

# BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

## L'automesure de la pression artérielle par le patient permet-elle d'apprécier mieux le pronostic de son HTA ?

### Mots clés :

HTA  
Auto-  
mesure  
Cardio-  
vasculaire  
Risque

Toutes les études évaluant le risque cardiovasculaire (CV) de l'HTA ont été basées sur les chiffres mesurés au cabinet médical avec un manomètre à mercure. A partir de cet outil une métaanalyse d'essais randomisés a montré en 1990 que toute diminution de 5 à 6 mm Hg de la pression artérielle diastolique était associée à une réduction de 42% du risque d'AVC et de 14% d'événements coronariens. A l'inverse une métaanalyse de 61 études prospectives (un million d'adultes participants) montrait que toute augmentation de 10mm Hg de la pression artérielle systolique ou de 5mm Hg de la pression artérielle diastolique s'accompagnait d'une augmentation de 40% de la mortalité par AVC et de 30% de la mortalité coronarienne<sup>1</sup>. Cependant la mesure de PA au cabinet souffre d'une grande variabilité inter et intraobservateur et de l'effet « blouse blanche ». Plusieurs études prospectives ont montré que la mesure ambulatoire de la PA (MAPA) avait une meilleure valeur prédictive, que ce soit dans une population non traitée ou chez des patients traités<sup>1,2</sup>. Mais c'est une méthode lourde et onéreuse. Reste l'automesure de la pression artérielle à domicile par le patient lui-même (AMPA). Quelle est sa valeur pronostique? L'étude SHEAF (Self-measurement of blood pressure at Home in the Elderly : Assessment and Follow-up), étude prospective française, nous apporte quelques données nouvelles<sup>1</sup>.

### Objet de l'étude : comparer les valeurs prédictives de l'AMPA et de la mesure chez le médecin

Pour cela 4939 patients de plus de 60 ans, hypertendus, recrutés et traités par leur médecin généraliste sans consigne particulière, étaient suivis pendant 3 ans.

Le critère principal d'évaluation de cette étude prospective de cohorte était la mortalité CV, les critères secondaires la mortalité totale, et un critère combiné de morbidité et mortalité CV.

### Méthode : évaluation initiale, suivi et évaluation par sous-groupes identifiés à la phase initiale

**A la phase initiale deux types de mesure:** mesure au cabinet médical (2 visites successives : prise de PA en position assise, après 5 minutes de repos), et automesure de la pression artérielle à domicile (AMPA) (4 jours choisis par le patient, 3 mesures à 8 h et 20h en position assise, après 5 mn de repos).

**Quatre sous-groupes identifiés à la phase initiale :** HTA contrôlée avec les 2 types de mesure (13,9%); HTA non contrôlée avec les 2 types de mesure (63,4%); HTA contrôlée en AMPA, non chez le médecin (9,4%); HTA contrôlée chez le médecin, non en AMPA (13,3%).

**Dans le suivi,** les médecins devaient noter et expertiser tous les événements qui survenaient. A 3 ans les données étaient obtenues pour 99,9% des patients.

### Résultats : l'AMPA initiale apprécie mieux le pronostic que la simple mesure au cabinet médical

Au moins un événement CV était survenu chez 324 patients (soit une incidence de 22,2/1000 personne années). Il y avait eu 85 morts d'origine CV.

Si on estimait à 1 le risque d'évènement CV pour les patients ayant une HTA contrôlée avec les deux types de mesure, le risque relatif était de 1,96 pour ceux ayant une HTA non contrôlée aux deux méthodes, de 2,02 pour ceux ayant une HTA contrôlée au cabinet et non en AMPA, de 1,18 pour ceux ayant une HTA non contrôlée au cabinet et contrôlée en AMPA. En d'autres termes, **en cas d'HTA contrôlée en AMPA et non au cabinet, le risque CV était le même que lorsque l'HTA était contrôlée selon les 2 types de mesure.**

A l'inverse, **une HTA non contrôlée en AMPA mais contrôlée au cabinet présentait le même risque qu'une HTA non contrôlée aux 2 mesures.**

Cette étude a la valeur d'une étude observationnelle. Les patients, tous hypertendus traités, avaient pour **plus des 2/3 une HTA non contrôlée à l'inclusion**, sans que l'on connaisse les modifications de traitement intervenues durant les 3 années de suivi. Surtout les chiffres absolus des sous-groupes discordants entre cabinet et automesure ne sont pas très importants. Toute extrapolation est donc difficile. Les données vont cependant dans le même sens qu'une étude japonaise sur 1789 patients suivis 6,6 ans. L'apport de cette étude est double.

- Elle apporte des arguments cliniques pour montrer la **valeur pronostique de l'AMPA**. Rappelons ici que les chiffres limites retenus pour l'AMD sont de 135/85 mmHg, contre 140/90 au cabinet et 125/80 en MAPA<sup>3</sup>.

- Elle aide à mieux connaître un "effet blouse blanche inversé", l' "**HTA masquée**" (TA élevée à la maison et non au cabinet médical). Ce sous groupe, récemment identifié est encore en démembrement, mais semble corrélé à un pronostic plus sévère, comme dans cette étude<sup>1,3</sup>.

Ainsi **dès à présent l'AMPA est intéressante dans la prise en charge de l'hypertendu traité** et s'intègre dans la nouvelle approche du risque et des maladies chroniques. Sera-t-elle à l'avenir un facteur de décision ? Supplantera-t-elle la mesure au cabinet ? Et surtout quelle est sa fiabilité, sa faisabilité, son acceptabilité ? Quelles sont les modalités de l'éducation du patient dans ce cas. Nous y reviendrons.

### Références :

- 1- Bobrie G, Chatellier G et al. Cardiovascular prognosis of "masked hypertension detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004 ; 291, 1342-9.
- 2- Collectif. Quelles indications pour la MAPA dans le diagnostic et le suivi de l'HTA. *Bibliomed*, 2000 : 189.
- 3 - Guidelines Committees. 2003 European society of hypertension and European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens*. 2003 ; 21 : 1001-53.

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à [unadoc@wanadoo.fr](mailto:unadoc@wanadoo.fr)