

NOTES de LECTURE

+++++

- 1 - Dans le n° 66 du Journal International de Médecine est présenté le résumé d'une étude multicentrique européenne sur l'hypertension du sujet âgé ("Mortality and Morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial", A. Amery & coll. The Lancet, i : 1349-1254, 1985).

Dans cette étude, à laquelle 20 centres ont participé, 840 sujets âgés de plus de 60 ans ont été soumis à un essai randomisé en double insu comportant l'utilisation du PRESTOLE (R) et éventuellement de l'ALDOMET (R).

Malheureusement le résumé ne donne pas les protocoles précis de la surveillance (lieu de la surveillance, fréquence de la surveillance, durée de la surveillance). Il ne précise pas davantage l'existence ou non, lors de l'inclusion dans l'enquête, de facteurs de risque associés (diabète, hyperlipémie, tabagisme, antécédents personnels et/ou familiaux...). Lorsque nous pourrions disposer de ces éléments méthodologiquement indispensables, nous pourrions mieux apprécier la validité des résultats.

Les auteurs font état d'une réduction de 38 %, significative de la mortalité cardio-vasculaire ($p = 0,023$). Il existe également et de façon significative une réduction de la morbidité cardio-vasculaire. A leurs yeux "le bénéfice majeur identifié dans cette étude est la réduction des infarctus du myocarde mortels, des insuffisances cardiaques congestives et des accidents vasculaires cérébraux". Ils concluent à la nécessité du traitement anti-hypertenseur du sujet âgé.

Nonobstant les remarques méthodologiques que nous avons faites ci-dessus, il nous est possible de comparer cette étude à celle que nous avons réalisée sur la "Prise en charge de 310 malades hypertendus, suivis pendant 3 ans, dans 13 clientèles de Médecine Générale". Rappelons que dans ce travail nous avons comparé l'apparition des différentes complications cardio-vasculaires entre les malades hypertendus (avec ou sans autres facteurs de risque associés) traités en ambulatoire par le médecin généraliste selon une stratégie bien précisée, et les malades non-hypertendus strictement comparables en classes d'âge. Et nous avons eu la surprise de constater que lorsque le malade hypertendu était traité par le médecin généraliste sa mortalité par complication cardio-vasculaire diminuait significativement par

.../

/...

rapport à la mortalité par complication cardio-vasculaire chez le malade non-hypertendu ! De même, et cela dans les tranches d'âge élevé (plus de 65 ans) l'incidence de la morbidité cardio-vasculaire diminuait chez le malade hypertendu par rapport au malade non-hypertendu.

En comparant ces deux études il nous est possible de regretter que l'étude multicentrique citée n'ait pas tenu compte d'une population témoin non-hypertendue pour l'évaluation du bénéfice apporté par le traitement du malade hypertendu. En effet à nos yeux ce bénéfice apparaît autant lié à la prise en charge par le médecin traitant des autres facteurs de risque cardio-vasculaire, surveillés selon un protocole précis, qu'au traitement médicamenteux lui-même.

- 2 - Le n° 144-Vol. 10 (30-12-85) du JAMA expose un essai de "Prévention primaire multifactorielle des maladies cardio-vasculaires chez l'homme d'âge moyen" réalisée à HELSINKI par T. MIETTINEN & coll.

Il s'agit d'un essai contrôlé de prévention primaire multifactorielle sur cinq ans. Pendant cette période, trois groupes de sujets ont été observés. Parmi une population de cadres âgés de 50 à 65 ans, tous volontaires :

- un groupe A témoin à faible risque, chez lequel n'était retrouvé aucun facteur de risque, ou épisodiquement : ce groupe comportait 593 sujets.
- un groupe B témoin à haut risque (610 personnes) chez lesquelles au moins un des facteurs de risque était retrouvé (hyperlipémie, hypertension artérielle, tabagisme, obésité, diabète) mais indemnes de maladie cardio-vasculaire décelable à l'examen clinique et/ou à l'ECG, indemne d'HTA secondaire, d'affection rénale, de diabète supérieur à 1,80 g de glycémie à jeûn, et enfin indemne d'affections malignes ou psychiatriques. Ce groupe B a été informé des résultats du bilan initial, puis d'un bilan à 2 ans et à 5 ans ; il a reçu des conseils hygiéno-diététiques mais n'a pas été traité.
- un groupe C à haut risque comme le précédent (612 personnes) est identique au précédent mais a été différencié par randomisation. Il a fait l'objet de consultations répétées tous les 4 mois : ces consultations, en dehors des bilans complets, comportaient les conseils hygiéno-diététiques, et un traitement antihypertenseur (bêta-bloquants seuls, puis diurétiques en cas d'échec), normolipémiant (probucol ou clofibrate essentiellement) et/ou hypoglycémiant (glyburide) était institué si les simples conseils n'avaient pas donné de résultats après 4 mois.

L'analyse des résultats de cette étude est fort instructive. Elle montre en effet que les interventions sur les facteurs de risque ont été efficaces (à l'exception de l'hyperglycémie provoquée), qu'il s'agisse de la tension artérielle, de l'hyperlipémie, de

.../

/...

l'obésité ou du tabagisme. De ce fait le "risque coronarien global" a diminué dans le groupe C, tandis qu'il augmentait logiquement avec l'âge dans les groupes A et B.

Cependant "malgré la diminution très significative des facteurs de risque, le programme d'intervention de 5 ans n'a pas diminué la mortalité ou la morbidité coronarienne", quand bien même la diminution de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux a nettement diminué dans le groupe C par rapport au groupe B.

Les traitements par les bêta-bloquants semblent, pour les auteurs, donner de moins bons résultats que les traitements par diurétiques (avec ou sans hydralazine). Certes, ils admettent que l'interprétation de ces résultats doit être prudente, "car la randomisation caractérisant les deux cohortes à risque élevé disparaît dans l'analyse par sous-groupe" ; mais il est possible de soulever l'hypothèse d'un impact plus grand, sur le risque coronarien, de la mauvaise observance du traitement par bêta-bloquant que par diurétique (surtout associé à l'hydralazine).

Enfin pour expliquer les résultats globaux de cet essai d'épidémiologie d'intervention, les auteurs soulèvent, à juste titre, l'hypothèse d'une annulation des effets bénéfiques des interventions préventives par ses effets pervers, en particulier anxio-gènes. Il faut rappeler en effet la lourdeur du protocole de l'intervention (un "check-up" hospitalier tous les 4 mois pendant 5 ans) et la comparer -avec aussi ses résultats- avec la légèreté de la prévention assumée par le médecin généraliste (4 examens par an dont 1 à domicile, 1 bilan métabolique annuel, et un ECG tous les 4 ans, en moyenne !) telle que nous l'avons étudiée dans notre étude épidémiologique sur le suivi de 310 hypertendus dans 13 clientèles de médecine générale.

Cette comparaison dans l'efficacité plaiderait donc en faveur d'une prévention légère "en première ligne" à l'encontre d'une prévention lourde hospitalière.

B.V.