

Mots clés :

ECG ;
Evaluation des
risques ;
Maladies cardio-
vasculaires
[Cardiovascular
diseases; ECG;
Risks Assess-
ment]

A quoi sert l'ECG « de routine » chez un patient hypertendu ?

Tous les *guidelines* actuels sur l'HTA, quelles que soient leur origine ou leur méthodologie, font du dépistage de l'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) l'un des critères essentiels de l'évaluation du risque cardiovasculaire (RCV)¹. De nombreuses études ont montré, notamment à partir du suivi de la cohorte de Framingham, que l'HVG multipliait le risque du patient hypertendu par 5 à 10, autant que s'il avait des antécédents d'infarctus du myocarde². Pour ce qui est de l'ECG (recommandé par tous) se posent donc les questions d'une part de son efficacité diagnostique et de ses limites, d'autre part de son intérêt pour le suivi sous traitement.

HVG et ECG

Tous les *guidelines* font référence à l'ECG pour le diagnostic de l'HVG lors de la découverte de l'HTA comme un outil prolongeant simplement l'examen clinique de 1^{ère} intention (sauf pour les Polonais)¹, débat très ancien pour ce qui concerne la médecine générale. L'HVG, que traduit une déviation axiale gauche ou un bloc de branche sur l'ECG de repos, a été associée à un RCV équivalent (#x1,5-1,6) dans les 15 études sélectionnées dans la méta-analyse de l'USPSTF³. Comme pour le risque coronaire, les auteurs concluaient que les implications cliniques de cet accroissement du risque n'étaient pas claires. Par ailleurs, une méta-analyse de 21 études (5608 patients atteints d'HTA primaire) concluait que les critères ECG retenus pour l'HVG *électrique* n'étaient pas suffisants pour exclure une HVG *clinique* (sensibilité moyenne de 0,10 à 0,21 selon les critères, spécificité de 0,89 à 0,99)². L'implication clinique immédiate est que l'ECG n'apporte pas beaucoup plus que l'évaluation habituelle des facteurs de risque. D'autres examens peuvent apporter des données utiles au choix thérapeutique pour certains patients à RCV faible à modéré. Chez les patients à RCV élevé, quels que soient les résultats de ces examens, l'essentiel est que les interventions nécessaires à une réduction du risque soient réalisées (tabac, dyslipidémie, poids, etc.)².

Echographie indispensable ?

Tous les *guidelines* actuels recommandent l'échographie en complément de l'ECG¹. Le principal obstacle est son coût (l'association ECG/Echo est facturée en France # 100€), mais une récente étude de modélisation à partir

de 2500 essais a montré que le ratio coût-efficacité par rapport à l'ECG seul en faisait une alternative crédible (dans le système de santé américain) : le surcoût immédiat évite une baisse de qualité de vie et une augmentation des coûts de traitement ultérieurs résultant d'un retard diagnostique⁴. Une 3^{ème} méthode d'évaluation de l'HVG, l'IRM, considérée comme *Gold Standard*, reste du domaine d'indications très spécifiques ou de la recherche clinique⁵.

HVG, un risque modifiable ?

La réduction de l'HVG a été chiffrée pour les antihypertenseurs dans une méta-analyseⁱⁿ⁵ : -13% (sartans), -11% (antagonistes calciques), -10% (IEC), -8% (diurétiques), -6% (β -bloqueurs). La plupart de ces patients ayant besoin d'une plurithérapie, le rôle de chaque médicament a sans doute peu d'importance, pourvu que soient réduits même modérément, les facteurs de RCV présents². L'étude *LIFE* a montré que chez ces patients, traiter l'HTA était associé à une réduction de la morbi-mortalité cardio-vasculaire, indépendamment de la pression artérielle obtenue ou du médicament utilisé. Dans une sous-cohorte où l'HVG était suivie par échocardiographie, les patients qui obtenaient une réduction plus importante de la masse ventriculaire sous traitement avaient des taux de morbidité et de mortalité toutes causes moindre, ce qui suggère que cette surveillance pourrait permettre d'ajuster le choix, les doses, ou les ajouts de médicament (hypothèse qui reste à vérifier)⁵. Il faut surtout retenir que le traitement de l'HTA et la régression de l'HVG ne vont pas systématiquement de pair.

Que conclure pour notre pratique ?

L'ECG recommandé en première intention et en suivi chez le patient atteint d'HTA garde pour le moment une indication « relative » pour le dépistage de l'HVG. Positif, des examens complémentaires s'imposent ; négatif, on peut conclure... à la même exigence si le RCV évalué incite à la prudence. On ne saurait mieux dire – comme le font tous les *guidelines* actuels – que la découverte et le suivi d'une HTA nécessite une évaluation couplée ECG/échographie.

Il est plus difficile de répondre au pourquoi et quand. Indiscutablement, l'HVG est un facteur aggravant du RCV. Le savoir lors de la découverte de l'HTA ne peut qu'inciter à traiter et prendre au sérieux les éventuelles remises en question du mode de vie (mais en quoi des examens sont-ils nécessaires ?). Le vérifier au fil de l'évolution (et à quel rythme ?) pour mieux ajuster le traitement reste à ce jour une simple hypothèse. **Examen clinique et prise en compte de chacun des facteurs du RCV restent les deux clés de la décision initiale et du suivi.**

Références

- 1- Al-Ansary LA et al. A Systematic Review of Recent Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis, Assessment and Management of Hypertension. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e53744.
- 2- Pewsner D et al. Accuracy of electrocardiography in diagnosis of left ventricular hypertrophy in arterial hypertension: systematic review. *BMJ*. 2007;335:711-20.
- 3- Chou R et al. Screening Asymptomatic Adults With Resting or Exercise Electrocardiography: A Review of the Evidence for the USPSTF. *Ann Intern Med*. 2011;155:375-85.
- 4- Leese PJ et al. Cost-Effectiveness of Electrocardiography vs Electrocardiography Plus Limited Echocardiography to Diagnose LVH in Young, Newly Identified, Hypertensives. *Am J Hypertens*. 2010;23:592-8.
- 5- Bauml MA et al. Left ventricular hypertrophy: An overlooked cardiovascular risk factor. *CCJM*. 2010;77:381-7.