

HTA : les « cibles » recommandées sont-elles justifiées ?

Mots
clés :

HTA
Qualité
des soins
Recom-
manda-
tion
Risque
cardio-
vascu-
laire

Il y a 3 ans, nous avons déjà analysé la tendance à conseiller des cibles tensionnelles de plus en plus basses, voire de traiter la préhypertension : aucune étude ne le justifiait en terme de morbi-mortalité¹. Dans une étude récente le bénéfice d'une cible tensionnelle à 130 sur un critère intermédiaire², relance le débat auquel l'éditorialiste du Lancet ne peut conclure de façon positive³. Les propositions de contractualisation de qualité (« CAPI ») faites aux médecins par l'assurance maladie retiennent comme indicateur de qualité pour l'HTA l'atteinte des cibles des recommandations : 140/90 et 130/85 chez les sujets à risque. Pourtant une méta-analyse Cochrane⁴ montre qu'aucune donnée actuelle ne justifie d'abaisser les objectifs tensionnels au dessous des 140-160/90-100 antérieurement admis. Que penser de tout cela ?

Les seuils et les cibles choisis sont arbitraires

Ces choix d'objectifs tensionnels de plus en plus stricts reposent essentiellement sur les données épidémiologiques montrant au-delà de 115/75 une relation linéaire et progressive, sans seuils, entre chiffres tensionnels et risque cardiovasculaire (RCV), conduisant à considérer 90% de la population comme à RCV².

Quel est le bénéfice des cibles proposées ?

Une étude récente² a comparé chez 1111 patients non diabétiques le bénéfice d'une cible de pression artérielle systolique de 130 mmHg vs 140 sur la survenue d'une hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG (17% du groupe témoin vs 11% du groupe traitement intensif après 2 ans de suivi). Ce bénéfice, sur un critère intermédiaire non clinique, ne permet pas de conclure³.

Une revue Cochrane⁴ a recherché et analysé les essais randomisés qui avaient pour objectif de vérifier si une cible tensionnelle inférieure au standard habituel (140-160/90-100 mmHg) obtenait de meilleurs résultats en termes de morbi-mortalité comparée à un traitement visant la cible standard. Les données de 7 essais randomisés (le plus vaste étant *HOT*) ont été méta-analysés, incluant plus de 22 000 patients. La recherche d'une cible « basse » n'était pas associée à une réduction de *mortalité totale* (RR 0,92 ; 0,86-1,15), de survenue *d'infarctus du myocarde* (RR 0,90 ; 0,74-1,09), *d'AVC* (RR 0,99 ; 0,79-1,25), *d'insuffisance cardiaque congestive* (RR 0,88 ; 0,59-1,32), *d'évènements cardiovasculaires majeurs* (RR 0,94 ; 0,83-1,07) ou *d'insuffisance rénale terminale* (RR 1,01 ; 0,81-1,27).

Que conclure pour notre pratique ?

Il n'est pas acceptable, à l'heure de l'EBM, qu'une stratégie thérapeutique soit fondée sur les seules données épidémiologiques ou des critères intermédiaires, comme la simple baisse d'un chiffre ou les résultats d'un électrocardiogramme. Seules la réduction de morbi-mortalité ou l'amélioration de la qualité de vie peut être admis comme objectif thérapeutique⁶.

Pourquoi les cibles tensionnelles actuellement recommandées sont-elles si difficilement atteintes par nos patients ? Que sait-on de leurs représentations de l'HTA, de ses variations, de leur capacité d'observance de nos prescriptions, des effets secondaires de ces polyprescriptions ?

Les recommandations doivent tenir compte de différentes informations : effets du traitement, effets secondaires, coût/efficacité⁵, mais aussi acceptabilité et facilité de mise en œuvre par le patient, et représentations de la maladie et du traitement. Nous y reviendrons.

Le rapport bénéfice/risque d'une cible basse ne pouvait être évalué faute d'informations suffisantes sur les effets adverses et sorties d'essais dans 6 études sur 7. Dans les 2 essais concernant spécifiquement les diabétiques et les 4 concernant les insuffisants rénaux, il n'était pas montré de différence de mortalité ou de morbidité avec l'atteinte d'une PA plus basse.

Les auteurs concluaient que recommander un objectif tensionnel inférieur à 140-160/90-100 n'est pas factuel, même pour les sous-groupes de patients des recommandations.

Ces cibles sont-elles souvent atteintes ?

Le traitement de l'hypertension a toujours été problématique. Des données récentes aux USA montrent que parmi les américains hypertendus 28% l'ignorent, 39% ne sont pas traités, et 65% n'atteignent pas l'objectif fixé, malgré l'utilisation dans la majorité des cas de plusieurs antihypertenseurs. Toutes les études dans les divers pays sont concordantes. Globalement, avec les recommandations successives, il y a 30 ans la moitié des patients traités atteignaient la cible visée ; avec les recommandations actuelles, ce résultat ne concerne plus que le tiers... Même dans les conditions des essais, la plupart des patients n'arrivent pas à un chiffre tensionnel en dessous de 140 mmHg, particulièrement chez les plus de 60 ans, les diabétiques et autres sujets à risque⁵. La multiplication des produits utilisés augmente le risque d'effets secondaires et d'interactions ; le principal bénéfice est apporté par le premier médicament, celui des adjonctions est bien plus limité⁵.

Références

- 1- Collectif. HTA : la cible à atteindre est-elle toujours 140/90 mmHg ? *Bibliomed*. 2006;435.
- 2- Verdecchia P et al. Usual versus tight control of systolic blood pressure in non diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open-label randomised trial. *Lancet*. 2009;374 : 525-33.
- 3- Carlberg B. Time to lower treatment BP target for hypertension. *Lancet*. 2009;374:503-4.
- 4- Arguedas JA et al. Treatment blood pressure targets for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- 5- Campbell NC, Murchie P. Treating hypertension with guidelines in general practice. *BMJ*. 2004;329:523-4.
- 6- Boissel JP, Gallois P. Fixer les objectifs thérapeutiques pour optimiser la démarche de prescription. *Médecine* 2009,5(2),72-76.