

CONCLUSION



Cette étude conforte les guides de pratiques récents⁷⁻⁹, qui recommandent que le médecin généraliste ne pose le diagnostic d'hypertension qu'après confirmation par des mesures de tension bien effectuées à domicile par le patient lui-même⁸.

Références

1. Bland MJ, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986;I:307-10.
2. Ayman AP, Goldshine AD. Blood pressure determinations by patients with essential hypertension. The difference between clinic and home readings before treatment. *Am J Med Sci* 1940;200:465-74.
3. Fagard R, Staessen J, Thijs L. Prediction of cardiac structure and function by repeated clinic and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 1977;29:22-9.
4. Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I et al. Home blood pressure measurement has a stronger predictive power for mortality than does screening blood pressure: a population-based observation in Ohasama, Japan. *J Hypertens* 1998;16:871-997.
5. De Cort P. 'Wittejaseffect' en 'wittejashypertensie': prevalentie en determinanten. In: *Vergelijkende studie van de bloeddruk, verkregen met verschillende methoden bij personen boven de 60 jaar.* (Doctoraatsthesis) Leuven: KUL, 1998.
6. Beltman F, Van Der Meer K, Fennema M. De diagnostiek van wittejashypertensie door middel van thuisbloeddrukmeting. *Huisarts Wet* 2000;43:155-8.
7. Stergiou GS, Skleva II, Zourbaki AS et al. Which is the best strategy to diagnose hypertension: based on home, ambulatory or clinic blood pressure measurements. *Am J Hypertens* 1998;11:65A.
8. De Cort P, Philips H, Goovaerts F, Van Royen P. WVVH Aanbeveling goede medische praktijkvoering. Hypertensie. *Huisarts Nu* 2003;32:387-411.
9. O'Brien E, Asmar R, Beilin L et al. On behalf of the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003;21:821-48.

Valeur pronostique de la mesure ambulatoire de la pression artérielle

Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA et al. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. *N Engl J Med* 2003;348:2407-15.

Analyse: J. Matthys

RÉSUMÉ

Question clinique

La mesure ambulatoire de la pression artérielle peut-elle prédire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires chez les patients hypertendus traités?

Contexte

A ce jour, il n'est pas évident que la mesure ambulatoire de 24 h de la pression artérielle, comme la mesure conventionnelle, peut prédire les accidents cardiovasculaires chez les patients hypertendus traités. Les précédentes études concernaient, en effet, des patients non encore traités.

Population étudiée

L'étude a inclus 1 963 patients d'un âge moyen de 56 à 57 ans. Sont inclus les patients qui, endéans les deux années précédant l'étude, présentaient une hypertension confirmée lors d'au moins deux consultations différentes (avec trois mesures d'une pression artérielle diastolique

moyenne >90 mm Hg sous traitement et de >95 mm Hg sans traitement antihypertenseur). De plus, avant inclusion dans l'étude, les patients devaient être, depuis au moins 3 mois, sous traitement antihypertenseur visant à atteindre des chiffres tensionnels inférieurs à 140/90 mm Hg. Les critères d'exclusion étaient: hypertension artérielle secondaire, diabète sucré insulino-dépendant, AVC récent, infarctus du myocarde récent, hospitalisation récente pour insuffisance cardiaque chronique, intervention cardiovasculaire récente, insuffisance rénale, BPCO, espérance de vie diminuée suite à une comorbidité, grossesse et prise d'un médicament à titre expérimental.

Protocole d'étude

Après un monitoring tensionnel de 24 h, les participants ont été suivis pendant 5,5 ans. Les chercheurs, en aveugle pour les données de pression artérielle, ont iden-



tifié sur base des dossiers médicaux des patients, les événements cardiovasculaires majeurs selon les critères de l'étude "Systolic Hypertension in Europe Trial (Syst-Eur)"¹: AVC, infarctus du myocarde aigu, insuffisance cardiaque congestive, mort subite, angine de poitrine, pathologie vasculaire périphérique.

Mesure des résultats

Le critère de jugement primaire est le nombre d'accidents cardiovasculaires fatals ou non fatals. Les critères secondaires sont les infarctus aigus du myocarde ou les AVC fatals ou non fatals, la mortalité globale et les décès de cause cardiovasculaire.

Un **modèle de hasards proportionnels de Cox** a été utilisé pour estimer le risque relatif (avec un IC à 95%) d'une augmentation d'un écart type de la pression artérielle systolique et diastolique moyenne mesurée en ambulatoire (mesure sur 24 heures d'affilée, jour et nuit). Une correction est faite pour les facteurs de risque classiques (le sexe, l'âge, le BMI, le tabagisme, le diabète sucré, la cholestérolémie, un traitement hypolipidémiant et les antécédents cardiovasculaires) ainsi que pour les chiffres tensionnels obtenus par mesure conventionnelle (la moyenne de trois mesures durant la dernière consultation avant l'inclusion dans l'étude).

Résultats

Le suivi moyen est de 5 ans. Un accident cardiovasculaire fatal ou non fatal est survenu chez 157 patients. Au total, 78 patients sont décédés, dont 38 décès d'une cause cardiovasculaire. Les accidents cardiovasculaires sont plus fréquents chez les patients plus âgés ($p < 0,001$), les hommes ($p < 0,001$), les diabétiques ($p < 0,001$) et chez les patients avec antécédent cardiovasculaire ($p < 0,001$), avec hypercholestérolémie ($p < 0,001$) et avec prise plus im-

portante d'hypolipidémiant ($p < 0,001$). Les événements cardiovasculaires fatals ou non fatals, ainsi que les décès de toutes causes sont plus fréquents chez les patients présentant une pression artérielle, en ambulatoire, ≥ 135 mm Hg (voir *tableau 1*). Une pression artérielle plus élevée, en ambulatoire, est associée à un âge plus avancé, au sexe masculin, au tabagisme, au diabète et à des valeurs tensionnelles plus élevées lors des mesures conventionnelles. Les valeurs en moyenne plus élevées, pour la mesure ambulatoire, des pressions artérielles systoliques et diastoliques sont des facteurs de risque indépendants de survenue de nouveaux accidents cardiovasculaires mais pas de la mortalité totale, ni de la mortalité de cause cardiovasculaire (voir *tableau 2*).

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que, chez les patients traités pour hypertension, une pression artérielle systolique et diastolique plus élevée, en mesure ambulatoire, pronostique des complications cardiovasculaires, et ce également après correction pour les facteurs de risque classiques et pour la mesure tensionnelle conventionnelle.

Financement

L'étude a été financée par le Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek-Vlaanderen, l'Université de Gand, l'Hôpital Universitaire de Gand, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Roche, Pfizer, Servier-Eutherapie Benelux, le Rotary Club de Gand et le Sticthing Gezondheidszorg Nolle.

Conflits d'intérêt

Les auteurs signalent que l'industrie pharmaceutique n'était pas associée à la réalisation de l'étude et à l'interprétation des résultats. Un conflit d'intérêts des auteurs n'est pas mentionné.

Tableau 1: Critères de jugement primaire et secondaires selon le résultat du monitoring tensionnel ambulatoire (MTA) de 24 heures.

	MTA 24 heures <135 mm Hg (n=1 153)	MTA 24 heures \geq 135 mm Hg (n=810)	Valeur p
Incident cardiovasculaire fatal ou non	56	101	<0,001
Infarctus du myocarde ou AVC fatal ou non	22	55	<0,001
Mortalité totale	35	43	0,01

Tableau 2: Risque relatif (IC à 95%) d'une augmentation d'un ET pour la pression artérielle systolique et diastolique en mesure ambulatoire après correction pour les autres facteurs de risque et pour la mesure tensionnelle conventionnelle.

	Incident cardiovasculaire fatal ou non	Infarctus du myocarde ou AVC fatal ou non	Mortalité totale
Pression artérielle Systolique			
Sur 24 heures	1,34 (1,11 - 1,62)	1,52 (1,16 - 2,00)	1,03 (0,79 - 1,33)
Diurne	1,30 (1,08 - 1,58)	1,56 (1,19 - 20,5)	1,03 (0,79 - 1,34)
Nocturne	1,27 (1,07 - 1,51)	1,25 (0,97 - 1,62)	1,06 (0,82 - 1,36)
Pression artérielle Diastolique			
Sur 24 heures	1,21 (1,01 - 1,46)	1,41 (1,08 - 1,85)	1,16 (0,90 - 1,49)
Diurne	1,24 (1,03 - 1,49)	1,46 (1,11 - 1,92)	1,15 (0,89 - 1,49)
Nocturne	1,18 (0,98 - 1,40)	1,25 (0,96 - 1,64)	1,17 (0,91 - 1,50)

DISCUSSION

Dans leur discussion, les auteurs comparent leurs résultats à ceux d'autres études. Nous pensons ici à une étude, le Systolic Hypertension in Europe trial (Syst-Eur)¹. Dans une sous-étude de cette dernière recherche, 800 patients ont bénéficié d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle lors de la phase d'inclusion initiale, avant randomisation entre le groupe traitement actif et le groupe placebo. La mesure ambulatoire de la pression artérielle présageait des complications cardiovasculaires après correction cumulative pour le sexe, l'âge, le comportement tabagique, la présence ou non de complications cardiovasculaires, le fait de résider en Europe de l'Ouest ou non et les mesures de pression artérielle étant conventionnelles ou non. Les participants de cette étude étaient des personnes plus âgées avec une hypertension systolique isolée. Contrairement à cette étude-ci, la mesure ambulatoire de la pression artérielle ne pronostiquait pas l'événement dans le groupe recevant un traitement actif. Une autre différence entre cette étude et l'étude Syst-

Eur est le critère d'hypertension par mesure conventionnelle: moyenne de trois mesures effectuées lors d'une consultation pour l'étude analysée ici, alors que dans l'étude Syst-Eur la pression artérielle conventionnelle est calculée sur la base de six déterminations (deux mesures répétées lors de trois consultations différentes).

Le diagnostic de l'hypertension de la blouse blanche ne peut se poser qu'avec une méthode de mesure tensionnelle en ambulatoire. En pratique de médecine générale, la méthode la plus indiquée est la mesure de la tension au domicile par le patient lui-même au moyen d'un appareil automatique validé^{2,3}. A ce jour, la place précise d'une méthode plus compliquée de mesure tensionnelle ambulatoire, par exemple sur base du monitoring de 24 heures n'est pas claire. Des indications d'un bon rapport coût-efficacité d'une mesure de pression artérielle de 24 heures en ambulatoire dans le suivi des patients hypertendus traités existent cependant⁴.

CONCLUSION



Cette étude montre que, chez des patients hypertendus traités, une pression artérielle élevée (systolique aussi bien que diastolique), mesurée de manière ambulatoire, peut pronostiquer les complications cardiovasculaires.

Références

1. Staessen JA, Fagard R, Thijs L et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997;350:757-63.
2. De Cort P. Moet witte jashypertensie bij ouderen worden behandeld? *Huisarts Nu (Minerva)* 2001;30: 331-2.
3. De Cort P, Philips H, Govaerts F, Van Royen P. WVVH Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Hypertensie. *Huisarts Nu* 2003;32:387-411.
4. Lorgelly P, Siatis I, Brooks U et al. Is ambulatory blood pressure monitoring cost-effective in the routine surveillance of treated hypertensive patients in primary care? *Br J Gen Pract* 2003;53:794-6.

Chirurgie de l'obésité

- Zinzindohoue F, Chevallier J-M, Douard R et al. Laparoscopic gastric banding: a minimally invasive surgical treatment for morbid obesity. Prospective study of 500 consecutive patients. *Ann Surg* 2003;237:1-9.
- Ceelen W, Walder J, Cardon A et al. Surgical treatment of severe obesity with a low-pressure adjustable gastric band. Experimental data and clinical results in 625 patients. *Ann Surg* 2003;237:10-6.

Analyse: B. Michiels, E. Vermeire, M. Peeters

RÉSUMÉ

Question clinique

Quelle est l'efficacité et quels sont les effets indésirables des gastroplasties laparoscopiques avec anneau réglable (Zinzindohoue et coll: Lap-band; Ceelen et coll: Swedish adjustable gastric band, SAGB) chez des personnes avec une obésité morbide?

Contexte

La prévalence de l'obésité (BMI ≥ 30) est en augmentation: aux Etats-Unis, elle concerne 19,8% de la population en 2000. En raison du faible succès, fréquent, du régime alimentaire, un acte chirurgical est souvent choisi chez les personnes présentant un BMI >40 ou >35 avec

