

Quel intérêt de classifier l'HTA selon le niveau des chiffres tensionnels ?

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire prépondérant puisqu'il concerne environ 10 millions de sujets en France et une consultation sur cinq en médecine ambulatoire. On estime que 20 % de la population adulte mondiale est hypertendue. L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant, quantitatif et réversible. La causalité de la relation hypertension artérielle/complications cardiovasculaires est admise par tous les experts. Pourtant, seule une minorité de patients hypertendus est à la fois dépistée et traitée avec contrôle des chiffres de pression artérielle.

La question de l'intérêt d'une classification de l'HTA est donc (aussi) une question "d'opérationnalité" et de pragmatisme.

►►► **Le premier cas de figure**, le plus rare, correspond à la situation où le traitement anti-hypertenseur s'avère être urgent. C'est le cas par exemple de l'HTA maligne, de l'urgence hypertensive avec retentissement viscéral

(insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...), ou encore de la prééclampsie. Dans ces situations, bien entendu, le niveau des chiffres tensionnels avant traitement prend toute son importance, en participant à la définition de la maladie (HTA maligne) ou en déterminant l'objectif tensionnel (HTA à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral).

►►► **Dans toutes les autres situations**, on peut se poser la question de savoir si le niveau des chiffres tensionnels devrait participer à nos décisions thérapeutiques. Deux visions peuvent être opposées :

- La stratégie française ou européenne proposant la prise en considération du niveau tensionnel et des différents facteurs de risque cardiovasculaire associés, à savoir l'âge, le tabagisme, les antécédents familiaux coronaires, le diabète et la dyslipidémie pour guider la prise en charge thérapeutique. Concernant le calcul du risque cardiovasculaire des hypertendus, les experts à l'origine de ces dernières recommandations n'ont



S. TAPIERO, Y. EL BEZE, J. BLACHER
Unité Hypertension Artérielle, Prévention et
Thérapeutique Cardiovasculaires,
Centre de Diagnostic et de Thérapeutique,
Hôtel-Dieu, PARIS.

pas souhaité recommander une généralisation de l'estimation par modélisation mathématique, notamment parce qu'aucun essai thérapeutique de morbi-mortalité cardiovasculaire n'a, à ce jour, validé cette approche et parce que les données nécessaires à son calcul sont parfois (voire souvent) absentes en pratique courante. L'approche par sommation des facteurs de risque a donc été retenue. Ainsi, les patients sont classés en risque faible, moyen et élevé, et, en fonction de ce niveau de risque, sont proposées différentes stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non pharmacologiques en termes de délai de mise en œuvre et de réévaluations de l'efficacité des traitements. En clair, il est recommandé de débiter par des mesures hygiéno-diététiques seules si le niveau de risque est faible, ou alors de traiter précocement avec un suivi plus étroit si le risque est élevé.

- Les experts américains préconisent, eux, une attitude différente, à savoir qu'ils ne considèrent que le niveau de pression artérielle comme seul argument pour la décision thérapeutique : au-delà de 140/90, il y a lieu d'instaurer un traitement, en deçà, il n'existe pas d'indication à la mise en route d'un traitement pharmacologique, mais une nécessité d'insister sur les

Facteurs de risque cardiovasculaire pour estimer le risque cardiovasculaire global

- Age > 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme.
- Tabagisme.
- Antécédents familiaux d'accidents cardiovasculaires précoces :
 - IDM ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin,
 - IDM ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin.
- Diabète.
- Dyslipidémie (LDL > 1,6 g/L ou HDL < 0,4 g/L).

- Chez tout hypertendu, l'objectif est d'obtenir une PA < 140/90 mmHg (130/80 si diabétique ou néphropathe).
- Le niveau tensionnel participe à l'évaluation du risque cardiovasculaire individuel de l'hypertendu, au même titre que les autres facteurs de risque cardiovasculaire.
- L'hypertendu léger à modéré peut être à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé.
- L'instauration d'un traitement anti-hypertenseur correspond à un bénéfice cardiovasculaire chez l'hypertendu quel que soit son niveau tensionnel.

mesures non médicamenteuses en cas de préhypertension.

Le clinicien devrait-il avoir des comportements différents selon qu'il se trouve de part et d'autre de l'océan Atlantique ?

Tout d'abord, notons qu'en matière d'objectifs tensionnels, les différentes recommandations se rejoignent : une HTA traitée est considérée comme contrôlée si PAS < 140 mmHg et PAD < 90 mmHg chez le patient non diabétique et non néphropathe (PA < 130/80

Stratification du risque cardiovasculaire de l'hypertendu (recommandations françaises et européennes)			
	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA ≥ 180/110
0 FDR associée	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FDR associée	Risque moyen	Risque moyen	Risque élevé
≥ 3 FDR et/ou diabète	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé
Maladie cardiovasculaire/rénale	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

chez ces derniers). Cette recommandation sera d'ailleurs probablement appelée à évoluer, vu le faible niveau de preuve la sous-tendant.

La recommandation américaine est probablement plus simple, volontairement à visée pragmatique et opérationnelle. Le concept sous-tendant la recommandation française est bien entendu celui de prise en charge globale, ayant l'ambition de modifier de façon radicale nos comportements en nous enseignant que l'hypertendu est avant tout un patient à risque cardiovasculaire élevé, et que les thérapeutiques à considérer ne sont pas toutes à visées antihypertensives. La réduction du risque coronaire de l'hypertendu sera, par exemple, plus fortement attribuable à l'aspirine ou à la statine, ou encore à l'arrêt du tabac qu'à

la mise en place d'un traitement anti-hypertenseur même efficace. ■

Bibliographie

1. HAS, Haute Autorité de Santé : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. 2005, Haute Autorité de Santé.
2. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*, 2003 ; 21 : 1011-53.
3. CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JL JR, JONES DW, MATERSON BJ, OPARIL S, WRIGHT JT JR, ROCCELLA EJ. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure ; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure : the JNC 7 report. *JAMA*, 2003 ; 289 : 2560-72.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt.