

Evaluation du risque cardiovasculaire global chez l'hypertendu

Dr Alexandre Persu

La plupart des patients souffrant d'hypertension artérielle (HTA) présentent un ou plusieurs autres facteurs de risque cardiovasculaire (RCV)¹. D'autre part, la majorité des événements cardiovasculaires surviennent à des niveaux de pression artérielle (PA) peu élevés. Enfin, l'abaissement de la PA chez des patients à haut RCV diminue l'incidence d'événements cardiovasculaires, même en l'absence d'HTA^{2,3,4}. Ces différents éléments montrent l'intérêt d'une évaluation globale du RCV pour une prise en charge adaptée de l'HTA.

L'évaluation du risque cardiovasculaire global doit reposer sur des méthodes d'évaluation reconnues, fondées sur des données épidémiologiques solides. Elle ne peut relever de la seule intuition du praticien, si expérimenté soit-il. Plusieurs études montrent en effet qu'une telle attitude conduit bien souvent à sous-estimer le risque et donc à une prise en charge de l'HTA insuffisamment énergique et trop tardive⁵.

L'importance accordée à l'évaluation globale du risque cardiovasculaire (RCV) constitue un des points saillants des dernières recommandations de la Société Européenne d'Hypertension (ESH)⁶. Le tableau catégoriel d'évaluation du RCV proposé par l'ESH constitue une mise à jour de celui de l'OMS (1999). Il comporte deux entrées. D'une part, le niveau tensionnel ; d'autre part, les facteurs de risque autres que l'HTA, les atteintes d'organes-cibles et maladies associées. En fonction de ces différents éléments, tout patient hypertendu se verra attribuer un RCV ajouté faible, modéré, élevé ou très élevé.

L'identification des patients à haut ou très haut RCV constitue une priorité.

En pratique, sont à haut RCV :

- Les patients ayant déjà présenté un événement cardiovasculaire, cérébral, rénal ou atteints de diabète, et ce même si la PA est $< 140/90$ mmHg.
- Les patients présentant une HTA de grade 3 (PA systolique ≥ 180 mmHg et/ou diastolique ≥ 110 mmHg), et ce quels que soient les autres facteurs de risque associés.
- Les patients hypertendus présentant une hypertrophie ventriculaire gauche, une autre atteinte d'organe ou plus de 3 facteurs de risque. Dans cette dernière catégorie, on retrouve notamment les sujets présentant un syndrome métabolique.

Ces patients à haut RCV doivent bénéficier d'un traitement antihypertenseur médicamenteux d'emblée, associé aux mesures hygiéno-diététiques. L'importance d'un contrôle rapide de l'HTA en cas de haut RCV est bien démontrée par la récente étude VALUE⁷. En revanche, chez les patients hypertendus à RCV léger ou modéré, on pourra se donner 3 à 12 mois de traitement hygiéno-diététique avant d'introduire un traitement antihypertenseur médicamenteux.

Pour une description détaillée des différents facteurs de risque, les lecteurs sont invités à se référer aux recommandations de l'ESH⁶. Le tableau de stratification du RCV appelle toutefois quelques commentaires:

-Dans la classification des niveaux tensionnels, on distingue, avant même le stade d'HTA (défini comme une PA $> 140/90$ mmHg), une PA optimale, normale et normale haute. On sait en effet que les sujets appartenant à ces différentes catégories n'ont pas le même pronostic cardiovasculaire à long terme⁸.

-Plusieurs nouveaux facteurs de risque ou atteintes d'organes-cibles ont été introduits ou d'avantage mis en exergue. On retiendra notamment l'existence d'une insuffisance rénale même légère ou d'une microalbuminurie, une élévation de la CRP ultrasensible ou un épaissement du complexe intima-media carotidien. La mesure du complexe intima-media ou celle de la CRP ultra-sensible sont à réserver

aux patients pour lesquels on hésite sur l'attitude à adopter après réalisation du bilan de routine, en fonction des moyens disponibles. En revanche, il est tout à fait réaliste de mesurer la créatinine plasmatique, et, en cas d'élévation, de calculer la clairance de la créatinine chez la majorité des patients. Ce dosage est en effet peu coûteux et il est clairement démontré qu'une insuffisance rénale même débutante constitue un facteur de risque cardiovasculaire indépendant^{9,10}. La recherche systématique d'une microalbuminurie est également recommandée, au moins chez le patient diabétique.

D'autres méthodes de stratification du RCV ont été proposées. En Europe, les tables SCORE¹¹ constituent ainsi une alternative valable au tableau catégoriel de l'ESH, en particulier en cas de RCV a priori faible ou modéré. Il faut toutefois se rappeler que les facteurs de risque inclus dans ces tables sont uniquement l'âge, le sexe, le cholestérol, le tabagisme et la pression artérielle. Les auteurs précisent bien que des patients présentant d'autres facteurs de risque reconnus ont un RCV plus élevé que celui indiqué dans les tables. Les diabétiques sont ainsi considérés comme étant d'emblée à haut RCV¹².

Quoi qu'il en soit, les quelques minutes que nous consacrons à établir la liste des facteurs de risque, atteintes d'organes-cibles et complications de nos patients hypertendus sont précieuses pour leur devenir et modifient réellement la prise en charge thérapeutique. L'évaluation du RCV, adaptée avec bon sens au profil du patient et aux facilités disponibles devrait conduire à une prise en charge plus adaptée de l'HTA et, de manière plus générale, à une diminution de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire dans la population.

Références :

1. Kamel WB et al. *Am J Hypertens*. 2000;13:3S-10S.
2. Yusuf S et al. *N Engl J Med* 2000; 342:145-153.
3. Mc Mahon et al. *Lancet* 2001; 358:1033-1041.
4. Fox KM et al. *Lancet* 2003; 362:782-788.
5. Persson M et al. *J Hypertens* 2003; 21:1089-1095.
6. 2003 ESH guidelines for the management of HTN. *J Hypertens* 2003; 21:1011-1053.
7. Julius S et al. *Lancet* 2004; 363:2022-2031.
8. Vasan RS et al. *N Engl J Med*. 2001; 345:1291-1297.
9. Sarnak MJ et al. *Circulation* 2003; 108:2154-2169.
10. Go AS et al. *N Engl J Med* 2004; 351:1296-1305.
11. Conroy RM et al. *Eur Heart J* 2003; 24:987-1003.
12. De Backer G et al. *Eur Heart J* 2003; 24:1601-1610.

Alexandre Persu, M.D.-Ph.D.
Service de Néphrologie
Cliniques Universitaires Saint Luc (U.C.L.)
10 avenue Hippocrate
1200 Bruxelles
Belgique
Email : alexandre.persu@nefr.ucl.ac.be