
Régression de l'HVG et traitement de l'HTA.
Pourquoi et comment?

Un des arguments de promotion des antihypertenseurs est leur capacité à faire régresser l'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG). Une méta-analyse allemande, parue dans le JAMA, a recensé et analysé les études publiées à ce sujet.

471 essais, qui avaient ce but, ont été identifiés. Les auteurs insistent sur le caractère limité, incomplet des données recueillies par la plupart des articles, et leur médiocre qualité scientifique. Parmi les 471, seuls 39 répondaient aux critères méthodologiques

suivants: étude randomisée en double aveugle, contrôle échographique en aveugle, nombre de patients suffisants (au moins 7 par type de traitement étudié) et durée minimale de l'étude de 4 semaines. La diminution de l'HVG, objectivée par ces 39 études, était corrélée à l'importance de la baisse tensionnelle et à la durée du traitement. Dans un ordre d'efficacité croissante la méta-analyse place les bêta-bloqueurs, les diurétiques, les calcium-bloquants et les IEC.

De nombreuses études, dont celle de Framingham, ont bien montré que l'HVG représentait un facteur de risque à part entière. A partir de cette notion, divers auteurs pensent que la détermination échographique de l'HVG doit devenir un examen quasi systématique dans le bilan de tout hypertendu. Pour cela il faudrait que nous disposions d'arguments décisionnels: la réduction de l'HVG est-elle bénéfique pour le patient (en terme de diminution de la morbidité et de la mortalité)? Y a-t-il des médicaments particulièrement efficace dans ce domaine? Ce sont les questions que pose l'éditorial accompagnant la présentation de l'étude². De façon surprenante, comme le dit l'auteur de l'éditorial, les études humaines utilisables apportent peu de réponses à ces questions. La plupart des études ont été consacrées à l'étude comparative des diverses modalités de traitement sur la régression de l'HVG, et présentent des défauts importants qui rendent leurs conclusions inutilisables. La méta-analyse de Schmieder, limitée aux études valables, semble montrer une légère supériorité des IEC, et à un moindre degré des calcium-bloquants. Mais, ainsi que le fait remarquer Devereux, ces résultats sont limités par la petite taille des échantillons traités, et la durée réduite des traitements (15 à 29 semaines) eu égard à la durée normale des traitements de l'HTA. Enfin, le mélange des études, propre à la méta-analyse, introduit des biais importants: études négatives non publiées, et donc non prise en compte, et influence sur les résultats globaux de la méta-analyse de deux essais "extraordinairement" positifs, comme le souligne l'auteur. Il faudrait pour conclure définitivement à la supériorité des IEC une étude plus vaste, incluant au moins 150 à 200 patients par type de traitement.

Mais, la diminution de l'HVG n'est qu'un critère intermédiaire, et des études de plus longue durée, prenant en compte un critère clinique, sont nécessaire pour répondre à la question essentielle: la régression de l'HVG est-elle bénéfique pour le patient? Actuellement les études cliniques dont nous disposons concernent uniquement diurétiques et bêtabloquants, mais ne font pas entrer l'HVG dans les critères d'analyse.

1- Schmieder R.E., Martus P., Klingbeil A. Reversal of left ventricular hypertrophy in essential hypertension. A meta-analysis of randomized double-blind studies. JAMA, 1996, 275, 19, 1507-1513

2- Devereux R.B. Regression of left ventricular hypertrophy. How and why? JAMA, 1996, 275, 19, 1517-1518

Numéro 25 du 27 juin 1996

Le prochain numéro paraîtra en septembre - BONNES VACANCES -

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC..

Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.