

Mots clés :

HTA
Prévention
Risque cardio-vasculaire

HTA et facteurs de risque comportementaux

Les études épidémiologiques ont montré que le risque cardiovasculaire (RCV) est une variable continue, sans « seuil » de dangerosité, d'autant que l'âge et le sexe comptent pour plus de 80% (*Bibliomed* 523). Tout facteur additionnel – HTA, diabète, accident coronarien ou autre – n'en modifie pas la nature, mais le niveau. Des facteurs comportementaux – tabagisme, sédentarité, obésité – contribuant à cette aggravation, certains intervenant directement sur la pression artérielle (PA). Mais dans quelle mesure ? Recommander des changements de mode de vie est-il à l'ordre du jour quand on dispose de médicaments efficaces ? Plusieurs synthèses récentes^{1,2}, de nouvelles études épidémiologiques³⁻⁵ confirment que cela reste bien une priorité.

5 principaux facteurs d'augmentation de la PA

Les preuves sont fortes et concordantes (études d'observation et d'intervention comme INTELSAT ou DASH). Dans 4 pays d'Europe et aux USA, surpoids et obésité contribuent au risque de devenir hypertendu (11 à 25% selon les pays), puis les apports élevés en Na (9 à 17%), faibles en K (4 à 17%), la sédentarité (5 à 13%) et la forte consommation d'alcool (2 à 3%). Au total, environ 50% (31-75 selon les pays) du risque de devenir hypertendu relèvent de ces 5 facteurs¹.

Surpoids et obésité

L'IMC s'élève progressivement en France depuis 10 ans (enquêtes Obepi et SUVIMAX). Il est de 25 (26/ hommes, 24/femmes) et augmente régulièrement avec l'âge. Plus il est élevé (relation identique avec le périmètre abdominal), plus la PA est élevée¹, quels que soient le sexe et l'âge, dès 15-20 ans. Plusieurs méta-analyses (>20 essais randomisés, 5000 personnes) ont montré que la perte de 5 kg se traduit par une diminution moyenne de la PA systolique de 4,4 mmHg, diastolique de 3,6, quels que soient le poids initial, le sexe, l'âge ou la PA initiale. L'effet est plus marqué chez les hypertendus, proportionnel à la perte de poids¹.

Apports Na/K

Le rôle du sodium est connu (*Bibliomed* 580). Deux méta-analyses (30 essais randomisés, 2600 personnes) ont montré qu'augmenter de 2 g/j l'apport de potassium quelques semaines diminuait les PA systolique et diastolique de 4,4 et 2,5 mmHg, quels que soient le sexe, l'âge, l'IMC ou la PA initiale. L'effet est plus marqué chez les hypertendus, d'autant plus que l'apport en sodium est élevé, ce qui confirme l'interaction étroite entre leurs effets opposés sur le niveau de PA. Une des principales caractéristiques du régime DASH est sa

richesse en potassium, provenant en particulier des fruits et légumes en grande quantité¹.

Sédentarité

Le rapport américain a compilé 10 méta-analyses publiées depuis 1996² : en moyenne, les baisses de la PA de repos étaient de 2 à 5 mmHg (2 à 4%) pour la systolique, 2 à 3 (2% à 3%) pour la diastolique, un peu plus en cas d'HTA (-6,9 et -4,9). Ces réductions étaient obtenues par une activité physique d'intensité modérée (en aérobie) de 30 à 40 mn/j, ou >150 mn/semaine. Dans une étude observationnelle sur près de 400 000 américains, il a été montré que les hypertendus avaient moins souvent ce niveau d'activité que les normotendus (OR 0,85 ; 0,82-0,88)³.

Alcool

Les données épidémiologiques semblent indiquer une relation de type exponentiel (le possible effet bénéfique aux faibles doses est discuté). De nombreuses études d'intervention l'ont confirmé. L'effet hypotenseur, proportionnel à la réduction d'alcool, est plus marqué chez les hypertendus¹.

Au total

Les réductions obtenues sont modestes. Le véritable objectif est le RCV global. La cohorte HALS⁴ a suivi durant 20 ans 4886 personnes ; 1080 sont décédées, 431 de pathologies cardiovasculaires, 318 de cancers, 331 d'autres causes. 4 « mauvais points » ont été attribués : tabagisme, fruits et légumes <3/j, activité physique <2h/semaine, alcool >14 (femmes) ou 21 (hommes) unités/semaine. Les *Hazard Ratios* ajustés pour la mortalité totale associés à 1, 2, 3 ou 4 « mauvais points » ont été respectivement de 1,85, 2,23, 2,76 et 3,49, ce dernier étant équivalent à celui d'une personne à score 0 âgée de 12 ans de plus...

Que conclure pour notre pratique ?

Le poids de ces facteurs est faible sur la PA individuelle, mais important à l'échelle d'une population : « Un grand nombre de personnes exposées à un petit risque peuvent générer beaucoup plus de cas pathologiques qu'un petit nombre de personnes exposées à un grand risque »ⁱⁿ¹.

Les conseils à donner à un patient hypertendu sont ceux de la prévention du RCV global. Malheureusement, le niveau de risque initial intervient plus que les changements de mode de vie. On peut cependant rester modérément optimiste en constatant les gains de survie associés à la diminution des risques (arrêt du tabac et prise en charge médicamenteuse efficace) au cours du très long suivi de la cohorte de Whitehall⁵.

Références

- 1- Ministère de la Santé. HTA, alimentation et mode de vie. 2006.
- 2- US Department of Health and Human Services Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008.
- 3- Churilla JR et al. Comparing Physical Activity Patterns of Hypertensive and Nonhypertensive US Adults. *Am J Hypertens.* 2010;23:987-93.
- 4- Kvaavik E et al. Influence of Individual and Combined Health Behavior on Total and Cause-Specific Mortality in Men and Women. *Arch Intern Med.* 2010;170:711-8.
- 5- Clarke R et al. Life expectancy in relation to cardio-vascular risk factors. *BMJ.* 2009;339:b3513.