

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. 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

Révision : 22 août 2016

Mise à jour des données probantes : Nouvelles données probantes

Conclusion : Légère modification

Première publication : 30 novembre 2009

Aténolol et autres bêtabloquants pour traiter l'hypertension artérielle essentielle : sont-ils performants?

Question clinique : Les bêtabloquants, plus particulièrement l'aténolol, sont-ils aussi efficaces que les autres médicaments antihypertenseurs pour prévenir les conséquences importantes chez les patients hypertendus?

Conclusion : L'aténolol représente un choix inférieur pour le traitement de la tension artérielle. En règle générale, on doit envisager d'abord le recours à toutes les autres classes d'antihypertenseurs (IECA/IRB, inhibiteurs calciques, diurétiques) avant d'utiliser des bêtabloquants chez les patients souffrant d'hypertension non compliquée.

Données probantes

- De nombreuses vastes méta-analyses ont examiné cette question :
 - Une méta-analyse¹ de 2005 a comparé tous les bêtabloquants aux autres antihypertenseurs (13 essais regroupant 105 951 patients) sur une période allant de 2,7 à 10 ans.
 - Bêtabloquants comparativement à tous les autres antihypertenseurs :
 - Augmentation statistiquement significative du risque d'accident vasculaire cérébral (nombre nécessaire pour nuire [NNN] = 461).
 - Aucune différence n'a été observée quant aux infarctus du myocarde ou aux décès.
 - Aténolol comparativement aux antihypertenseurs autres que les bêtabloquants :
 - Augmentation statistiquement significative des accidents vasculaires cérébraux (NNN : ~130) et des décès (NNN : ~140).
 - Résultats semblables à ceux d'une méta-analyse² de 2004 réalisée par les mêmes auteurs, d'une revue Cochrane³ et d'une méta-analyse plus récente⁴.
 - Les bêtabloquants sont pires que les IECA/IRB, les inhibiteurs calciques et les diurétiques⁴.

- Une méta-analyse de 2006⁵ stratifiant les essais par sous-groupe d'âge a constaté des effets différents en comparant les bêtabloquants aux autres antihypertenseurs :
 - Moins de 60 ans : risque relatif : 0,97 (0,88-1,07).
 - 60 ans ou plus : risque relatif : 1,06 (1,01-1,10).
 - Limites : Seuil d'âge arbitraire et fondé sur l'âge moyen pour l'essai plutôt que sur les données individuelles des patients, ce qui fait que la différence d'un groupe d'âge à l'autre pourrait simplement être due au hasard ou à des différences méthodologiques entre les essais.
- Une méta-analyse de 2014 a constaté des résultats largement cohérents entre l'aténolol et d'autres bêtabloquants par rapport aux autres antihypertenseurs⁶.
 - Limites : L'aténolol a été le bêtabloquant pris par 75 % des participants aux essais³. De multiples médicaments de comparaison de différentes classes ont été regroupés ensemble.

Contexte

- Les lignes directrices déconseillent en général les bêtabloquants comme traitement de première intention pour l'hypertension non compliquée (Royaume-Uni⁷) ou particulièrement pour les patients âgés de 60 ans ou plus (Canada⁸), sauf en présence de comorbidités pour lesquelles les bêtabloquants sont bénéfiques.
- Les bêtabloquants sont des agents hautement efficaces chez des patients traités pour d'autres indications (p.ex. le syndrome post-infarctus myocardique⁹ ou l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite¹⁰).

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Christina Korownyk, M.D., CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Lancet. 2005;366:1545-1553.
2. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Lancet. 2004;364:1684-1689.
3. Wiysonge CS, Bradley HA, Volmink J, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD002003.
4. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Lancet. 2016;387:957-967.
5. Khan N, McAlister FA. CMAJ. 2006;174:1737-1742.
6. Kuyper LM, Khan NA. Can J Cardiol. 2014;30:S47-S53.
7. Lignes directrices du NICE relatives à l'hypertension. 2011. Lien : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/>. (consulté la dernière fois le 22 août 2016).
8. Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, et al. Can J Cardiol. 2016;32:569-588.
9. Freemantle N, Cleland J, Young P, et al. BMJ. 1999;318:1730-1737.
10. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, et al. Arch Intern Med. 2004;164:1389-1394.

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 auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. 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.