

Mardi 12 janvier 2021

Hôpital cantonal de Genève

Flash : pression artérielle et démence

Dre Belén Ponte

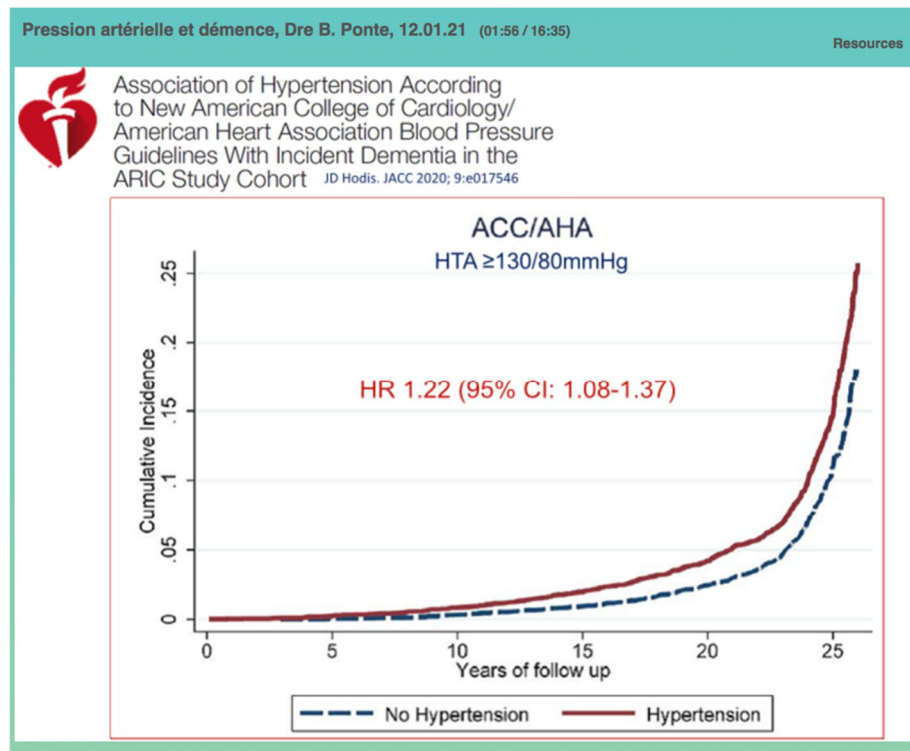
Médecin adjointe agrégée, Service de néphrologie et hypertension, HUG

L'hypertension artérielle devrait concerner en 2025 1.6 milliards d'individus dans le monde, et sera responsable alors de plus de 10 millions de décès annuels. Son traitement est efficace et conduit, notamment, à une réduction de 27% du risque d'AVC.

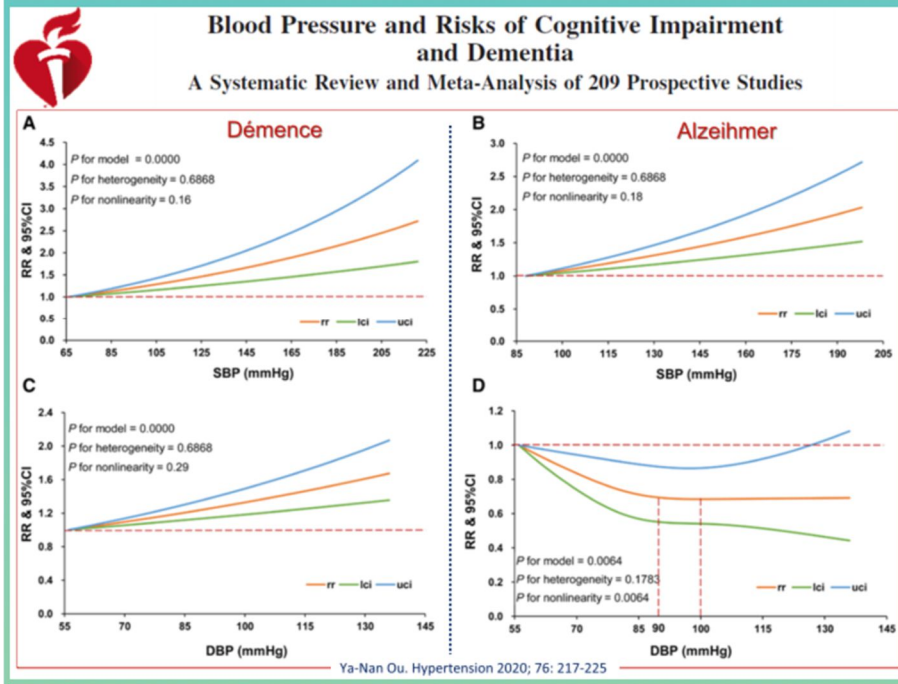
La démence concerne 45 millions d'individus, avec des possibilités de traitement très limitées.

Comme celle de l'hypertension, la prévalence de la démence augmente avec l'âge.

La recherche d'une relation causale entre ces deux maladies a fait l'objet de nombreux travaux, qui, globalement, suggèrent qu'elle existe. Citons, par exemple, l'étude de cohorte récente ARIC qui démontre une augmentation du risque de démence de 22% chez les hypertendus.



Dans sa revue systématique récente, cet auteur chinois démontre que la relation entre hypertension et démence est clairement linéaire, chaque incrément supplémentaire de pression systolique ou diastolique augmentant le risque de démence. Par contre, la relation causale entre hypertension et Alzheimer est plus complexe, puisque l'hypertension systolique est la seule à représenter un facteur de risque. Ce résultat est néanmoins important, car il démontre que la relation hypertension-démence n'est pas limitée aux seules démences vasculaires.



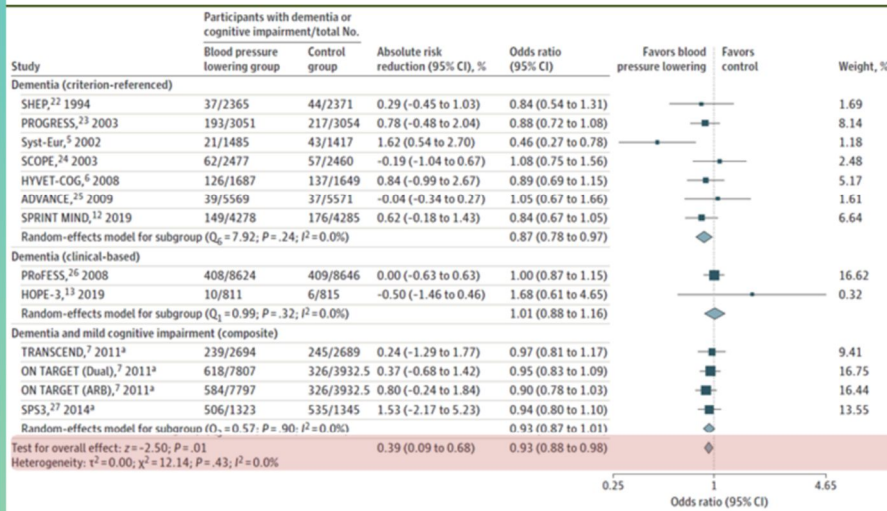
Il semble donc clair que l'hypertension augmente le risque de démence, et que cela concerne aussi leurs formes dégénératives.

Il reste maintenant à démontrer que le traitement de l'hypertension est capable de réduire ce risque.

L'étude que j'ai été invitée à commenter, parue dans le JAMA l'année dernière, tente de répondre à cette question. Il s'agit d'une revue systématique avec méta-analyse, d'excellente facture technique selon les directives PRISMA (Hugues D, Judge C, Murphy R et al, Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment, JAMA 2020;323:1934).

Les auteurs n'ont retenu que des études randomisées (traitement antihypertenseur vs placebo), de plus de 1000 patients, avec suivi de plus d'un an et exclusion des patients avec démence ou troubles cognitifs au début de l'étude. Les événements primaires recherchés étaient les cas d'apparition de démence et/ou de troubles cognitifs. Les événements secondaires recherchés étaient le déclin cognitif, apprécié par la détérioration du score d'un test de type MMSE. Ils ont analysé 14 RCT, regroupant 96'158 patients, d'âge moyen $69 \pm 5.4a$, avec 42% de femmes. Le suivi moyen était de 49 mois.

Baisse PA vs Démence/Trouble cognitif



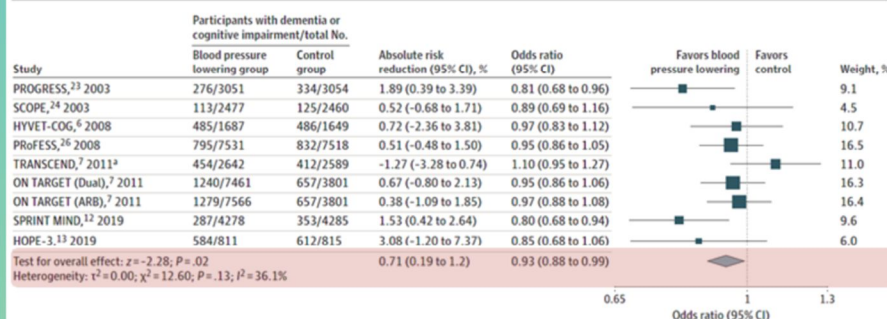
PA traitement vs control: démence/tr 7% vs 7.5% OR 0.93 (95%CI: 0.88- 0.98)

Pour l'outcome primaire, soit l'apparition de nouveaux cas de démences/troubles cognitifs, la réduction du risque chez les patients traités par des antihypertenseurs était globalement plutôt modeste (réduction de 7%) mais significative (intervalle de confiance à 95% 0.88-0.98). Il est à relever que cette réduction de risque est beaucoup plus basse que la réduction de risque observée pour les AVC.

Baisse PA vs Déclin cognitif

8 RCT: n= 67 576 ; suivi moyen 4.1 an

Figure 3. Association of Blood Pressure Lowering and Cognitive Decline



PA traitement vs control: déclin cognitif 20% vs 21.1% OR 0.93 (0.88- 0.99)

Pas de modification tests cognitifs

En ce qui concerne l'outcome secondaire, soit l'effet du traitement antihypertenseurs sur le déclin cognitif, 8 études ont été retenues regroupant 67'000 patients. Ici aussi, on retrouve un effet favorable pour les patients traités, effet également assez modeste (réduction de 7%), juste significatif (intervalle de confiance à 95% 0.88-0.99). Par contre, aucun effet du traitement antihypertenseurs sur l'évolution du résultat des tests cognitifs n'a pu être démontré.

Que peut-on conclure à la suite des auteurs de cette étude :

1. Administrer un traitement antihypertenseur à un patient hypertendu réduira son risque de développer ultérieurement une démence ou des troubles cognitifs.
2. Cet effet est certes assez modeste (- 7%), mais il peut être très important au niveau populationnel vu l'incidence très élevés des troubles neurocognitifs à l'âge avancé et la sévérité de leurs répercussions socio-économique.
3. L'étude ne permet pas de déterminer le rôle de l'âge au moment de la première prescription d'antihypertenseurs, mais des études spécifiques restent nécessaires pour répondre à cette question.

Compte-rendu de la Dre Besa Zenelaj
besazenelaj@gmail.com

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch