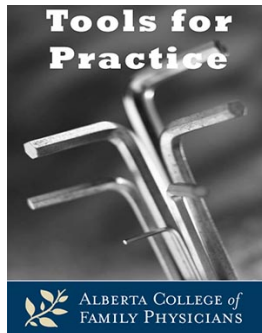


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente plus de 3 000 médecins de famille en Alberta. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

22 novembre 2010



Dans le traitement de la pression artérielle, quelles données probantes appuient des valeurs cibles précises?

Question clinique : Quelles données probantes issues des ECR appuient des valeurs cibles inférieures à 140/90 pour la pression artérielle?

Données probantes

- Revue systématique¹ de sept essais regroupant 22 089 patients suivis en moyenne pendant 3,8 ans. Des valeurs cibles intensives (surtout pour la pression diastolique) ont donné les résultats suivants :
 - Une pression artérielle moyenne statistiquement moindre de 139,3/81,7 par rapport à 143,2/85,1.
 - Aucune différence pour la mortalité totale ou toute maladie cardiovasculaire.
- Nouveaux essais : 4 733 patients diabétiques (ACCORD²), 1 111 patients non diabétiques (Cardio-Sis³) et 1 094 patients atteints d'une néphropathie chronique (AASK⁴) :
 - Diabète de type 2² – pression artérielle systolique de 119,3 par rapport à 133,5 :
 - Aucune différence dans les résultats combinés ou individuels pour les maladies cardiovasculaires, sauf les suivantes :
 - Accident vasculaire cérébral : réduction statistiquement significative (1,5 % par rapport à 2,6 %, nombre de sujets à traiter [NST]=92);
 - Effets indésirables : augmentation statistiquement significative (3,3 % par rapport à 1,3 %, NNN=50).
 - Non-diabétiques³ – pression artérielle moyenne de 132,2/77,3 par rapport à 135,6/78,9 :
 - Réduction statistiquement significative du résultat composite pour les maladies cardiovasculaires (4,8 % par rapport à 9,4 %, p=0,003, NST=22).
 - L'essai n'a pas été conçu pour ce résultat, et certains résultats pourraient être biaisés en raison de l'absence d'insu.
 - Néphropathie chronique⁴ – pression artérielle moyenne de 130/78 par rapport à 141/86 pendant cinq ans; la différence a diminué à 131/78 par rapport à 134/78 durant un suivi prolongé (total de 8,8 à 12,2 ans) :

- Aucune différence quant au résultat principal (résultat composite : taux de créatinine double, néphropathie en phase terminale ou décès);
- Une réduction statistiquement significative du résultat principal (75 % par rapport à 85 %, $p=0,01$, NST=10) a été constatée pour un sous-groupe présentant un taux plus élevé de protéines dans l'urine ou de créatinine (plus de 0,22 %).

Contexte

- Les données probantes (surtout des analyses post-hoc) suggèrent un effet « courbe en J » : une pression systolique inférieure à 120 ou une pression diastolique inférieure à 60 (peut-être 70) peut accroître les risques⁵.
- Les lignes directrices américaines⁶ et canadiennes⁷ recommandent des valeurs cibles pour la pression artérielle de moins de 140/90 pour la plupart des patients et de moins de 130/80 pour les patients atteints du diabète ou d'une néphropathie. Les lignes directrices européennes⁸ recommandaient auparavant des valeurs cibles de moins de 130/80 pour les patients atteints du diabète ou d'une maladie cardiovasculaire, mais elles recommandent maintenant de cibler la gamme 130-139/80-85 chez la plupart des patients.
- D'autres^{5,9,10} ont soulevé des préoccupations concernant les données probantes appuyant des valeurs cibles inférieures à 140/90 mmHg pour la pression artérielle.

Conclusion : Traiter l'hypertension (cibler une pression artérielle inférieure à 140/90) affaiblit les risques, mais les données probantes actuelles appuyant des valeurs cibles de 130/80 pour la pression artérielle sont incohérentes, même pour les patients atteints de diabète, de néphropathie ou d'une maladie cardiovasculaire. Les effets bénéfiques et les dangers potentiels d'un traitement intensif doivent être mis en balance pour chaque patient.

Auteurs : Noah Ivers, M.D., CCMF, et G. Michael Allan, M.D., CCMF

1. [Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3, Art. No. : CD004349. DOI : 10.1002/14651858.CD004349.pub2.](#)
2. [N Engl J Med, 2010 Apr 29, 362\(17\) : 1575-1585.](#)
3. [Lancet, 2009, 374 : 525-533.](#)
4. [N Engl J Med, 2010, 363 : 918-929.](#)
5. [Curr Hypertens Rep, 2010, 12 : 290-295.](#)
6. [The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, août 2004.](#)
7. [2009 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: the scientific summary, 2009. \(Lien Web\).](#)
8. [J Hypertension, 2009, 27 : 2121-2158.](#)
9. [Curr Opin Cardiol, 2010 Jul, 25\(4\) : 350-354.](#)
10. [Feldstein C, Julius S. Establishing Targets for Hypertension Control in Patients with Comorbidities, Curr Hypertens Rep, 2010 Dec, 12\(6\) : 465-473.](#)

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.