# Les complications cardiovasculaires III

Prévention primaire : facteurs modifiables et interventions médicamenteuses

- Tabagisme
- Diabète sucré
- HTA
- Hypercholestérolémie

• Aspirine

# Prévention primaire

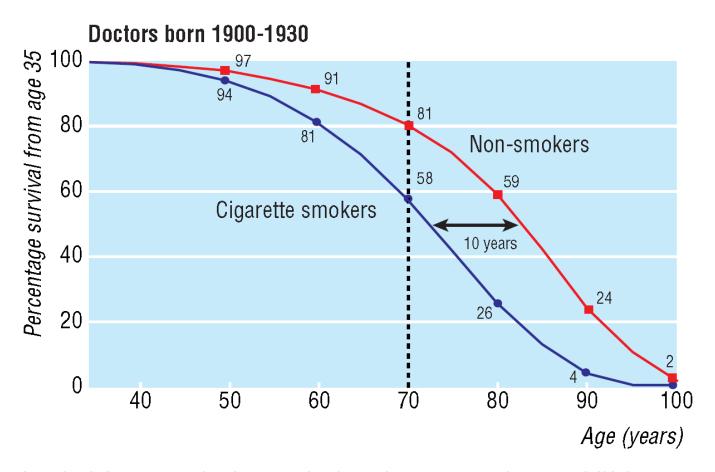
# Tabagisme

Cite this article as: BMJ, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004)

#### Papers

Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors

Richard Doll, Richard Peto, Jillian Boreham, Isabelle Sutherland



**Fig 3** Survival from age 35 for continuing cigarette smokers and lifelong non-smokers among UK male doctors born 1900-1930, with percentages alive at each decade of age

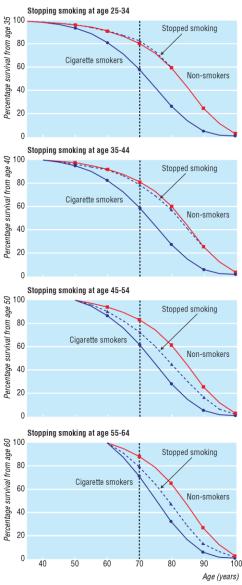


Fig 4 Effects on survival of stopping smoking cigarettes at age 25-34 (effect from age 35), age 35-44 (effect from age 40), age 45-54 (effect from age 50), and age 55-64 (effect from age 60)

# Richard Doll. Une surprenante histoire de conflits d'intérêt

#### Richard Doll. A surprising story of conflicts of interest

#### J.-P. Sculier

Service des Soins intensifs et Urgences oncologiques & Oncologie thoracique, Institut Jules Bordet, Centre des Tumeurs de l'ULB

#### RESUME

Richard Doll est un médecin épidémiologiste anglais très célèbre. On lui attribue la découverte du lien entre tabagisme et cancer bronchique. Sa réputation a été récemment entachée par deux faits, l'ignorance des études allemandes antérieures à ses travaux et l'existence de conflits d'intérêt majeurs avec l'industrie l'ayant conduit à minimiser le rôle des produits chimiques dans la carcinogenèse.

Rev Med Brux 2012; 33:487-90

#### **ABSTRACT**

Richard Doll is a very famous English physician epidemiologist. He is credited with discovering the link between smoking and lung cancer. His reputation was recently vitiated by two facts, ignorance of German studies prior to his work and the existence of major conflicts of interest with industry that led him to minimize the role of chemical products in carcinogenesis.

Rev Med Brux 2012; 33:487-90

Key words : conflicts of interest, Richard Doll





### Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium

Ute Mons,¹ Aysel Müezzinler,¹,² Carolin Gellert,¹ Ben Schöttker,¹ Christian C Abnet,³ Martin Bobak,⁴ Lisette de Groot,⁵ Neal D Freedman,³ Eugène Jansen,⁶ Frank Kee,ⁿ Daan Kromhout,⁵ Kari Kuulasmaa,³ Tiina Laatikainen,³,9,¹0 Mark G O'Doherty,ⁿ Bas Bueno-de-Mesquita,¹¹,¹²,¹³,¹⁴ Philippos Orfanos,¹⁵,¹⁶ Annette Peters,¹७,¹¹ Yvonne T van der Schouw,¹⁰ Tom Wilsgaard,²⁰ Alicja Wolk,²¹ Antonia Trichopoulou,¹⁵,¹⁶ Paolo Boffetta,¹⁵,²² Hermann Brenner,¹ on behalf of the CHANCES consortium

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to: U Mons, Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center (DKFZ), Im Neuenheimer Feld 581, 69120 Heidelberg, Germany u.mons@dkfz.de

#### Cite this as: *BMJ* 2015;350:h1551 doi:10.1136/bmj.h1551

Accepted: 6 February 2015

#### **ABSTRACT**

#### **OBJECTIVE**

To investigate the impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular mortality, acute coronary events, and stroke events in people aged 60 and older, and to calculate and report risk advancement periods for cardiovascular mortality in addition to traditional epidemiological relative risk measures.

#### DESIGN

Individual participant meta-analysis using data from 25 cohorts participating in the CHANCES consortium. Data were harmonised, analysed separately employing Cox proportional hazard regression models, and combined by meta-analysis.

#### **RESULTS**

Overall, 503 905 participants aged 60 and older were included in this study, of whom 37 952 died from cardiovascular disease. Random effects meta-analysis

dose-response manner, and decreased continuously with time since smoking cessation in former smokers. Relative risk estimates for acute coronary events and for stroke events were somewhat lower than for cardiovascular mortality, but patterns were similar.

#### CONCLUSIONS

Our study corroborates and expands evidence from previous studies in showing that smoking is a strong independent risk factor of cardiovascular events and mortality even at older age, advancing cardiovascular mortality by more than five years, and demonstrating that smoking cessation in these age groups is still beneficial in reducing the excess risk.

#### **Background**

In 1964, the first of a series of the US Surgeon General's reports on the health consequences of smoking concluded that male smokers had a higher death rate from

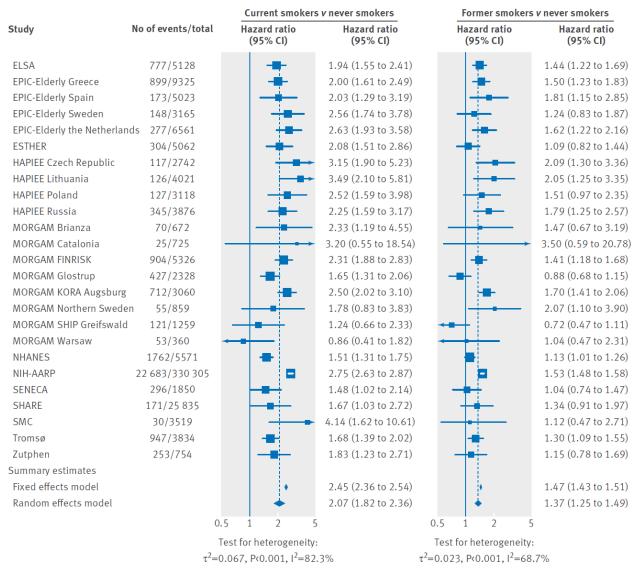
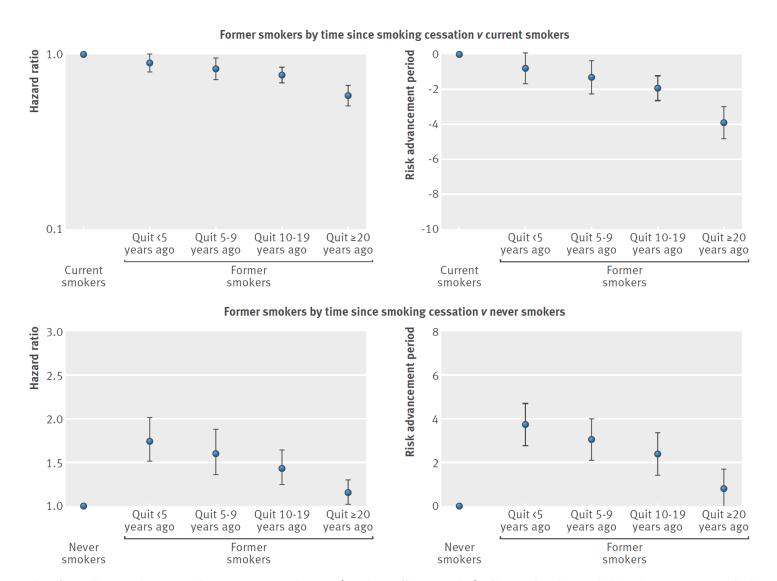


Fig 1 | Meta-analysis of the association of current smoking status with cardiovascular mortality



 $Fig \ 3 \mid Cardiovascular \ mortality \ summary \ estimates \ (random \ effects \ model) \ of \ hazard \ ratios \ and \ risk \ advancement \ periods \ for \ categories \ of \ cigarette \ consumption \ and \ time \ since \ smoking \ cessation$ 

La période d'avancement du risque (RAP) donne le délai moyen auquel la survenue d'un événement (comme l'incidence de la maladie ou le décès) dû à un facteur de risque est avancée chez les personnes exposées par rapport aux personnes non exposées.



Fig 4 | Cardiovascular mortality summary estimates (random effects model) of hazard ratios for categories of time since smoking cessation by sex and age

Table 2 | Cardiovascular deaths, acute coronary events, and stroke events summary estimates (random effects model) of hazard ratios (HR) for current smoking status, from sex and age stratified analyses

		Cardiovascular deaths		Acute coronary events		Stroke events	
Population	Smoking status	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Men	Never smokers	1.00		1.00		1.00	
	Former smokers	1.33	1.20 to 1.48	1.18	1.00 to 1.38	1.08	0.97 to 1.21
	Current smokers	1.95	1.69 to 2.25	1.80	1.51 to 2.15	1.44	1.23 to 1.68
Women	Never smokers	1.00		1.00		1.00	
	Former smokers	1.40	1.25 to 1.57	1.24	1.07 to 1.41	1.20	1.06 to 1.36
	Current smokers	2.22	1.86 to 2.65	2.26	1.98 to 2.59	1.78	1.46 to 2.17
Age 60-69	Never smokers	1.00		1.00		1.00	
	Former smokers	1.57	1.43 to 1.72	1.25	1.10 to 1.43	1.22	1.10 to 1.35
	Current smokers	2.45	2.22 to 2.69	2.02	1.78 to 2.28	1.68	1.46 to 1.94
Age 70+	Never smokers	1.00		1.00		1.00	
	Former smokers	1.21	1.08 to 1.36	1.12	0.95 to 1.32	1.10	0.95 to 1.28
	Current smokers	1.70	1.42 to 2.04	1.88	1.41 to 2.52	1.49	1.22 to 1.82

ABLEAU 1

# Nombre et pourcentage de décès attribuables au tabagisme\*

Causes des décès (nombre)	Hom 30-69 ans	mes > 70 ans	Femmes 30-69 ans > 70 ans		
Cancer du poumon (848 000)	77 %	82 %	44 %	54 %	
BPCO	54 %	52 %	24 %	19 %	
Cardio- vasculaire (1 690 000)	24 % 848 000	12 % 476 000	6 % 143 000	4 % 223 000	
Mortalité totale (4 833 000)	19 % 2 280 000	18 % 1 556 000	5 % 410 000	5 % 587 000	

<sup>\*</sup> Nombre de décès attribuables au tabagisme pour différentes pathologies et pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme pour chacune de ces pathologies, par tranches d'âge (estimation à l'échelle mondiale en 2000). Le nombre de décès cardiovasculaires dus au tabagisme est le double de celui des décès par cancer du poumon. Environ 25 % des décès cardiovasculaires des hommes de moins de 70 ans sont attribuables au tabagisme. Contrairement aux décès par cancer du poumon, ce risque de décès cardiovasculaire attribuable au tabagisme est maximal chez les sujets jeunes. BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive. D'après la réf. 1.

# Diabète sucré

# Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people



Anoop Dinesh Shah, Claudia Langenberg, Eleni Rapsomaniki, Spiros Denaxas, Mar Pujades-Rodriguez, Chris P Gale, John Deanfield, Liam Smeeth, Adam Timmis, Harry Hemingway



#### Summary

Background The contemporary associations of type 2 diabetes with a wide range of incident cardiovascular diseases have not been compared. We aimed to study associations between type 2 diabetes and 12 initial manifestations of cardiovascular disease.

Methods We used linked primary care, hospital admission, disease registry, and death certificate records from the CALIBER programme, which links data for people in England recorded in four electronic health data sources. We included people who were (or turned) 30 years or older between Jan 1, 1998, to March 25, 2010, who were free from cardiovascular disease at baseline. The primary endpoint was the first record of one of 12 cardiovascular presentations in any of the data sources. We compared cumulative incidence curves for the initial presentation of cardiovascular disease and used Cox models to estimate cause-specific hazard ratios (HRs). This study is registered at ClinicalTrials.gov (NCT01804439).

Lancet Diabetes Endocrinol 2015; 3: 105–13

Published Online November 11, 2014 http://dx.doi.org/10.1016/ S2213-8587(14)70219-0

See Comment page 92

Farr Institute of Health Informatics Research at London, London, UK (A D Shah MRCP, E Rapsomaniki PhD, S Denaxas PhD,

## Ne pas se focaliser sur les troubles coronaires

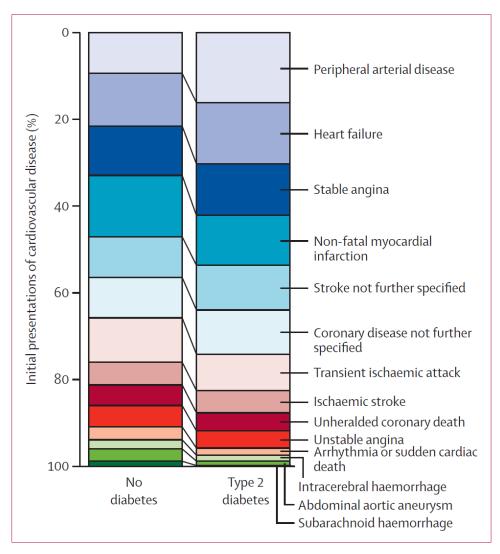


Figure 1: Distribution of initial presentations of cardiovascular diseases
Distribution of initial presentations of cardiovascular disease in participants with
and without type 2 diabetes and no history of cardiovascular disease.

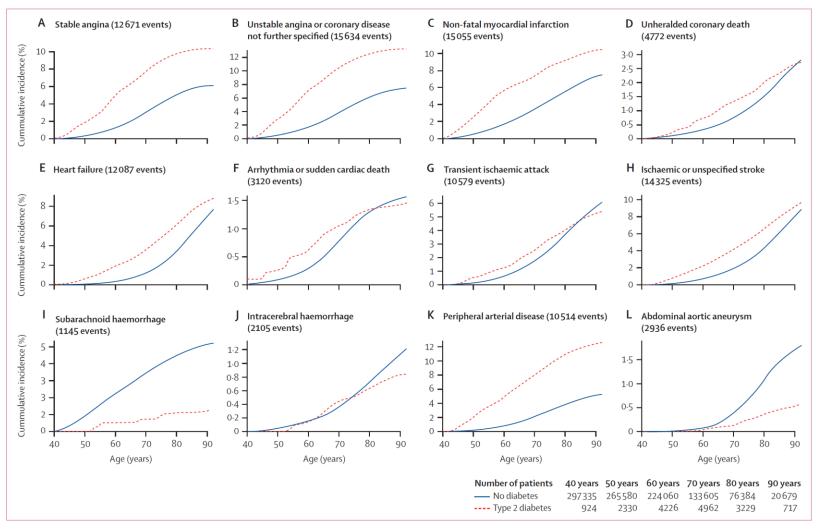


Figure 2: Cumulative incidence curves for the incidence of first presentation of 12 cardiovascular diseases in patients aged ≥40 years, by diabetes status
The curves begin at age 40 years rather than 30 years because 40 years is a typical age for a patient to develop type 2 diabetes.

Initial presentation of cardiovascular disease	Number of events					Hazard ratio (95% CI)	p value
	No diabetes	Type 2 diabetes					
Stable angina	12 232	728				1.62 (1.49–1.77)	<0.000
Unstable angina	5286	245			-	1.53 (1.32-1.76)	<0.000
Non-fatal myocardial infarction	15 191	706				1.54 (1.42-1.67)	<0.000
Unheralded coronary death	5101	255		.	-	1.43 (1.23-1.65)	<0.000
Heart failure	13 072	866				1.56 (1.45–1.69)	<0.000
Arrhythmia or sudden cardiac death	3218	100		-		0.95 (0.76-1.19)	0.65
Transient ischaemic attack	10 990	513				1.45 (1.31–1.60)	<0.000
Ischaemic stroke	5643	316			-	1.72 (1.52-1.95)	<0.000
Subarachnoid haemorrhage	1260	11 —				0.48 (0.26-0.89)	0.020
Intracerebral haemorrhage	2265	84		<u> </u>	_	1.28 (1.02-1.62)	0.035
Peripheral arterial disease	10 074	992				2.98 (2.76–3.22)	<0.000
Abdominal aortic aneurysm	3051	62	-			0.46 (0.35-0.59)	<0.000
		0·25	0.5	1	1 2	4	
			H	lazard ra	tio		

Figure 3: Association of type 2 diabetes with 12 cardiovascular diseases in patients aged ≥30 years

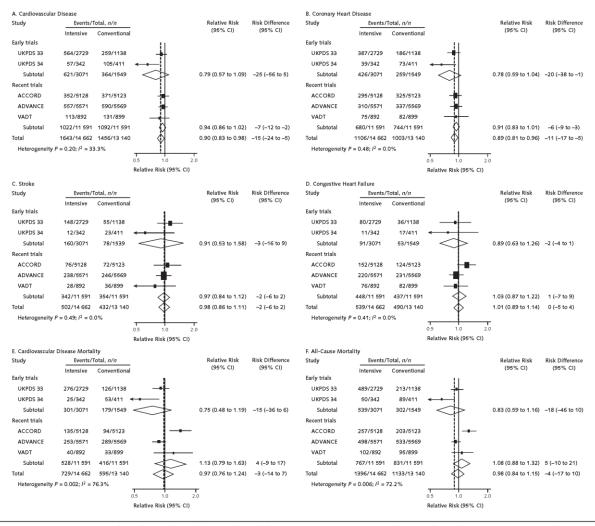
Adjusted hazard ratios (HRs) for different initial presentations of cardiovascular diseases associated with type 2

diabetes, adjusted for age, sex, BMI, deprivation, HDL cholesterol, total cholesterol, systolic blood pressure, smoking
status, and statin and antihypertensive drug prescriptions. Two non-specific components of the primary endpoint
are not shown in the figure for simplicity (they are inprecisely recorded versions of one of the 12 initial
presentations): coronary disease not further specified, HR 1·58 (95% Cl 1·45–1·73), p<0·0001; stroke not further
specified 1·64 (1·48–1·81), p<0·0001.



## Systematic Review: Glucose Control and Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetes

Tanika N. Kelly, PhD; Lydia A. Bazzano, MD, PhD; Vivian A. Fonseca, MD; Tina K. Thethi, MD; Kristi Reynolds, PhD; and Jiang He, MD, PhD



ACCORD = Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (12); ADVANCE = Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation (13); UKPDS = United Kingdom Prospective Diabetes Study (8, 11); VADT = Veterans Affairs Diabetes Trial (14).

## Diabète sucré: prévention des complications

- pour les complications micro-vasculaires (rétinopathie diabétique, néphropathie diabétique, neuropathie diabétique) : contrôle strict de la glycémie (suivre l'hémoglobine glycosée : essayer de la maintenir à 7%) et de l'albuminurie
- pour les complications macro-vasculaires (infarctus myocardique, AVC, insuffisance cardiaque, artériopathie MI) :
  - arrêt du tabagisme
  - contrôle de PA (< 130/80 mmHg)
  - blocage du système rénine-angiotensine (IEC)
  - contrôle du LDL-cholestérol (<100 mg/dl)</li>

# Importance de l'hémoglobine glyquée

#### The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

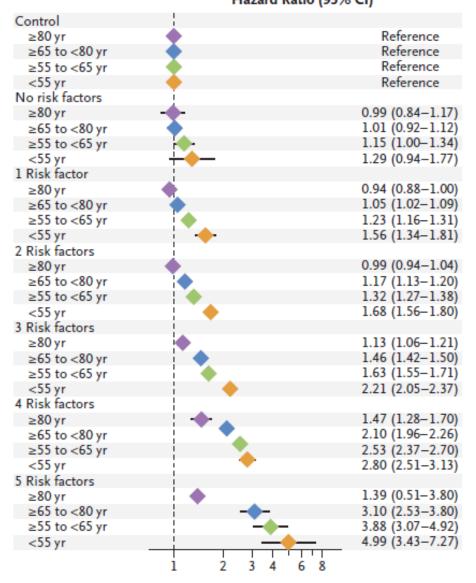
#### ORIGINAL ARTICLE

## Risk Factors, Mortality, and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes

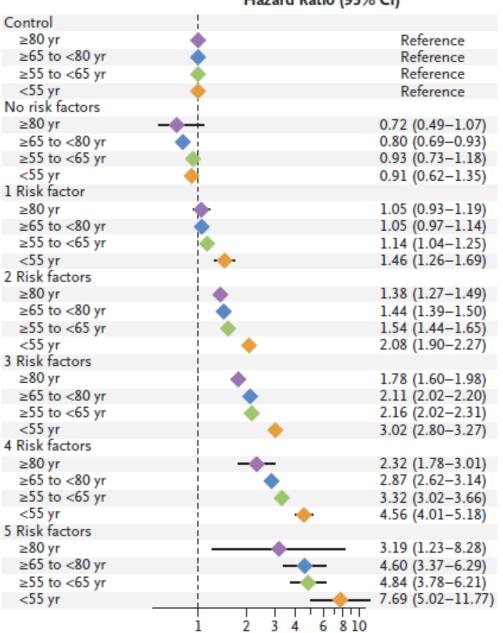
Aidin Rawshani, M.D., Araz Rawshani, M.D., Ph.D., Stefan Franzén, Ph.D., Naveed Sattar, M.D., Ph.D., Björn Eliasson, M.D., Ph.D., Ann-Marie Svensson, Ph.D., Björn Zethelius, M.D., Ph.D., Mervete Miftaraj, M.Sc., Darren K. McGuire, M.D., M.H.Sc., Annika Rosengren, M.D., Ph.D., and Soffia Gudbjörnsdottir, M.D., Ph.D.

N Engl J Med 2018;379:633-44. DOI: 10.1056/NEJMoa1800256 Dans une étude de cohorte, les auteurs ont inclus 271.174 patients atteints de diabète de type 2 inscrits au registre national suédois du diabète et les ont comparés à 1.355.870 témoins sur la base de l'âge, du sexe et du comté. On a évalué les patients diabétiques en fonction de leur âge et de la présence de cinq facteurs de risque (taux élevé d'hémoglobine glyquée, taux élevé de LDLcholestérol, albuminurie, tabagisme et tension artérielle élevée). La régression de Cox a été utilisée pour étudier le risque excessif de conséquences (décès, infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral et hospitalisation pour insuffisance cardiaque) associé au tabagisme et le nombre de variables hors des fourchettes cibles. Ont également été examinés la relation entre divers facteurs de risque et les résultats cardiovasculaires.

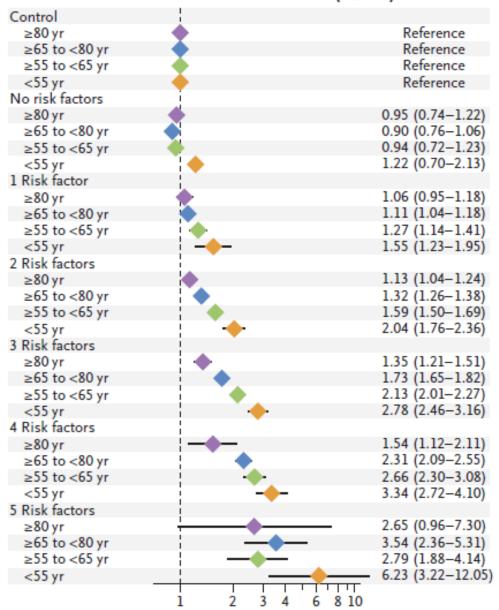
## A Excess Mortality in Relation to Range of Risk-Factor Control Hazard Ratio (95% CI)



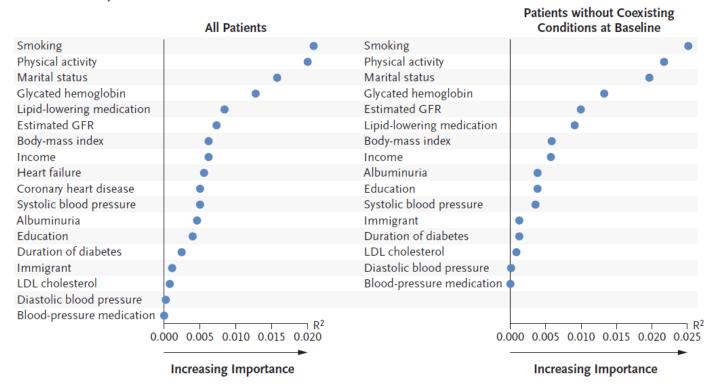
#### B Excess Acute Myocardial Infarction in Relation to Range of Risk-Factor Control Hazard Ratio (95% CI)



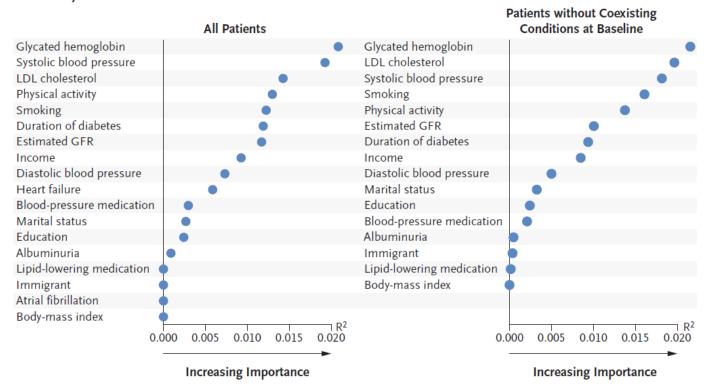
## C Excess Stroke in Relation to Range of Risk-Factor Control Hazard Ratio (95% CI)



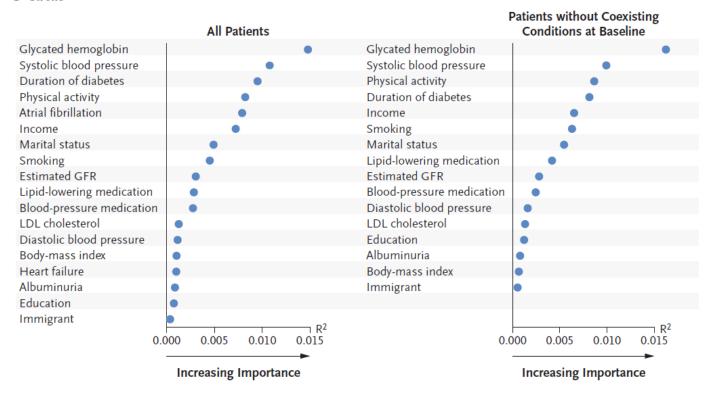
#### A Death from Any Cause



#### **B** Acute Myocardial Infarction

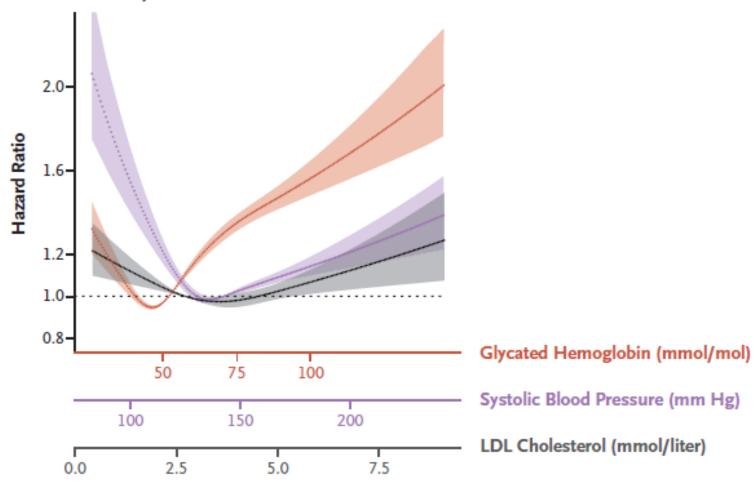


#### C Stroke

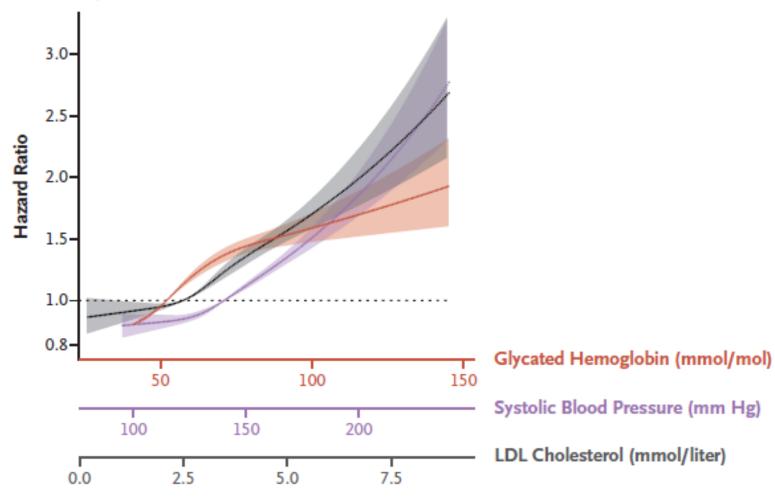


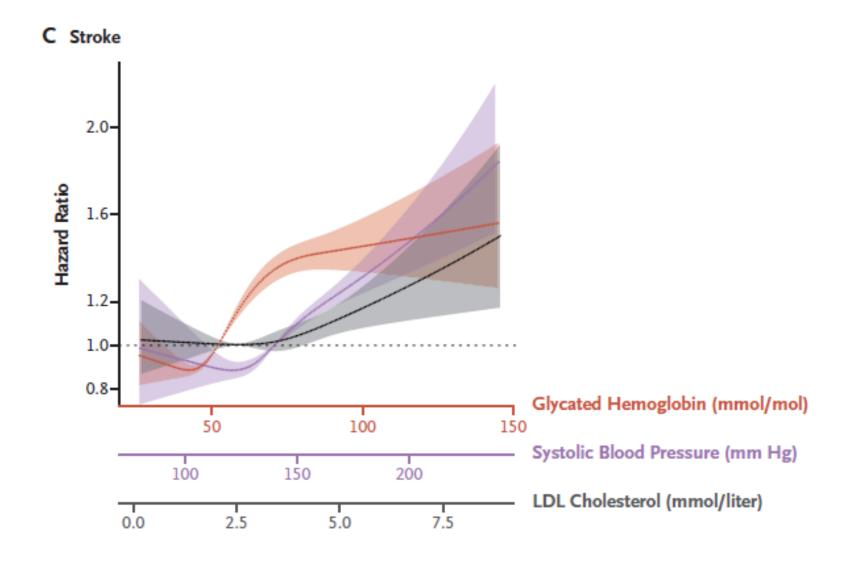
- « Parmi les patients diabétiques dont les cinq variables se situaient dans les limites de la cible, le ratio de risque de décès, quelle que soit la cause, est de 1,06 (comparé au groupe contrôle) (intervalle de confiance à 95% [IC], 1,00 à 1,12), le ratio de risque d'infarctus aigu du myocarde est de 0,84 (IC à 95%, 0,75 à 0,93) et le rapport de risque d'accident vasculaire cérébral est de 0,95 (IC à 95%, 0,84 à 1,07).
- Chez les patients atteints de diabète de type 2, un taux d'hémoglobine glyquée en dehors de l'intervalle cible est le principal facteur prédictif d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus aigu du myocarde; le tabagisme est le plus puissant prédicteur de la mort ».

#### A Death from Any Cause



#### **B** Acute Myocardial Infarction





## Conclusion

« Les patients atteints de diabète de type 2 présentant cinq facteurs de risque dans les fourchettes cibles semblent présenter peu ou pas de risque supplémentaire de décès, d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral, par rapport à la population générale. »

# Hypertension artérielle

# HTA: seuils justifiant un traitement

mesure au manomètre au cabinet médical:

- 160/95 mm Hg: population générale
- 140/80 mm Hg: diabétiques, après AVC

la notion de "pré-hypertension artérielle "n'est pas validée pour être une cible thérapeutique

# Le problème du seuil

ARTICLES

### **Articles**

Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies

Prospective Studies Collaboration\*

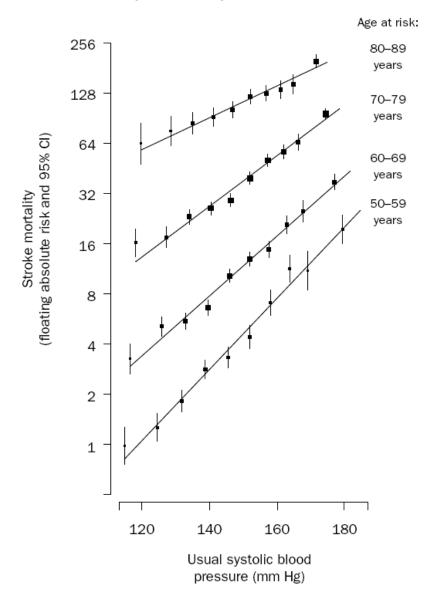
Lancet 2002; 360: 1903-13

Age	Person-	Number	Number of deaths by attributed cause								
at risk (years)	years at risk (×10³)	Stroke	IHD	Other vascula	Non- r vascular	Unknown r cause	All causes				
<40	2020	74	98	57	1302	91	1622				
40-49	3269	414	1322	386	4386	265	6773				
50-59	3843	1372	5594	1377	12 228	847	21 418				
60-69	2482	2939	10 450	2549	18771	1686	36395				
70-79	913	4327	10852	3227	16 112	1716	36 234				
80-89	177	2636	5649	2251	7436	895	18867				
≥90	7	198	318	245	562	84	1407				
Total*	12711	11960	34 283	10092	60797	5584	122716				

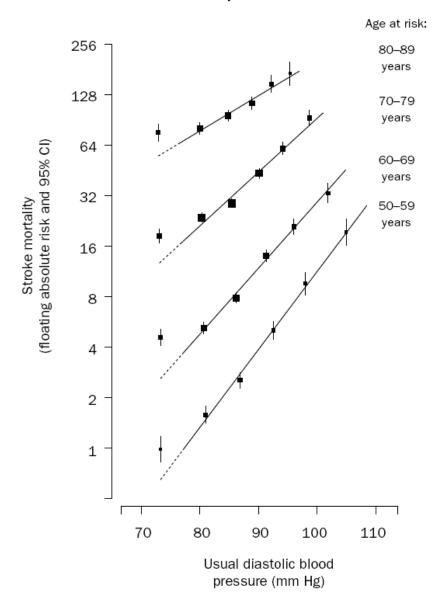
<sup>\*</sup>For parallel analyses of the MRFIT study, which involved men dying only at ages 40–49, 50–59, and 60–69 years, respectively, there were 107, 461, and 717 stroke deaths; 1084, 4597, and 5679 IHD deaths; and 296, 1484, and 2359 other vascular deaths.

Table 2: Numbers of deaths attributed to stroke, ischaemic heart disease (IHD), other vascular causes, and non-vascular causes, by age at risk

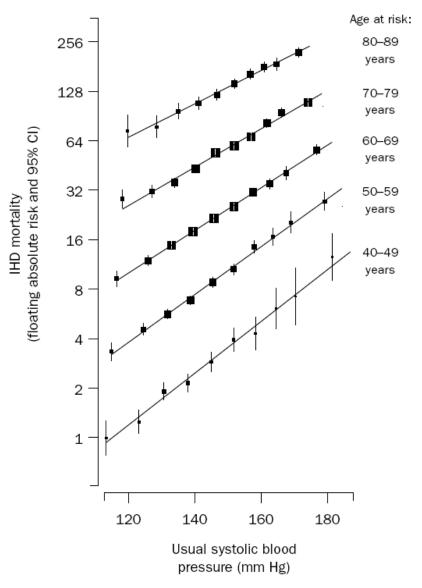
### A: Systolic blood pressure



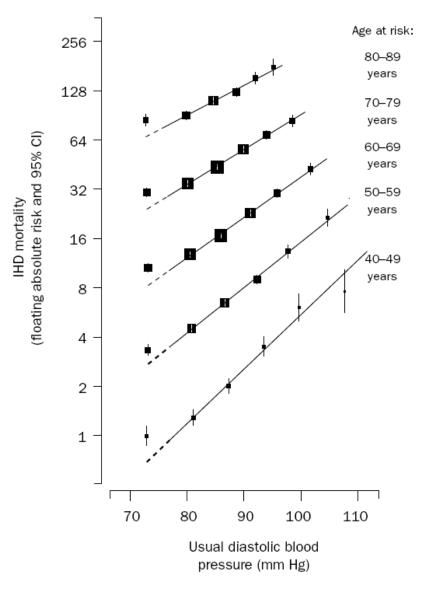
### **B:** Diastolic blood pressure



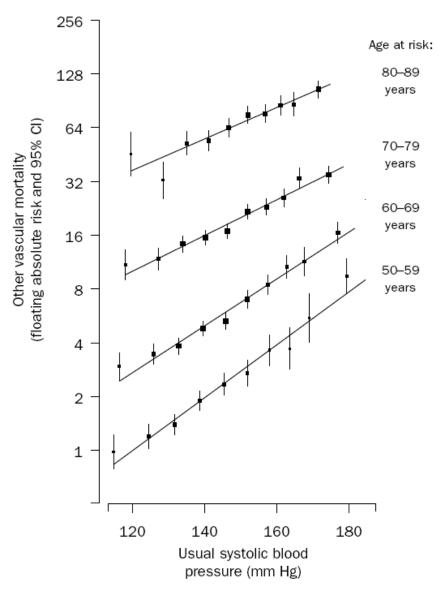
### A: Systolic blood pressure



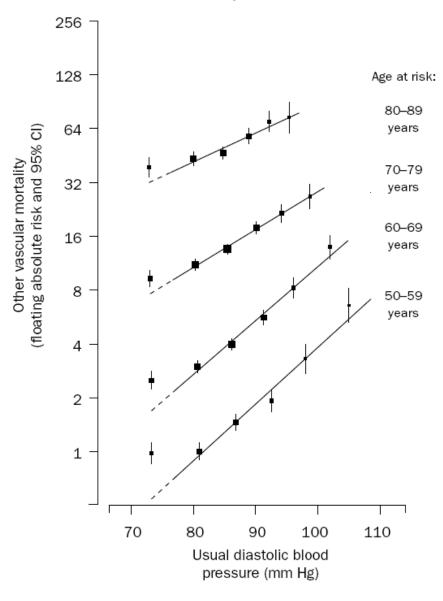
### **B:** Diastolic blood pressure



### A: Systolic blood pressure



### **B:** Diastolic blood pressure



Tout au long du milieu de la vie et de la vieillesse, la pression artérielle habituelle est fortement et directement liée à la mortalité vasculaire (et globale), sans aucune preuve d'un seuil jusqu'à au moins 115/75 mm Hg.

# Seuil pour instaurer le traitement

Pour l'hypertension artérielle, l'indication et le choix du traitement dépendent surtout de la présence de complications cérébrovasculaires, cardiaques ou rénales, de l'association à un diabète, et des chiffres systoliques et diastoliques.

Un médicament antihypertenseur est habituellement indiqué lorsque la pression artérielle au repos dépasse 160/95 lors de plusieurs mesures. Ce traitement est indiqué à partir d'une pression artérielle de 140/80 en cas de diabète associé ou après accident vasculaire cérébral (a).

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

# Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels A Systematic Review and Meta-analysis

Mattias Brunström, MD; Bo Carlberg, MD, PhD

*JAMA Intern Med.* 2018;178(1):28-36. doi:10.1001/jamainternmed.2017.6015 Published online November 13, 2017. Corrected on January 2, 2018.

Soixante-quatorze essais uniques, représentant 306.273 participants uniques (39,9% de femmes et 60,1% d'hommes; âge moyen, 63,6 ans) et 1,2 million d'années-personnes, ont été inclus dans les méta-analyses. En prévention primaire, l'association d'un traitement hypotenseur à des événements cardiovasculaires majeurs dépendait de la PA systolique de base (TAS).

Figure 1. Effect of Treatment to Lower Blood Pressure (BP) at Different BP Levels in Primary Prevention

Baseline SBP, mm Hg	No. of Events/ Participants/Trials	RR (95% CI)	Favors Treatment	Favors Control	Heterogeneity 12 Value, %
All-cause mortality					
<140	4897/68816/16	0.98 (0.90-1.06)	. ♦		11.6
140-159	2731/41049/15	0.87 (0.75-1.00)			43.2
≥160	4361/79900/18	0.93 (0.87-1.00)	<b>\$</b>		17.0
SBP interaction, P=.18					
Cardiovascular mortality					
<140	2633/66480/12	1.03 (0.87-1.20)	ė.	>	43.4
140-159	1465/42587/15	0.86 (0.65-1.14)	<b>⊸</b>		57.9
≥160	2290/78789/17	0.85 (0.77-0.95)	<b>♦</b>		18.0
SBP interaction, P=.02					
Major cardiovascular events					
<140	7354/67928/13	0.97 (0.90-1.04)	å		30.6
140-159	3951/43489/16	0.88 (0.80-0.96)	<b>*</b>		31.0
≥160	4627/77733/16	0.78 (0.70-0.87)	•		53.8
SBP interaction, P=.004			*		
Coronary heart disease					
<140	1618/62617/11	0.98 (0.88-1.09)	<u>.</u>		0.0
140-159	1369/42543/14	0.86 (0.76-0.96)	•		0.0
≥160	2018/78617/17	0.86 (0.78-0.94)	•		0.0
SBP interaction, P=.13			-		
Stroke					
<140	1775/62751/11	0.85 (0.68-1.06)			54.1
140-159	1429/41641/13	0.86 (0.72-1.01)	<b>*</b>		21.4
≥160	1929/79900/18	0.69 (0.60-0.80)	<b>♦</b>		47.3
SBP interaction, P=.16					
Heart failure					
<140	2261/60879/9	0.88 (0.78-0.98)	•		29.8
140-159	1113/35254/10	0.87 (0.73-1.04)			5.3
≥160	520/23395/10	0.53 (0.42-0.67)			17.6
SBP interaction, P=.005					
End-stage renal disease					
<140	488/24512/5	0.84 (0.57-1.24)		-	42.5
140-159	870/32984/7	0.88 (0.74-1.04)	•		0.0
≥160	32/5566/2	0.73 (0.01-6.45)			0.0
SBP interaction, P=.32		,,			
John Miteraction, 1 - 132					
			0.5 1 RR (959	2	

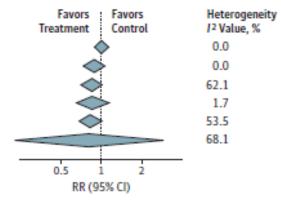
Figure 2. Effect of Treatment to Lower Blood Pressure (BP) in Coronary Heart Disease Trials

Outcome	No. of Events/ Participants/Trials	RR (95% CI)	Favors Favors Treatment Control	Heterogeneity 12 Value, %
All-cause mortality	7061/77562/12	0.98 (0.89-1.07)	<b>♦</b>	49.1
CV mortality	4156/76737/11	0.95 (0.84-1.09)	<b>♦</b>	55.3
MACE	13 075/77 562/12	0.90 (0.84-0.97)	<b>♦</b>	65.1
Coronary heart disease	4112/68305/10	0.88 (0.77-1.00)		55.8
Stroke	2412/75812/11	0.83 (0.73-0.96)		31.8
Heart failure	2905/74385/9	0.83 (0.72-0.96)	<b>◆</b>	38.4
			0.5 1 2 RR (95% CI)	_

MACE: major cardiovascular events

Figure 3. Effect of Treatment to Lower Blood Pressure (BP) in Poststroke Trials

Outcome	No. of Events/ Participants/Trials	RR (95% CI)
All-cause mortality	2610/32102/6	1.00 (0.91-1.10)
CV mortality	1179/32102/6	0.91 (0.78-1.05)
MACE	4731/32102/6	0.88 (0.76-1.01)
Coronary heart disease	844/32 102/6	0.89 (0.72-1.11)
Stroke	3167/32102/6	0.86 (0.74-1.01)
Heart failure	508/26889/3	0.85 (0.32-2.29)



Research

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

# Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients With Mild Hypertension

James P. Sheppard, PhD; Sarah Stevens, PhD; Richard Stevens, PhD; Una Martin, FRCP; Jonathan Mant, MD; F. D. Richard Hobbs, FMedSci; Richard J. McManus, FRCGP

*JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1626-1634. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4684 Published online October 29, 2018.

Table 2. Primary (Mortality) and Secondary Outcomes

	No. Not Trea	ated	No. Treated	I			NNH (95% CI) <sup>a</sup>	
Outcome	No Event	Event	No Event	Event	— Hazard Ratio (95% CI)	P Value	5 Years	10 Years
Treatment benefit outcomes								
Mortality	18 362	781	18 283	860	1.02 (0.88-1.17)	.81	NA	NA
Cardiovascular diseaseb	18 443	700	18 425	718	1.09 (0.95-1.25)	.23	NA	NA
Stroke	18 858	285	18851	292	0.97 (0.78-1.21)	.76	NA	NA
MI	18864	279	18 867	276	1.00 (0.80-1.25)	.98	NA	NA
Non-MI acute coronary syndrome	19 087	56	19 082	61	1.19 (0.74-1.91)	.47	NA	NA
Heart failure	19012	131	18 974	169	1.34 (0.96-1.86)	.09	NA	NA
Treatment harm outcomes								
Hypotension	18 982	161	18 875	268	1.69 (1.30-2.20)	<.001	219 (127-501)	41 (24-93)
Syncope	18670	473	18 534	609	1.28 (1.10-1.50)	.002	135 (77-385)	35 (20-100)
Bradycardia	19067	76	19 040	103	1.11 (0.75-1.65)	.59		
Electrolyte abnormalities	19 089	54	19 048	95	1.72 (1.12-2.65)	.01	580 (253-3610)	111 (49-687)
Falls	19 104	39	19 098	45	1.15 (0.63-2.09)	.65		
Acute kidney injury	18 999	144	18 949	194	1.37 (1.00-1.88)	.048	467 (198-75 225)	91 (39-1455
Cancer (negative control)	17 550	1593	17 464	1679	1.01 (0.92-1.11)	.79	NA	NA

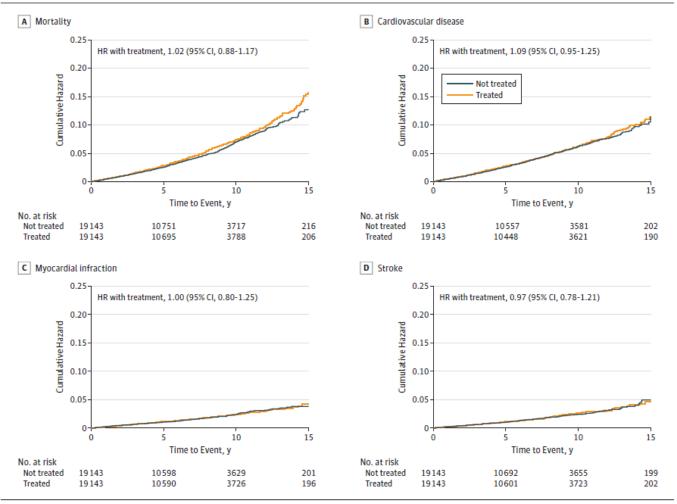
Abbreviations: MI, myocardial infarction; NA, not applicable; NNH, number needed to harm.

effect (ie, CIs do not cross 1).

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> The NNH was only estimated when there was a single direction of treatment

<sup>&</sup>lt;sup>b</sup> Cardiovascular disease was defined as any code for fatal and nonfatal stroke, MI, non-MI acute coronary syndrome, or heart failure.

Figure 1. Cumulative Hazard Plots Comparing Risk of Mortality and Cardiovascular Disease With Treatment Exposure



HR indicates hazard ratio.

## CONCLUSIONS ET PERTINENCE

- Cette analyse pré-spécifiée n'a trouvé aucune preuve à l'appui des recommandations avec des lignes directrices qui encouragent l'initiation du traitement chez les patients souffrant d'hypertension légère à faible risque.
- Il y avait des preuves d'un risque accru d'événements indésirables, ce qui suggère que les médecins devraient faire preuve de prudence lorsqu'ils suivent les lignes directrices qui généralisent les résultats des essais menés sur des personnes à haut risque à celles à faible risque.

# Objectif du traitement de l'HTA

Réduire la pression artérielle : en dessous de 140/90 mmHg



#### RESEARCH

Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies

M R Law, professor of epidemiology J K Morris, professor of medical statistics N J Wald, professor of environmental and preventive medicine

			Coronary heart disease ev	ents			Strokes	
Blood pressure difference trials	No of trials		Relative risk (95% CI)	Relative risk (95% CI)	No of trials	No of events	Relative risk (95% CI)	Relative risk (95% CI)
No history of vascular disease	26	3429	<b>—</b>	0.79 (0.72 to 0.86)	25	2843	<b>-</b>	0.54 (0.45 to 0.65)
History of coronary heart disease	37	5815		0.76 (0.68 to 0.86)	12	984	<del>-   •</del>	0.65 (0.53 to 0.80)
History of stroke	13	567		0.79 (0.62 to 1.00)	13	1593	-	0.66 (0.56 to 0.79)
All trials	71	9811	<b>+</b>	0.78 (0.73 to 0.83)	45	5420	+	0.59 (0.52 to 0.67)
Cohort studies	61	10 450	+	0.75 (0.73 to 0.77)	61	2939	+	0.64 (0.62 to 0.66)
		0.5	0.7 1 1.4	2			0.5 0.7 1 1.4	2
			eatment Place tter bett				Treatment Placeb better bette	

Fig 2 | Relative risk estimates of coronary heart disease events and stroke for a blood pressure reduction of 10 mm Hg systolic or 5 mm Hg diastolic in the blood pressure difference trials and in epidemiological cohort studies. (Total number of trials is fewer than the sum of the three categories as five included participants with and without vascular disease; see web extra figures 2a-f for individual trial results and summary estimates)

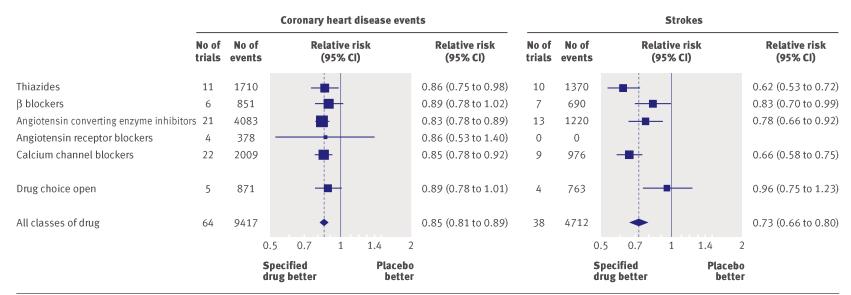


Fig 3 | Relative risk estimates of coronary heart disease events and stroke in single drug blood pressure difference trials according to class of drug (excluding CHD events in trials of  $\beta$  blockers in people with history of coronary heart disease). (Totals are less than the sum of the individual categories because some trials include more than one category; see web extra figures 3a-i for individual trial results and summary estimates)

# Diabète: seuil pour traiter à 14/8 cm Hg

Research

#### **Original Investigation**

# Blood Pressure Lowering in Type 2 Diabetes A Systematic Review and Meta-analysis

Connor A. Emdin, HBSc; Kazem Rahimi, DM, MSc; Bruce Neal, PhD; Thomas Callender, MBChB; Vlado Perkovic, PhD; Anushka Patel, PhD

**IMPORTANCE** Lowering blood pressure (BP) is widely used to reduce vascular risk in individuals with diabetes.

**OBJECTIVE** To determine the associations between BP-lowering treatment and vascular disease in type 2 diabetes.

**DATA SOURCES AND STUDY SELECTION** We searched MEDLINE for large-scale randomized controlled trials of BP-lowering treatment including patients with diabetes, published between January 1966 and October 2014.

- Editorial page 573
- Supplemental content at jama.com
- → CME Quiz at jamanetworkcme.com and CME Questions page 622

Figure 2. Standardized Associations Between 10-mm Hg Lower Systolic BP and All-Cause Mortality, Macrovascular Outcomes, and Microvascular Outcomes in Diabetic Patients

	No. of	BP Lowering		(	Control	Relative Risk	Favors BP	Favors
Outcome	Studies	Events	Participants	Participants Events Participants		(95% CI)	Lowering	Control
Mortality	20	2334	27693	2319	25864	0.87 (0.78-0.96)		
Cardiovascular disease	17	3230	25756	3280	24862	0.89 (0.83-0.95)	-	
Coronary heart disease	17	1390	26150	1449	24761	0.88 (0.80-0.98)		
Stroke	19	1350	27614	1475	26447	0.73 (0.64-0.83)		
Heart failure	13	1235	21684	1348	20791	0.86 (0.74-1.00)		•
Renal failure	9	596	19835	560	18912	0.91 (0.74-1.12)		-
Retinopathy	7	844	9781	905	9566	0.87 (0.76-0.99)		
Albuminuria	7	2799	13804	3163	12821	0.83 (0.79-0.87)		
							0.5 1	.0 2.0
							Relative Ri	sk (95% CI)

Macrovascular outcomes include cardiovascular events, coronary heart disease, stroke, and heart failure; and microvascular outcomes include renal failure, retinopathy, and albuminuria. The area of each square is proportional to the inverse variance of the estimate. Horizontal lines indicate 95% Cls of the estimate. BP indicates blood pressure.

Figure 3. Standardized Associations Between 10-mm Hg Lower Systolic BP and All-Cause Mortality, Macrovascular Outcomes, and Microvascular Outcomes Stratified by Mean Systolic BP of Trial Participants at Entry

Dutcome	No. of Studies	Baseline SBP, Mean, mm Hg		wering, No. Participants		ntrol, No. Participants	Relative Risk (95% CI)	Favors BP Lowering	Favors Control	P for Interaction
Mortality, mm Hg										
$\geq 140^{16}$ , 18, 19, 27-30, 35, 39-41, 51, 55, 56, 64, 65, 77-80	13	149	1614	16418	1626	14580	0.73 (0.64-0.84)			
<14017, 31, 36-38, 58-60, 80, 81	7	137	720	1275	693	11284	1.07 (0.92-1.26)	_	-	P<.001
Overall							0.87 (0.78-0.96)			
Cardiovascular disease, mm Hg										
≥14016, 18, 19, 27-30, 35, 39-41, 46, 47, 51-53	11	148	1861	14976	1918	14068	0.74 (0.65-0.85)			
<14017, 31, 36-38, 58-60, 80, 81	6	137	1369	10780	1362	10794	0.96 (0.88-1.05)	-	-	P = .001
Overall							0.89 (0.83-0.95)			
Coronary heart disease, mm Hg							,			
≥14016, 18, 27, 29, 30, 35, 39-41, 47, 51, 64, 65	10	148	858	14875	931	13 477	0.73 (0.61-0.87)			
<14017, 31, 36-38, 43, 58-60, 80, 81	7	137	532	11275	518	11284	0.97 (0.86-1.10)		_	P = .01
Overall							0.88 (0.80-0.98)			
Stroke, mm Hg										
≥14016, 18, 19, 27, 29, 30, 35, 39-41, 45-47, 51, 55, 56, 63-	<sup>65</sup> 14	148	1129	19066	1245	17868	0.74 (0.64-0.86)			
<14031, 36-38, 58-60, 80, 81	5	137	221	8548	230	8579	0.69 (0.52-0.92)			P = .70
Overall							0.73 (0.64-0.83)			
Heart failure, mm Hg							,			
≥14016, 18, 29, 30, 35, 39-41, 46, 47, 64, 65	8	146	774	13592	814	12676	0.75 (0.59-0.94)			
<14031, 42, 43, 58-60, 80, 81	5	137	461	8092	534	8115	0.97 (0.79-1.19)			P = .09
Overall							0.86 (0.74-1.00)			
Renal failure, mm Hg							, ,			
≥14016, 18, 29, 30, 35, 40, 41, 64, 65	6	147	389	12475	346	11530	0.75 (0.52-1.08)			
<14031, 58-60	3	138	207	7360	214	7382	1.00 (0.77-1.29)		-	P = .21
Overall							0.91 (0.74-1.12)		<b>-</b>	
Retinopathy, mm Hg										
≥14016, 29, 30, 64, 65, 77-80	4	146	564	7946	586	7753	0.86 (0.70-1.04)			
<14036-38, 59, 60, 80, 81	3	137	280	1835	319	1813	0.88 (0.74-1.05)			P=.85
Overall							0.87 (0.76-0.99)			
Albuminuria, mm Hg							, , , ,			
≥140 <sup>16</sup> , 28-30, 64, 65	4	146	1681	8447	1898	7647	0.71 (0.63-0.79)			
<14017, 36-38, 59, 60	3	137	1118	5357	1265	5174	0.86 (0.81-0.90)			P = .002
Overall							0.83 (0.79-0.87)	_		
							- (			_

# Bénéfice escompté du traitement antihypertenseur

- Diminution de 2 AVC pour 100 patients traités pendant 4 à 5 ans
- Diminution de 2 à 5 IDM pour 1000 patients traités pendant 2 à 6 ans
- Diminution de 2 à 3 décès pour 100 patients traités pendant 4 à 5 ans

# Traitement non médicamenteux

- activité physique de loisir régulière
- réduire l'apport sodé
- réduction de la consommation d'alcool (< 3 verres standard chez l'homme et < 2 verres standard chez la femme)
- perte de poids en cas d'obésité (>30 kg/m²)
- arrêt du tabagisme

TABLEAU 1. EXEMPLES D'ALIMENTS RICHES EN « SEL CACHÉ »								
	Produit	Quantité	Sel					
	Bouillon cube	1 unité	1g					
Sauces et aides culinaires	Moutarde, sauce soja	1 cuillère à soupe	1g					
	Mayonnaise, ketchup	2 cuillères à soupe	1g					
	Chips	60 g (2 petits paquets)	1g					
	Cornichons	10 petits	1g					
5 1 15	Olives	1 petite poignée	1g					
Produits proposés à l'apéritif	Saucisson sec	20 g, soit environ 5 tranches	<b>1</b> g					
и протиг	Jambon blanc	1 tranche épaisse (60 g)	1g					
	Pâté	1 tranche (50 g)	<b>1</b> g					
	Fromage	40 g	1g					
Produits de	Croissant	1 unité	1g					
panification	Pain baguette	1/4 baguette (60 g)	1g					
	Saumon fumé	1 tranche (40 g)	<b>1</b> g					
Produits de la mer	Thon en boîte	100g	<b>1</b> g					
	Huîtres	6 unités	1g					
	Pizza, quiche	1/4 soit environ 100 g	1g					
Plats préparés	Plats cuisinés	100 g (1/3 de barquette individuelle)	0,5-1 g (voire plus)					

# Traitement médicamenteux chez l'adulte sans pathologie associée

- en 1ère ligne : diurétique thiazidique. chlortalidone : 12,5 à 25 mg/j ou hydrochlorothiazide (associé à triamtérène) : 1 co/j NB : à introduire à dose réduite chez le sujet âgé en raison du risque d'hypotension orthostatique
- Première alternative : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC): captopril, énalapril, lisinopril, ramipril
- Sinon:
  - un β-bloquant : aténolol, métoprolol
  - un inhibiteur calcique : amlodipine, diltiazem, vérapamil
  - un sartan : losartan, valsartan

# Essais comparatifs randomisés ayant évalué, chez des adultes hypertendus, la chlortalidone ou l'hydrochlorothiazide en termes de mortalité ou de complications cardiovasculaires (d'après réf. 1,7)

	Essai Principaux crité		Principaux critères (	d'inclusion	Traitements comparés (a)	Nombre de patients	(ans)	Nombre d'événements évités, pour 1 000 patients traités par diurétique pendant un an			
		Âge (ans)	Pression artérielle (mm Hg)	Autres critères				AVC	IDM et décès coronarien	Insuffisance cardiaque	Mortalité totale
	SHEP	> 60	PAS 160-220 et PAD < 90	-	chlortalidone ± aténolol versus placebo	4 736	4,5	5,2	3,4	5	NS
Essais chiortalidone	Allhat-HTA	> 55	PA > 140/90 ou déjà sous hypertenseur	Au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire	chlortalidone versus amlodipine	24 303	4,9	NS	NS	4,2	NS
chlor c					chlortalidone versus lisinopril	24 309	4,9	1,2	NS	1,7	NS
Essais					chlortalidone versus doxazocine	24 335	3,3	1,6	NS	9,2	NS
	Shell	> 60	PAS ≥ 160 et PAD < 90	-	chlortalidone versus lacidipine	1 882	1,7	NS	NS	NS	NS
iazide	Ewphe	> 60	PAS 160-240 et PAD 90-120	-	hydrochlorothiazide + triamtérène versus placebo	840	3,2	1	3 décès cardiova	sculaires	NR
Essais hydrochlorothiazide	Insight	55 à 80	PA ≥ 160 ou (PAS > 150 et PAD > 95	Au moins un autre facteur de risque cardiovasculaire	hydrochlorothiazide + amiloride versus nifédipine	6 321	3,5	NS	NS	NS	NS
hydro	MRC 65-74 ou MRC-OLD	65 à 74	PAS 160 - 210	-	hydrochlorothiazide + amiloride versus aténolol	2 183	5,8	NS	5,1	NR	NS

AVC : accident vasculaire cérébral ; IDM : infarctus du myocarde ; IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; NR : non rapporté ; NS : absence de différence statistiquement significative ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique.

a- Dans plusieurs essais, d'autres antihypertenseurs étaient éventuellement ajoutés quand les valeurs-cibles de pression artérielle n'étaient pas atteintes.

# En cas d'échec

### • rechercher des causes :

- effet « blouse blanche »
- période d'anxiété ou stress
- mauvaise compliance
- posologie insuffisante
- obésité ou prise de poids
- consommation excessive de sel, alcool, tabac, réglisse
- drogues (amphétamine, cocaïne)
- médicaments (corticoïdes, AINS, bupropion, sibutramine, vasoconstricteurs nasaux, tryptans, lévothyroxine, sympathomimétiques, etc.)
- ou une HTA secondaire

### ensuite :

- \* en deuxième ligne : autre monothérapie
- \* en troisième ligne : bithérapie
  - en évitant certaines associations:
    - IEC ou sartan + diurétique hyperkaliémiant
    - β-bloquant + inhibiteur calcique bradycardisant
  - en tenant compte de certaines interactions médicamenteuses :
    - risque d'insuffisance rénale si association IEC ou sartan + diurétique
    - risque d'arythmie si diurétique hypokaliémiant + inhibiteur calcique bradycardisant ou βbloquant

# Traitement médicamenteux chez l'adulte avec pathologie associée

## • <u>diabète de type 2</u>

en 1ère ligne : IEC, sartan; diurétiques thiazidiques, en 2ème ligne : β-bloquant

## • <u>AVC</u>

en 1ère ligne : diurétiques ou association périndopril + indapamide

## • <u>infarctus myocardique</u>

en 1ère ligne : β-bloquant (aténolol, métoprodol, propranolol)

## • <u>insuffisance cardiaque</u>

en 1ère ligne : IEC inhibiteurs calciques à éviter (aggravent l'insuffisance cardiaque)

## • <u>insuffisance rénale</u>

IEC avec contrôle de la fonction rénale et de la kaliémie (captopril, énalapril)

#### TABLEAU 2

## Interactions médicamenteuses des antihypertenseurs

Classe médicamenteuse	Interactions	Conséquences	
Inhibiteurs du système	Lithium	Augmentation de la lithémie par diminution de l'excrétion	
rénine-angiotensine	Diurétiques épargneurs de potassium	Hyperkaliémie	
	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Insuffisance rénale aiguë	
Inhibiteurs des canaux calciques non dihydropyridines	Inhibiteurs CYPA3A4 et CYP3A5	Surdosage ou sous-dosage de médicaments associés métabolisés par ces voies	
Thiazidiques	Lithium	Augmentation de la lithémie par diminution de l'excrétion	
	Antiarythmiques	Majoration du risque de torsades de pointes si hypokaliémie	
Alphabloquants	Inhibiteurs calciques	Potentialisation hypotension orthostatique	
Bêtabloquants	Antiarythmiques, Inhibiteurs des canaux calciques non dihydropyridines, digitaliques	Troubles de conduction et de contractilité	