

L'apport de cette méta-analyse pour le médecin généraliste est indubitablement la démonstration que c'est la diminution de la pression artérielle qui est, en premier chef, responsable de la réduction de risque obtenue. Le MG cherchera donc, avec rigueur, à toujours atteindre les valeurs cibles de pression artérielle par l'instauration d'un traitement adéquat. Pour les patients hypertendus d'âge moyen ou plus élevé, ces valeurs cibles sont au moins de 140/90 mm Hg, et, pour les diabétiques et insuffisants rénaux, des valeurs encore inférieures, de 130/85 mm Hg. Si les chiffres de référence de la pression artérielle sont la moyenne des mesures effectuées au domicile par le patient lui-même ou son entourage, ces valeurs cibles de TA systolique et diastolique seront inférieures de respectivement 10 et 5 mm Hg¹⁰.

CONCLUSION

Le médecin généraliste essaiera de faire descendre la pression artérielle de son patient hypertendu au plus près des *valeurs-cibles*. Pour ce faire, en cas d'hypertension essentielle non compliquée, les diurétiques et les β bloquants sont les premiers choix.

Conflits d'intérêt/financement

Aucun conflit d'intérêt des auteurs n'est mentionné, ni aucun soutien financier du projet.

Références

- Ogihara T, Kuramoto K. Effect of long-term treatment with antihypertensive drugs on quality of life of elderly patients with hypertension: a double-blind comparative study between a calcium antagonist and a diuretic. National Intervention Cooperative Study in Elderly Hypertensives NICS. *Hypertension* 2000; 23: 33-7.
- Borhani NO, Mercuri M, Borhani PA, et al. Final outcome results of the multicenter isradipine diuretic atherosclerosis study (MIDAS). A randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 276: 785-91.
- Rosei EA, Dal Palu C, Leonetti, et al. Clinical results of the verapamil in hypertension and atherosclerosis study. *J Hypertens* 1997; 15: 1337-44.
- Hansson L, Hedner T, Lund-Johansen P, et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. *Lancet* 2000; 356: 359-65.
- The ALLHAT officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2000; 283: 1867-75.
- Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 611-6.
- De Cort P. Het effect van antihypertensiva: een overzicht. *Huisarts Nu (Minerva)* 2001; 30: 324-7.
- De Cort P. Calciumantagonisten bij hypertensie: een meta-analyse. *Huisarts Nu (Minerva)* 2001; 30: 328-30.
- Het onderbouwd voorschrijven van antihypertensiva. *Geneesmiddelenbulletin* 1999; 33 (10).
- WVH Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering Hypertensie (Publicatie in voorbereiding).

Régime sans graisses en prévention des maladies cardiovasculaires

Hooper L, Summerbell CD, Higgings JPT, et al. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 757-53.

Analyse: P. De Cort

Résumé

Le but de cette méta-analyse est d'évaluer l'effet d'une modification de la consommation de graisses sur les mortalité et morbidité cardiovasculaires. Une recherche systématique dans la littérature (Cochrane Library, Medline, ...) a identifié 27 études pertinentes totalisant 30 902 **années-patients** d'observation. L'analyse de ces études permet de conclure que la

diminution ou le changement de l'apport de graisses présentent un effet à peine positif (en tout cas non significatif) sur la mortalité totale, avec une réduction légère de la mortalité cardiovasculaire (9%). Il y a cependant une réduction relative de 23% des critères de jugement cardiovasculaires combinés, si les efforts de régime sont poursuivis pendant au moins deux ans.

Discussion

L'effet favorable d'une réduction, par médicament, de la cholestérolémie sur les morbidité et mortalité cardiovasculaires est bien documenté, mais l'efficacité d'un régime pauvre en graisse sur des critères de jugement forts est, assez étonnamment, beaucoup moins connue. La plupart des études se limitent à démontrer l'effet favorable des modifications de régime sur le profil lipidique, mais en conclure que ceci entraîne un effet favorable sur la morbidité et la mortalité est faire un pas (non scientifique) de trop¹. En effet, depuis un demi-siècle un régime pauvre en graisses saturées est préconisé en prévention des pathologies cardiovasculaires, mais cette hypothèse n'est basée que sur des études d'observation et des **synthèses méthodiques** de RCTs ayant comme critère de jugement la maîtrise de la cholestérolémie^{2,3}. Une diminution de la cholestérolémie de 5% est obtenue par une diminution de la consommation de graisses de 30% de l'apport énergétique quotidien total. De celles-ci, moins de 10% peuvent être saturées et l'apport quotidien de cholestérol doit être inférieur à 300 mg. L'efficacité de ces directives en première ligne n'est pas encore démontrée. Cette méta-analyse est entreprise dans l'espoir de clarifier l'ampleur de l'efficacité de mesures diététiques adaptées en termes de critères de jugement forts.

Les auteurs de cette synthèse méthodique ont visiblement éprouvé beaucoup de problèmes pour le recrutement des études adéquates. Le total des articles sélectionnés dans le texte (n = 27) ne correspond pas au nombre repris dans le graphique récapitulatif (n = 11). Pourquoi 13 études ne comportant pas le moindre critère de jugement n'ont-elles pas été retenues?

Aucun détail n'est mentionné sur l'**homogénéité**, mais elle semble médiocre. Des études comportant des objets de recherche primaires différents (comme l'influence d'un régime sans graisse sur des critères de jugement cardiovasculaires, mais aussi sur l'athérosclérose, sur la mastopathie, sur la réduction de poids, sur le cancer de la peau, sur le cancer du sein, sur la récurrence d'un infarctus) sont analysées ensemble. Une table récapitulative des données sur l'efficacité finale des mesures diététiques sur la diminution des valeurs lipidiques ne figure pas dans la publication, bien que ces données soient utilisées par après dans l'analyse. Cette synthèse mérite à peine le nom de méta-analyse.

La synthèse porte sur 30902 **années-patients**. L'influence d'une alimentation pauvre en graisses est nulle sur la réduction de la mortalité totale et la réduction de la mortalité cardiovasculaire et les accidents cardiovasculaires n'est qu'une tendance qui devient une certitude si une étude d'intervention avec de l'huile de poisson est exclue de l'analyse. Nous faisons remarquer ici que, dans le texte, la diminution d'incidents cardiovasculaires est significative mais dans les **forestplots**, elle ne l'est clairement pas! Une sous-analyse des études de longue durée (> 2 ans) montre cependant une réduction significative du risque d'événements cardiovasculaires combinés (**OR** = 0,77 avec IC à 95% de 0,62 à 0,96). Une analyse en **méta-régression** utilisée pour démontrer le lien entre les critères de jugement et la diminution de la cholestérolémie (11%) montrent une corrélation positive mais non statistiquement significative.

Les auteurs concluent que chez des hommes (données insuffisantes pour les femmes) une petite, mais significative, réduction des problèmes cardiovasculaires et une tendance à la diminution de la mortalité totale peuvent être démontrées uniquement après 2 ans de diète pauvre en graisse. Il est frappant de constater la pauvreté des preuves scientifiques de l'efficacité des mesures diététiques employées depuis des années avec conviction et beaucoup d'efforts dans l'espoir de faire diminuer les décès cardiovasculaires. Il est tout aussi marquant de voir la difficulté de réaliser une méta-analyse sur ce sujet. Des fonds suffisants seront-ils un jour consacrés à l'étude de ce problème de santé si important?

CONCLUSION

Bien que l'efficacité d'une telle mesure ne soit pas prouvée en première ligne, la prescription d'une alimentation pauvre en graisse pour la prévention des événements et des décès cardiovasculaires est probablement une mesure utile. Celle-ci doit cependant être maintenue suffisamment longtemps (plus de 2 ans).

Conflits d'intérêt/financement

Aucun conflit d'intérêt n'est mentionné. Les auteurs ont reçu des fonds du "Systematic Reviews Training Unit, Institute of Child Health, University of London" et de la "British Heart Foundation".

Références

1. De Cort P. Het belang van lichaamsbeweging en dieet bij het verlagen van LDL-cholesterolwaarden. *Huisarts Nu (Minerva)* 1999; 28: 383-5.
2. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1997; 337: 1491-9.
3. Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. What are the effects of advice to lower dietary cholesterol? *Clinical Evidence* 2002; 7: 47-8.