

## **Prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA): nouvelles recommandations et objectifs à atteindre chez le diabétique (DT)**

**Pr Jean-Marie Krzesinski, Service de Néphrologie, CHU de Liège.**

### **L'hypertension artérielle et le diabète : les mauvais compagnons**

La présence d'une hypertension artérielle (HTA) précède souvent (60% des cas) le développement d'un diabète de type 2 (DT2), alors que chez le DT1, l'HTA sera le plus souvent d'origine rénale, atteinte à forte composante génétique. L'association HTA –DT augmente significativement le risque de décès toutes-causes et aussi d'événements CV par rapport à l'absence de diabète. Ceci s'explique aisément par l'action conjointe sur les vaisseaux de 2 facteurs majeurs de risque d'athérosclérose. Cet effet délétère s'accroît avec le nombre d'années d'association et les autres facteurs de risque CV.

Le patient DT hypertendu est donc d'office considéré à risque CV élevé et d'emblée justiciable d'un traitement médicamenteux (introduit en même temps que les indispensables adaptations hygiéno-diététiques). Ceci a été confirmé dans les directives de prise en charge de l'hypertension artérielle publiées cette année (2013 ESH/ESC Guidelines on hypertension management, Journal of Hypertension ; 31 : 1281).

### **Abaisser la pression artérielle (PA), mais jusqu'à quel niveau?**

De nombreuses études thérapeutiques (UKPDS, HOT, Syst-Eur...) ont démontré que l'abaissement de la PA réduit les complications macro- et microvasculaires chez le diabétique et ont suggéré que, chez ce type de patient, « the lower » était synonyme de « the better ». Cependant la cible préconisée dans les versions antérieures des directives ESH/ESC de 130/80 mmHg n'avait que très rarement été atteinte et par ailleurs, certaines études récentes d'envergure dont l'étude ACCORD (publiée dans le NEJM en 2010) ont montré qu'un contrôle standard du niveau tensionnel (PAS <140 mmHg) se révélait aussi efficace en termes de prévention cardiovasculaire qu'un traitement intensif (PAS <120mmHg) chez les patients DT hypertendus. Les récentes directives de l'ESH ont donc adapté la cible recommandée en étant moins strict : il faut viser **une PA < 140/85mmHg pour les patients hypertendus diabétiques** de moins de 80 ans. Des valeurs plus basses peuvent cependant être tentées sur base individuelle, notamment en l'absence de coronaropathie.

### **Comment arriver à cette cible?**

Chez l'hypertendu diabétique, sans microalbuminurie, le premier choix est laissé à la libre appréciation du prescripteur face à son patient. Ce qui compte c'est la baisse de PA et donc chez le sujet DT2, le recours aux associations est souvent de mise. Il faut rappeler ici la contre-indication d'un double blocage du système rénine angiotensine (SRA) chez le diabétique hypertendu comme démontré dans les études ALTITUDE ou ONTARGET.

La prévention du passage de la normoalbuminurie à la microalbuminurie repose sur l'équilibre optimal du diabète, de l'hypertension et des troubles lipidiques, avec un petit avantage pour les bloqueurs du SRA utilisés comme médicament antihypertenseur (étude BENEDICT ou ROADMAP).

Cette prise en charge multifactorielle a bien été illustrée dans l'étude STENO2 après 8 et 13 ans (Gaede et al NEJM 2003 et 2008).

En présence d'une microalbuminurie, ou a fortiori d'une macroprotéinurie, l'utilisation en première intention d'un bloqueur du SRA est à privilégier, à associer à une restriction sodée et à soit un antagoniste calcique soit un diurétique thiazide à faible dose.

Chez l'insuffisant rénal polyvasculaire, notamment en l'absence de rétinopathie associée ou de protéinurie significative, il faut évidemment vérifier l'absence de sténose d'artère rénale avant de prescrire le bloqueur du SRA et utiliser un diurétique de l'anse souvent incontournable quand la filtration glomérulaire est < 30 ml/min.

### **Conclusion**

La prise en charge de l'HTA chez le DT est importante car cette double pathologie expose à un risque majeur cardiovasculaire et rénal.

L'approche doit être multifactorielle et globale.

Pour l'HTA, la cible préconisée est actuellement de 140/85 mmHg mais on peut imaginer qu'un patient sans comorbidité puisse atteindre une cible plus basse.