

Mots clés :

Aspirine
Diabète
HTA
Prévention
Risque cardio-vasculaire

Que proposer au diabétique de type 2 hypertendu ?

Traiter le diabète de type 2 (DT2) vise avant tout à réduire le risque cardiovasculaire (RCV). Contrôler l'hyperglycémie est bénéfique pour les complications microvasculaires, plus incertain pour les macrovasculaires (*Bibliomed 547*). Contrôler l'hypertension (HTA) qui est présente chez 30 à 50% de ces patients (*Bibliomed 123*) est indispensable. Les questions qui se posent à ce sujet concernent les stratégies efficaces et les cibles à atteindre.

Rechercher périodiquement la microalbuminurie

Selon des études épidémiologiques, sa présence est associée à une mortalité cardiovasculaire doublée, indépendamment des autres facteurs de RCV¹.

Abaisser les chiffres tensionnels

L'étude UKDPS montrait en 1998 le bénéfice du traitement d'une HTA associée (*Bibliomed 123*) : réduction significative des microangiopathies (37%, p=0,009), des morts liées au diabète (32%, p=0,019), des AVC (44%, p=0,013), mais non significative des infarctus (16%, p=0,052), ceci en comparant deux traitements, strict et non strict. Ce bénéfice était associé à une différence entre les deux groupes de 10mm pour la systolique et de 5mm pour la diastolique. D'autres étudesⁱⁿ³ ont confirmé ces résultats, que diverses recommandations ont traduit en objectifs tensionnels à atteindre (130/80, le chiffre diastolique étant le mieux argumenté^{2,3}).

Avec quels médicaments ?

De nombreuses études ont analysé bénéfices et risques des classes d'antihypertenseurs chez le diabétique. Le risque diabéto-gène souvent évoqué existe peut-être pour les β -bloquants mais pas pour les thiazidiques. En fait, ces données ne justifient pas de modifier les choix dans le DT2 avéré (*Bibliomed 185*).

Selon diverses études, Il n'y avait pas en 1998 de différence significative entre les grandes classes thérapeutiques : diurétiques, β -bloquants, IEC, sartans, inhibiteurs calciques, avec une petite réserve pour ces derniers

Que conclure pour notre pratique ?

Contrôler l'hypertension prévient mieux le risque cardiovasculaire du DT2 que le seul contrôle de l'hyperglycémie. L'objectif est de ramener les chiffres tensionnels au moins à 140 ou 130/80.

Les grandes classes d'antihypertenseurs ont sensiblement la même efficacité. Les diurétiques thiazidiques ont le meilleur niveau de preuve comme traitement de première intention et comme élément constitutif indispensable dans toute association, l'indapamide, apparenté thiazidique, ayant un risque d'hypokaliémie plus important. En présence d'une microalbuminurie, un IEC peut être préféré.

Aucune association médicamenteuse n'a fait la preuve de sa supériorité sur les autres. Elles doivent être utilisées si l'objectif tensionnel n'est pas atteint. Il faut également prendre en compte le rapport coût/efficacité.

Aucune prescription ne peut être efficace sans une éducation du patient et son accompagnement au long cours comme pour dans tout traitement d'une maladie chronique, ainsi que le montrent indirectement les résultats à distance de l'étude UKDPS.

(*Bibliomed 105*). L'étude ALLHAT, de plus grande puissance que les précédentes, a confirmé ces données en 2002, plaçant en tête les diurétiques thiazidiques (*Bibliomed 288*), données confirmées à la lumière de ses analyses les plus récentes, ainsi que d'autres études⁴. Les études concernant la place préférentielle des IEC dans le DT2 en raison d'un éventuel effet protecteur rénal sont de faible niveau de preuve. Il semble cependant justifié de les prescrire à forte dose chez les DT2 avec microalbuminurie pour réduire le RCV⁵.

Comment ?

Les stratégies de mise en œuvre sont celles du traitement de l'HTA, avec un objectif plus strict :

- Commencer par une monothérapie, en privilégiant les thiazidiques, ou les IEC si microalbuminurie⁵.

- Associer les anti-HTA si le résultat est insuffisant. L'étude ADVANCE (11 140 patients) a utilisé une association à dose fixe indapamide-périndopril. La conclusion à tirer de cette étude est surtout que l'important est d'abaisser suffisamment les chiffres tensionnels, quelle que soit l'association prescrite^{2,6,7}.

- S'assurer d'un bon rapport coût/efficacité⁷.

- Prescrire et accompagner pour aider à l'observance. Les patients de l'étude UKDPS, dans les 5 ans après la fin de l'étude et du suivi qui l'accompagnait, ont vu disparaître les différences tensionnelles entre les deux groupes, et parallèlement les bénéfices en termes cardiovasculaires⁵.

Références

- 1- Prescrire rédaction. Diabète de type 2 et microalbuminurie. Limiter surtout le risque cardiovasculaire. *Prescrire*. 2004;255:760-8.
- 2- Prescrire rédaction. Essai Advance et diabète de type 2. *Prescrire*. 2008;295:395-6.
- 3- HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle. Actualisation 2005. Argumentaire.
- 4- Wright Jr JT et al. ALLHAT Findings Revisited in the Context of Subsequent Analyses, Other Trials, and Meta-analyses. *Arch Intern Med*. 2009;169:832-42.
- 5- Holman RR et al. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;359:1565-76.
- 6- Bakris G, Berkowitz M. Trials that matters: the effect of a fixed-dose combination of an angiotensin-converting enzyme inhibitor and a diuretic on the complications of type 2 diabetes. *Ann Int Med*. 2008;148:400-2.
- 7- Kaplan N. Vascular outcomes in type 2 diabetes: an ADVANCE? *Lancet*. 2007;370:804-5.