

Diabète et HTA

Le diabète (DM) prend une importance croissante comme cause de maladie cardiovasculaire . 70% de la mortalité de la population diabétique est d'origine cardiovasculaire .

Prévalence du diabète est la suivante : 7% aux USA, 2 à 4% en Europe, 13% au Liban . Cette prévalence va doubler dans les 25 prochaines années .

Prévalence de l'HTA : 25% de la population adulte a une hypertension $\geq 140/90$ mmHg . Elle augmente avec l'âge, chez le noir et chez l'homme .

Prévalence de l'HTA associée au diabète :

*Dans l'étude Procam la prévalence de l'HTA chez le diabétique était de 50% . *Dans l'étude MRFIT (réalisée chez 350000 hommes âgés de 35 à 57 ans), la prévalence de l'HTA (TA > 160mmHg) était 3 fois plus fréquente chez le diabétique que chez le non diabétique . *Dans l'étude UKPDS, 39% des diabétiques type II avaient une HTA > 160/90mmHg .

Le diabétique a 2 mauvais compagnons : l'HTA et la protéinurie

- La microalbuminurie, dans le DM type2, multiplie par 3 le risque de mortalité cardiovasculaire

dans le type1, elle représente un risque majeur d'évolution vers la néphropathie diabétique et un facteur majeur de risque CV .

- L'HTA : *Dans le DM type1, elle est associée à la néphropathie diabétique et elle est plus ou moins tardive .

*Dans le DM type2, son incidence est de 50%, elle précède très souvent ou est contemporaine de la découverte du diabète .

Elle s'inscrit souvent dans le cadre du syndrome métabolique X ou syndrome d'insulino résistance qui comprend outre l'HTA,

une hyperlipémie (LDL petites et denses et oxydatives, HDL bas, TR élevées) une intolérance au glucose, une hyperuricémie,

des anomalies des facteurs de coagulation, une microalbuminurie, une obésité (en particulier centrale), un tabagisme . Tous ces

facteurs augmentent le risque cardiovasculaire .

Contrôle tensionnel chez le diabétique :

- **L'étude UKPDS** a prouvé l'effet bénéfique du contrôle tensionnel sur la macroangiopathie du diabétique type 2 . En effet, baisser de 10mmHg la PA systolique et de 5mmHg la PA diastolique, jusqu'à 144/82 permet de réduire l'incidence de l'insuffisance cardiaque de 56% et la mortalité et la morbidité liées au diabète de 32% .

Aussi la JNC VI ainsi que l'OMS recommandent un objectif tensionnel inférieur à 130/85mmHg . Toujours dans l'étude UKPDS, l'équilibre tensionnel a été plus efficace que l'équilibre glycémique sur les complications macroangiopathiques, et le bêtabloquant (aténolol) a été aussi efficace que l'IEC (captopril) .

- **L'étude SHEP** (Systolic Hypertension in the Elderly Program) a montré l'efficacité d'un diurétique

(chlortadilone) à faible dose dans la prévention des complications cardiovasculaires chez les patients diabétiques (-34%)

- **L'étude CAPP** (Captopril Prevention Project) a montré que les IEC semblent plus efficaces que les beta-bloquants ou les diurétiques sur les événements CV. Ils ont aussi diminué l'apparition du diabète (-21% dans l'étude). Au crédit des IEC, on peut noter leur efficacité sur certains organes cibles comme le rein, en particulier chez les diabétiques de type 1.

Les inhibiteurs calciques sont-ils délétères ?

L'étude ABCD ainsi que l'étude FACET ont introduit un doute sur l'inocuité du traitement par dihydropyridines à longue durée d'action.

Mais l'étude HOT (Hypertension Optimal Treatment) et l'étude Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe Trial) apportent des arguments rassurants vis à vis des inhibiteurs calciques.

Conclusion :

1. Tout chiffre tensionnel supérieur à la normale majore le risque cardiovasculaire chez les diabétiques .
2. Le contrôle tensionnel est plus efficace que le contrôle glycémique .
3. L'inhibiteur de l'enzyme de conversion, le bêtabloquant (sélectif), l'antagoniste de l'angiotensine II, doivent être les médicaments de première intention .
4. On doit tenir compte de l'observance thérapeutique, vue la polymédication de ces patients .