



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

**Annales de
cardiologie
et d'angéologie**

Annales de Cardiologie et d'Angéologie 67 (2018) 127–132

Article original

Tenter d'atteindre rapidement la cible tensionnelle chez les hypertendus nouvellement diagnostiqués est efficace et sans danger

Try to achieve quickly the blood pressure target in newly diagnosed hypertensive patients is safe and effective

B. Kichou*, N. Henine, L. Kichou, M.A. Boubchir, M.A. Ait Said, M. Zatout, A. Hammouche, A. Mazeghrane, A. Madiou, M. Benbouabdellah

Service de cardiologie, centre hospitalier universitaire de Tizi-ouzou, 15000 Tizi-ouzou, Algérie

Reçu le 17 avril 2018 ; accepté le 24 avril 2018

Disponible sur Internet le 9 mai 2018

Résumé

Objectif. – Comparer une stratégie thérapeutique antihypertensive dite « accélérée » à une stratégie « standard », en termes de taux de contrôle tensionnel et d'événements indésirables.

Patients et méthodes. – Étude randomisée, menée en ouvert, ayant inclus des patients hypertendus consécutifs, nouvellement diagnostiqués, âgés entre 40 et 70 ans, n'ayant reçu aucun traitement antihypertenseur antérieur. Le diagnostic d'hypertension artérielle était retenu si la pression artérielle de consultation était $\geq 140/90$ mm Hg et confirmée par une automesure tensionnelle à domicile ou une mesure ambulatoire. Les patients étaient randomisés selon un ratio 1/1 entre une stratégie thérapeutique « accélérée » et une stratégie « standard ». Le critère primaire de l'étude était le taux de contrôle tensionnel à 12 semaines. Le critère secondaire était le taux d'événements indésirables.

Résultats. – Nous avons recrutés 268 patients (132 dans le groupe stratégie accélérée), d'âge moyen de 55 ans, dont 62 % d'hommes. La pression artérielle de consultation était en moyenne à l'entrée dans l'étude de 168/95 mm Hg. Les caractéristiques cliniques de base étaient en moyenne identiques entre les deux groupes de traitement. À 12 semaines, les taux de contrôle tensionnel étaient de 63,6 % dans la stratégie « accélérée » et de 38,2 % dans la stratégie « usuelle » ($p < 0,001$) ; les taux d'événements indésirables n'étaient pas significativement différents entre les deux stratégies (6,06 % versus 5,14 % ; $p = 0,8$).

Conclusion. – La stratégie antihypertensive accélérée était plus efficace et aussi sûre que la stratégie usuelle dans notre étude ; ceci pourrait se traduire par une réduction des événements cardiovasculaires futurs.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hypertension ; Stratégie accélérée ; Stratégie standard ; Contrôle tensionnel ; Événements indésirables

Abstract

Objectives. – To compare a so-called an “accelerated” antihypertensive strategy to a “standard” strategy, in terms of blood pressure control rates and adverse events.

Methods. – Prospective open-label randomized controlled trial, which included consecutive hypertensive patients, newly diagnosed, 40 to 70 years old, with no prior antihypertensive treatment. Hypertension was diagnosed if office blood pressure was $\geq 140/90$ mmHg, confirmed by an increase of Home or a daytime ambulatory blood pressure. The patients were randomly assigned according to 1:1 ratio to an “accelerated” strategy or to a “standard” strategy. The primary end-point was the rate of blood pressure control at 12 weeks. The secondary end-point was the rate of adverse events (a safety end-point).

Results. – We recruited 268 patients (132 in the “accelerated” strategy group), with a mean age of 55 years and 62% of men. The mean office blood pressure at baseline was 168/95 mmHg. The clinical characteristics were on average similar between the 2 treatment groups. At 12 weeks, the rates of blood pressure control were 63.6% in the “accelerated” strategy and 38.2% in the “standard” strategy ($P < 0.001$). There was no significantly difference between the rates of adverse events in the 2 strategies (6.06% versus 5.14%; $P = 0.8$).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brahim.kichou@yahoo.fr (B. Kichou).

Conclusion

The “accelerated” antihypertensive strategy was more effective than a standard one, in terms of blood pressure control, without an increase in adverse events rate. This could translate into a future cardiovascular events reduction.
© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Hypertension; Accelerated strategy; Standard strategy; Blood pressure control; Adverse events

1. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur, associé de façon indépendante à une augmentation de l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des infarctus du myocarde (IDM), de l'insuffisance cardiaque, des artériopathies périphériques et de l'insuffisance rénale terminale [1–3]. Approximativement 25 % des adultes à travers le monde sont atteints d'HTA, et il est estimé que l'HTA est responsable de 13 % de l'ensemble des décès dans le monde [4]. Par ailleurs, un contrôle efficace de la pression artérielle (PA) par les moyens pharmacologiques est l'un des moyens les plus puissants pour réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire [5,6]. Cependant, des taux de contrôles tensionnels relativement faibles, compris entre 20 et 50 %, ont été rapportés dans de larges études observationnelles et enquêtes cliniques réalisés dans de nombreux pays [7–9].

Atteindre l'objectif tensionnel recommandé (PA < 140/90 mmHg) [10] chez la majorité des patients hypertendus traités demeure donc encore un vrai challenge. La Société Française d'HTA recommande d'obtenir un contrôle tensionnel dans les 6 premiers mois de traitement, avec des consultations mensuelles jusqu'à l'obtention de l'objectif tensionnel [11]. Nous nous sommes proposés de tester si un schéma de traitement comportant des visites plus rapprochées et une escalade thérapeutique plus rapide, pouvait accroître le taux de contrôle tensionnel.

L'objectif de notre étude était de comparer une stratégie thérapeutique antihypertensive dite « accélérée » à une stratégie « standard », en termes de contrôle tensionnel et d'événements indésirables, chez des patients nouvellement diagnostiqués et « naïfs » de tout traitement antihypertenseur antérieur.

2. Patients et méthodes

2.1. Type d'étude

Essai monocentrique, contrôlé, randomisé, mené en ouvert sur deux groupes parallèles, avec analyse en intention de traiter et évaluation en aveugle des critères de jugement.

Les patients étaient randomisés selon un ratio 1/1 entre une stratégie thérapeutique « accélérée » et une stratégie thérapeutique « standard ». Nous avons utilisé une randomisation par bloc de 4 et constitué, à partir de la liste de randomisation établie, des enveloppes scellées numérotées dans l'ordre des inclusions et contenant la stratégie thérapeutique allouée.

2.2. Population d'étude

Patients hypertendus consécutifs, nouvellement diagnostiqués dans notre centre.

2.2.1. Critères d'inclusion

- Âge compris entre 40 et 70 ans ;
- pas de traitement antérieur à visée antihypertensive ;
- PA de consultation élevée $\geq 140/90$ mmHg ;
- confirmée par une mesure tensionnelle élevée $\geq 1135/85$ mmHg en dehors du cabinet médical : automesure tensionnelle (AMT) ou mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) diurne ;
- consentement éclairé du patient à participer à l'étude.

2.2.2. Critères de non-inclusion

Traitement chronique de suppléance rénale (dialyse ou greffe rénale).

2.3. Facteurs étudiés

2.3.1. Stratégie thérapeutique « accélérée »

La stratégie thérapeutique « accélérée » visait à obtenir un contrôle tensionnel à 12 semaines, avec un rythme de visites bi-hebdomadaire, une escalade thérapeutique à chaque visite si la pression artérielle n'était pas à la cible. Le schéma thérapeutique était standardisé pour tous les patients assignés à cette stratégie : monothérapie utilisant un bloqueur du système rénine angiotensine aldostérone « SRAA » (Ramipril 10 mg/j ou Irbesartan 300 mg/j en cas de toux apparaissant sous Ramipril), puis Amlodipine (10 mg/j ou 5 mg/j en cas d'apparition d'œdèmes des membres inférieurs), puis Indapamide à libération prolongée 1,5 mg/j et enfin spironolactone 25 à 50 mg/j. Si la pression artérielle initiale était supérieure à 160/100 mmHg, on commençait d'emblée par une bithérapie bloqueur SRAA – Amlodipine. Le renforcement du traitement antihypertenseur ne se faisait que si l'AMT pratiquée avant la consultation était $\geq 1135/85$ mmHg. Cette automesure était pratiquée avec un appareil validé type « OMRON 7 » fourni par notre centre, selon la règle des 3 (réaliser 3 mesures en position assise, espacées de 2 minutes d'intervalle, le matin au petit-déjeuner, le soir avant le coucher, 3 jours de suite). Les règles hygiéno-diététiques étaient préconisées et rappelées lors de chaque consultation.

2.3.2. Stratégie thérapeutique « standard »

Dans cette stratégie, le choix de la classe de médicaments antihypertenseurs et le type de molécules à utiliser était laissé

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8652251>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8652251>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)