



# Hypertension masquée

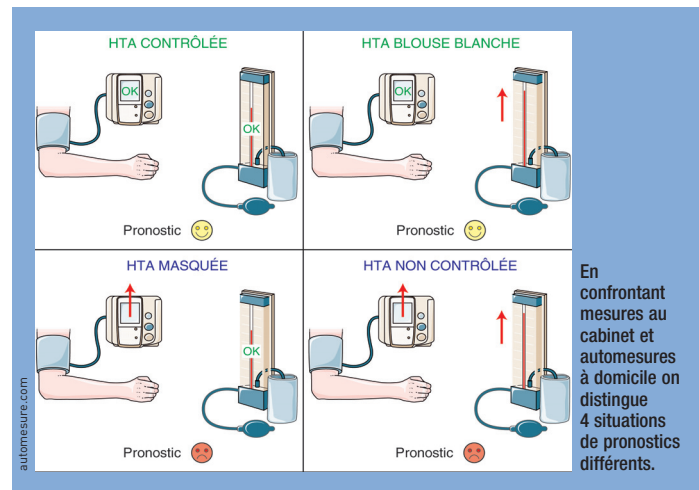
## Le piège

En mesurant au cabinet médical la pression artérielle des patients traités – et apparemment contrôlés – avons-nous une vision erronée près d'une fois sur deux ? Oui, s'il s'agit d'une hypertension artérielle masquée : associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité cardiovasculaire, celle-ci ne peut être reconnue qu'avec une mesure ambulatoire.

**Guillaume Bobrie, Nicolas Postel-Vinay**

*Unité d'hypertension artérielle, Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris*

Les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques initiaux de l'hypertension artérielle (HTA) reposent sur la mesure conventionnelle de la pression artérielle (PA) en milieu médical, en utilisant la méthode auscultatoire avec un sphygmomanomètre à mercure ou anaéroïde. La grande variabilité de la PA a conduit à développer des méthodes de mesure complémentaires, telles que la mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) et l'automesure tensionnelle (AMT). Au cours de ces quinze dernières années, il a d'abord été montré que MAPA et AMT étaient mieux corrélées à l'atteinte des organes cibles que la mesure conventionnelle. Puis plusieurs études ont montré que MAPA et AMT prédisaient mieux la morbi-mortalité cardiovasculaire ou l'insuffisance rénale terminale que la mesure au cabinet. Cela est vraisemblablement dû à une moindre variabilité de la mesure tensionnelle, liée à la multiplication du nombre et à la standardisation des circonstances de mesure. En d'autres termes, les méthodes ambulatoires sont plus précises que la mesure ponctuelle en cabinet médical.



### SEUILS DE CONTRÔLE AU CABINET OU EN MESURE AMBULATOIRE : CE NE SONT PAS LES MÊMES

La définition de la PA normale ou de son contrôle par le traitement diffère selon la méthode utilisée : un sujet est considéré comme contrôlé si ses chiffres de PA sont inférieurs à 140/90 mmHg pour la mesure clinique et inférieurs à 135/85 mmHg pour la moyenne diurne de la MAPA ou de l'AMT. L'utilisation combinée des deux méthodes (mesure conventionnelle et AMT, ou mesure conventionnelle et MAPA) aboutit à l'identification de quatre groupes :  
– les sujets ayant une PA normale pour les deux méthodes, étiquetés « normotendus » (ou « contrôlés » si traités) ;  
– les sujets ayant une PA élevée en mesure conventionnelle et avec l'autre méthode, étiquetés « hypertendus » (ou « non contrôlés ») ;  
– les sujets ayant une PA élevée en mesure conventionnelle, mais normale avec l'autre méthode, étiquetés « HTA de consultation » (ou « hypertension blouse blanche ») ;  
– les sujets ayant une PA normale en mesure conventionnelle, mais élevée avec l'autre méthode, étiquetés « hypertension masquée ».

Ce qui signifie, en d'autres termes, que l'HTA ou son mauvais contrôle sont méconnus tant que MAPA ou automesure tensionnelle ne sont pas réalisées.

Récemment, plusieurs revues systématiques de la littérature et méta-analyses ont précisé certaines caractéristiques de

l'hypertension masquée et posé les questions en suspens<sup>(1-4)</sup>. Le premier constat concerne la méthodologie des études : il existe de trop nombreuses différences entre les populations étudiées, les méthodes de mesure et les valeurs seuils utilisées pour pouvoir les comparer et donner une définition claire de l'hypertension masquée. Il faudra standardiser les méthodes de mesure et leurs seuils, et, surtout, différencier l'hypertension masquée des populations cliniquement apparemment normotendues de celles des hypertendus traités, dont l'HTA semble cliniquement contrôlée. La reproductibilité de l'hypertension masquée a été peu étudiée.

### UN PATIENT SUR DEUX, VOIRE UN SUR QUATRE, CONCERNÉ

Malgré ces réserves méthodologiques, plusieurs conclusions peuvent être tirées :

- la prévalence de l'hypertension masquée est importante : de l'ordre de 17 %, pouvant atteindre 50 % chez les hypertendus traités. Cela signifie que chaque fois qu'un hypertendu traité apparaît cliniquement contrôlé, on a un risque sur deux d'affirmer à tort le contrôle tensionnel !

- il semble qu'il n'y ait pas de différence significative de prévalence de l'hypertension masquée selon que l'on utilise la MAPA ou l'automesure tensionnelle ;

- l'hypertension masquée est fréquemment associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire. Dans plusieurs études ayant utilisé des analyses multivariées, les hommes, les fumeurs et les sujets à indice de masse corporelle élevé sont plus à risque d'hypertension masquée ;

- toutes les études sont concordantes : l'atteinte des organes cibles est quasiment aussi fréquente en cas d'hypertension masquée qu'en cas d'hypertension, en tout cas bien supérieure à celle des normotendus.

Enfin et surtout, les méta-analyses des études de cohortes montrent que l'hypertension masquée est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité cardiovasculaire, approximativement double de celle des sujets normotendus (ou contrôlés) et proche de celle des sujets hypertendus (ou non contrôlés). Cela est vraisemblablement dû à la méconnaissance de l'élévation de la pression artérielle, et donc à l'absence de prise en charge appropriée.

### ENTITÉ CLINIQUE OU PHÉNOMÈNE STATISTIQUE ?

Les éventuels mécanismes physiopathologiques de l'hypertension masquée ne sont pas connus. L'association aux facteurs de risque cités n'est pas explicative.

Chez les hypertendus traités, la faible observance ou la durée insuffisante d'action du traitement ont été évoquées. Dans ces deux cas, la mesure conventionnelle est faite au pic de l'activité du traitement, alors que MAPA et automesure tensionnelle incluent des mesures du matin, vingt-quatre heures après la dernière prise. Chez des hypertendus traités, l'automesure tensionnelle à domicile réalisée à la même heure que les consultations des investigateurs met en évidence une prévalence d'hypertension masquée iden-

tique à celle observée avec l'automesure tensionnelle du matin et du soir<sup>(5)</sup>, ce qui rend peu probables les hypothèses évoquées qui – de toutes façons – ne pouvaient expliquer l'hypertension masquée constatée en population générale non traitée. L'influence du stress potentiellement généré par l'automesure tensionnelle a également été éliminée<sup>(6)</sup>.

La vraie question est donc : l'hypertension masquée est-elle une entité clinique qui requiert une identification et une caractérisation ? Ou est-elle un phénomène statistique (régression vers la moyenne de la mesure conventionnelle) lié à la variabilité des mesures de la PA ? La constatation qu'une PA clinique proche du seuil définissant l'HTA ou son contrôle, entre 130 et 140 mmHg, est associée à l'hypertension masquée, et qu'à l'inverse une PA clinique basse est un facteur prédictif négatif d'hypertension masquée, est en faveur d'un phénomène statistique.

### DÉPISTAGE ET ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

Deux questions non résolues sont importantes. Comment dépister les sujets ayant une hypertension masquée, sachant qu'un dépistage généralisé au sein de la population n'est pas faisable ? Il ne pourra être envisagé qu'en le restreignant aux sujets à risque d'hypertension masquée (cf. *supra*).

Faut-il traiter l'hypertension masquée ? La notion de plus grande fréquence d'atteinte des organes cibles et de surcroît de morbi-mortalité cardiovasculaire devrait conduire à intensifier le traitement, mais aucun essai randomisé n'a comparé les bénéfices, en termes de morbi-mortalité cardiovasculaire, de l'adaptation du traitement aux résultats de la mesure conventionnelle *versus* ceux de la MAPA ou ceux de l'automesure tensionnelle. Il est en revanche souhaitable de recommander l'utilisation de la MAPA ou de l'automesure tensionnelle pour le diagnostic et l'évaluation du risque cardiovasculaire associé à l'HTA dans la population générale ou pour l'adaptation du traitement des hypertendus, au moins jusqu'à ce que les résultats d'un essai randomisé du traitement de l'hypertension masquée *versus* placebo (au minimum sur des critères intermédiaires tels que l'hypertrophie ventriculaire gauche, la microalbuminurie, l'épaisseur intima-media) soient disponibles. Les toutes dernières recommandations de l'European Society of Hypertension vont d'ailleurs en ce sens. ♦

### RÉFÉRENCES

1. Bobrie G, Clerson P, Ménard J, et al. Masked hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2008;26:1715-25.
2. Verberk WJ, Kessels AGH, de Leeuw PW. Prevalence, Causes, and Consequences of Masked Hypertension: a meta-analysis. *Am J Hypertens* 2008;21:969-75.
3. Hansen TW, Jeppesen J, Rasmussen S, et al. Ambulatory blood pressure and mortality. A population-based study. *Hypertension* 2005;45:499-504.
4. Fagard RH, Van Den Broeke C, De Cort P. Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice. *J Hum Hypertens* 2005;19:801-7.
5. Bobrie G, Clerson P, Cuchet A, et al. Prévalence et mécanismes de l'hypertension masquée. Enquête OLMESURES. *Arch Mal Cœur Vais* 2006;99:760-3.
6. Selenta C, Hogan BE, Linden W. How often do office blood pressure measurements fail to identify true hypertension? An exploration of white-coat hypertension. *Arch Fam Med* 2000;9:533-40.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.