

HTA : prise en charge précoce, meilleur pronostic

La prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) augmente de façon préoccupante à l'échelle planétaire. En 2000, 26,4 % de la population mondiale adulte (soit presque 1 milliard d'individus) étaient hypertendus ; en 2025, les épidémiologistes prévoient une augmentation de ce taux à 29 %, soit près de 1,5 milliard de personnes. La lutte contre l'HTA est donc un enjeu de santé publique majeur.

Le rôle crucial joué par l'angiotensine II, principale molécule effectrice du système rénine-angiotensine-aldostérone, est largement démontré dans la physiopathologie de l'HTA, via différents mécanismes tels que le stress oxydatif, l'inflammation, la dysfonction endothéliale ou encore le remodelage cardiaque et vasculaire.

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ont affirmé leur efficacité à travers plusieurs grands essais randomisés. En 2000, l'étude HOPE s'est intéressée à une population à risque cardiovasculaire élevé : patients âgés de plus de 55 ans, atteints d'une maladie vasculaire ou de diabète, présentant au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire que l'HTA et indemnes d'insuffisance cardiaque. Dans cette étude, le ramipril à la dose de 10 mg/j a permis, comparativement au placebo, une diminution de 22 % du critère principal composite (décès cardiovasculaire, AVC, infarctus du myocarde). L'étude EUROPA, en 2003, a montré que, chez des patients coronariens stables, la prise

quotidienne de 8 mg de perindopril réduit la mortalité cardiovasculaire de 14 %, le risque d'infarctus de 24 % et le risque d'insuffisance cardiaque de 39 %. Dans cette étude, l'effet cardioprotecteur du perindopril était indépendant de la baisse de la pression artérielle.

Les sartans ne semblent pas avoir les mêmes effets protecteurs que les IEC. En effet, plusieurs essais ont été décevants. L'objectif de l'étude TRANSCEND, en 2008, a été d'évaluer l'effet du telmisartan sur la mortalité cardiovasculaire, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou les hospitalisations pour insuffisance cardiaque, chez des patients ayant des antécédents cardiovasculaires ou diabétiques, tous indemnes d'insuffisance cardiaque mais intolérants aux IEC. Au terme de l'étude, aucune différence significative n'a été observée. Dans NAVIGATOR ayant évalué, contre placebo, le valsartan en prise quotidienne chez des patients intolérants au glucose et ayant au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire (si âge supérieur à 55 ans) ou une maladie cardiovasculaire (si âge supérieur à 50 ans), il n'a pas été retrouvé de bénéfice cardiovasculaire en faveur du valsartan. Enfin, l'étude ROADMAP a retrouvé des résultats inattendus : l'olmésartan, prescrit pour prévenir la microalbuminurie chez les diabétiques de type 2, a retardé l'apparition de cette complication et amélioré divers paramètres alors que la mortalité d'origine cardiovasculaire augmentait.

En pratique quotidienne, le recours à une bithérapie est souvent nécessaire. L'association IEC + inhibiteurs calciques est considérée comme synergique. Cela a été démontré dans l'étude ASCOT qui a comparé l'association perindopril/amlodipine à l'association atenolol/diurétique, chez des patients hypertendus, en prévention primaire. Le critère principal de jugement a été la prévalence des infarctus non fatals ou des décès d'origine coronaire. Les principaux critères secondaires ont été les AVC, la mortalité cardiovasculaire et totale, les événements et procédures coronaires. L'association perindopril/amlodipine a permis de réduire la mortalité (toutes causes) de 11 %, la mortalité cardiovasculaire de 24 %, les AVC de 23 % et les nouveaux cas de diabète de 30 %. Ces bénéfices ont été observés alors qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative de PA sous les deux régimes de traitement. Par ailleurs, l'association perindopril/amlodipine a permis un meilleur contrôle de la pression artérielle nocturne et une diminution de la variabilité tensionnelle. Ces données pourraient expliquer les effets positifs de l'association médicamenteuse puisque la pression artérielle nocturne reflète mieux le risque cardiovasculaire des patients que la pression diurne ou celle mesurée sur 24 heures.

M. ROVANI PANTHIER

*D'après les communications de
N.R. Poulter (Londres),*

F. Ruschitzka (Zurich), S. Taddei (Pise) et J.J. Mourad (Bobigny).