Not <120	70–79
65 - 79 years ^b	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	70–79
≥80 years ^b	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	Target to 130-139 <i>if tolerated</i>	70–79
Office DBP treatment target range (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

CAD = coronary artery disease; CKD = chronic kidney disease (includes diabetic and non-diabetic CKD); DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure; TIA = transient ischaemic attack.

^aRefers to patients with previous stroke and does not refer to blood pressure targets immediately after acute stroke.

^bTreatment decisions and blood pressure targets may need to be modified in older patients who are frail and independent.

Bithérapie d'emblée

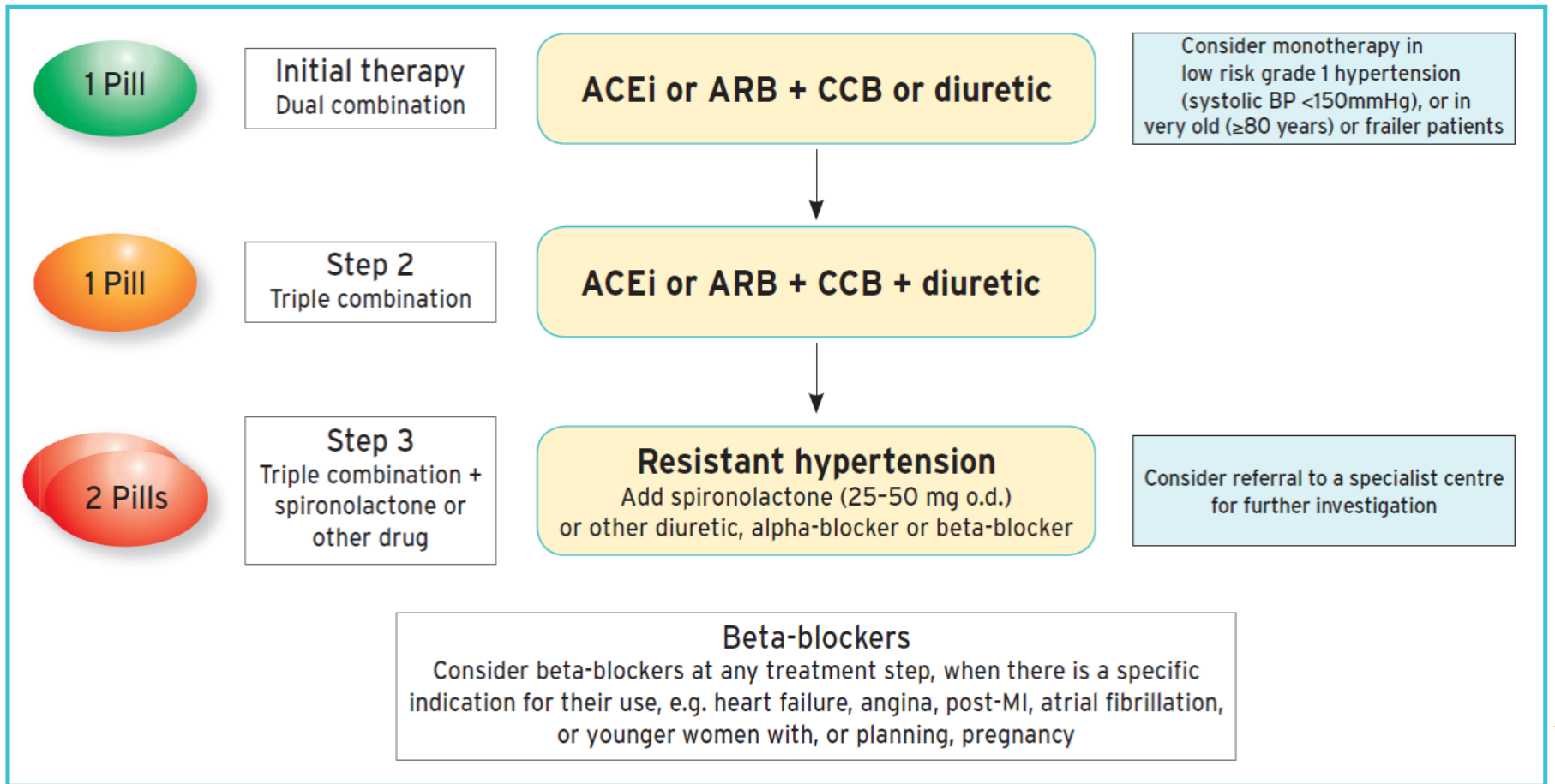


Figure 4 Core drug treatment strategy for uncomplicated hypertension. The core algorithm is also appropriate for most patients with HMOD, cerebrovascular disease, diabetes, or PAD. ACEi = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; CCB = calcium channel blocker; HMOD = hypertension-mediated organ damage; MI = myocardial infarction; o.d. = omni die (every day); PAD = peripheral artery disease.

Recommandations ESH 2018

Si la PA clinique $\geq 140/90$ mmHg confirmé – *si réalisable* - par une **mesure ambulatoire** $\geq 135/85$ alors on débute une **bithérapie** antihypertensive en plus des règles HD pour obtenir une PA $<130/80$ mmHg (**clinique**) avant 65 ans, proche de 130/80 entre 65 et 79 ans et proche de 140/90 à partir de 80 ans mais $>120/70$ mmHg (perte du bénéfice)

En « résumé »

Objectif tensionnel :
entre <135/85 et >120/70 mmHg

Marge de 15 mmHg systolique.

Cette marge est équivalente à la variabilité inter-observateur
de la mesure clinique.

LES 2 VRAIS PROBLEMES

1

LA MESURE

Plus large utilisation de la mesure ambulatoire

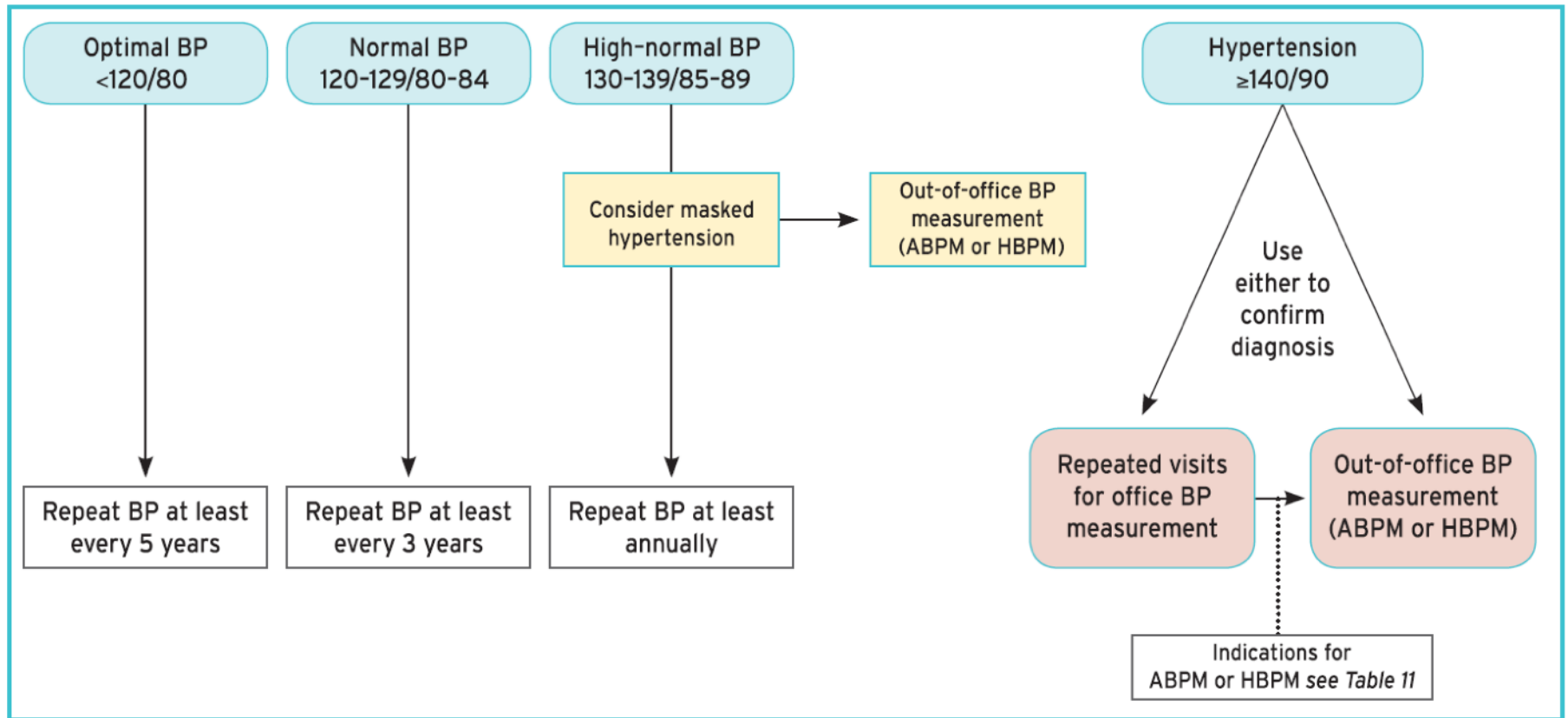


Figure 2 Screening and diagnosis of hypertension. ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; BP = blood pressure; HBPM = home blood pressure monitoring.

^aAfter detecting a specific BP category on screening, either confirm BP elevation with repeated office BP measurements on repeat visits or arrange use of out-of-office BP to confirm the diagnosis of hypertension.

Définition de l'HTA ambulatoire

Table 9 Definitions of hypertension according to office, ambulatory, and home blood pressure levels

Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Office BP ^a	≥140	and/or	≥90
Ambulatory BP			
Daytime (or awake) mean	≥135	and/or	≥85
Night-time (or asleep) mean	≥120	and/or	≥70
24 h mean	≥130	and/or	≥80
Home BP mean	≥135	and/or	≥85

©FSC/FSH 2018

BP = blood pressure; DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure.

^aRefers to conventional office BP rather than unattended office BP.

Mesure ambulatoire oui si réalisable (logistique et économique) sinon répéter les mesures de consultation (3 x 1 mn) aux deux bras () + hOrtho

Qu'est ce qui a changé?

Changes in recommendations	
2013	2018
<p>Diagnosis</p> <p>Office BP is recommended for screening and diagnosis of hypertension.</p>	<p>Diagnosis</p> <p>It is recommended to base the diagnosis of hypertension on:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repeated office BP measurements; or • Out-of-office BP measurement with ABPM and/or HBPM if logistically and economically feasible.
<p>Treatment thresholds</p> <p>High normal BP (130–139/85–89 mmHg): Unless the necessary evidence is obtained, it is not recommended to initiate antihypertensive drug therapy at high–normal BP.</p>	<p>Treatment thresholds</p> <p>High normal BP (130–139/85–89 mmHg): Drug treatment may be considered when CV risk is very high due to established CVD, especially CAD.</p>
<p>Treatment thresholds</p> <p>Treatment of low-risk grade 1 hypertension:</p> <p>Initiation of antihypertensive drug treatment should also be considered in grade 1 hypertensive patients at low–moderate-risk, when BP is within this range at several repeated visits or elevated by ambulatory BP criteria, and remains within this range despite a reasonable period of time with lifestyle measures.</p>	<p>Treatment thresholds</p> <p>Treatment of low-risk grade 1 hypertension:</p> <p>In patients with grade 1 hypertension at low–moderate-risk and without evidence of HMOD, BP-lowering drug treatment is recommended if the patient remains hypertensive after a period of lifestyle intervention.</p>

Recommendation Grading

	Grade I		Grade IIa		Grade IIb		Grade III
--	---------	--	-----------	--	-----------	--	-----------

Indications AMT et MAPA



<p>Out-of-office BP (i.e. ABPM or HBPM) is specifically recommended for a number of clinical indications, such as identifying white-coat and masked hypertension, quantifying the effects of treatment, and identifying possible causes of side effects^{17,54,62,68,72} (e.g. symptomatic hypotension).</p>	I	A
<p>It is recommended that all hypertensive patients undergo pulse palpation at rest to determine heart rate and search for arrhythmias such as AF.^{20,47}</p>	I	C
<p>Other BP measures and indices (pulse pressure, BP variability, exercise BP, and central BP) may be considered but are not often used for routine clinical use at present. They may provide useful additional information in some circumstances and are valuable tools for research.</p>	IIb	C

ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; AF = atrial fibrillation; BP = blood pressure; CV = cardiovascular; HBPM = home blood pressure monitoring; SBP = systolic blood pressure.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

MESURER

PA

CONSULTATION ?

2

L'ADHERENCE

L'adhésion thérapeutique, l'autre facette de l'observance.

L'adhésion est le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique, il « adhère » activement à sa thérapeutique sans « se soumettre » à la prescription.

Adhérence

ratio moyen dispensation/
prescription



UNE FAIBLE OBSERVANCE DANS TOUTES LES PATHOLOGIES

Nombre de patients observants sur 100 patients dans la pathologie

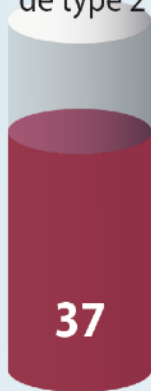
Hypertension
Artérielle



Ostéoporose



Diabète
de type 2



Insuffisance
cardiaque



Asthme



Hypercholestérolémie



Sources : MPRsc ≥ 80% - calcul sur données des bases
LifeLink et EPPM d'IMS Health

«Agir pour l'Observance»



[Accueil](#)

[Le CFLHTA](#)

[Actualités](#)

[L'HTA c'est quoi](#)

[Soigner son HTA](#)

[Documents](#)

Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle

EvalObs



[Evaluer l'observance](#)



Flahs Observance



[Evaluer le risque d'inobservance](#)



Questionnaire Observance

[Chercher à améliorer l'observance](#)



LES

SOLUTIONS

**Plus de temps
avec le patient**

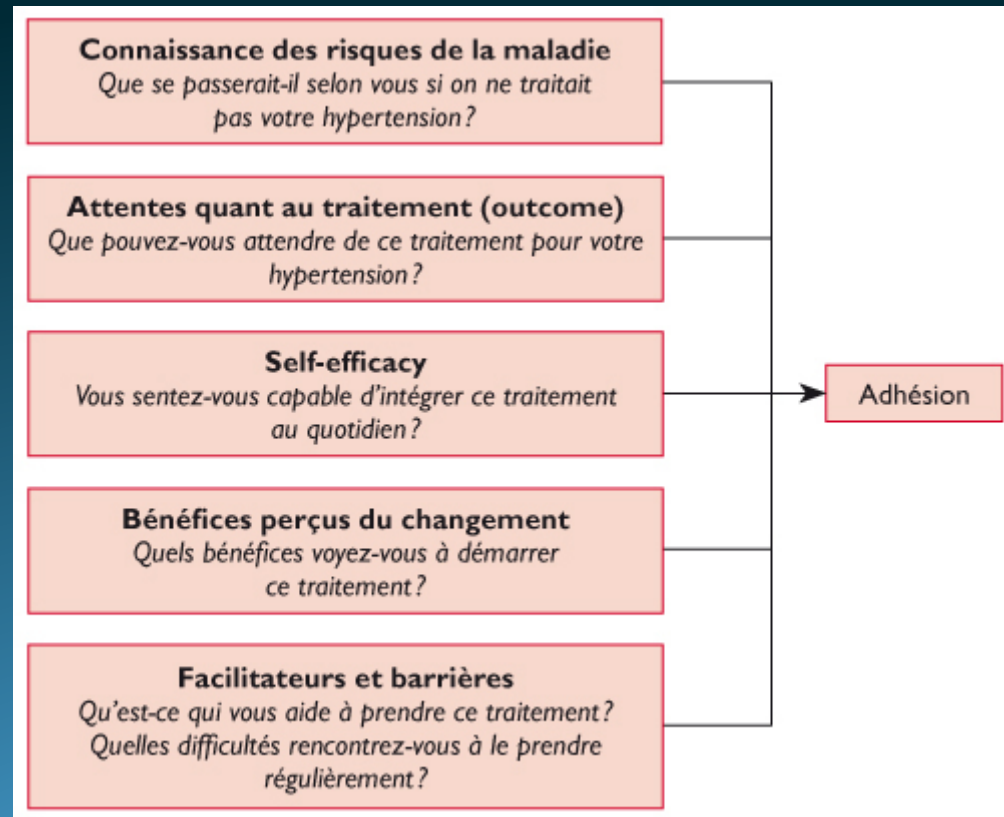


**Plus de motivation
du Patient**

CONCEPTS THÉORIQUES DE L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

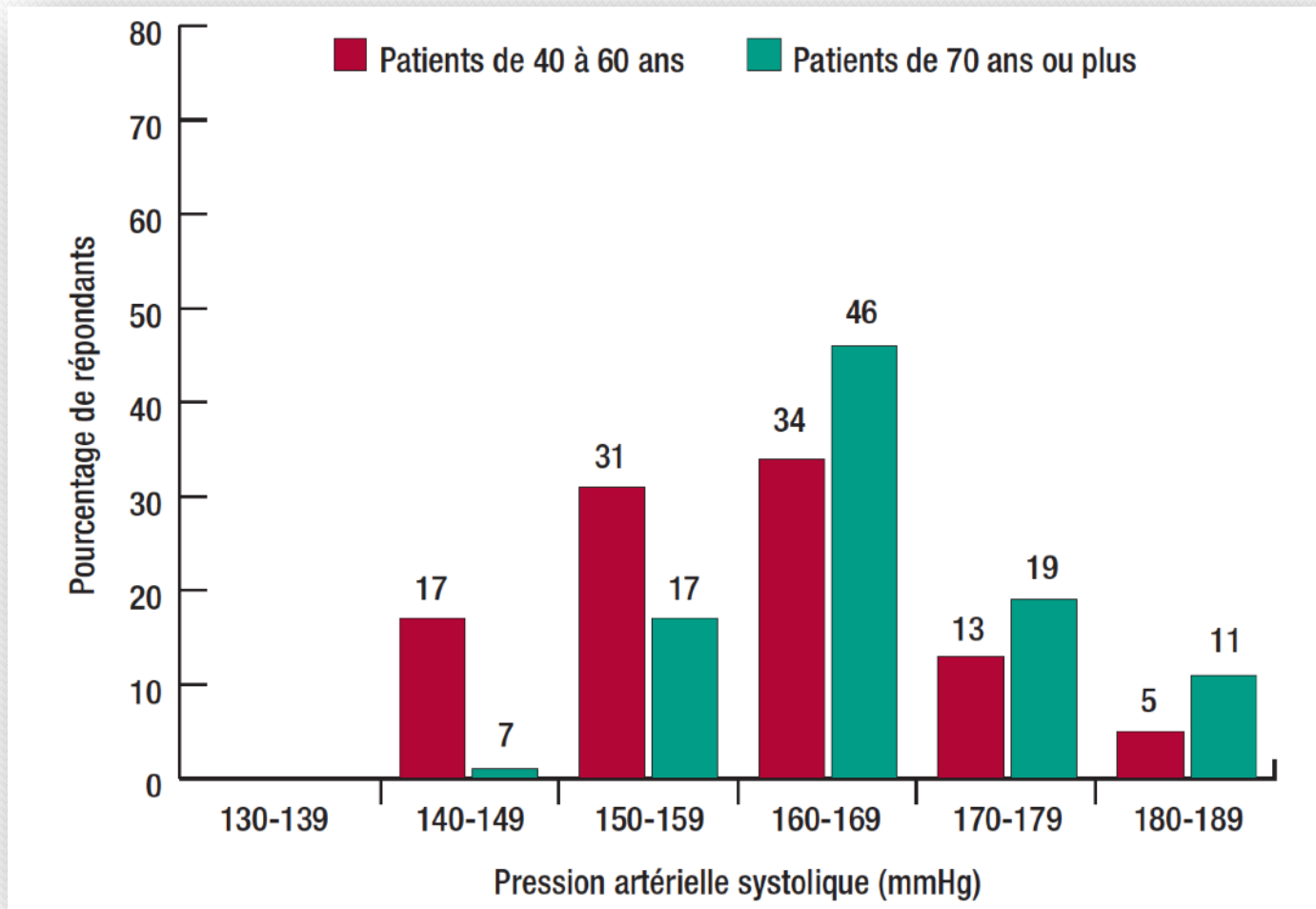
Comportement humain :
le modèle sociocognitif
évalue l'adhésion.

Après avoir consulté les
professionnels, le patient
décide lui-même s'il prendra
ou non son traitement selon
son propre *bon sens* même si
sa décision peut paraître
infondée aux yeux du
professionnel.



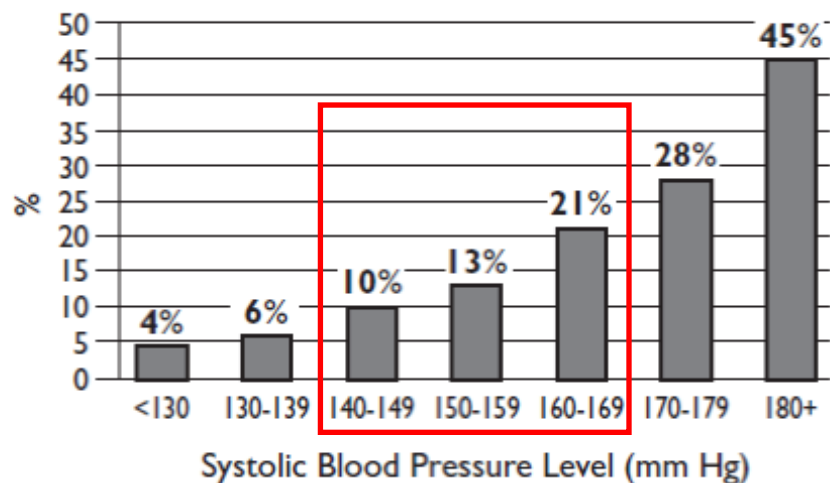
**Plus de motivation
médicale**

Pression artérielle systolique à partir de laquelle les praticiens interrogés déclarent mettre en route un traitement



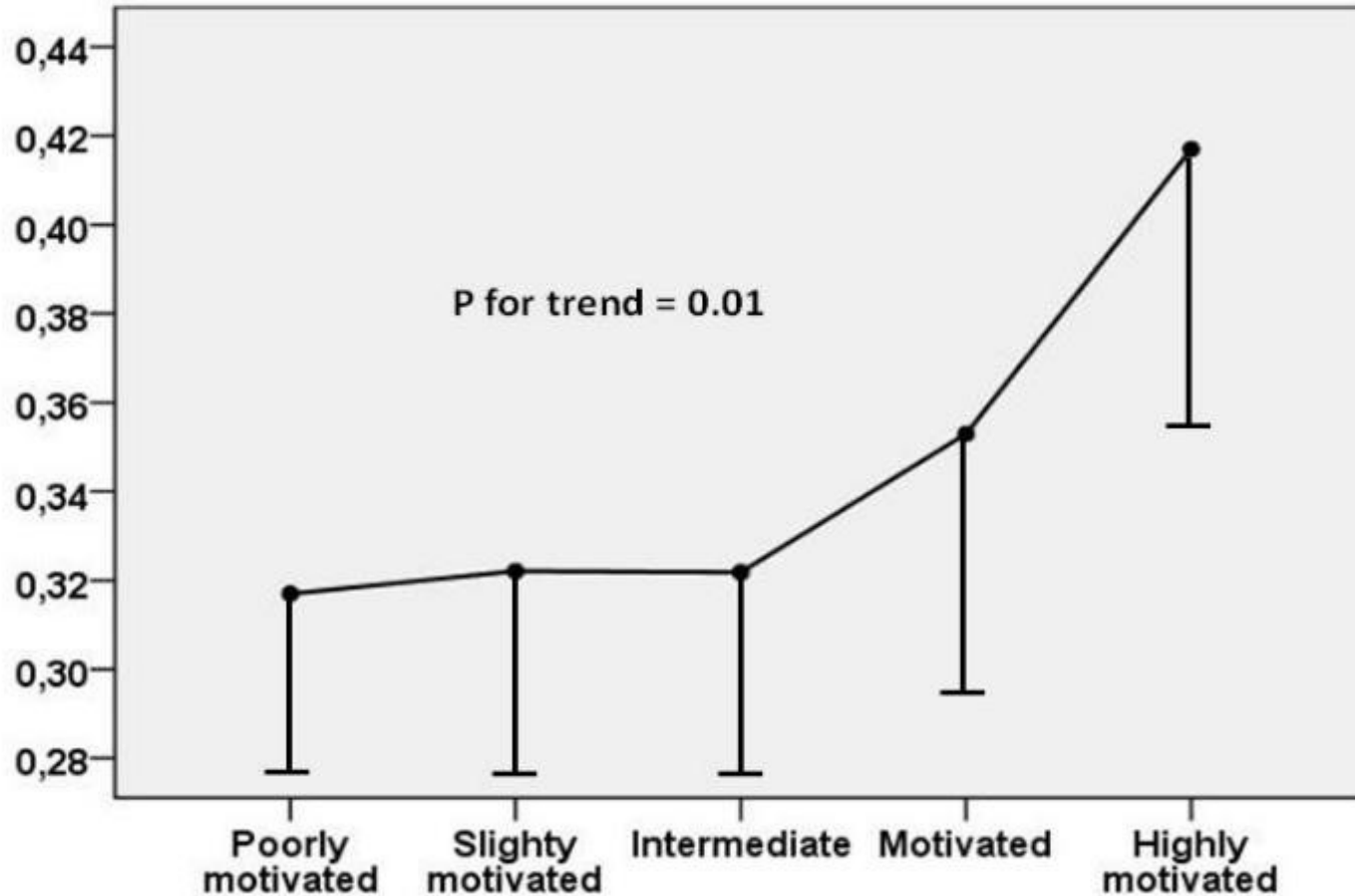
Traitement: pour les élévations modérées de la PA l'inertie clinique est importante

Figure 1. Percentage of Visits With Medication Intensification According to Systolic Blood Pressure Level



Andrade SE et al., Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. Am J Managed Care 2004;10:481-486

Probability of having a controlled BP according to physician's type



DEPEND de L'HEURE DE CONSULTATION

Figure 1. Probability, for a hypertensive patient included into the survey, of having a controlled BP, according to physician's type (unadjusted)

Consoli SM et al, J Hypertension, 2010;28:1330-9.

LE

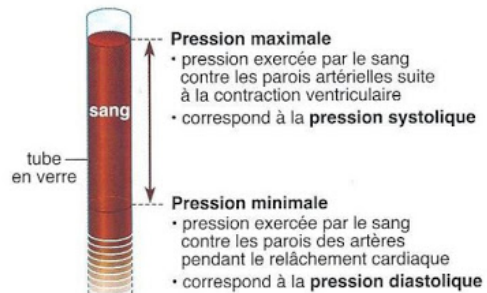
FUTUR ?

Plus d'objets
connectés

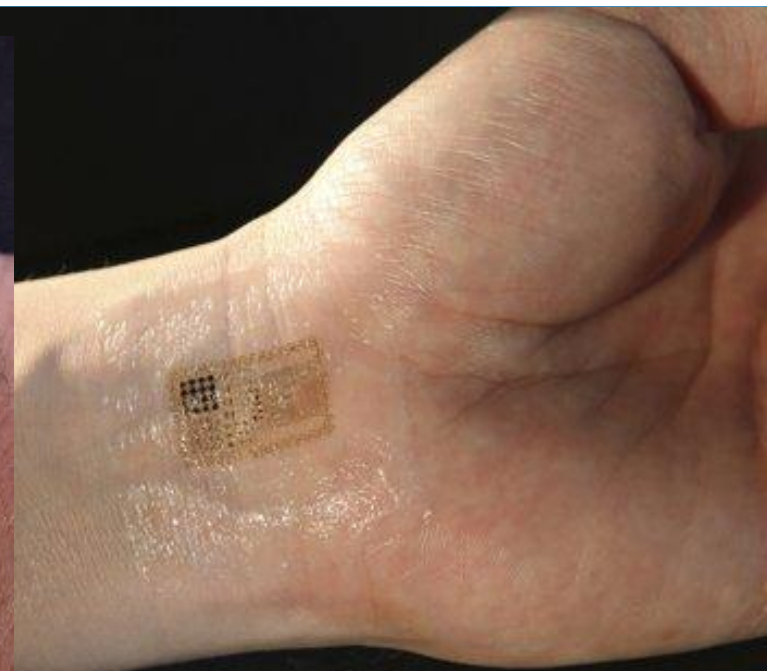


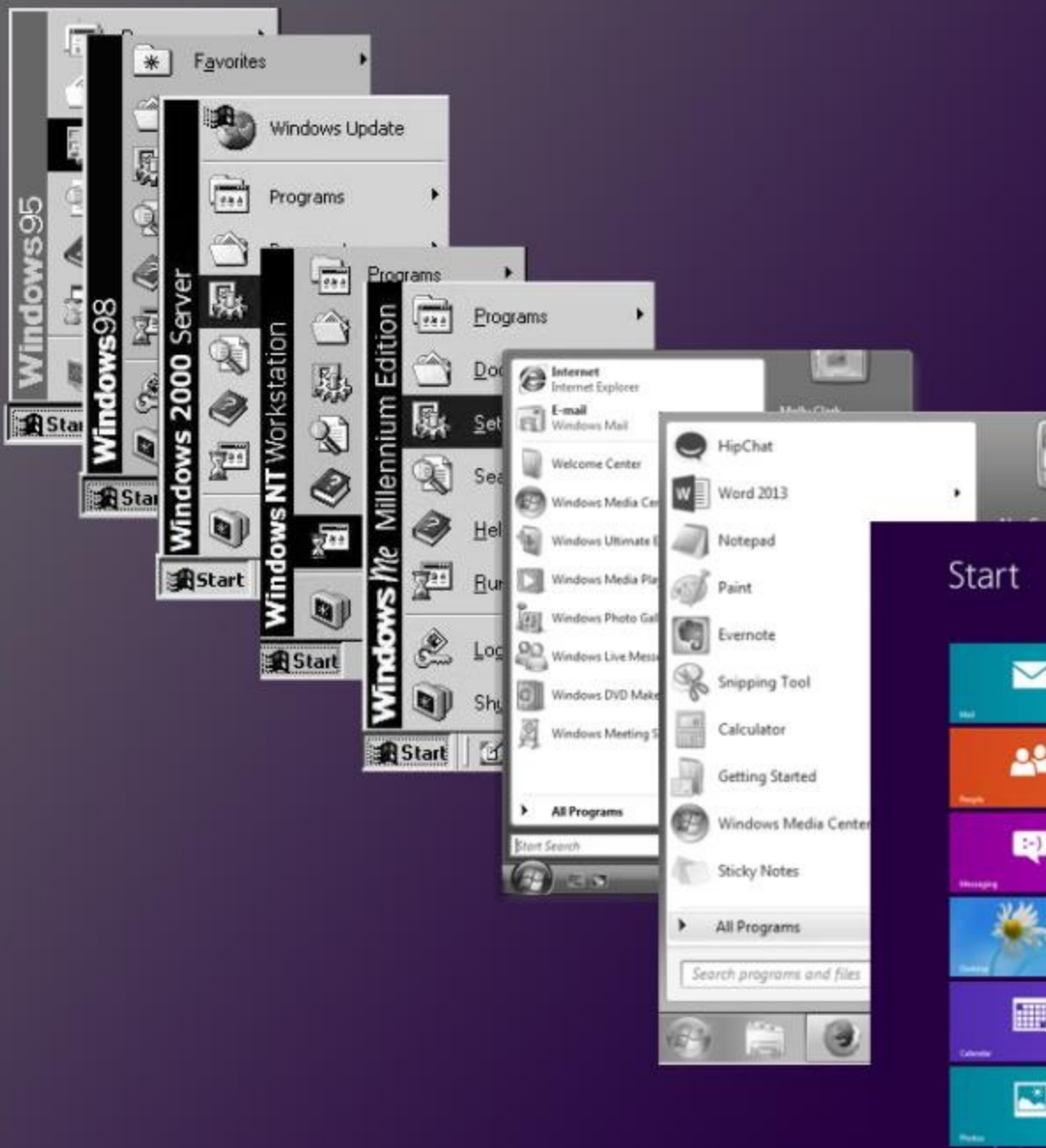
Un tuyau de cuivre, relié à un tube vertical en verre, fut introduit dans une artère d'un cheval, une compression de cette artère empêchant l'hémorragie au moment de l'incision.

« Lorsque l'artère fut libérée du garrot, le sang s'éleva dans le tube à 8 pieds et 3 pouces (environ 2,5m) au-dessus du niveau du ventricule du cœur... ».



Une première mesure de la pression artérielle réalisée par Stephen Hales en 1733. © SVT 2nd Bordas 2010

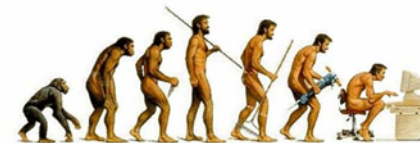




2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

Authors/Task Force Members: Bryan Williams* (ESC Chairperson) (UK), Giuseppe Mancia* (ESH Chairperson) (Italy), Wilko Spiering (The Netherlands), Enrico Agabiti Rosei (Italy), Michel Azizi (France), Michel Burnier (Switzerland), Denis L. Clement (Belgium), Antonio Coca (Spain), Giovanni de Simone (Italy), Anna Dominiczak (UK), Thomas Kahan (Sweden), Felix Mahfoud (Germany), Josep Redon (Spain), Luis Ruilope (Spain), Alberto Zanchetti† (Italy), Mary Kerins (Ireland), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Reinhold Kreutz (Germany), Stephane Laurent (France), Gregory Y. H. Lip (UK), Richard McManus (UK), Krzysztof Narkiewicz (Poland), Frank Ruschitzka (Switzerland), Roland E. Schmieder (Germany), Evgeny Shlyakhto (Russia), Costas Tsioufis (Greece), Victor Aboyans (France), and Ileana Desormais (France)



Conclusion : recommandations ESH 2018

Mesure de la PA en ambulatoire avec un appareil MAPA et/ou les automesures ... **mais reste le déterminisme PA clinique**

Traitements combinés pour le traiter initialement de la plupart des patients souffrant d'hypertension artérielle : pilule « unique » (deux médicaments en un comprimé)

Traitement de base simplifié : utilisation préférée d'un IEC (ou ARA2), combinés à un inhibiteur calcique et/ou à un diurétique thiazidique

La cible tensionnelle sous traitement est abaissée à 130 / 80 mmHg chez la plupart des patients de moins de 65 ans.

Adhérence thérapeutique.

More Time



Think different.