

## Comment mesurer la pression artérielle en 2013 ?

### Mots clés :

Hypertension  
artérielle ;  
Surveillance  
ambulatoire de  
la pression  
artérielle  
[Blood Pressure  
Monitoring,  
Ambulatory;  
Hypertension]

Tous les *guidelines* sur l'HTA décrivent les conditions optimales de prise de pression artérielle (PA) au cabinet : repos préalable, bras « dans le plan du cœur », brassard adapté, mesures répétées, aux deux bras (au moins de temps à autre durant le suivi), recherche systématique d'hypotension orthostatique, etc. Tous disent la nécessité de vérifier à plusieurs reprises les chiffres obtenus avant toute décision thérapeutique. Les 2 plus récents<sup>1-2</sup> insistent sur les méthodes de mesure en dehors de l'environnement médical, auto-mesure à domicile (AMD) ou mesure ambulatoire durant 24 heures (MAPA). Ces méthodes ont fait l'objet d'études comparatives récentes<sup>3-5</sup>.

### La meilleure mesure : médecin ou automate ?

Une équipe Canadienne a réalisé une étude randomisée en soins primaires chez des patients en bonne santé de plus de 45 ans ayant une HTA systolique isolée traitée ou non<sup>3</sup>. La PA mesurée par automate en l'absence de tout professionnel de santé (303 patients, groupe intervention, bénéficiant en outre d'une MAPA) a été comparée à celle obtenue par mesure classique (252 témoins). De la discussion complexe sur les chiffres obtenus, il ressort 2 données significatives : la mesure par automate réduit l'effet « blouse blanche » et est mieux corrélée à la mesure ambulatoire de la PA au réveil que la PA obtenue par le médecin en consultation.

### La PA mesurée est-elle la PA « vraie » ?

Comment s'assurer au mieux que les chiffres de PA obtenus correspondent bien à une réelle HTA ? Une méta-analyse Britannique<sup>4</sup> a sélectionné dans 20 études définissant divers seuils pour le diagnostic d'HTA les 7 essais comparant la mesure classique à la MAPA et les 3 comparant l'AMD à la MAPA. Au seuil de 135/85 retenu pour la MAPA, l'équivalent en mesure classique (140/90) avait une sensibilité et une spécificité moyennes de 0,75 ; en AMD (135/85) une sensibilité moyenne de 0,86 et une spécificité moyenne de 0,62 : aucune des deux méthodes ne pouvait donc être recommandée comme test diagnostique unique, le risque

de surdiagnostic étant trop important. Pour des chiffres « limites » autour du seuil diagnostique, la MAPA pourrait mieux cibler les patients nécessitant un traitement médicamenteux qui va les engager *a priori* à vie.

### Quelle est la valeur prédictive de ces mesures ?

Une équipe Japonaise a tenté de corréler les mesures de PA obtenues dans une sous-étude d'observation auprès de 1007 participants de la cohorte d'Ohasama (population générale) âgés de plus de 55 ans ayant une PA < 140/80 (avec ou sans traitement)<sup>5</sup>. Tous ont eu une IRM cérébrale, 583 une échographie carotidienne. Les niveaux de PA de 24 heures, de jour, de nuit, par MAPA ou AMD (plus de 40 mesures), étaient corrélés au risque de lésions cérébrales silencieuses (IRM) et d'athérosclérose carotidienne (ultrasonographie), tous avec  $p < 0,05$ . La PA nocturne ambulatoire était le meilleur prédicteur des lésions cérébrales silencieuses, celle de l'AMD plus étroitement associée au risque d'athérosclérose carotidienne. Si leurs indications cliniques sont assez superposables, leur signification peut donc différer pour ce qui est de la prédiction de l'atteinte des organes cibles (dans ce cas, le cerveau) et elles apparaissent plutôt comme complémentaires. Il n'y avait pas de corrélation significative entre la PA mesurée de manière aléatoire en consultation et le risque de lésions cérébrovasculaires infracliniques.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le « rituel » de la prise de PA au cabinet doit être considéré... avec circonspection.** Ce n'est pas nouveau. La PA mesurée par le médecin au cours de la consultation ne peut être l'argument central de la prise de décision de traiter, notamment autour des chiffres considérés comme seuil de l'HTA, même ou surtout si celui-ci reste sujet de débat ; ce qui n'exclut évidemment pas l'intérêt de ce geste dans la relation patient-médecin.

**Depuis la disparition des tensiomètres à mercure, les appareils électroniques, moins « opérateur dépendants » sont sans doute préférables au traditionnel sphygmomanomètre.** Ils posent les mêmes problèmes de maintenance et recalibration... L'existence de troubles du rythme reste l'indication de la seule méthode auscultatoire<sup>3</sup>.

**Chaque approche a ses avantages et ses limites.** La question concerne, plus que la précision diagnostique, ses conséquences en termes de décision de traiter ou non. Il est probable que les méthodes ambulatoires offrent une approche diagnostique plus réaliste, limitant le risque de surdiagnostic et donc de surtraitement. La dernière revue *Cochrane* montrant que 9% des patients atteints d'HTA légères (140-159/90-99) souffrent d'effets adverses de leur traitement sans réel bénéfice montre bien l'importance de ce débat, sur lequel nous reviendrons<sup>6,7</sup>.

### Références

- 1- Mancia G et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the ESH and of the ESC. *J Hypertens.* 2007;25:1105-87.
- 2- NICE. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults 2011. CG127. Aug 2011.
- 3- Myers MG et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: randomised parallel design controlled trial. *BMJ.* 2011;342:d286.
- 4- Hodgkinson J. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. *BMJ.* 2011;342:d3621.
- 5- Hara A et al. Ambulatory Versus Home Versus Clinic Blood Pressure : The Association With Subclinical Cerebrovascular Diseases: The Ohasama Study. *Hypertension.* 2012;59:22-8.
- 6- Diao D et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8(3):CD006742.
- 7- Heath I. Waste and Harm in the Treatment of Mild Hypertension. *JAMA Intern Med.* 2013;173:956-7.

