

## Faut-il dépister l'HTA chez l'enfant ou adolescent asymptomatique ?

Mots clés :  
Adolescent  
Enfant  
Hypertension  
artérielle  
Obésité  
[Adolescent;  
Child; Hyper-  
tension ;  
Obesity]

La mesure de la pression artérielle (PA) au cours de visites de routine ou à l'occasion de soins permet d'identifier des enfants ou adolescents dont l'hypertension artérielle (HTA) serait passée inaperçue parce que le plus souvent asymptomatique. Ce diagnostic à un stade précoce pourrait permettre de réduire cette HTA et donc diminuer le taux de progression vers l'HTA de l'adulte. Mais cette hypothèse est-elle confirmée ? Est-ce sans inconvénients ? Une récente revue systématique de l'agence américaine AHRQ conclut que les données sont insuffisantes pour évaluer la balance bénéfiques/risques d'un tel dépistage<sup>1,2</sup>. Cet avis est partagé par les *American Academies* de médecine de famille ou de pédiatrie, tandis que d'autres sociétés recommandent un dépistage à partir de l'âge de 3 ans (*American Heart Association, NHBLI, etc.*). Sur quels arguments ?

### HTA chez l'enfant/adolescent asymptomatique

On ne connaît pas la prévalence réelle de l'HTA chez les enfants asymptomatiques en milieu ambulatoire : la plupart des données viennent de services de pédiatrie, HTA primaire après dépistage, HTA secondaire chez des enfants suivis par exemple pour des maladies rénales ou rénovasculaires ; il y apparaît que la prévalence de l'hypertension secondaire varie inversement avec l'âge : 70 à 85% chez les plus jeunes, 5% environ chez les adolescents<sup>1</sup>. En ambulatoire, une cohorte (près de 200 000 enfants de 3 à 17 ans) de la *Kaiser Permanente* a montré que la prévalence de l'HTA chez l'enfant est sans doute surestimée : 5% étaient hypertendus à la 1<sup>ère</sup> visite, 3,8% après répétition des mesures<sup>3</sup>.

### Facteurs de risque de l'HTA de l'enfant

De nombreuses études épidémiologiques montrent une association entre HTA et IMC élevé, dont 2 vastes études en soins primaires incluant chacune près de 60 000 enfants<sup>in1</sup> : la prévalence de l'HTA systolique chez les enfants de poids normal était 4,8 à 6,5% mais 2 à 3 fois plus fréquente chez les enfants en surpoids, dès le plus jeune âge. Dans une autre étude chez plus de 5000 adolescents, la prévalence de l'HTA passait de 2% (IMC ≤ 5<sup>ème</sup> percentile) à 11% (IMC > 95<sup>ème</sup> percentile). Des facteurs raciaux interviennent également (HTA hispaniques > HTA blancs ou noirs). Les données sont contradictoires quant au rôle de l'HTA d'un ou des parents. Plusieurs études ont par ailleurs montré l'effet protecteur de l'allaitement maternel après ajustement pour les facteurs confondants.

### Que conclure pour notre pratique ?

**L'histoire naturelle de l'HTA primaire de l'enfant/adolescent asymptomatique est mal connue.** Le nombre de faux positifs semble particulièrement élevé. Certaines HTA régressent spontanément, d'autres non. Il n'y a pas de preuves consistantes qu'il existe une relation entre l'HTA de l'enfant et d'éventuelles conséquences à l'âge adulte<sup>1,2</sup>.

**Le traitement classique de l'HTA – non médicamenteux ou associé à des antihypertenseurs – est efficace à court terme chez l'enfant, avec peu d'effets secondaires graves.** Mais la plupart des études ne montrent aucune réduction durable de la pression artérielle ou une modification du pronostic ultérieur<sup>1,2</sup>. La balance bénéfiques/risques de la prise de PA systématique chez l'enfant asymptomatique reste inconnue à ce jour.

### L'enfant hypertendu sera-t-il adulte hypertendu ?

Aucune étude ne montre que la mesure systématique de la PA identifie les enfants et adolescents à risque accru d'HTA ou de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Ces jeunes hypertendus sont certes plus susceptibles d'être des hypertendus adultes, mais la valeur prédictive de leur HTA est au mieux modeste (65%) et varie largement (19 à 65%)<sup>1,2</sup>. Les données de quelques études longitudinales sur une éventuelle atteinte plus précoce des organes-cibles cardiovasculaires chez l'adulte sont limitées et contradictoires. Selon les données récentes d'une étude longitudinale américaine (plus de 2000 hommes et femmes), les probabilités d'être hypertendus à 35 ans des garçons de 15 ans ayant des systoliques de 15 et 30 mmHg au-dessus de la moyenne de 90 mmHg, sont respectivement de 0,18 et 0,33 ; et de 0,04 et 0,08 seulement pour les filles<sup>4</sup>.

### Quels seraient les inconvénients du dépistage ?

Une seule petite étude prospective comparative (85 enfants canadiens hypertendus vs 85 témoins) répond à cette question : pas de changement significatif du taux d'absentéisme scolaire dans l'année qui suit le diagnostic, ni comparativement au groupe témoin ; pas d'anxiété particulière liée à un étiquetage « HTA » ou autre effet indésirable associé au dépistage<sup>1,2</sup>. Aucune étude ne montre d'inconvénients sévères d'un éventuel traitement.

### Quand faire un éventuel dépistage ?

De simples avis d'experts proposent de débiter ce dépistage à 3 ans et de le répéter annuellement.

#### Références

- 1- Thompson M et al. Screening for Hypertension in Children and Adolescents to Prevent Cardiovascular Disease: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. February 2013.
- 2- Moyer V. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Screening for Primary Hypertension in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2013;132:907.
- 3- Koenig C et al. The Prevalence of Primary Pediatric Prehypertension and Hypertension in a Real-World Managed Care System. *J Clin Hypertens*. 2013;15:784-92.
- 4- Carrico RJ et al. The predictive value of childhood blood pressure values for adult elevated blood pressure. *Open J Pediatr*. 2013;3:116-26.