C D R M G
Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
Société Savante de l'UNAFORMEC

Bibliomed
les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC

Les diurétiques et nos prescriptions initiales dans l'HTA après ALLHAT

Nous avons analysé l'étude ALLHAT dans le Bibliomed 288. Cet essai, le plus important réalisé en matière d'HTA, montre en gros l'efficacité égale des trois classes thérapeutiques étudiées, mais avec un plus pour les diurétiques (DT) qui conduit les auteurs à les conseiller comme médicament de 1ère intention[1,2]. Divers commentaires ont tendance à relativiser ces conclusions. Qu'en penser ? Les classe autres que les DT conservent-elles une place en 1ère intention ? Quelle place ont aujourd'hui les DT dans nos pratiques ? Qu'est-ce qui influence nos prescriptions ? Faut-il donner systématiquement des DT en 1ère intention ? .

Quelle est la place en 1ère intention des classes médicamenteuses autres que les DT ?

Les plurithérapies utilisées dans ALLHAT sont discutables : le protocole de l'étude limitait le choix des produits. En monothérapie, parmi les classes utilisables :

- la doxazosine a montré deux fois plus d'insuffisance cardiaque que les DT, ce qui élimine les alpha bloquants
- l'amlodipine est associée à plus d'insuffisance cardiaque. Il s'agit d'un critère secondaire,mais il est sage d'en tenir compte. Le même risque a été trouvé avec les autres IC [1]. Il faut de plus attendre une nouvelle métaanalyse pour dire si les craintes précédentes sur l'augmentation d'évènements coronariens[3] peuvent être écartées.
- lisinopril et autres IEC (la classe étant assez homogène) pour des raisons voisines ne sont pas le produit de choix.
- les bêtabloquants (ß-) n'ont pas été étudiés en monothérapie dans ALLHAT. Mais les essais antérieurs montraient qu'ils n'étaient pas plus efficaces et peut-être moins que les DT qui doivent logiquement être préférés[2].
- les antihypertenseurs d'action centrale n'ont jamais fait l'objet de grandes études et n'ont donc pas ici leur place.

Quelle place ont les DT en 1ère intention dans nos prescriptions actuelles ?.

Toutes les études montrent qu'elle va en diminuant. Aux USA le taux des DT par rapport aux autres antihypertenseurs est passé de 56% à 27% entre 1982 et 1992, à moins de 20% en 1995[1,4]. Au Canada en 1998, sur 2034 monothérapies, on note 26% d'IC, 25% de DT, 24% d'IEC, 20% de ß-[3]. En France, nous n'avons pas trouvé de données sur la répartition des monothérapies et des traitements de première intention.

Qu'est-ce qui influence nos prescriptions ?

Parmi les facteurs jouant sur notre comportement [4,6], les uns sont liés à notre personnalité, notre formation, notre âge; d'autres au mode de présentation de l'information, des résultats espérés, des risques et bénéfices[6]. L'attrait du nouveau, nos croyances, fondées autant,sinon plus, sur les arguments publicitaires que sur des données scientifiques jouent un grand rôle[6].

Pour l'HTA, la promotion des nouveaux produits est prédominante auprès des médecins. Elle a fortement misé sur un profil d'effets indésirables plus avantageux. La croyance qui en est résultée doit être remise en question au vu des nombreux essais qui ne montrent globalement pas de différence entre les classes[3]. L'étude ALLHAT le confirme. Enfin, il semble que l'image des DT pâtisse des effets secondaires liés aux fortes doses données autrefois, abandonnées actuellement.

Il faut enfin noter les conséquences du faible prix des DT. La première a été la suppression du marché français de l'Hygroton®, dont le prix était la moitié de celui de l'Esidrex® (0,05¤ /c vs 0,10) et le 1/8 de celui du Fludex® (0,42 ¤). La deuxième est l'absence quasi totale de l'Esidrex© du marché publicitaire.

Faut-il après ALLHAT modifier nos habitudes de prescription en faveur des DT? Il parait évident, après ces résultats, qu'il faut replacer les DT au premier rang de nos prescriptions dans l'HTA. Leur efficacité préventive est au moins égale à celle des autres classes, et semble supérieure dans quelques domaines. Leurs effets secondaires ne sont pas plus importants, même chez les diabétiques; nous savons bien les prévoir et les gérer. Enfin le gain financier est considérable, puisque, à bénéfices équivalents, le coût du traitement de l'HTA peut être divisé par 5 ou 10. Ainsi cela économiserait aux USA 3,1 milliards de dollars[2].

Faut-il pour autant prescrire systématiquement des DT en première intention? Les auteurs de ALLHAT concluent: "les DT doivent être considérés comme le traitement de première intention et il est raisonnable de penser que les DT doivent être inclus dans toutes les plurithérapies"[1,2]. Cependant pour divers commentateurs, il peut être licite de prescrire en première intention une classe autre que celle des DT. Ces situations existent, et nous les rappellerons ultérieurement. Mais, si le traitement doit rester personnalisé, l'étude nous rappelle nous devons placer en premier les DT dans notre réflexion.

1 - The ALLHAT officers and coordinatore for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel bolcker vs diuretic. JAMA. 2002;288:2981-97
2 - Appel LJ. The verdict from ALLHAT. Thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension. JAMA. 2002;288:3039-42
3 - Laplante P et al. Habitudes de traitement de l'hypertension en 1996. Can Fam Physicians. 1998; 44:306-12
4 - Huston P, Campbell N. Influencer les habitudes de prescription. Can Fam Phys. 1998;44:228-30
5 - Berthier J et al. Médicaments antihypertenseurs et génériques en Alsace-Moselle en mai 1998. Rev Med Ass Maladie. 1999;1:39-45
6 - Simonot ML. La prescription thérapeutique: un acte sous influence. Med Hyg. 1998; 56:2073-77

Mots clés: HTA, IEC, inhibiteur calcique, bêtabloquant, diurétique, prescription, publicité, information médicale

Numéro 290 du 23 janvier 2003

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: http://www.unaformec.org