

L'année cardiologique

Quoi de neuf en hypertension artérielle ?

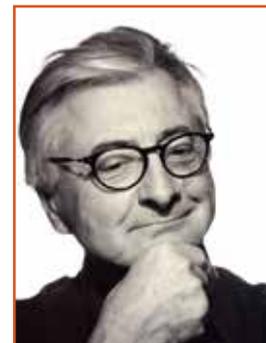
Les recommandations ESH/ISH 2023

À l'occasion du congrès 2023 de la Société européenne de l'hypertension (ESH) qui s'est tenu à Milan en juin, de nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte ont été diffusées [1]. Ce document apporte un sentiment mitigé. À la première lecture, qui ne peut être qu'un "survol" car l'article fait 199 pages et contient une bibliographie de 1 743 références, le sentiment est celui de "déjà lu". En reprenant les chapitres un à un, nous constatons des avancées mais aussi des reculades. Ce document est en fait un *textbook* plus qu'une recommandation.

>>> Dans les "avancées", je retiens le chapitre 7.4 intitulé "Increase of dietary potassium intake". En effet, les informations sur les effets bénéfiques d'une augmentation de potassium n'avaient jamais fait l'objet d'un chapitre dans les versions précédentes des recommandations de l'ESH. Le potassium a un effet bénéfique sur la pression artérielle : il a été observé que la substitution de sodium par du potassium s'accompagnait d'une diminution de la pression artérielle et du nombre d'AVC. En conséquence, l'OMS recommande une consommation de potassium d'au moins 3,5 g/j chez l'homme et d'au moins 2,5 g/j chez la femme. Les sources naturelles de potassium se trouvent dans les fruits, principalement lorsqu'ils sont séchés, dans les graines, en particulier dans le cacao, et dans les légumes. Le fruit le plus connu comme source de potassium est la banane, mais la quantité n'est que de 0,5 g pour 100 g de fruit. L'avocat

est moins connu mais contient deux fois plus de potassium qu'une banane. Et le champion est l'abricot sec avec près de 1 g de potassium pour 100 g de fruit. Pour les légumes, le contenu est variable selon le légume et selon la préparation culinaire. Il est dit que c'est la peau de la pomme de terre qui apporte le potassium et que la cuisson à l'eau en fait diminuer la teneur. Pour la tomate, c'est la chair qui contient le potassium et en conséquence des quantités élevées sont présentes dans les sauces tomate.

Depuis des années, le message "manger moins salé" est largement diffusé auprès du grand public par les médias. Cela permettrait aux patients hypertendus de diminuer leur pression artérielle grâce à une consommation réduite de chlorure de sodium. De nombreuses études ont démontré qu'une diminution de 5 g par jour de la consommation de chlorure de sodium pouvait s'accompagner d'une baisse de la pression artérielle chez 40 % des patients hypertendus. Selon les données de 6 études prospectives de cohortes d'adultes vivant aux États-Unis, initialement en bonne santé, pour chaque augmentation de 1 g de sodium (2,5 g de chlorure de sodium), il est observé une augmentation de 18 % du risque de survenue d'une complication cardiovasculaire [2]. À l'inverse, pour chaque augmentation de potassium de 1 g, une diminution de 18 % du risque de complication cardiovasculaire est rapportée. Un rapport sodium/potassium supérieur à 3,4 s'accompagne d'une augmentation de 62 % des complications cardiovasculaires. Ainsi, dans ces études, il est recommandé de consom-



X. GIRERD

Institut de cardiologie,
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, PARIS.
Fondation sur l'Hypertension, PARIS.

mer au moins 4 fois plus de potassium que de sodium pour obtenir un bénéfice optimal. Il est important de noter que le potassium provenant des aliments est plus efficace que celui apporté par des comprimés.

Les données actuelles confirment que les effets cardiovasculaires défavorables d'une consommation excessive de sel pourraient être moins importants si la consommation de potassium d'origine alimentaire augmente. Mais prenons garde de ne pas diffuser des messages qui pourraient être mal compris car le risque d'une hyperkaliémie n'est pas nul, en particulier chez les sujets ayant une insuffisance rénale ou chez ceux prenant des médicaments antihypertenseurs ayant une action sur l'élimination du potassium par les reins (les sartans, les IEC, la spironolactone, l'amiloride). Je ne conseille pas à mes patients la consommation de sels de régime car ce sont le plus souvent des sels de potassium qui entraînent donc un risque élevé d'hyperkaliémie.

>>> Dans les autres avancées, le chapitre 20.8 "Hypertension oncology" apporte des informations vraiment nouvelles. Ce chapitre est à lire et ne peut pas être résumé tant il est détaillé sur le risque de voir apparaître une HTA selon la famille d'anticancéreux utilisés.

L'année cardiologique

Toutefois, une recommandation générale peut être émise : “Il est recommandé de mesurer la tension artérielle au cabinet médical avant le début d'un traitement anticancéreux chez les patients souffrant ou non d'hypertension artérielle, car de nombreux nouveaux médicaments anticancéreux peuvent provoquer une élévation de la pression artérielle”.

>>> **Dans les reculades**, il y a celle qui concerne le “retour” des bêta-bloquants pour la prescription de première intention. Dans un article publié dans le *Lancet* [3], le Pr Messerli, un des leaders incontestés de l'hypertension artérielle aux États-Unis, écrit : “Dans ses récentes directives, la Société européenne d'hypertension a revalorisé les β-bloquants, les mettant sur un pied d'égalité avec les diurétiques thiazidiques, les bloqueurs du système rénine-angiotensine et les bloqueurs des canaux calciques. La raison invoquée pour le reclassement des β-bloquants est qu'ils sont souvent utilisés pour de nombreuses autres affections cliniques couramment rencontrées dans l'hypertension. Ce surclassement permettrait de traiter deux pathologies avec un seul médicament. Dans la plupart des directives nationales et internationales actuelles sur l'hypertension, les β-bloquants ne sont considérés comme une alternative que lorsqu'il existe des indications spécifiques. Comparés aux autres classes de médicaments antihypertenseurs de première intention, les β-bloquants sont nettement moins efficaces dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux et de la mortalité cardiovasculaire. Le fait de reléguer les β-bloquants à un statut d'infériorité, comme l'ont fait les lignes directrices précédentes, était basé sur l'ensemble des preuves, et ne change pas. Aucune nouvelle preuve ne vient étayer le retour des β-bloquants en tant que traitement de première intention. Nous sommes préoccupés par le fait que ce changement pourrait conduire à des dommages généralisés en raison d'une protection inférieure contre les accidents vasculaires cérébraux”.

>>> **Une autre “reculade”** concerne les méthodes de mesure de la pression artérielle et les méthodes d'évaluation de la pression artérielle (PA) réalisées en dehors de la consultation. Ainsi, le chapitre 4.2 “Standard office blood pressure measurement” mérite lecture : “La mesure de la PA à la consultation de façon conventionnelle est la méthode d'évaluation de la PA la plus étudiée. Il en a résulté la classification de la PA, le rôle de la PA en tant que facteur de risque cardiovasculaire, l'effet protecteur du traitement antihypertenseur, les seuils de PA et les cibles des interventions thérapeutiques. Les seuils de PA et les cibles des interventions thérapeutiques ont été établis. Malgré plusieurs limites et l'utilisation croissante de la PA en dehors du cabinet, la mesure conventionnelle reste la méthode la plus utilisée pour le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension”. Il découle de cet argumentaire la recommandation suivante : “Il est recommandé de diagnostiquer l'hypertension au cours d'au moins 2 visites distinctes au cabinet (en l'espace de 4 semaines), à moins que la TA au cabinet n'indique une hypertension de grade 3 ($\geq 180/110$ mmHg) ou si le patient présente des symptômes liés à l'hypertension ou s'il existe des signes d'atteinte d'organes cibles”.

On croit lire la recommandation de l'OMS de 1972 ! On perçoit que cette recommandation n'a pas dû être très consensuelle au vu de cette autre phrase : “La PA en dehors du cabinet est une source d'informations multiples sur le niveau tensionnel, avant et pendant le traitement. Il est donc recommandé d'obtenir des informations supplémentaires sur les valeurs de la PA par MAPA ou automesure ou les deux si possible”.

Risque cardiovasculaire : qu'apporte le score PREVENT proposé par l'AHA ?

L'American Heart Association (AHA), au cours des sessions de novembre 2023,

a annoncé avoir mis au point un nouveau calculateur de risque cardiovasculaire appelé PREVENT (Predicting Risk of CVD Events). C'est le premier qui combine des mesures de la santé cardiovasculaire, rénale et métabolique pour affiner la prédiction du risque de maladie cardiovasculaire d'un individu [4]. La nouveauté par rapport aux calculateurs déjà disponibles (équation de Framingham, SCORE2, QRISK3) est de faire entrer dans l'équation de risque les paramètres définissant le syndrome cardiovasculaire, rénal et métabolique (CKM). Ce nouveau concept est une réponse à la forte prévalence des maladies métaboliques et rénales dans la population mondiale. Le calculateur tient compte bien évidemment des facteurs de risque “traditionnels” : pression artérielle – seule la valeur de la pression systolique est conservée pour le calcul du risque avec 3 seuils chez le sujet non traité (120, 140 et 160 mmHg) et 3 seuils chez le sujet sous antihypertenseur (100, 120 et 140 mmHg), tabagisme, dyslipidémie, âge et sexe. PREVENT y associe d'autres facteurs comme l'utilisation de médicaments antihypertenseurs (pour tenir compte du risque résiduel chez les hypertendus traités) et les déterminants sociaux de santé (indice de privation matérielle et sociale) lorsqu'ils sont disponibles. Il est possible d'ajouter dans l'équation de prédiction des facteurs CKM lorsqu'ils sont cliniquement indiqués pour la mesure : rapport albumine urinaire/créatinine et hémoglobine A1c.

PREVENT est destiné aux adultes âgés de 30 à 79 ans et estime le risque à 10 ans et 30 ans de l'ensemble des maladies cardiovasculaires, y compris, et pour la première fois, l'insuffisance cardiaque. Le calculateur évalue le risque à 10 ans d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral uniquement chez les adultes âgés de 40 à 79 ans.

Les équations PREVENT sont aujourd'hui seulement disponibles sur des tables de risque en “version papier”. L'AHA

L'année cardiologique

indique que l'équation sera bientôt disponible en version numérique.

Dans cette attente, je recommande l'usage du calculateur QRISK3 mis au point pour la population vivant en Grande-Bretagne [5], qui est disponible en format numérique gratuit et qui propose un nombre de facteurs prédictifs du risque encore plus complet que l'équation PREVENT : marqueurs de l'inflammation, variabilité de la pression artérielle, traitements pharmacologiques augmentant le risque cardiovasculaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens*, 2023; 41:000–000. DOI:10.1097/HJH.0000000000003480.
2. MA Y, HE FJ, QI S *et al.* 24-Hour Urinary Sodium and Potassium Excretion and Cardiovascular Risk. *N Engl J Med*, 2022; 386:252-263.
3. MESSERLI FH, BANGLORE S, MANDROLA J. β blockers switched to first-line therapy in hypertension. *Lancet*, 2023; 402:1802-1804.
4. SADIYA S. Khan *et al.* Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2023 Nov 10. doi: 10.1161/CIR.0000000000001191.
5. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ*, 2017; 357:j2099.

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