

REPÈRES PRATIQUES

Hypertension artérielle

L'HTA masquée : faut-il la traiter ?



→ J. AMAR
Pôle
Cardiovasculaire
et Métabolique,
CHU, Toulouse.

Les hypertendus masqués sont des patients ayant une pression artérielle en consultation inférieure à 140/90 mmHg et des pressions artérielles d'activité supérieures ou égales à 135/85 mmHg en référence à un relevé d'automesure effectuée de façon standardisée.

Incidence et prévalence

Au sein d'un groupe de patients normotendus en référence à la pression de consultation et l'automesure, l'incidence de l'HTA masquée a été mesurée à 11 % avec un suivi de 8 ans. La prévalence est très variable selon la population étudiée. Dans l'étude SHEAF conduite en France par Guillaume Bobrie chez des hypertendus âgés de plus de 60 ans reçus en médecine générale, 9 % des patients traités avaient une HTA masquée.

Facteur de risque cardiovasculaire

Les sujets présentant une HTA masquée ont un profil de facteurs de risque éloigné des normotendus. Leur pression artérielle systolique de consultation est volontiers supérieur à 130 mmHg, leur index de masse corporelle est plus

élevée, ils sont plus fréquemment fumeurs ou consommateurs d'alcool et ont plus souvent une glycémie à jeun élevée ou une dyslipidémie.

Risque cardiovasculaire attaché à l'HTA masquée

Dans la population de l'étude SHEAF, les hypertendus ayant une HTA masquée étaient plus souvent en prévention secondaire de maladie coronaire (13,4 % vs 12,7 %) ou d'AVC (6,8 % vs 3,8 %) comparés aux patients ayant une HTA contrôlée. Dans cette étude, au cours du suivi (3 ans), le taux d'événements cardiovasculaires des hypertendus masqués était supérieur à celui des hypertendus non contrôlés à la fois en consultation et au domicile et était le double de celui des hypertendus contrôlés. Des résultats très voisins ont été observés dans une population italienne suivie par mesure ambulatoire de la pression artérielle. **Après ajustement, le risque relatif d'événements était de 2,28 (IC 95 % : 1,1-4,7) chez les sujets présentant une HTA masquée en référence à des hypertendus contrôlés.**

Faut-il traiter l'HTA masquée ?

1. Faut-il traiter les normotendus ayant une HTA selon les données de la pression au domicile ?

● Les recommandations

Le champ d'application des recommandations françaises se limite aux patients hypertendus et de fait, elles ne répondent pas à cette question.

● Les niveaux de preuve

On ne dispose pas d'étude d'intervention spécifiquement dédiée pour évaluer l'intérêt d'un traitement antihypertenseur chez des patients normotendus affectés d'une HTA masquée. L'application systématique d'un traitement anti-

hypertenseur à des patients indépendamment du statut tensionnel de consultation a été souvent testée et permet d'envisager très indirectement la question.

Chez les patients coronariens, on dispose d'études conduites avec les IEC ou avec les inhibiteurs calciques. Concernant les IEC, dans les études ayant exclu les patients coronariens avec dysfonction systolique ventriculaire gauche, il n'a pas été observé de bénéfice à l'administration d'un IEC comparé au placebo (cf. les études QUIET, EUROPA et CAMELOT). Il est à noter que les patients inclus dans l'étude PEACE avaient des pressions artérielles à l'inclusion voisines de 135/80 mmHg, c'est-à-dire dans l'intervalle où l'on recrute volontiers des hypertensions masquées. Concernant les inhibiteurs calciques, il n'a pas été observé de bénéfice au-delà de leur effet antiangineux à une prescription systématique indépendamment du statut tensionnel (cf. les études ACTION et CAMELOT).

Chez les patients diabétiques, l'étude ADVANCE a montré l'intérêt, en particulier sur le pronostic rénal, de l'ajout systématique d'une combinaison d'inhibiteur d'enzyme de conversion et de diurétique indépendamment du statut d'hypertendu.

En post-accident vasculaire cérébral, les données sont d'interprétation délicate. On dispose en fait de trois essais randomisés, l'étude PROGRESS qui est une étude "gigogne" avec deux sous-études autonomes et l'étude PROFESS. Ces deux études incluaient des patients en post-AVC, indépendamment de la présence d'une hypertension artérielle. Dans l'étude PROGRESS, ils étaient orientés par l'investigateur, selon des critères dont il n'avait pas à rendre compte, soit vers une monothérapie par IEC, soit vers une bithérapie associant IEC et diurétique. A partir de là, les patients étaient tirés au sort en référence au choix de l'investigateur vers l'IEC ou le placebo ou bien vers la combinaison IEC + diurétique et son placebo. Les patients choisis pour la bithérapie et tirés au sort pour recevoir le traitement actif ont expérimenté une baisse ample de la pression artérielle de l'ordre de 12 mmHg et en parallèle une réduction très significative du risque de récurrence d'AVC de 47 %. Les patients choisis pour la monothérapie et tirés au sort pour recevoir le traitement actif par IEC ont eu une réduction modeste de la pression artérielle de l'ordre de 4 mmHg et n'ont pas vu leur risque de récurrence d'AVC se réduire significativement.

Qu'est-ce qui a fait le succès de PROGRESS bithérapie? La sélection des patients par les investigateurs: comme on

pouvait s'y attendre, la pression artérielle était plus haute à l'inclusion chez les patients orientés vers la bithérapie, la combinaison IEC et diurétique ou l'amplitude de la baisse de la pression artérielle? Il est impossible de trancher. Cependant, l'étude PROFESS nous donne une piste. En effet, en accord avec les données de PROGRESS monothérapie, les patients en post-AVC placés sous sarten seul expérimentaient une baisse de pression artérielle modeste de 4 mmHg et en parallèle ne voyaient pas leur risque de récurrence diminuer de façon significative. Aussi, dans cette population en post-AVC, une baisse ample de la pression artérielle chez des patients hypertendus pourrait s'avérer nécessaire pour réduire le risque de récurrence.

Au terme de cette brève revue de la littérature, en l'absence d'étude d'intervention dédiée, il n'y a manifestement pas assez de preuves pour réclamer un dépistage systématique et un traitement de l'HTA masquée chez des normotendus même à haut risque.

2. Faut-il traiter les hypertendus masqués parmi les hypertendus contrôlés en consultation ?

Les recommandations HAS 2005 proposent de guider le traitement sur les données de l'automesure ou de la MAPA. De fait, elles orientent vers une prise en charge des hypertendus traités ayant une hypertension artérielle masquée.

Les niveaux de preuve sur lesquels s'appuient cette recommandation se limitent pour l'essentiel aux études d'obser-

Indications automesure et MAPA

Avant de débiter un traitement :

- Si PA entre 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, d'antécédent cardio- ou cérébro-vasculaire, de diabète ou d'insuffisance rénale.
- Chez le sujet âgé (après s'être assuré de sa faisabilité).

A tout moment de la prise en charge :

- En cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique.

Indications plus spécifique à la MAPA :

- Evaluer le mode de variation de la PA nocturne.
- Rechercher une variabilité inhabituelle de la PA.
- Dans le cadre où l'automesure n'est pas réalisable.

| | |
|----------------|-------------|
| Automesure | 135/85 mmHg |
| MAPA réveil | 135/85 mmHg |
| MAPA sommeil | 120/70 mmHg |
| MAPA 24 heures | 130/80 mmHg |

Seuils de pression artérielle définissant les mesures hors cabinet médical (moyenne des mesures)

REPÈRES PRATIQUES

Hypertension artérielle

vation montrant de façon convaincante la valeur pronostique de ces alternatives à la pression de consultation.

Conclusion

Il faut dépister l'hypertension masquée et intensifier la prise en charge chez les hypertendus traités. Ce dépistage n'est pas à étendre aux sujets indemnes d'hypertension artérielle. Pour conforter ces positions, il nous faut des études d'intervention comparant directement l'impact sur le pronostic d'un traitement guidé sur les données de la MAPA ou de l'automesure à une prise en charge traditionnelle orientée par la pression de consultation.

Bibliographie

1. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle – Actualisation 2005 www.has-sante.fr/
2. BOBRIE G, CHATELLIER G, GENES N *et al.* Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA*, 2004; 291: 1342-1349.
3. MALLION JM, CLERSON P, BOBRIE G *et al.* Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. *J Hypertens*, 2006; 24: 2365-2370.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Crestor : des preuves de morbi-mortalité reconnues

Avec l'étude JUPITER, la rosuvastatine (Crestor) acquiert des preuves de morbi-mortalité permettant de proposer ce médicament dans la prévention des événements cardiovasculaires majeurs (IDM, AVC ou décès d'origine cardiovasculaire), en complément de la correction des autres facteurs de risque, chez les patients estimés à haut risque de faire un premier événement cardiovasculaire.

Cette nouvelle indication repose sur des données issues *a posteriori* de l'étude JUPITER qui ont montré sous Crestor 20 mg une réduction significative par rapport au placebo de 50 % des événements cardiovasculaires majeurs chez les patients présentant un risque cardiovasculaire élevé selon un score de Framingham à 10 ans > 20 % et de 43 % chez les patients avec un risque SCORE \geq 5 %.

C'est la première fois que les autorités de santé européennes approuvent l'utilisation d'une statine, la rosuvastatine, pour la prévention des événements cardiovasculaires majeurs sur la base d'une évaluation du risque réalisée grâce aux échelles de Framingham ou SCORE.

J.N.

D'après un communiqué de presse des Laboratoires Astrazeneca.