

# Recommandations américaines et européennes pour la prise en charge de patients hypertendus : quel impact pour la pratique ?

A. Chiolero  
P. Bovet  
M. Burnier

Récemment, les experts européens et américains ont publié des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Elles diffèrent sur certains points qui peuvent avoir un impact sur la pratique clinique. Américains et Européens insistent sur l'importance de l'évaluation du risque cardiovasculaire absolu de chaque patient en fonction de la pression artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Toutefois, dans les recommandations améri-

caines, une plus grande importance est donnée à la valeur de la pression artérielle per se. Ainsi, ils définissent une nouvelle catégorie de pression artérielle, la «préhypertension» (pour une pression de 120-139/80-89 mmHg) qui correspond aux catégories «normale» ou «normale haute» des Européens. Le but de cet article est de résumer quelques points clés de ces recommandations et de discuter leurs implications pour la pratique quotidienne.

## Mots-clés :

- hypertension
- recommandations de pratique clinique
- traitements

### American and European guidelines for the management of hypertensive patients : what is the clinical impact ?

Recently, European and American guidelines for the management of high blood pressure have been published. They differ on some recommendations which could have some practical clinical implications. In both guidelines, a key point is to evaluate the global absolute cardiovascular risk based on blood pressure and other cardiovascular risk factors. However, in the American guidelines, more emphasis is given to the level of blood pressure per se and a new category of blood pressure is proposed, the «prehypertension» (for blood pressure 120-139/80-89 mmHg), defined as «normal or high normal» in the European guidelines. The purpose of this article is to present the main key points of these guidelines and to evaluate their significance for clinical practice.

Med Hyg 2003 ; 61 : 1670-4

## Introduction

Récemment, de nouvelles recommandations de pratique clinique (guidelines) pour la prise en charge des patients hypertendus<sup>1</sup> ont été publiées aux Etats-Unis sous l'égide du National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Il s'agit là du septième rapport publié par cette instance (dénommé JNC VII), le dernier datant de 1997 (JNC VI).<sup>2</sup> Simultanément, la Société européenne d'hypertension (ESH) a publié ses recommandations en collaboration avec la Société européenne de cardiologie.<sup>3</sup> En 1999, l'ESH avait aligné ses recommandations avec celles de l'OMS et de la Société internationale d'hypertension (ISH).<sup>4</sup> Les Européens comme les Américains ont estimé nécessaire d'adapter leurs recommandations notamment parce que plusieurs grandes études cliniques, ainsi que certaines nouvelles observations basées notamment sur les cohortes de Framingham, établissent de nouvelles évidences. Nous verrons que les recommandations américaines sont marquées par ces nouvelles études alors que les Européens sont plus critiques quant à ces nouvelles «évidences» et restent dans les lignes définies par l'OMS et l'ISH en 1999.<sup>4</sup>

Les publications de ses deux groupes d'experts se distinguent par certains points qui ont des implications cliniques, particulièrement sur la catégorisation des patients en fonction de leur niveau de pression artérielle et sur le choix du traitement initial. Toutefois, les recommandations diffèrent plus dans l'esprit que dans la réalité: pragmatiquement, elles se rejoignent sur les points essentiels. Nous allons discuter ces points de similitude et de divergence. Trois vignettes cliniques vont nous aider à les comparer.

## Quels sont les buts de ces recommandations ?

Le but des recommandations américaines est de fournir des indications concises pour aider les cliniciens dans la prise en charge de leurs patients hypertendus. Les auteurs constatent que les recommandations précédentes étaient ignorées par de nombreux praticiens ou considérées comme peu utilisables. Les nouvelles propositions ont un accent davantage pédagogique et une version complète sera publiée cet automne. Pour leur part, les Européens précèdent d'emblée qu'ils «...sont conscients qu'il est plus aisé de rédiger des recommandations (...) que de s'occuper des patients hypertendus», et qu'ils «...ont essayé d'éviter de donner des règles rigides». Au contraire de la version américaine, l'argumentaire est d'emblée largement développé (plus de 40 pages!), ce qui rend le document difficilement lisible pour un lecteur pressé. Une version plus concise sera publiée prochainement.

Dans les propositions américaines, les auteurs sont particulièrement sensibles aux niveaux de la pression artérielle (tableau 1). Ainsi, ils précisent que le risque cardiovasculaire augmente dès que la pression est supérieure à 115/75 mmHg, et qu'il double pour chaque hausse de 20/10 mmHg. Les recommandations précédentes<sup>3</sup> insistaient sur l'importance d'une prise en charge en fonction du risque cardiovasculaire absolu, et non pas relatif. La stratification du risque basée sur les FRCV dans leur ensemble était donc un élément essentiel. Aujourd'hui, les auteurs reviennent quelque peu en arrière en redonnant une plus grande importance à la pression artérielle per se. Au contraire, les Européens insistent en premier lieu sur l'éva-

Classification européenne	Classification américaine	Systolique mmHg	Diastolique mmHg
Optimale	Normale	< 120	< 80
Normale	Préhypertension	120-129	80-84
Normale haute		130-139	85-89
HTA grade 1 (modérée)	HTA grade 1	140-159	90-99
HTA grade 2 (moyenne)	HTA grade 2	160-179	100-109
HTA grade 3 (sévère)		≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	-	≥ 140	< 90

Tableau 1. Catégories des niveaux de pression artérielle.<sup>1,3</sup>

luation de la pression dans le contexte du risque cardiovasculaire global du patient. La prise en charge de l'hypertension artérielle se fait en fonction du risque de morbidité/mortalité cardiovasculaire absolu, dont l'estimation est l'élément fondamental pour la décision thérapeutique (tableau 2). Le niveau de pression artérielle reste bien entendu un élément important, particulièrement en cas de pression artérielle très élevée.

## Mesure de la pression et catégorisation des niveaux de pression artérielle

### Vignette clinique 1

Un homme âgé de 47 ans en bonne santé habituelle se présente à votre consultation pour un check-up. A la première consultation, il a une tension artérielle de 136/85 mmHg. Trois semaines plus tard, la tension est de 122/83 mmHg. Par ailleurs, il ne présente aucun facteur de risque cardiovasculaire. Que lui dites-vous ? Que proposez-vous ?

La pression artérielle varie énormément au cours de la journée et d'un jour à l'autre. Sa

mesure est aussi sujette à de nombreux biais. L'un d'eux est l'effet «blouse blanche» qui se manifeste par une élévation de la pression lors des premières mesures. Par la suite, on observe une baisse de la pression si l'on répète les mesures lors de la même visite ou lors des visites suivantes. Bovet et coll. ont montré dans une grande étude épidémiologique qu'environ 30% des personnes dont la pression était initialement ≥ 160/95 mmHg avaient une pression normale lors de mesures effectuées quelques jours plus tard!<sup>5</sup> Toutes les sociétés médicales suggèrent de mesurer la pression artérielle à plusieurs reprises. Les recommandations américaines proposent de réaliser des mesures au cours d'au moins deux visites (suite à la première visite) sans préciser dans quel intervalle de temps. Quant aux Européens, ils recommandent de répéter les mesures sur plusieurs mois si la pression est légèrement trop élevée sans préciser combien de mesures sont nécessaires. Lorsque la pression est initialement ≥ 180/110 mmHg, ils proposent aussi de répéter les mesures mais à un intervalle de quelques jours avant de débiter un traitement. Ainsi, dans le cas de notre première vignette, il faut encore faire quelques mesures lors de visites séparées pour situer précisément le niveau de pression habituel.

Les recommandations de la WHO/ISH de 1999 et le JNC VI de 1997 proposaient des catégories de pression artérielle similaires. Ces dernières ont été reprises dans la publication européenne alors que de nouvelles catégories sont apparues dans la version américaine. Ainsi, avec une tension artérielle moyenne de 122/83 mmHg, notre premier patient présente une tension artérielle normale, sans être optimale selon le schéma européen (tableau 1). Etant par ailleurs en bonne santé et ne présentant aucun autre FRCV, on peut dire à ce patient que sa santé est bonne et qu'on ne lui propose pas de traitement médicamenteux car il n'a pas – du moins pour l'instant – d'augmentation significative de son risque cardiovasculaire absolu (tableau 2). On l'encourage à maintenir une diète équilibrée, un poids stable et une activité physique régulière. Le but est d'abaisser la pression artérielle ou, du moins, d'éviter qu'elle n'atteigne des valeurs plus élevées, et de contrôler les autres FRCV. Si l'on suit les propositions américaines, on annoncera au patient qu'il présente une préhypertension (tableau 1): on lui proposera des mesures non pharmacologiques agressives (quasi thérapeutiques), c'est-à-dire restriction sodée, diète riche en fruits et légumes et pauvre en graisses, augmentation de l'activité physique et modération de la consommation d'alcool (tableau 3). Finalement, on lui proposera un nouveau contrôle d'ici quelques mois pour en examiner l'impact. Les études DASH ont encore récemment démontré l'effet hypotenseur de telles mesures diététiques.<sup>6</sup>

## Bibliographie

- 1 Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 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.
- 2 Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,

	Normal 120-129/80-84	Normal haut 130-139/85-89	HTA grade 1 140-159/90-99	HTA grade 2 160-179/100-109	HTA grade 3 ≥ 180/≥ 110
Pas d'autres FRCV	-	-	Faible	Modérée	Haute
1-2 FRCV	Faible	Faible	Modérée	Modérée	Très haute
Trois ou plus, ou diabète, ou AOC	Modérée	Haute	Haute	Haute	Très haute
Postévènement cardiovasculaire	Haute	Très haute	Très haute	Très haute	Très haute

Tableau 2. Quantification du risque cardiovasculaire absolu en fonction du niveau de l'hypertension (HTA), des facteurs de risque (FRCV) ajoutés et des comorbidités.


Les risques «faible», «modéré», «haut», «très haut» correspondent, respectivement à des risques de morbidité cardiovasculaire sur dix ans d'environ < 15%, 15-20%, 20-30% et > 30% (sur la base des données des cohortes Framingham)<sup>21</sup> ou de mortalité cardiovasculaire sur dix ans de < 4%, 4-5%, 5-8% et > 8% (sur la base des données du projet SCORE).<sup>22</sup> Tableau établi d'après les recommandations européennes.<sup>3</sup>  
Facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV): âge (homme > 55, femme > 65 ans), tabagisme, dyslipidémie, anamnèse familiale positive, obésité abdominale, protéine c-réactive ≥ 1 mg/l. Atteintes d'organes cibles (AOC): hypertrophie ventriculaire gauche, plaques athérosclérotiques carotidiennes ou augmentation de l'IMT (*intima-media thickness* - IMT), discrète élévation de la créatinine (homme 115-133, femme 107-124 μmol/l), microalbuminurie (homme > 2,5, femme > 3,5 mg/mmol). Diabète: glycémie à jeun > 7,0 mmol/l, ou postprandiale > 11 mmol/l. Événement ou complication cardiovasculaires: accident vasculaire cérébral, coronaropathie avérée, néphropathie diabétique, insuffisance rénale chronique (homme > 133, femme > 124 μmol/l), protéinurie > 300 mg/24 h, artériopathie des extrémités, rétinopathie avancée.

Modification	Recommandations
Contrôle du poids	Viser un BMI normal, par exemple 18,5 à 24,9 (kg/m <sup>2</sup> )
Diète	Diète riche en fruits, légumes, céréales et produits laitiers et pauvre en graisses. Éviter les graisses saturées.
Consommation de sel	Limiter la consommation à moins de 6 g/jour
Activité physique	Activité physique aérobie d'au moins 30 minutes par jour
Consommation modérée d'alcool	Deux unités d'alcool par jour pour les hommes et une unité pour les femmes au maximum (1 unité ≈ 10 g alcool ≈ 3 dl de bière ou 1 dl de vin ou 2 cl d'alcool fort)


**Tableau 3. Mesures non pharmacologiques, changement de style de vie.**

Ces mesures sont à proposer à tout patient hypertendu, ainsi qu'aux patients avec une pression non optimale.

Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46.

3  Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011-53.


4 1999 WHO-international society of hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee. J Hypertens 1999; 17: 151-83.

5  Bovet P, Gervasoni JP, Ross Ag, et al. Assessing the prevalence of hypertension in populations: Are we doing right? J Hypertens 2003; 21: 509-17.

6 Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001; 344: 3-10.

7 Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: A cohort study. Lancet 2001; 358: 1682-6.

8 Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med 2001; 345: 1291-7.

9  Ogden LG, He J, Lydick E, Whelton PK. Long term absolute benefit of lowering blood pressure in

Le JNC VII justifie cette nouvelle catégorie de patients préhypertendus, sur la base d'études d'observation, notamment les cohortes de Framingham.<sup>7,8</sup> Les sujets des catégories «sub-normales» de pression artérielle ont le risque de développer ultérieurement une vraie hypertension artérielle. Après quatre ans de suivi, la probabilité d'être hypertendu, si la pression initiale est de 130-139/85-89 mmHg, est de 37% chez les sujets de moins de 65 ans et de 50% chez les sujets de plus de 65 ans alors que si la pression est < 120/80 mmHg, ces probabilités sont respectivement de 5% et 16%.<sup>7</sup> Par ailleurs, chez les sujets avec une pression de 130-139/85-89 mmHg, le risque de morbidité cardiovasculaire absolu à dix ans pour les 35-64 ans est de 4% chez les femmes et de 8% chez les hommes.<sup>8</sup> Pour les sujets de plus de 65 ans, il est de 18% chez les femmes et de 25% chez les hommes.<sup>8</sup> Un risque absolu de morbidité cardiovasculaire à dix ans de 20% ou plus est considéré comme élevé et c'est un seuil souvent appliqué pour l'introduction d'un traitement pharmacologique de l'hypertension.<sup>4</sup> Il n'est pas démontré de façon univoque qu'une baisse de la pression chez ces patients puisse réduire la morbidité, mais on peut raisonnablement penser que c'est le cas. Toutefois, cela serait au prix d'un «nombre

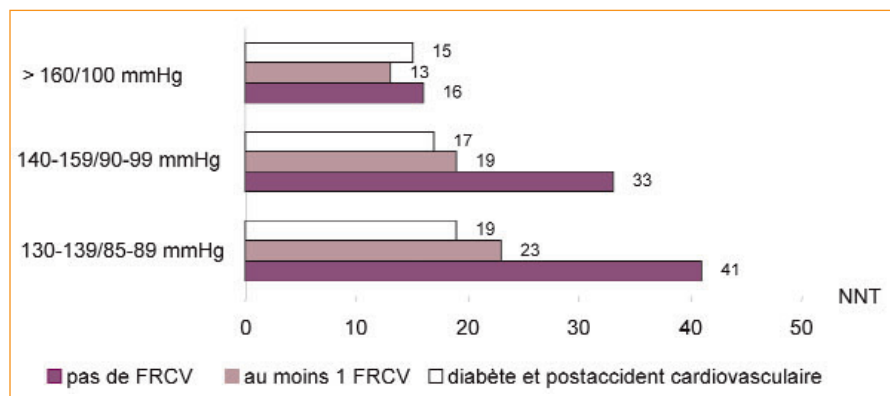
de patients à traiter» (Number needed to treat: NNT) sur cinq ans élevé chez les 35-64 ans (73 à 218 chez les hommes, 143 à 429 chez les femmes). Chez les sujets de 65 ans et plus, le NNT sur cinq ans devient plus raisonnable (24 à 71 chez les hommes, 34 à 102 chez les femmes). En comparaison, on peut estimer que le NNT sur dix ans est de 19 pour prévenir un événement cardiovasculaire chez des patients dont la pression est de 140-159/90-99 mmHg et qui présentent au moins un FRCV additionnel (> 60 ans, tabagisme, dyslipidémie, homme, postménopause ou anamnèse familiale positive) (fig. 1).<sup>9</sup> L'intérêt de cette étude est de montrer qu'une telle pression augmente nettement le risque si elle est associée à d'autres FRCV (ainsi qu'en prévention secondaire) et qu'un bénéfice peut être attendu d'un meilleur contrôle de la TA. Ceci a notamment été montré dans les études HOPE<sup>10</sup> et PROGRESS.<sup>11</sup>

L'emphase mise sur cette nouvelle catégorie de patients «préhypertendus» permettra peut-être d'aider à instaurer des mesures visant à prévenir le développement d'une hypertension artérielle chez un certain nombre de sujets. Un effet pervers est toutefois possible, notamment par l'effet d'étiquetage ou «labelling effect». Plusieurs anciennes études ont démontré qu'à partir du moment où une étiquette d'hypertension est donnée à un patient, on augmente significativement sa consommation médicale et son absentéisme au travail pour des raisons médicales. Le niveau de pression à partir duquel nous devons intervenir doit donc être le niveau à partir duquel nos investigations et nos traitements font plus de bien que de mal et il n'est pas certain que cela soit le cas pour tous les «préhypertendus».

## Par quel traitement débiter ?

### Vignette clinique 2

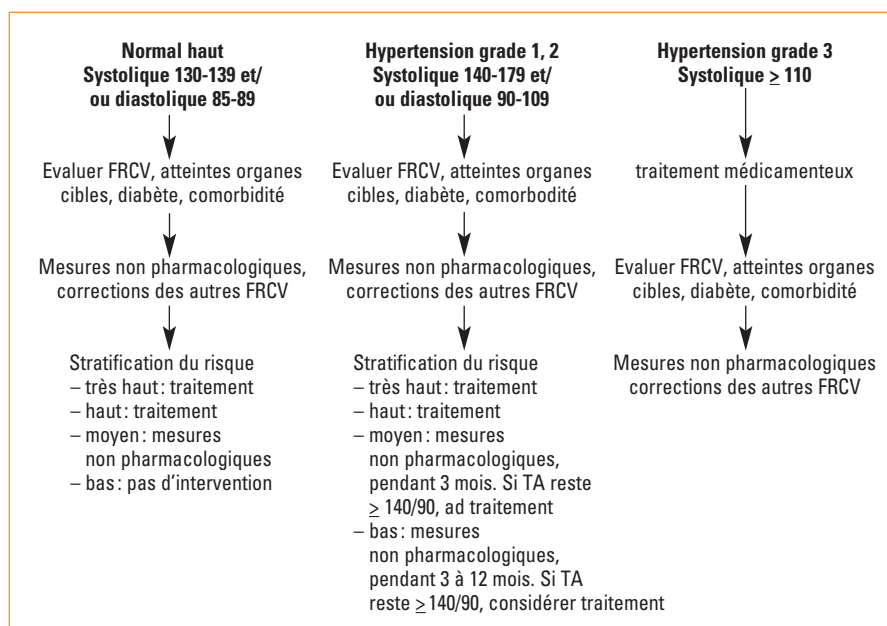
Une femme âgée de 66 ans, connue pour un diabète de type II, présente une tension de 152/89 mmHg (moyenne de plusieurs mesures). Elle présente par ailleurs une hypercholestérolémie, pas de microalbuminurie. Comment débutez-vous le traitement ?



**Fig. 1. Nombre de patients à traiter pendant dix ans pour éviter un événement cardiovasculaire en fonction de la pression artérielle et des facteurs de risque.**

Ces données indiquent que l'estimation du risque cardiovasculaire absolu en tenant compte des autres FRCV est un élément clé pour choisir de traiter ou non un patient dont la pression est ≥ 130/85 et < 160/100 mmHg (situation de loin la plus fréquente): on voit que le NNT dépend fortement des autres FRCV. Pour une TA ≥ 160/100 mmHg, le bénéfice est moins dépendant des autres FRCV.

Cette patiente diabétique présente une pression artérielle trop élevée et doit indubitablement bénéficier d'un traitement antihypertenseur. Son risque cardiovasculaire absolu est élevé (tableau 2) et s'avère comparable à celui d'un patient en prévention secondaire. Si l'on suit le schéma de la figure 2, un traitement antihypertenseur devrait être introduit immédiatement. Dans ce cas, par quelle molécule commencer? Le médecin est libre de choisir la classe médicamenteuse tout en sachant que la probabilité d'atteindre son objectif thérapeutique est seulement d'environ 50% avec une monothérapie. Une

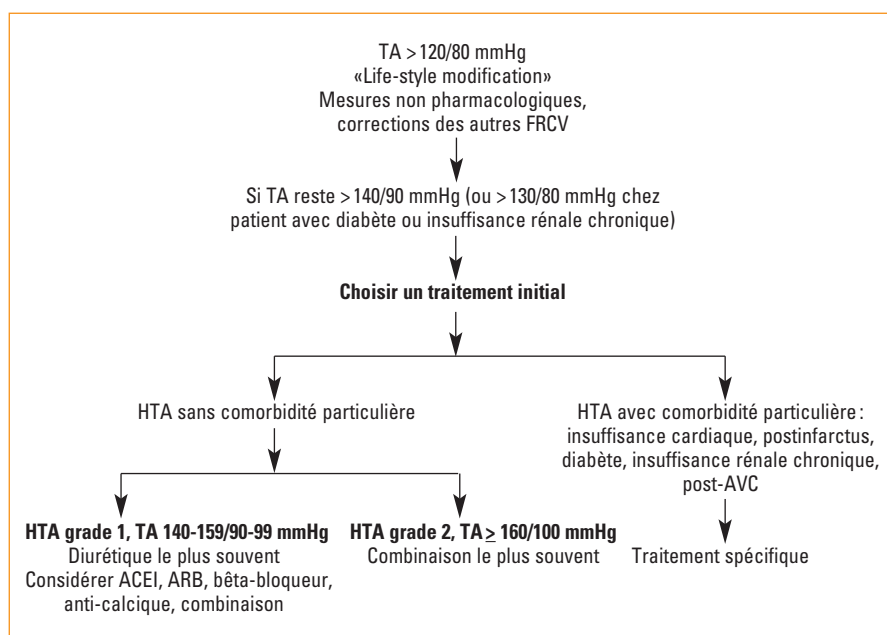


**Fig. 2. Schéma pour l'évaluation et la prise en charge de l'hypertension d'après les recommandations européennes.<sup>1</sup>**

Après avoir mesuré la tension artérielle au cours de plusieurs visites, le patient est classé en fonction de son niveau de pression. Son risque cardiovasculaire va déterminer les mesures à prendre : mesures non pharmacologiques (changement de style de vie), traitement pharmacologique. Seule l'hypertension de grade 3 est considérée comme une indication à un traitement pharmacologique quels que soient les autres facteurs de risque cardiovasculaire.

hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension* 2000; 35: 539-43.  
 10 The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-53.  
 11 PROGRESS Collaborative Study Group. Randomised trial of perindopril based on blood pressure-regimen among 6108 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-41.

combinaison médicamenteuse sera donc souvent nécessaire, ce d'autant plus que le but est de baisser la pression à moins de 130/80 mmHg. Si l'on choisit de débiter avec une monothérapie, on préférera les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou les bloqueurs de l'angiotensine II, notamment en raison de leurs effets néphroprotecteurs et de leur impact métabolique favorable (fig. 3). Les recommandations américaines sont comparables et insistent sur la nécessité d'une combinaison médicamenteuse



**Fig. 3. Schéma pour l'évaluation et la prise en charge de l'hypertension d'après les recommandations américaines.<sup>1</sup>**

La prise en charge débute avant que la pression ne soit  $\geq 140/90$  mmHg par des mesures non pharmacologiques. Dès que la pression  $\geq 140/90$  mmHg, un traitement pharmacologique est indiqué.

pour obtenir une réponse thérapeutique optimale. Toutefois, les experts américains insistent moins sur l'intérêt des bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, du moins en monothérapie, en se basant notamment sur les résultats de l'étude ALLHAT.<sup>12</sup> En effet, selon ALLHAT, les diurétiques devraient être recommandés comme traitement initial de l'HTA, y compris dans le diabète, le plus souvent en association avec des médicaments d'autres classes. Cette approche, reprise par JNC VII, n'a cependant pas reçu l'approbation des néphrologues américains qui recommandent initialement l'utilisation des inhibiteurs du système rénine-angiotensine en cas de diabète ou d'insuffisance rénale chronique.

Les recommandations thérapeutiques américaines sont influencées par les résultats de l'étude ALLHAT.<sup>12</sup> D'après les auteurs, cette étude démontre la supériorité des diurétiques qui devraient être le traitement de première intention de l'hypertension artérielle. Toutefois, l'interprétation des résultats est discutée.<sup>13,14,15</sup> Ainsi, dans l'étude ALLHAT,<sup>12</sup> il n'y a pas de différence entre les trois groupes de traitement (chlorthalidone 12,5 à 25 mg/j, amlodipine 2,5 à 10 mg/j, lisinopril 10 à 40/j mg) pour ce qui concerne l'incidence de l'objectif primaire à savoir la mortalité coronarienne et par infarctus du myocarde, et ce malgré un effet hypotenseur moins marqué particulièrement dans le groupe lisinopril. Les diurétiques sont supérieurs pour certains objectifs secondaires, tels que l'incidence d'insuffisance cardiaque ou la prévention des accidents vasculaires cérébraux. Toutefois, on note dans le groupe diurétique des altérations métaboliques importantes: hypokaliémie ( $< 3,5$  mmol/l chez 8,5% après quatre ans versus  $< 2\%$  dans les autres groupes), hypercholestérolémie et hyperglycémie (11,6% de nouveaux cas de diabète après quatre ans dans le groupe chlorthalidone versus 8,1% dans les autres groupes). Les auteurs n'en font pas grand cas, sur la base que cela ne se répercute pas sur la mortalité ou la morbidité dans cette étude. Il reste à démontrer que ces effets délétères métaboliques ne s'exprimeront pas à plus long terme, au-delà de la fin de l'étude proprement dite.<sup>14</sup>

Les Européens estiment que cette étude ne répond pas à la question du traitement initial à instaurer mais confirme la valeur des diurétiques pour le traitement de l'hypertension artérielle. Ils sont peu prescrits dans les pays occidentaux si ce n'est dans les combinaisons fixes, ayant laissé la place aux antihypertenseurs «récents» qui bénéficient d'une promotion massive de l'industrie pharmaceutique et dont les avantages sont peut-être surévalués. Le faible coût des diurétiques, au vu d'une efficacité similaire, est naturellement un argument fondamental pour promouvoir leur prescription et ce particulièrement dans une perspective de maîtrise des coûts de la santé.

12 ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-97.

13 Moser M. Results of ALLHAT: Is this the final answer regarding initial anti-hypertensive drug therapy? *Arch Intern Med* 2003; 163: 1269-73.

14 Meltzer JL. A specialist in clinical hypertension critiques ALLHAT. *Am J Hypertens* 2003; 16: 416-20.

15 Burnier M. Le point sur le traitement de l'hypertension: que tirer des grandes études cliniques récentes? *Med Hyg* 2003; 61: 1145-52.

16 Williams B. Treating hypertension: It is not how you start but where you end that matters. *J Hypertens* 2003; 21: 455-7.

17 Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903-13.

18 Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: A quantitative overview updated until 1 March 2003. *J Hypertens* 2003; 21: 1055-76.

19 Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: Analysis of 354 randomised trials. *BMJ* 2003; 326: 1427-31.

20 Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA* 2003; 290: 199-206.

21 Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83: 356-62.

22 Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. on behalf of the SCORE project group. Prediction of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24: 987-1003.

**Adresse des auteurs :**

Pr Michel Burnier et Dr Arnaud Chiolerio  
 Division d'hypertension et de médecine vasculaire  
 CHUV  
 Rue P. Decker  
 1011 Lausanne  
 michel.burnier@chuv.hospvd.ch  
 Dr Pascal Bovet  
 Institut universitaire de médecine sociale et préventive  
 Rue du Bugnon 17  
 1005 Lausanne

**«It is not how you start but where you end that matters»<sup>16</sup>**

En se basant sur une revue d'études prospectives regroupant plus d'un million de sujets,<sup>17</sup> on note que de faibles différences de pression artérielle produisent de nettes différences de morbidité et mortalité cardiovasculaires. Sur la base d'une méta-analyse d'essais cliniques comparant les antihypertenseurs «classiques» (diurétiques et bêta-bloqueurs) aux «nouveaux» (anticalciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou antagonistes du récepteur à l'angiotensine) regroupant 150 000 patients,<sup>18</sup> on constate que les différences observées entre traitement «classique» et traitement «nouveau» sont attribuables aux différences de pression obtenues entre les traitements, mais pas à un effet de classe en tant que tel.

La discussion de quelle molécule devrait être instaurée en première intention constitue un faux problème car pour obtenir un bon contrôle de la pression artérielle, il est nécessaire dans la majorité des cas d'utiliser une combinaison, qui comprendra le plus souvent un diurétique et un antihypertenseur «nouveau». Ainsi, dans l'étude ALLHAT, 63% des patients avaient besoin d'au moins deux médicaments pour avoir une pression artérielle < 140/90 mmHg.<sup>12</sup> La question n'est donc pas de savoir quelle monothérapie est la meilleure, mais de déterminer quelle combinaison diminue au mieux le risque cardiovasculaire à long terme avec le moins d'effets indésirables.<sup>16</sup> Pour les Américains comme pour les Européens, on peut débiter par une monothérapie ou par une combinaison fixe faiblement dosée. L'intérêt des combinaisons faiblement dosées est à présent bien démontré, les effets secondaires des diurétiques associés à faibles doses sont modérés<sup>19</sup> et on peut espérer une meilleure compliance.

**Situation clinique particulière : insuffisance rénale, post-AVC et personnes âgées**

**Vignette clinique 3**

Un homme âgé de 58 ans, connu pour insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatinine calculée à 40 ml/min, traité par diurétique et inhibiteur de l'enzyme de conversion, présente une tension de 134/79 mmHg (moyenne de plusieurs mesures). Adaptez-vous le traitement ?

Un contrôle strict de la pression artérielle est l'élément fondamental pour ralentir la progression d'une insuffisance rénale chronique, et les recommandations européennes ou américaines s'accordent sur l'importance de baisser la pression à <130/80 mmHg, et même <125/75 mmHg en cas de protéinurie surajoutée de plus d'un gramme par jour. Un bloqueur du système rénine-angiotensine devrait faire partie du traitement. Une adaptation du traitement est donc indiquée chez notre troisième patient.

En se basant sur les résultats de l'étude PROGRESS,<sup>11</sup> les experts américains recommandent l'association diurétique-IEC en cas d'accident vasculaire cérébral récurrent. De leur côté, les experts européens ne font pas de recommandations précises pour cette indication mais ils conseillent de traiter ces patients même si la pression artérielle est normale en se basant également sur les résultats de l'étude PROGRESS.

**Conclusion**

Ces recommandations pour la pratique clinique sont l'occasion de refaire le point sur la prise en charge des patients hypertendus à la lumière de nouvelles données. Les experts américains proposent d'intervenir pour des seuils de pression plus bas et de favoriser les diurétiques en première intention. Nous avons vu la pertinence et aussi les limites de ces propositions. Dans tous les cas, il est fondamental de baser l'approche thérapeutique sur l'évaluation du risque cardiovasculaire en tenant compte de tous les FRCV, de promouvoir des mesures non pharmacologiques et d'instaurer un traitement adéquat, en favorisant les combinaisons faiblement dosées. Reste que sur le terrain, beaucoup de chemin reste à parcourir : les dernières évaluations américaines indiquent qu'en 1999-2000, parmi les personnes de plus de 18 ans, 29% sont hypertendues (65% chez les plus de 60 ans) et, parmi les hypertendus, 69% en sont conscients, 58% sont traités et seuls 31% ont un contrôle satisfaisant (TA <140/90 mmHg).<sup>20</sup> La population vieillit et le surpoids augmente de façon épidémique, le nombre total de personnes hypertendues augmentera donc inévitablement. Le défi demeure plus que jamais de taille et il faut espérer que ces recommandations aideront les cliniciens à y faire face.

**Pratique****Recommandations américaines et européennes pour la prise en charge de patients hypertendus : quel impact pour la pratique ?**

A. Chiolero, P. Bovet et M. Burnier

*Med Hyg 2003 ; 61 : 1670-4*

Récemment, les experts européens et américains ont publié des recommandations de pratique clinique pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Elles diffèrent sur certains points qui peuvent avoir un impact sur la pratique clinique. Américains et Européens insistent sur l'importance de l'évaluation du risque cardiovasculaire absolu de chaque patient en fonction de la pression artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Toutefois, dans les recommandations américaines, une plus grande importance est donnée à la valeur de la pression artérielle per se. Ainsi, ils définissent une nouvelle catégorie de pression artérielle, la «préhypertension» (pour une pression de 120-139/80-89 mmHg) qui correspond aux catégories «normale» ou «normale haute» des Européens. Le but de cet article est de résumer quelques points clés de ces recommandations et de discuter leurs implications pour la pratique quotidienne.