



À LA UNE

Hypertension artérielle : recul du dépistage et de la prise en charge pendant la crise

Près de 30 % de la population est hypertendue, mais seule une personne sur deux a connaissance de sa maladie.

CARDIOLOGIE

À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre l'hypertension artérielle, le 17 mai, Santé publique France (SPF) a publié un Bulletin épidémiologique hebdomadaire spécial qui dresse un état des lieux de cette pathologie – la plus fréquente des maladies chroniques – en France métropolitaine. Les auteurs se sont fondés sur deux enquêtes en population générale (Esteban 2014-2016 et le Baromètre de Santé publique France 2019), une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes et le Système national des données de santé.

Ainsi, en France métropolitaine, l'HTA concerne près de 30 % des adultes, soit près de 17 millions de patients adultes. L'étude montre, en outre, que, malgré cette fréquence et l'impact de la maladie sur les pathologies cardiovasculaires et la démence,



sa prise en charge reste largement insuffisante. « La connaissance, le traitement et le contrôle de l'HTA restent sous-optimaux en France et n'ont connu aucune amélioration récente, certains indicateurs ayant même subi une dégradation », souligne SPF. Ainsi, seul un hypertendu sur deux a connaissance de sa maladie. Et cela ne concerne pas uniquement les hypertendus de bas grade (PA < 160/100 mmHg) car respectivement 43 % et 35 % des adultes hypertendus de grade 2 et de grade 3 ne se savent pas hypertendus.

Concernant la prise en charge, les mesures hygiéno-diététiques font défaut, et moins d'un patient sur deux est traité phar-

macologiquement. Et, parmi les patients traités, moins de la moitié apparaît contrôlée, soit un hypertendu sur quatre au total.

Impact de la crise surtout chez les femmes

La crise du Covid semble avoir amplifié les difficultés, car on observe une baisse de 11 % des initiations de traitement anti-hypertenseurs en 2020 par rapport à la période 2017-2018. Une baisse plus marquée chez les femmes (-16 %), et qui atteint même plus de 30 % chez celles âgées de 75 à 84 ans. De plus, cette chute ne semble pas avoir été rattrapée en 2021, contrairement à ce qui a été observé chez les hommes. En parallèle, on a aussi constaté, pendant la crise, une baisse des visites médicales, que ce soit chez le cardiologue ou le généraliste. Ces résultats « soulignent la nécessité de renforcer l'information du public concernant la prévention cardiovasculaire et l'importance de ne pas renoncer à recourir aux soins de ville, notamment pour les femmes », soulignent les auteurs.

« Des politiques de santé en faveur de la prévention primaire de l'HTA, de son dépistage, et de sa prise en charge doivent être mises en place rapidement pour permettre, comme dans d'autres pays, une évolution favorable des indicateurs sur l'HTA et ses complications cardiovasculaires », concluent-ils. ■

MARIELLE AMMOUCHE

D'après le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH, 16 mai 2023).

AMP : une grossesse comme les autres ?

Chaque année, 1 enfant sur 30 naît en France grâce aux techniques d'aide médicale à la procréation (AMP), ainsi qu'environ 200 000 dans le monde. L'impact de cette technologie sur la grossesse et la santé de l'enfant fait l'objet d'études, mais qui manquent souvent de fiabilité car de nombreux facteurs sont à prendre en compte tels que l'âge parental avancé, les facteurs à l'origine de l'infertilité, etc. Les données sont cependant plutôt rassurantes.

GYNÉCOLOGIE

egora-Le Panorama du médecin : La littérature médicale associe aujourd'hui la fécondation *in vitro* (FIV) à un risque d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, de « birth defects » (anomalies congénitales, malformations...), voire d'hypertension artérielle gravidique, de prééclampsie ou encore de diabète gestationnel. Les facteurs de risque de cette morbi-mortalité maternelle/néonatale sont-ils tous identifiés ?

Pr Pierre-Emmanuel Bouet : En effet, beaucoup de méta-analyses ont été réalisées sur le sujet. Malgré elle, l'aide médicale à la procréation revêt toutes les caracté-



ristiques du coupable idéal à première vue. Mais, en réalité, l'interprétation des résultats est délicate dans la mesure où il est difficile d'étudier un facteur isolément et que de nombreux éléments confondants peuvent fausser les conclusions. En effet, les risques supplémentaires engendrés par l'AMP sont-ils directement liés aux caractéristiques des patients y ayant recours (patients âgés, infertiles, à gamétogenèse déficiente), aux traitements donnés (hyperstimulation ovarienne) ou encore aux conditions techniques employées en AMP (technique de fécondation, culture gamétine et embryonnaire, congélation embryonnaire...)? De manière générale, les résultats sont contradictoires en fonction des cohortes. Enfin, le point d'alarme majeur était les grossesses gémellaires, qui sont un facteur de risque très important. On a réussi à adapter nos pratiques en admettant qu'on était trop pourvoyeur de grossesses multiples, avec toutes les complications qu'elles engendrent. Elles sont bien mieux régulées aujourd'hui, en recourant notamment à des transferts d'embryon unique de façon récurrente.

Une méthodologie d'étude finalement inadéquate, selon vous ?

Oui, en effet, dans ce domaine, la plupart des études comparent ce qui n'est pas comparable. Pour évaluer les effets réels de la FIV, il faut avoir un design en « *siblingship* », c'est-à-dire inclure des couples qui ont eu au moins deux enfants dont l'un spontanément et l'autre par FIV (même père, même mère) – des singletons à chaque fois – et comparer les grossesses et enfants spontanés aux grossesses et enfants issus de FIV. Une première étude avec ce design ne montrait pas de différence en termes de petit poids de naissance, de poids de naissance global et d'accouchement prématuré⁽¹⁾ alors qu'une autre démontrait plus de petits poids de naissance et d'accouchements avant 37 semaines d'aménorrhée dans le groupe FIV-Icsi⁽²⁾. Le « *siblingship* » seul comporte quelques limites, puisqu'il est démontré que le deuxième enfant est souvent de poids supérieur au premier. Et ce design n'élimine pas l'effet que pourrait avoir l'origine de l'hypofertilité. Il y a donc un intérêt majeur à y associer de l'« *intersibling* » avec quatre groupes de couples : NC1-NC2 (« *natural*



Pr Pierre-Emmanuel Bouet*
Gynécologue-obstétricien
au CHU d'Angers

conception » – groupe contrôle), NC1-FIV2, FIV1-FIV2, FIV1-NC2. On compare aîné/aîné puis cadet/cadet. L'étude de Seggers⁽³⁾ a démontré que ni l'approche « *intersibling* » ni la « *siblingship* » ne retrouvaient d'effet indésirable de la FIV en elle-même. Les résultats sont donc rassurants sur la sécurité des traitements en AMP et, s'il y a un effet, il est encore une fois multifactoriel, comprenant à la fois les techniques utilisées et les caractéristiques maternelles et du couple (étiologie de l'infertilité notamment).

S'agissant des malformations cardiaques congénitales, une échographie cardiaque fœtale devrait-elle être systématiquement mise en place en cas de grossesse issue de FIV ?

La méta-analyse de Giorgione *et al.*⁽⁴⁾ portant sur six études de cohorte a effectivement démontré que les fœtus conçus par FIV

À LA UNE

étaient plus à risque de développer une anomalie congénitale cardiaque. Elle comparait 25 000 enfants issus de FIV-Icsi à 290 000 conçus spontanément (singletons et multiples). Le taux de malformations cardiaques était de 1,3% dans le groupe FIV contre 0,7% pour les grossesses spontanées. Mais, à mon sens, il faut attendre d'avoir plus de résultats d'études. Même si, en pratique, un comité de surveillance national s'est mis en place pour évaluer cela, la prévalence de ces malformations cardiaques reste rare pour le moment, et la systématisation d'un dépistage spécifique réalisé par un échographiste de référence expert en pathologies cardiaques fœtales n'est pas nécessaire aujourd'hui. Si on s'apercevait à l'avenir que la prévalence augmentait, il serait alors justifié de proposer une échographie de référence cardiaque fœtale.

Enfin, comment expliquer l'augmentation de dyschromosomies chez les enfants issus d'AMP ?

Plusieurs pistes se doivent d'être explorées. Des excès d'anomalies chromosomiques structurales sont retrouvés chez certains couples infertiles, donc on peut imaginer un risque de transmission. Mais nous avons désormais la possibilité de diminuer ce risque avec le diagnostic préimplantatoire. Il y a en outre un probable impact épigénétique des traitements ou des techniques (Icsi). Quelques cas évoquant un effet sur l'empreinte génétique ou l'expression génique (suppression de la méthylation de l'ADN, stress oxydatif) ont été rapportés. La période périconceptionnelle (gamétogenèse, fécondation et développement embryonnaire préimplantatoire) est physiologi-

quement soumise à une reprogrammation épigénétique intense, ce qui peut renforcer l'hypothèse d'un risque de dérégulation épigénétique en contexte d'AMP. Au sein de ces pathologies, on retrouverait en particulier les syndromes de Beckwith-Wiedemann, Silver-Russell, Angelman et Prader-Willi.

ENTRETIEN MARIE RUELLEUX-DAGORNE

D'après un webinar de la Société française de médecine périnatale (Paris, le 4 avril).

1. Romundstad LB, *et al. Lancet* 2008.
2. Henningsen AK, *et al. Fertil Steril* 2011.
3. Seggers J, *et al. Fertil Steril* 2015.
4. Giorgione V, *et al. Ultrasound Obstet Gynecol* 2018.

* Le Pr Bouet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.