

Hypertension artérielle et diabète de type 2 : prudence et retenue !

Mots clés :
Diabète de type 2 ; Hypertension artérielle ; [Diabetes Mellitus, type 2 ; Hypertension]

La définition d'une hypertension artérielle (HTA) « légère » entre 140/90 et 159/99 de pression artérielle (PA) pose de nombreuses questions (*Bibliomed* 714). Tous les *guidelines* actuels incitent à la traiter, encore plus « agressivement » lorsqu'il s'agit de patients atteints de diabète de type 2 : ils recommandent ces dernières années pour la PA une cible thérapeutique inférieure à 130/80 mmHg. Cet objectif permet-il de réduire la mortalité et la morbidité chez ces patients ? Deux méta-analyses des essais randomisés sur ce sujet^{1,2} affirment l'inverse, montrant la dangerosité de cette option. Le suivi prospectif d'une vaste cohorte³ suggère que dans cette situation, l'association du risque coronarien à la PA suit une courbe en U qui invalide le traditionnel « plus bas, c'est mieux ».

Est-il utile de viser une PA basse ?

Les auteurs de la *Cochrane* ont sélectionné les 5 essais contrôlés (7314 participants, suivi moyen 4,5 ans) comparant la mortalité totale et les événements indésirables graves avec un traitement intensif vs standard¹. Dans *ACCORD* (2010, 4734 participants), le groupe intensif atteignait une PA moyenne de 119,3/64,4, le groupe standard 133,5/70,5 ($p < 0,0001$) : bénéfice pour une PA < 120 *significatif pour les AVC* (réduction du risque absolu de 1,1% ; RR 0,58 ; 0,39-0,88 ; $p = 0,009$) ; *non significatif pour la mortalité* (RR 1,05 ; 0,84-1,30). Les 4 autres essais (*ABCD-H* [1998], *ABCD-N* [2002], *ABCD-2V* [2006] et un sous-groupe de *HOT* [1998], au total 2580 participants) comparaient groupe intensif (128/76) vs groupe standard (135/83), $p < 0,0001$. Il y avait tendance à la réduction de la mortalité totale dans le groupe intensif (RR 0,73 ; 0,53-1,01), surtout liée à une *tendance à la baisse de la mortalité non cardiovasculaire*, mais *non significative pour les AVC* (RR 0,67 ; 0,42-1,05), *l'infarctus du myocarde* (RR 0,95 ; 0,64-1,40), *l'insuffisance cardiaque congestive* (RR 1,06 ; 0,58-1,92). La comparaison PAD < 80 vs < 90 mmHg donnait les mêmes résultats. Les auteurs concluaient à une faible qualité de preuves en raison d'un risque élevé de biais de diverses natures. Ces résultats étaient, à quelques minimes écarts de chiffres près, sur la base des mêmes études, ceux de la méta-analyse réalisée l'année précédente par des auteurs canadiens². Au total, à ce jour, ni les méta-analyses d'essais randomisés ni les études prospectives antérieures ne permettent d'affirmer qu'atteindre un objectif de PA basse diminue le risque cardiovasculaire des patients diabétiques³.

Que conclure pour notre pratique ?

Aucune donnée scientifique solide ne justifie actuellement de tenter d'obtenir une PA inférieure aux cibles standards (140/90 est une base de discussion) chez un diabétique de type 2. Plus encore, les graves dangers d'une décision d'intensification thérapeutique devraient fortement retenir les prescripteurs, malgré les consensus d'experts actuellement admis.

L'hypertension n'est que l'un des facteurs de risque modifiables chez ces patients. Ce constat implique une approche globale du mode de vie – tabagisme, nutrition et activité physique – et non une focalisation monofactorielle sur la seule PA. Cette approche globale, dans le cadre d'une éducation thérapeutique personnalisée, est le meilleur, actuellement le seul, « *service médical* » à rendre à la population croissante de nos patients diabétiques.

Est-il dangereux de viser une PA basse ?

Selon la *Cochrane*¹, tenter d'atteindre l'objectif bas de PA était associé à une augmentation significative du nombre des effets indésirables graves : RR 2,58 ; 1,70-3,91 ($p < 0,00001$), soit une augmentation du risque absolu de 2%, aucun des essais ne signalant cependant d'insuffisance rénale terminale ni la totalité des événements indésirables graves. La méta-analyse canadienne² précise que ces effets graves, nécessitant une hospitalisation, menaçant la vie ou entraînant une incapacité permanente, plus fréquents dans le groupe intensif (3,3% vs 1,7% ; $p < 0,001$) étaient principalement : hypotension (0,7% vs 0,04%), bradycardie ou arythmie (0,5% vs 0,13%) et hyperkaliémie (0,4% vs 0,04%), mais aussi : hypokaliémies, augmentation de la créatinine sérique et baisse du débit de filtration glomérulaire, ce qui confirme des données antérieures.

La courbe en U du risque coronarien

La cohorte américaine (17 536 afro-américains, 12 618 blancs atteints de diabète de type 2) a été suivie entre 2000 et 2009⁴. Il y a eu 7 260 cas coronariens incidents. Les *hazard ratio* de risque ajusté selon le niveau initial de PA (<110 /65, 110-119/ 65-69, 120-129/ 70-80, 140-159/ 90-100, >160/100) étaient respectivement, par rapport au groupe de référence (130-139/80-90) de 1,73, 1,16, 1,04, 1,06, et 1,11 ($p < 0,001$) pour les afro-américains, et 1,60, 1,27, 1,08, 0,95 et 0,99 ($p < 0,001$) pour les blancs. Il y a donc association selon un en courbe en U entre la PA de base (ainsi qu'au cours du suivi) avec le risque coronarien, aggravée par l'avancée en âge (au-delà de 60 ans) : viser une PA à 120/70 mmHg est associé à une augmentation du risque coronarien de ces patients⁴.

Références

- 1- Arguedas JA et al. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10.
- 2- McBrien K et al. Intensive and Standard Blood Pressure Targets in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Systematic Review and Meta-analysis*. *Arch Intern Med*. 2012;172(17):1296-1303.
- 3- Sarafadis PA et al. Use of a Single Target Blood Pressure Level in Type 2 Diabetes Mellitus for All Cardiovascular Risk Reduction. *Arch Intern Med*. 2012;172:1304-5.
- 4- Zhao W et al. Aggressive Blood Pressure Control Increases Coronary Heart Disease Risk Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 2013;DOI: 10.2337/dc13-0189.