
HTA. Quels chiffres tensionnels viser ? L'adjonction d'aspirine est-elle bénéfique ?

Il est largement reconnu que le traitement de l'HTA entraîne une réduction de la morbidité et de la mortalité cardio-vasculaire (CV). On ne sait pas cependant à quel niveau il est souhaitable de ramener les chiffres tensionnels. Quelques études ont même fait penser qu'une réduction trop importante était néfaste et que la courbe de morbi-mortalité était en J, avec un excès pour les chiffres tensionnels trop hauts et trop bas.

On connaît par ailleurs le bénéfice préventif CV de l'aspirine à faible dose. Cet effet se retrouve-t-il dans une population d'hypertendus, sans entraîner d'effets secondaires ?

L'étude HOT¹, avait l'ambition d'apporter des réponses. Y est-elle parvenue ?

L'étude HOT (hypertension optimal traitement) est une vaste étude randomisée multicentrique regroupant 1904 investigateurs de 26 pays (généralistes et hospitaliers). Ont été inclus 18.790 patients, de 50 à 80 ans (moyenne 61,5) présentant une TA diastolique (TAd) entre 100 et 115 mm Hg. Le suivi moyen a été de 3,8 ans, il y a eu 2,6% de perdus de vue.

Les objectifs étaient doubles:

- définir l'objectif tensionnel souhaitable. Les patients étaient randomisés en trois groupes, avec trois objectifs: TAd en mm Hg <90, <85, et <80. Le traitement prévu comportait diverses étapes: au départ un inhibiteur calcique (IC) pour tous les malades, puis selon les besoins adjonction d'une ou plusieurs autres classes.

- évaluer l'effet de l'adjonction d'aspirine par randomisation en deux groupes: aspirine 75 mg/j ou placebo.

Les critères de mesure étaient: événements CV: infarctus du myocarde (IDM) ou AVC, mortels ou non, décès CV.

La TAd a été ramenée dans les trois groupes respective-

ment à 85,2, 83,2, et 81,1. Une association d'antihypertenseurs a été le plus souvent nécessaire dans les trois groupes (63, 68, 74%).

Les résultats sur les événements CV n'étaient pas significativement différents entre les trois groupes, dans l'analyse en intention de traiter.

Dans l'analyse selon le résultat tensionnel obtenu (prévue dans le plan de l'étude), le minimum d'événement CV est obtenu pour une TAd à 82,6 mm Hg et une TA à 138,5, la mortalité minimale se situe pour une TAd de 86,5. Traiter 1.000 patients pendant 1 an permet d'éviter 4 événements. De façon plus détaillée, il n'y a pas de différence pour les IDM, tandis que pour les AVC le meilleur résultat est obtenu pour des chiffres de TAd à 80 et TA à 138,8.

L'aspirine réduit le taux d'événements CV de 15% (p=0,03), et d'IDM de 36% (p=0,002), sans effet sur les AVC. Il y a augmentation des hémorragies digestives non mortelles (129 vs 70, p<0,001) sans différence d'accidents hémorragiques mortels (7 et 8).

Cette étude, largement diffusée, reste d'interprétation difficile. Elle a donné lieu à pas mal de controverses: éditorial et lettres^{2,3,4}. Nous chercherons à en analyser les limites, les confirmations et les apports

L'étude confirme la possibilité de ramener les chiffres tensionnels à un niveau acceptable, avec des antihypertenseurs, au prix d'une plurithérapie fréquente. Elle montre les difficultés rencontrées: dans le groupe ciblé pour une TAd à 80, le résultat obtenu n'était que de 81,1. L'étude ne permet pas de définir une stratégie quant aux classes thérapeutiques à employer: ce n'était d'ailleurs pas son objectif. Le plan de traitement qui privilégiait un IC, sans groupe comparatif, ne permet aucune conclusion sur un type de traitement préférentiel, ou sur les effets bénéfiques ou délétères de telle ou telle classe médicamenteuse.

L'objectif principal de l'étude était de définir le niveau tensionnel à viser. Les résultats ne permettent pas de trancher, car la différence d'événements survenus n'est pas significative, sauf chez les diabétiques. La plupart des commentateurs de l'étude situent le niveau tensionnel souhaitable à 140/90 ou plus souvent à 140/85, mais chez les diabétiques l'objectif est une TAd à 80.

Un abaissement plus marqué est-il bénéfique ou néfaste, et peut-on confirmer ou infirmer les études antérieures sur la courbe en J ? L'analyse des résultats ne le permet malheureusement pas.

Le bénéfice de l'adjonction de l'aspirine est certain, devant être réservé aux hypertendus contrôlés, pour ne pas majorer le risque hémorragique.

Au total, résultats modestes eu égard à l'importance de l'étude: il est confirmé qu'il faut viser un abaissement des chiffres tensionnels en dessous de 140/90. et que l'on peut dans certains cas adjoindre de l'aspirine.

1 - Hansson L et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal treatment (HOT) randomised trial. *Lancet*, 1998;351:1755-62

2 - Kaplan N. J-curve not burned off by HOT study. *Lancet*, 1998;351:1748-49

3 - Divers. Hypertension Optimal treatment (HOT) trial. Correspondence. *Lancet*, 1998;352:571-575

4 - Schwartz C. Traitement optimal de l'HTA. Commentaire de l'étude HOT. *Thérapeutiques* 1998;35:21

Mots-clé: HTA, traitement, aspirine, essai contrôlé

Numéro 130 du 28 janvier 1999