

Mots clés :

HTA
Prévention
Risque cardio-
vasculaire

HTA : entité complexe, regard critique indispensable...

L'hypertension artérielle (HTA) a été longtemps considérée comme une « maladie » parce qu'elle était identifiée à partir de symptômes. Ce n'est plus le cas depuis qu'elle est dépistée et traitée précocement. Son « seuil » théorique a été régulièrement abaissé, arbitrairement, puisque le plus bas niveau statistiquement associé à un risque correspond à une pression artérielle (PA) systolique de 115 mmHg, au dessus de laquelle se trouve 90% de la population... Les études épidémiologiques permettant ce constat ont montré que le risque cardiovasculaire (RVC) individuel dépend en fait de multiples facteurs, non de la seule PA. L'entité HTA pose donc de nombreuses et complexes questions. L'abandon radical du « toujours plus bas » dans le récent consensus d'experts européen¹ conforte les réponses apportées dans une synthèse de 2006², dont nous reprenons ici les principaux arguments.

Sauf exceptions, la mesure de la PA ne contribue que modestement à la prédiction du risque

Il est très rare que la découverte d'une HTA permette un traitement étiologique. L'objectif est donc de tenter de réduire le RCV à moyen et long terme. Le bénéfice du traitement de l'HTA, en réduction relative du RCV, sera similaire quel que soit le niveau de PA initial (*niveau de preuve maximal*), observation à pondérer par le fait que traiter l'HTA réduit considérablement son risque d'auto accentuation, qui est de 1 à 2% par an.

Objectifs du bilan initial

Repérer l'atteinte des 3 organes réputés sensibles : vascularisation rétinienne (reflet de la vascularisation cérébrale), glomérule rénal, muscle cardiaque. Leur atteinte est un argument en faveur du traitement (*niveau de preuve faible*).

Dépister une étiologie : cela relève de l'interrogatoire bien conduit et de 2 examens (protéinurie et créatininémie). Rentabilité modeste, mais il permet à quelques patients d'éviter les désagréments d'un traitement médicamenteux prolongé inefficace.

Évaluer le RCV (selon diverses modalités³) : élevé, c'est une bonne indication aux traitements médicamenteux, même si la PA est elle-même peu élevée ; faible et sans atteinte des organes cibles, cela permet une simple surveillance de la PA. La définition des seuils de RCV élevé est aussi arbitraire que pour le cholestérol, notamment du fait du rôle prépondérant de l'âge, ce qui pourrait aboutir à traiter préférentiellement sinon exclusivement les plus âgés. Les essais de réflexion sur le long terme y répondent partiellement (*Bibliomed 523*). Faute d'outils simples, l'approche du praticien ne peut être qu'artisanale.

Que conclure pour notre pratique ?

Ces fondamentaux de l'une des situations les plus courantes en médecine générale constituent des repères solides pour la décision. Comme le soulignait F. Gueyffier, « *cette démarche fournit un socle pérenne sur lequel les nouvelles données scientifiques pourront naturellement s'intégrer ; elle offre intrinsèquement les éléments permettant d'ajuster la prise en charge à l'individu ; elle permet d'expliquer honnêtement à l'intéressé l'argumentaire des mesures proposées ; enfin elle est la seule façon raisonnable de s'extraire des conflits liés aux intérêts considérables en jeu* ».

L'HTA est aujourd'hui un facteur de RCV parmi d'autres. Toute décision relève d'une réflexion globale sur le risque individuel du patient concerné.

Individualiser le traitement : La notion d'accident athéromateux antérieur a des conséquences très simples (prévention secondaire) : le bénéfice important attendu (*niveau de preuve maximal*) justifie très largement la mise en œuvre d'un traitement multifactoriel (antithrombotiques et hypolipémiants en plus des anti-hypertenseurs). Une atteinte asymptomatique oriente plutôt vers des thérapeutiques à double impact symptomatique et pronostique, comme les β -bloquants ou les antagonistes calciques (*niveau de preuve maximal*).

Les objectifs du traitement médicamenteux

La réduction de risque est de l'ordre de 10% sur la mortalité totale à 5 ans, 15% sur la mortalité cardiovasculaire (*niveau de preuve maximal*). Il n'y a réellement urgence qu'en cas de niveau de RCV très élevé. Dans la majorité des cas, c'est par tâtonnements que le traitement final est adopté, fluctuant entre survenue d'intolérance et sentiment d'efficacité, les diurétiques restant champions toutes catégories sur les 2 critères bénéfice/risque et coûts.

Critiquer le dogme du contrôle tensionnel

Les données de la science suggèrent qu'une baisse de la PA systolique au-delà de 10 à 15 mmHg n'est pas associée à un bénéfice supplémentaire². L'intérêt d'un contrôle plus strict admis chez les diabétiques était le fait de conclusions erronées de l'étude HOT, alors qu'il y avait chez les non-diabétiques une tendance à une surmortalité cardiovasculaire globale sous traitement intensifié, et chez les fumeurs une surmortalité cardiovasculaire et totale significative. La prise en compte de mesures multiples, la poursuite d'un traitement bien toléré qui a fait baisser la PA de 15 mmHg restent les meilleures garanties d'efficacité à long terme.

Références

- 1- Mancia G et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens.* 2009; 27: 2121-58.
- 2- Gueyffier F. Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale. *Médecine.* 2006; 2: 118-22 et 163-8.
- 3- Gallois P et al. Risque cardiovasculaire « global » : intérêt et limites pour la décision médicale. *Médecine.* 2006; 2: 112-7.