

# LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

## SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE L'HTA (1999)

### CRITIQUES ET CONTROVERSES

DR. S. BENKHEDDA

L'Organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec la Société internationale d'HTA a récemment publié un document de 56 pages [1] comportant les dernières recommandations pour la prise en charge et le traitement de l'HTA\*.

Ces directives ont donné lieu à de nombreuses critiques et contestations de la part d'experts en HTA et d'associations de praticiens [2].

La première raison qui a jeté la suspicion sur ces recommandations est la vaine hésitation qui a précédé la publication de ces recommandations. Le 4 avril, l'OMS diffuse un communiqué de presse dans lequel elle se dissocie du groupe de travail et dénonce le parrainage de l'industrie pharmaceutique dans la diffusion de ces recommandations.

Le 5 février, revirement, l'OMS précise qu'elle n'exprime aucun désaccord et reconnaît la validité scientifique de ces recommandations.

Par ailleurs, plusieurs observateurs ont noté que les recommandations WHO-ISH 1999 faisaient la part belle aux données issues de l'essai systEur et de l'essai HOT, soutenus par des laboratoires pharmaceutiques.

Une lettre ouverte au directeur générale de l'OMS, co-signée par des centaines de praticiens de 60 pays a été diffusée sur internet [4] par les membres de la WONCA (World Organisation of Family Doctors) dénonçant l'influence de certaines firmes pharmaceutiques dans l'élaboration de ces recommandations.

Nous proposons un résumé des principales recommandations ainsi que les principales critiques qui ont été formulées.

Service de cardiologie - CHU Mustapha Alger

\* ce texte peut être consulté par Internet sur le site de l'OMS à l'adresse suivante : [www.who.org/ncd/cvd](http://www.who.org/ncd/cvd)

#### Définition et classification de l'HTA (adulte de plus de 18 ans) OMS/ISH 1999

Catégorie	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale - haute	130 - 139	85 - 89
Grade 1 : Hypertension légère	140 - 159	90 - 99
sous-groupe limite	140 - 149	90 - 94
Grade 2 : hypertension modérée	160 - 179	100 - 109
Grade 3 : hypertension sévère	180	110
HTA systolique isolée	140	< 90
sous-groupe limite	140 - 149	< 90

**Commentaires :** cette nouvelle classification est similaire à celle de la JNC VI sauf que l'OMS utilise le terme de grade au lieu de stade pour définir les différentes catégories d'HTA. Par ailleurs un nouveau sous groupe a été ajouté à cette classification : HTA systolique isolée limite.

La définition de l'HTA reste arbitraire et on ne sait pas toujours à partir de quelles données ces bornes ont été fixées.

#### JUSQU'OU DOIT-ON BAISSER LES CHIFFRES TENSIONNELS ?

- Pression artérielle systolique (PAS) < 130 mm Hg et pression artérielle diastolique (PAD) < 85 mm Hg chez le sujet jeune d'âge moyen ou diabétique,
- Pour les personnes âgées la cible thérapeutique à atteindre est de 140-190 mm Hg.

La justification de cette recommandation semble provenir du fait que l'étude HOT [5] ait conclu, que l'abaissement de la pression artérielle diastolique à 80, 85 ou 90 mmHg n'a pas entraîné de différence en terme de morbidité cardiovasculaire (sauf chez les diabétiques où il existe une diminution de la mortalité).

Il s'agit d'une interprétation erronée de l'essai ; il est nécessaire de prouver le bénéfice et non l'absence de risque dans de telles recommandations qui entraînent une surconsommation de médicaments et un surcoût considérable. Le gain n'a été prouvé que pour le sous groupe des malades diabétiques.

Par ailleurs il n'est pas précisé sur quelle base on a proposé des objectifs différents entre sujet jeune et sujet âgé.

### QUEL MEDICAMENT UTILISER EN PREMIERE INTENTION ?

Il n'y a pas de donnée importante qui indique des différences notables entre les classes médicamenteuses dans leur effet sur la TA.

Ainsi le groupe de travail propose d'utiliser en première intention indifféremment une des 6 classes de médicaments hypotensifs.

Ce qui est en contradiction avec les données actuelles de la science qui montrent que les diurétiques et les bêtabloquants (BB) sont les seuls médicaments ayant montré une action sur la diminution de la morbi-mortalité cardio-vasculaire dans l'HTA non compliquée sans diabète.

Le dossier des IEC reste en cours d'évaluation surtout après l'étude CAPP qui est en défaveur du captopril pour la protection contre l'AVC (voir article précédent).

Par ailleurs, deux essais sur les anticalciques ont montré une augmentation du taux d'infarctus chez les hypertendus diabétiques.

Les autres classes d'antihypertenseurs ainsi que les nouveaux antihypertenseurs comme les anti-angiotensines II n'ont fait l'objet d'aucun essai clinique validé.

Le groupe de travail parle de classe médicamenteuse et ne distingue aucun médicament à l'intérieur d'une même classe. Ce qui est inacceptable sur le plan méthodologique puisque l'on sait qu'il n'y a pas obligatoirement effet de classe d'un médicament, en d'autres termes, si par exemple les essais cliniques ont été faits avec l'aténolol ou le métoprolol, on ne peut étendre les conclusions de ces essais aux autres BB.

Il est recommandé l'utilisation d'associations médicamenteuses pour optimiser l'efficacité tout en minimisant les effets secondaires.

Ceci est une affirmation qui ne repose sur aucune étude randomisée, sauf pour les associations de diurétiques, ce qui est une extrapolation abusive.

### PLACE DE L'ASPIRINE

Il est raisonnable d'utiliser de faibles doses d'aspirine chez les patients qui ont un bon contrôle tensionnel et qui présentent un risque élevé de maladie coronaire à condition qu'ils ne présentent pas de risque élevé d'hémorragie notamment digestive.»

L'indication systématique de l'aspirine chez un hypertendu reste mal précisée, et le bénéfice en terme de morbi-mortalité à évaluer.

Nous terminerons cette analyse critique par la conclusion de l'un des responsables du National Heart Lung and Blood Institute, le Pr Culter, qui a écrit récemment dans le Lancet : «actuellement pour la plupart des hypertendus qui relèvent d'un traitement médical, les médicaments autres que diurétiques et bêtabloquants, ne devraient être retenus qu'exceptionnellement" [6].

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Guidelines Subcommittee. 1999  
World Health Organization International Society of Hypertension  
Guidelines for the Management of Hyper-tension.  
J Hypertens 1999 ; 17 : 151-83.
- 2 - M. MOSER  
A critique of the World Health Organization : International society of  
hypertension guidelines for the management of hypertension.  
Cardiovascular reviews (20) 4 : 1-4, 1999.
- 3 - Les recommandations contestables de l'OMS

- "Prescrire» mai, 1999 - tome 19, n°195.
- 4 - Site internet pour consulter la lettre de protestation et la liste des  
signataires : <http://www.uib.no/isf>
- 5 - Hypertension Optimal Treatment  
Lancet 1998 ; 351 : 1755-62.
- 6 - CULTER J.  
Which drug for treatment of hypertension.  
Lancet 1999 ; 353 : 604-605.