

Mots clés :

Diabète de type 2  
HTA  
Insuffisance rénale chronique  
Personne âgée  
Risque cardiovasculaire

## Patients à risque et pression artérielle : toujours plus bas ?

Nous avons déjà analysé le caractère relatif des cibles tensionnelles proposées chez les hypertendus (*Bibliomed 556*). Pour les patients à haut risque cardiovasculaire (CV) : diabétiques, insuffisants rénaux, coronariens ou équivalents (risque coronarien évalué à plus de 10% à 10 ans)<sup>in1</sup>, la cible préconisée par les recommandations internationales de ces 5 dernières années est <130/80. Cependant, cette « recommandation » pose de nombreuses questions : Quels sont les effets bénéfiques réels de l'atteinte d'une telle cible ? Quels sont les effets adverses à craindre d'un traitement nécessairement plus complexe pour y parvenir ? Une méta-analyse *Cochrane*<sup>1</sup>, une revue des essais les plus récents sur l'HTA<sup>2</sup>, un rapport européen<sup>3</sup>, le suivi à long terme de l'UKPDS<sup>4</sup>, l'essai ACCORD<sup>5</sup>, une revue de la littérature<sup>6</sup>, apportent des réponses partielles à ces questions.

### « Plus bas » n'est pas nécessairement mieux...

La méta-analyse *Cochrane*<sup>1</sup> concluait en 2009 qu'aucune étude ne montrait chez les diabétiques ou les insuffisants rénaux de différence de mortalité ou de morbidité CV ou globale avec l'atteinte d'objectifs tensionnels <140/90 (*Bibliomed 556*).

Une revue internationale des 6 plus récents essais sur l'HTA (ADVANCE, ONTARGET, TRANSCEND, HYVET, PROfESS et ACCOMPLISH) a montré que la relation entre l'abaissement de la pression artérielle (PA) et les bénéfices CV variait selon les niveaux tensionnels, le risque CV et les combinaisons thérapeutiques possibles<sup>2</sup>. La méthodologie complexe des essais interdit toute interprétation simple. Il n'y a pas à ce jour de réponse factuelle globale à la question de l'intérêt d'obtenir une PA systolique <140, voire 130. Pour les groupes à risque, faute d'études spécifiques, les recommandations sont fondées sur des analyses *post-hoc* de sous-groupes et de ce fait largement divergentes.

L'*European Society of Hypertension Task Force* (2009)<sup>3</sup> a donc logiquement remis en cause les recommandations en cours notamment à partir de ces conclusions. Elle a souligné qu'il n'était pas démontré que cibler moins de 140/90, à plus forte raison 130/80 dans ces groupes, est bénéfique, cible par ailleurs très difficile à atteindre. D'autres essais seraient nécessaires.

Le suivi des patients d'UKPDS<sup>4</sup> montrait par ailleurs que le bénéfice CV obtenu par contrôle intensif de la PA s'atténuait rapidement s'il n'était pas maintenu (résultats identiques dans les 2 groupes à 10 ans).

### Que conclure pour notre pratique ?

**A défaut de « certitudes », quelques repères :** Dans les groupes à risque, du fait soit de comorbidités, soit de l'âge, il paraît bénéfique d'obtenir une PA aux environs de 140/90 ; il n'est toujours pas démontré qu'il soit utile d'aller au-delà ; cela n'a jamais été réalisé chez les personnes âgées ; des chiffres inférieurs à 130 pour la systolique et 85 pour la diastolique peuvent être dangereux.

**Il faut rester très prudent chez la personne âgée.** L'essai HYVET a été interrompu avant terme, à 18 mois, ce qui ne permet pas d'affirmer que les bénéfices du traitement vont persister au-delà. Ses conclusions ne s'appliquent de toute façon qu'à des patients « en bonne santé »<sup>3,6</sup>.

**Il est difficile de maintenir au long cours une PA « à la cible »<sup>4</sup>.** Cela pose de nombreux problèmes d'observance et de représentations sur l'HTA elle-même ou les chiffres obtenus (*Bibliomed 558*).

ACCORD<sup>5</sup> a confirmé en 2010 que cibler une PA systolique <120 plutôt que <140 chez un patient diabétique ne réduisait pas la mortalité totale, la mortalité CV ou l'incidence des événements CV. L'incidence des AVC est diminuée, mais ce sont des accidents rares (<0,5%).

### « Plus bas » risque-t-il d'être « trop bas » ?

Chez le patient coronarien, une PA diastolique <85 génère un risque de récurrence d'accident coronarien. Plus généralement, chez un patient à haut risque CV, une PA systolique ≤130 augmente le risque de décès CV qui s'élève si la PA baisse encore<sup>3</sup>.

Chez les patients diabétiques d'ACCORD<sup>5</sup>, le taux d'effets indésirables graves liés au traitement de la PA (hypokaliémies, baisses de la filtration glomérulaire) a été multiplié par 2,5 (3,3% vs 1,3%).

### Après 65 ans ?

S'il est démontré qu'il est bénéfique d'abaisser la PA chez un patient ayant une PA systolique ≥160, isolée ou non)<sup>3,6</sup>, aucun essai n'a obtenu de chiffres <140<sup>3,6</sup>. Il est recommandé d'être très progressif et notamment de repérer d'éventuelles hypotensions orthostatiques, facteurs d'accidents iatrogènes graves.

Après 80 ans, l'essai HYVET a montré une réduction à 2 ans du nombre d'événements CV graves et de la mortalité globale (-21%) dans le groupe le mieux contrôlé (144/78 vs 159/84)<sup>6</sup>. Le groupe d'experts européens souligne que ces résultats ne peuvent s'appliquer à des octogénaires fragiles et qu'il faut toujours décider du traitement sur des bases individuelles<sup>3</sup>.

#### Références

- 1- Arguedas JA et al. Treatment blood pressure targets for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- 2- Zanchetti A et al. Facts and fallacies of blood pressure control in recent trials: implications in the management of patients with hypertension. *J Hypertens*. 2009;27: 673-9.
- 3- Mancia G et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27: 2121-58.
- 4- Holman RR et al. Long-Term Follow-up after Tight Control of Blood Pressure in Type 2 diabetes. *NEJM*. 2008;359: 1565-76.
- 5- The ACCORD Study Group. Effects of Intensive Blood-Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus. *N Eng J Med*. 2010;362: 1575-85.
- 6- Krzesinski JM, Saint-Remy A. Quelle cible tensionnelle idéale pour nos patients hypertendus en 2010 ? *Rev Med Suisse*. 2010;6: 1574-81.