

HYPERTENSION MASQUÉE : IL NE FAUT PLUS IGNORER SON PRONOSTIC PÉJORATIF

En avant-première, lors de la session de *hot-topics* des JHTA 2004, vous aviez découvert les résultats de SHEAF (1) portant sur le pronostic cardiovasculaire de l'« hypertension artérielle masquée » mise en évidence par automesure tensionnelle chez des patients hypertendus âgés traités. Depuis, cette étude a été publiée dans le JAMA (2) et, compte tenu de ses importantes conséquences pratiques, HTA-INFO s'en fait l'écho.

Pour évaluer la valeur pronostique de l'automesure tensionnelle au domicile (AMT), 4939 patients hypertendus traités (âge moyen : 70 ans (déviation standard [DS] : 6,5 ans) recrutés et suivis prospectivement par leur médecin généraliste habituel sans recommandations spécifiques concernant leur prise en charge ont été observés durant une période moyenne de 3,2 ans (3). Le critère de jugement principal était la mortalité cardiovasculaire. Les critères de jugement secondaires étaient la mortalité globale et un critère composite comprenant les événements suivants : décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non mortel, accident vasculaire cérébral non mortel, accident ischémique transitoire, hospitalisation pour angor ou insuffisance cardiaque, angioplastie coronaire transluminale percutanée et pontage aortocoronarien.

En automesure au domicile, chaque augmentation de 10 mmHg de la PAS élève le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire de 17 %

À la fin du suivi, 324 patients avaient eu au moins un événement cardiovasculaire (4). Chaque augmentation de 10 mmHg de la PAS observée par AMT élèverait le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire de 17,2 (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 11,0 – 23,8), et chaque élèverait de 5 mmHg de la PAD élèverait le risque de 11,7 (IC à 95 % : 5,7 – 18,1). Inversement, pour la mesure de la PA en consultation, pour les mêmes augmentations de PA, aucune élévation significative du risque de survenue d'un événement cardiovasculaire n'a été observée. Dans un modèle multivarié, avec pour référence les patients ayant une HTA contrôlée (PA normale au domicile et en consultation), le risques relatifs (RR) d'événement cardiovasculaire était de 1,96

(IC à 95 % : 1,27 – 3,02) chez les patients ayant une PA non contrôlée (PA élevée avec les deux méthodes de mesure), de 2,06 (IC à 95 % : 1,22 – 3,47) chez les patients ayant une PA normale en consultation et élevée au domicile et de 1,18 (IC à 95 % : 0,67 – 2,10) chez les patients ayant une PA élevée en consultation et normale au domicile. Notons par ailleurs que la pression artérielle, quelle que soit la méthode de mesure, n'est prédictive ni de la mortalité cardiovasculaire, ni de la mortalité totale.

Les sujets ayant au domicile un mauvais contrôle de leur HTA, alors qu'elle apparaît contrôlée au cabinet médical, présentent un mauvais pronostic

Dans cette cohorte, l'AMT définit mieux le pronostic en termes de morbidité cardiovasculaire que ne le fait la mesure au cabinet médical. L'AMT a permis d'identifier

un sous-groupe particulier de 9 % de sujets ayant au domicile un mauvais contrôle de leur hypertension, alors qu'elle apparaissait contrôlée au cabinet médical. Le profil initial (en termes de facteurs de risque et d'antécédents cardiovasculaires) des patients ayant une PA élevée au domicile et normale au cabinet médical se rapproche de celui des patients considérés comme hypertendus non contrôlés par les deux méthodes de mesure. L'étude apporte une information nouvelle en montrant que leur pronostic cardiovasculaire est comparable.

Ainsi, l'incidence des événements cardiovasculaires des patients dont la PA est élevée au domicile, mais normale au cabinet médical est élevée et proche de celle de patients hypertendus non contrôlés, respectivement 30,6 et 25,6 cas/1 000 patients-années. Dans un modèle multivarié prenant pour référence les patients ayant une hypertension contrôlée, le RR d'événements cardio-

Modalités de la mesure au domicile

Les automesures au domicile étaient planifiées sur une période de quatre jours choisie à la convenance du patient. Chaque jour, une série de trois mesures consécutives était demandée le matin (08 h 00) et répétée le soir (20 h 00). Les mesures étaient réalisées en position assise après cinq minutes de repos. L'appareil OMRON 705-CP semi-automatique, équipé d'une imprimante, a été utilisé. Il était demandé à chaque patient d'inscrire les valeurs des mesures dans un carnet propre à l'étude, de garder les tickets imprimés et de les agraffer dans le carnet.

Pour chaque patient, les valeurs aberrantes ont été éliminées selon les règles prédéfinies suivantes : PAD inférieure à 40 mmHg ou supérieure à 150 mmHg ; PAS inférieure à 60 mmHg ou supérieure à 250 mmHg ; pression différentielle inférieure à 10 mmHg. Les mesures réalisées en dehors des plages horaires prédéfinies pour le matin et le soir (4 h-midi ou 16 h-minuit) ont été également éliminées. Les patients n'étaient inclus dans l'étude que s'ils avaient au moins quinze mesures valides avec au moins six mesures le matin et six mesures le soir. Pour chaque patient inclus, les moyennes de toutes les mesures au domicile valides ont été utilisées pour définir la valeur de PA au domicile et pour la comparaison avec les mesures faites en consultation. ■

TABLEAU - CONTRÔLE DE LA PA



		PA de consultation	
		PAS < 140 et PAD < 90 mmHg	PAS ≥ 140 et PAD ≥ 90 mmHg
Automesure au domicile	PAS < 135 et PAD < 85 mmHg	HTA contrôlée	HTA blouse blanche
	PAS ≥ 135 et PAD ≥ 85 mmHg	HTA masquée	HTA non contrôlée

vasculaires est multiplié par deux pour les hypertendus non contrôlés (RR 1,96 ; IC 95 % : 1,27 – 3,02) et pour les patients ayant une PA élevée au domicile et normale au cabinet médical (RR 2,06 ; IC 95 % : 1,22 – 3,47), alors que le RR des patients ayant une PA élevée au cabinet médical et normale au domicile n'est pas différent (RR 1,18 ; IC 95 % : 0,67 – 2,10).

Les patients ayant une HTA masquée sont plus souvent des femmes avec fréquence élevée des facteurs de risque (âge, obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie)

L'étude SHEAF confirme, chez des patients traités pour hypertension, la prévalence et le pronostic favorable de l'« effet blouse blanche » (PA élevée au cabinet médical et normale au domicile) déjà évoqués par des études initialement conduites avec la mesure ambulatoire de la PA chez des patients non traités. L'élément nouveau concerne l'« hypertension masquée » (PA élevée au domicile et normale en consultation), terme proposé par Pickering, préférable à celui de « reverse white-coat hypertension » ou de « isolated home hypertension » (5).

La reproductibilité de cette classification n'a pas été évaluée, et les mécanismes de ce phénomène ne sont pas connus. Selon les études disponibles utilisant soit la mesure ambulatoire, « soit l'automesure et la mesure ambu-

latoire et incluant soit des hypertendus, soit une population générale, ce phénomène est constaté chez 7 à 45 % des sujets étudiés. Pickering, *et al.* suggèrent que cette fréquence diminue avec l'âge », ce que corrobore la fréquence plutôt faible constatée dans notre population âgée de 70 ans. Le groupe de Pickering, *et al.* a noté, comme nous, que les patients ayant une « hypertension masquée » sont plus souvent des femmes et ont une fréquence élevée des facteurs classiques de risque cardiovasculaire (âge, obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie). En particulier, ces patients ont une plus grande fréquence d'atteinte des organes cibles (index de masse ventriculaire gauche [IMVG] et présence de plaques carotidiennes).

PA élevée au cabinet, mais normale au domicile: un pronostic comparable à celui des hypertendus contrôlés

Dans la partie transversale de cette étude, à l'inclusion, le profil des 13 % de patients ayant une PA élevée au cabinet médical et normale au domicile se rapproche de celui des patients considérés comme ayant une HTA contrôlée par les deux méthodes de mesure. Cette étude confirme que leurs pronostics cardiovasculaires sont comparables. Ainsi, l'observation transversale est confirmée par l'étude prospective de cohorte. Une des forces de l'étude est que ces résultats ont

été obtenus sur une population importante de patients par une étude de cohorte prospective avec un recueil exhaustif d'informations sur le statut de morbidité des patients.

Pour éviter une double erreur, la pression artérielle devrait être systématiquement mesurée au domicile chez les patients recevant un traitement antihypertenseur

En conclusion, l'automesure tensionnelle au domicile a une meilleure valeur pronostique que la mesure tensionnelle au cabinet médical. Chez cette population âgée, la mesure conventionnelle méconnaît 13 % des patients ayant une pression artérielle élevée en consultation et normale au domicile et 9 % de patients ayant une pression artérielle normale en consultation et élevée au domicile, de mauvais pronostic. La fréquence de cette double erreur, à la fois diagnostique (relative au contrôle de l'hypertension) et pronostique (relative à l'incidence des événements cardiovasculaires), suggère que la surveillance des patients traités pour hypertension devraient inclure l'automesure tensionnelle au domicile qui est la méthode de mesure préférée des patients et dont la faisabilité est excellente. Il reste à démontrer que l'adaptation du traitement aux résultats de l'automesure tensionnelle permet une meilleure prévention cardiovasculaire que l'adaptation

faite au cabinet médical. Ces données suggèrent que la mesure de la PA au domicile a une meilleure fiabilité pronostique que la mesure de la PA en consultation. La pression artérielle devrait être systématiquement mesurée au domicile chez les patients recevant un traitement antihypertenseur. ■

Guillaume Bobrie

Notes et Références

1. SHEAF: Self measurement of blood pressure at home in the elderly.
2. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, Ménard J, Mallion JM. L'hypertension artérielle masquée mise en évidence par automesure tensionnelle chez des patients hypertendus âgés traités. *JAMA* 2004; 291: 1342-9. Traduction française disponible sur < www.automesure.com >
3. Les seuils définissant une HTA non contrôlée étaient fixés à 140/90 mmHg pour la PA en consultation et à 135/85 mmHg pour la PA au domicile.
4. Soit une incidence de 22,2/1 000 patients-année.
5. Pickering TG, Davidson K, Gerin W, Schwartz JE. Masked hypertension. *Hypertension* 2002; 40 (6): 795-6.