



Moins que 140, 130 ou 120? Compte à rebours vers la valeur cible optimale de la tension artérielle systolique.

QUESTION CLINIQUE

Quels sont les avantages et les préjudices des cibles de tension artérielle systolique (TAS) moins élevées?

CONCLUSION

Chez les personnes hypertendues, une TAS cible < 130 mm Hg sur trois ans réduit les événements cardiovasculaires de 7,1 % (TAS < 140 mm Hg) à 5,3 %, mais augmente le risque d'effets secondaires (comme l'hypotension ou l'anomalie électrolytique).

DONNÉES PROBANTES

- Au moins cinq revues systématiques publiées au cours des cinq dernières années¹⁻⁶. Tous les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Accent mis sur une méta-analyse fondée sur les données individuelles des personnes participantes qui s'est penchée sur six des plus grands essais cliniques randomisés (ECR) portant sur 80 676 personnes (âge moyen de 64 ans, 44 % avec un risque cardiovasculaire sur dix ans ≥ 20 %) et comparant une cible de TAS « intensive » (< 120 - 130 mm Hg) et une cible « standard » (< 140 - 150 mm Hg)¹.
 - À 3,2 ans :

- Décès d'origine cardiovasculaire : 1,1 % par rapport à 1,5 % (cible standard), nombre de sujets à traiter (NST) = 250.
 - La mortalité toutes causes confondues est réduite, mais les taux d'événements ne sont pas rapportés.
- Événements cardiovasculaires : 5,3 % par rapport à 7,1 % (cible standard), NST = 59.
- Effets secondaires : 7,2 % par rapport à 5,4 % (cible standard); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 56.
 - Exemples² : hypotension (NNN = ~ 500), lésion rénale aiguë (NNN = ~ 1 600), syncope (NNN = ~ 1 700), chutes avec blessures (NNN = ~ 2 900), anomalie électrolytique (NNN = ~ 3 200).
- Le groupe « cible intensive » a eu besoin de 0,5 à 2 médicaments pour la TA supplémentaires.
 - NST semblable pour les événements cardiovasculaires dans les ECR ciblant une TAS < 120 mm Hg (NST = 56) et ceux ciblant une TAS < 130 mm Hg (NST = 61).
 - Efficacité et innocuité semblables chez les diabétiques, les non-diabétiques ou les personnes ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral.
- Autres revues systématiques avec moins de malades : résultats semblables, mais effets variables sur la mortalité²⁻⁶.
- Qualité de vie : aucune différence cliniquement importante⁷⁻⁹.
- Limites : Aucune comparaison directe des TAS < 120 mm Hg et < 130 mm Hg. Différences entre les ECR pour ce qui est de la TAS atteinte avec une cible < 120 mm Hg (cible intensive de 121 par rapport à une cible standard de 135) par rapport à une cible < 130 mm Hg (cible intensive de 131 par rapport à une cible standard de 146).

CONTEXTE

- Des mesures exactes de la TAS sont essentielles pour éviter les préjudices causés par les cibles intensives.
 - Essai SPRINT : Une technique optimale de mesure de la tension artérielle en clinique a engendré une baisse de la TAS d'environ 7 mm Hg par rapport à la technique habituelle (121 par rapport à 128 mm Hg)¹⁰.
 - Des conseils sur la technique de mesure sont disponibles¹¹.
- Lignes directrices canadiennes¹¹ et internationales^{12,13} sur l'hypertension :
 - Amorcer la prise de médicaments à une TA ≥ 140/90 mm Hg (ou ≥ 130/80 mm Hg en présence d'une maladie cardiovasculaire ou d'un risque sur dix ans ≥ 20 %);
 - Viser une cible de TAS < 130 mm Hg pour tout le monde, si elle est tolérée sans effets secondaires ennuyeux.
- Lors d'une étude¹, les événements cardiovasculaires avaient trois fois plus d'importance que les effets secondaires, mais, pour certaines personnes, les préoccupations relatives aux effets secondaires peuvent l'emporter sur les bienfaits potentiels.

RÉFÉRENCES

1. Guo X, Sun G, Xu Y et al. Lancet. 2025;406:1009-1019.
2. Whelton PK, O'Connell S, Mills KT, He J. Hypertension. 2024;81:2329-2339.
3. Nozato Y, Nohara-Shitama Y, Kubozono T et al. Hypertens Res. 2025;48:2527-2536.
4. Saad M, Sohail MU, Waqas SA et al. Prim Care Diabetes. 2025;19:422-425.
5. Saiz LC, Gorricho J, Garjon J et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022;11:CD010315.
6. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Cochrane Database Syst Rev. 2020;12:CD004349.
7. O'Connor PJ, Narayan KMV, Anderson R et al. Diabetes Care. 2012;35:1479-1481.
8. Berlowitz DR, Foy CG, Kazis LE et al. N Engl J Med. 2017;377:733-744.
9. Huang X, Zhang H, Li Y et al. J Am Coll Cardiol. 2025;86:1392-1401.
10. Drawz PE, Agarwal A, Dwyer JP et al. JAMA Intern Med. 2020;180:1655-1663.
11. Goupil R, Tsuyuki R, Santesso N et al. CMAJ. 2025;197:E656-E673.
12. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ et al. Hypertension. 2025;82:e212-e316.
13. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM et al. Eur Heart J. 2024;45:3912-4018.

AUTEURS

Ricky D. Turgeon, Pharm. D.,
B. Sc. Pharm., ACPR

Samantha S Moe, Pharm. D.,
B. Sc. Pharm., ACPR

Scott Garrison, M.D., Ph. D.

*Tous les auteurs n'ont aucun
conflit d'intérêts à divulguer.*

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.