

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 2 février 2016

Hôpital cantonal de Genève

Traitement de l'hypertension artérielle : more is more ?

Prof. A. Péchère

Le papier c'est « A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control : The SPRINT Research Group », N Engl J Med 2015; 373:2103-2116.

C'est à propos de « quelle est la meilleure cible à atteindre en ce qui concerne le traitement de l'HTA (hypertension artérielle) ? »



Un petit rappel historique à propos des crises hypertensives et de leurs conséquences (N Engl J Med. 1995 Apr 13;332(15):1029-30. Hypertensive crisis since FDR--a partial victory. [Calhoun DA](#), [Oparil S.](#)), en particulier de l'AVC hémorragique consécutif à une crise hypertensive qui emporta Franklin Delano Roosevelt à l'âge de 63 ans.

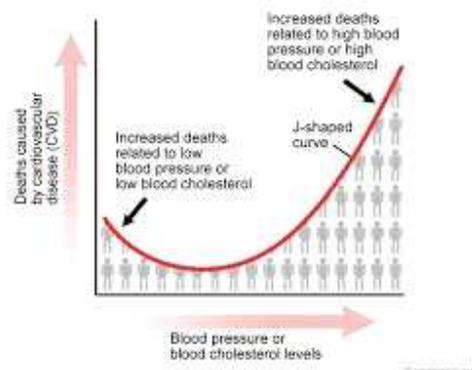


(3 copains en vacances en Crimée.....)

A l'époque, non seulement le lien n'était pas clair entre la survenue d'un AVC et une HTA, mais en plus il n'y avait aucun traitement à disposition.

Depuis lors, les études cliniques ont permis de montrer qu'il y avait un bénéfice prouvé à baisser la TA en dessous de 150 mmHg avec une diminution de 42% de la survenue des AVC.

Les données étaient parfois contradictoires pour des valeurs inférieures, rendant la cible idéale incertaine...l'existence d'une courbe en J...avait même été évoquée lorsque la tension (ou le cholestérol) descendait trop bas...(pour ce qui est du cholestérol en tout cas...jusqu'à maintenant c'est « the lower the better »)



Il y a eu l'étude Accord : « Effects of Intensive Blood-Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus, The ACCORD Study Group, N Engl J Med 2010; 362:1575-1585 » qui a montré que, chez les diabétiques de type II, **il n'était pas préférable** de viser une TA de 120mmHg au lieu de 140mmHg.

Et maintenant, il y a l'étude SPRINT citée au début, qui regarde chez les non diabétiques, à risque cardiovasculaire élevé, quelle est la meilleure cible ...120mmHg (traitement intensif) ou 140mmHg (traitement standard).

L'endpoint composite rassemblait un infarctus, un syndrome coronarien, un AVC, une insuffisance cardiaque ou un décès d'origine cardiovasculaire...

2 groupes de plus de 4500 patients, 36% de femmes...randomisation pour ttt intensif (2.8 médicaments; TA obtenue 121mmHg) versus traitement standard (1.8 médicaments; TA obtenue 136mmHg)...

Les effets indésirables sont à peu près comparables dans les 2 groupes même si un peu plus d'hypotension, de syncopes et d'insuffisance rénale aiguë se révèlent dans le groupe intensif...

Mais l'étude a dû être interrompue après un peu plus de 3 ans car il y avait trop d'avantages à recevoir le traitement intensif par rapport au traitement standard.

Soit 1.65% d'endpoint composite dans le groupe intensif versus 2.19%, et un « hazard ratio » de 0.75 dans le groupe intensif par rapport au groupe standard. Idem pour la mortalité cardiovasculaire.

Donc chez le non diabétique à haut risque cardiovasculaire, c'est-à-dire âge > 75 ans ou > 50 ans avec maladie cardiovasculaire subclinique, risque Framingham > 15%, où la clearance se situe entre 20 et 59ml/, c'est mieux de cibler 120mmHg que 140mmHg.....Et le NNT serait de 61...

Pour les diabétiques, ou les néphropathes avancés, où un risque cardiovasculaire est faible...on reste dans l'incertitude...entre 120 et 140mmHg...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch