

Mots clés :  
Hypertension  
artérielle ;  
Traitement  
médicamen-  
teux  
[Drug Treat-  
ment; Hyper-  
tension]

## Hypertension artérielle « légère » chez l'adulte : traiter ou pas ?

Depuis 30 ans, l'OMS, puis les différentes agences internationales, ont défini une HTA « légère » (stade 1) entre 140/90 et 159/99 mmHg, avec quelques variations selon la méthode de mesure (*Bibliomed* 712). Compromis arbitraire, de « précaution » : les données épidémiologiques montrent une relation linéaire, à partir de 115 mmHg de systolique (90% de la population sont au dessus), avec le risque cardio ou cérébrovasculaire, sous l'influence de multiples facteurs (*Bibliomed* 622). Parler de mode de vie *raisonné* ne concerne-t-il d'ailleurs que ces patients ? En revanche, la prescription médicamenteuse, par définition au très long terme, avec ses aléas d'observance et de iatrogénie, fait de plus en plus débat<sup>1</sup>. Une méta-analyse<sup>2</sup>, la mise à jour du *guideline* du NICE britannique sur l'HTA<sup>3</sup> et une revue *Cochrane*<sup>4</sup>, apportent des arguments utiles à la décision.

### Définition sous influence(s) ?

Hart, pionnier de la recherche sur l'HTA, a rappelé comment le seuil d'intervention de 160/100 admis vers 1970 est « passé » à 140/90 : en 1983, l'OMS a invité explicitement les experts à approuver cet abaissement au cours de colloques parrainés par l'industrie... En 1999, il en est résulté la « création » de 13 millions de nouveaux hypertendus pour les seuls USA. En 2003, commentant les directives européennes à ce sujet, Getz ironisait sur le fait que 50% de la population du comté de Trøndelag (Norvège) serait alors « à risque » dès l'âge de 24 ans, 90% à 49 ans, alors que l'espérance de vie à la naissance est en Norvège de 79 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes<sup>1</sup> !

### Préhypertension ?

En 2004, le JNC 7 américain a même défini une « préhypertension » (120-139/80-89) parfois à traiter, mais 9 des 10 membres du comité exécutif avaient des conflits d'intérêts<sup>1</sup>... Une méta-analyse, portant sur plus de 60 000 de ces patients « préhypertendus » a cependant montré chez ceux qui étaient atteints de maladie cardiovasculaire (CV) avérée l'efficacité du traitement par rapport au placebo sur la mortalité totale (RR 0,87) et différents événements CV mais pas sur la mortalité CV ou le risque d'infarctus. Ce n'était pas le cas chez les diabétiques et n'est à ce jour pas évalué en l'absence de facteurs de risque<sup>4</sup>.

### Sur quels arguments décider ?

Au terme d'une analyse exhaustive de la littérature, le NICE suggérait en 2011 de proposer un traitement antihypertenseur aux hypertendus âgés de moins de 80

### Que conclure pour notre pratique ?

**L'intrication actuelle des *guidelines* et du paiement à la performance poussent à surtraiter :** à partir de 150/90 dans le système britannique, 140/90 dans le système français, notamment chez des personnes sans comorbidité qui, selon la revue *Cochrane*, n'en tireront aucun avantage, mais peuvent être des inconvénients, y compris iatrogènes...

**L'un des relecteurs de cette revue soulignait qu'elle devrait nous inciter à nous recentrer radicalement sur ce qui est démontré,** c'est-à-dire la valeur préventive de l'exercice physique, de l'arrêt du tabac et d'une nutrition adaptée plutôt que sur l'atteinte artificielle, grâce au(x) médicament(s), d'une cible théorique qui n'a pas démontré son intérêt<sup>5</sup>. Mais il est vrai qu'il est beaucoup plus dénoncé les insuffisances de prescription que leurs excès et qu'il est plus facile de débiter un traitement que de l'arrêter...

ans seulement s'il existait un ou plusieurs des éléments suivants : atteinte d'un organe cible, maladie cardiovasculaire ou rénale avérée, diabète, ou risque cardiovasculaire à 10 ans évalué à au moins 20%<sup>3</sup>. Cependant, il n'y a encore là rien de radical, puisque la revue *Cochrane* n'a même pas exclu les patients présentant des facteurs de risque tels que le diabète. Les essais retenus ont probablement inclus des patients ayant des lésions des organes cible ou un risque cardiovasculaire à 10 ans excédant 20%, ces paramètres n'étant pas renseignés<sup>2</sup>.

### Y a-t-il sous ou surtraitement de l'HTA ?

La méta-analyse *Cochrane* remet en cause le bien fondé des *guidelines*<sup>4</sup>. Ses auteurs ont extrait les données individuelles de 8 912 participants sans antécédents de pathologie cardiovasculaire, traités pendant 4 à 5 ans dans 4 essais de prévention primaire : *Australian National Blood Pressure therapeutic trial in mild hypertension (ANBP)*, *Medical Research Council trial of mild hypertension (MRC)*, *Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)*, et *Veterans Affairs-National Heart Lung and Blood Institute (VANHLBI)*. Par rapport au placebo, il n'y a pas eu de réduction significative de la mortalité totale (RR 0,85 ; 0,63-1,15), de la survenue de maladies coronariennes (1,12 ; 0,80-1,57), AVC (0,51 ; 0,24-1,08) ou événements cardiovasculaires (0,97 ; 0,72-1,32). Les effets indésirables du traitement ont été cause de 9% d'abandons (RR 4,80 ; 4,14-5,57). Aucune donnée probante ne permet donc actuellement d'évaluer la balance bénéfique/risque du traitement dans cette population.

### Références

- 1- Heath I. Waste and Harm in the Treatment of Mild Hypertension. *JAMA Intern Med.* 2013;173:956-7.
- 2- Thompson AM et al. Antihypertensive Treatment and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease Events Among Persons Without Hypertension. A Meta-analysis. *JAMA.* 2011;305:913-22.
- 3- NICE. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. *Clinical Guideline* 127. August 2011.
- 4- Diao D et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(8):CD006742
- 5- Lenzer J. *Cochrane review finds no proved benefit in drug treatment for patients with mild hypertension.* *BMJ.* 2012;345:e5511