

HTA : les β -bloquants sont-ils encore à utiliser en 1^{ère} intention ?

Mots clés :
HTA
Médicament
 β -bloquant
Stratégie

Traiter un hypertendu a pour objectif de réduire son risque d'évènements cardiovasculaires (ECV). Les diurétiques thiazidiques à faible dose et les β -bloquants, les plus anciennement étudiés, ont été longtemps considérés comme traitements de première intention, sauf indications préférentielles. C'est ce que recommandait, entre autres, l'OMS en 1999. Depuis les recommandations divergent. En 2003, à partir des données d'une méta-analyse portant sur 192 478 patients^{1,4}, pour l'OMS seuls les thiazidiques à dose faible restaient à privilégier en première intention pour la majorité des hypertendus, alors que la HAS en 2005 place les cinq classes médicamenteuses actuellement disponibles sur le même plan. Deux méta-analyses récentes obligent à se questionner sur l'efficacité et la place des β -bloquants dans le traitement du patient hypertendu^{2,3}.

Un bénéfice incertain sous certains aspects

Des auteurs scandinaves ont voulu préciser les incertitudes concernant l'efficacité des β -bloquants. Leur méta-analyse a inclus 13 essais (105 951 patients) comparant β -bloquants vs autre thérapeutique et 7 essais (27 433 patients) comparant β -bloquants vs placebo².

Le risque relatif d'AVC était plus élevé avec les β -bloquants qu'avec les autres classes (+16% ; IC95 4-30%) de même que la mortalité toutes causes (tendance non significative). Il n'y avait pas de différence pour les infarctus du myocarde (IDM). La différence la plus importante était observée avec l'aténolol (+26% ; IC 15-38%), les résultats n'étant pas concluants avec les autres β -bloquants. Comparés au placebo, la réduction du risque d'AVC était de 19% (IC 7-29%) avec les β -bloquants, moitié moindre qu'attendu avec les autres classes (38%). Il n'y avait pas de différence pour les IDM et la mortalité.

Les β -bloquants semblent donc associés à une moindre réduction des AVC. Leur bénéfice, s'il existe, reste « suboptimal », majoré dans les essais par leur association fréquente à des diurétiques.

Des résultats variant avec l'âge

Des auteurs canadiens, contestant certains aspects de la méta-analyse scandinave, ont refait une méta-analyse³ de 21 essais (145 811 patients). Ils les ont analysés en

fonction de l'âge des patients (moins ou plus de 60 ans) et pris comme critère d'évaluation non les résultats séparés, mais les résultats composites habituellement retenus (l'ensemble des ECV).

Comparés au placebo, les β -bloquants réduisaient de 14% les ECV avant 60 ans (794 évènements pour 19 414 patients ; RR 0,86, IC 0,74-0,99) et de 11% après : (1115 évènements pour 8019 patients ; RR 0,89, IC 0,75-1,05, différence non significative). Comparés aux autres classes, le bénéfice était identique avant 60 ans (1515 évènements pour 30 412 patients, RR 0,97) mais ils étaient associés après à un risque plus grand d'ECV (7405 évènements pour 79 775 patients, RR 1,06, IC 1,01-1,10).

Avant 60 ans, les β -bloquants avaient des résultats équivalents à ceux des autres classes pour IDM, AVC, mort, insuffisance cardiaque. Après 60 ans, il y avait avec les β -bloquants significativement plus d'AVC (2935 chez 87 180 patients, RR 1,18, IC 1,07-1,30), sans élévation du taux d'IDM, d'insuffisance cardiaque, de mort.

Les auteurs concluaient que les β -bloquants étaient associés à une augmentation du risque d'AVC chez les personnes âgées, et que leur usage en première intention devait être limité, particulièrement après 60 ans.

Que conclure pour notre pratique ?

- **Les β -bloquants ne sont pas un traitement de 1^{ère} intention chez l'hypertendu non compliqué** : ils préviennent moins bien les AVC que les autres classes, particulièrement chez les personnes âgées, et ne sont pas meilleurs pour les autres risques.

- **Les diurétiques thiazidiques à faible dose restent le traitement de 1^{ère} intention le plus efficace pour réduire la morbidité et la mortalité^{4,5}** à privilégier dans cette situation, principe bien sûr à adapter en fonction de l'âge et des pathologies associées.

- **Les diurétiques thiazidiques doivent donc être le seul comparateur utilisable pour évaluer l'efficacité d'un antihypertenseur⁴**. Tout essai d'un antihypertenseur peut ensuite comparer celui-ci avec un autre antihypertenseur d'une classe, mais seulement pour définir les stratégies de 2^{ème} ou 3^{ème} intention.

Références :

1. Prescrire rédaction. Quel référentiel pour l'hypertension artérielle ? Rev Prescrire. 2005;394-6.
2. Lindholm LH et al. Should β -blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension ? A meta-analysis. Lancet. 2005;366:1545-53.
- 3- Khan N, McAlister FA. Re-examining the efficacy of β -blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. CMAJ. 2006;174:1737-42.
- 4- Psaty BM et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. JAMA. 2003;289:2534-44.
5. Gueyffier F. Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale. Médecine. 2006;2:118-22 et 163-7.
5. Psaty BM et al. Recent trials in hypertension: compelling science or commercial speech ? JAMA. 2006;295:1704-6.

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC 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