

Compte-rendu

# Cibles tensionnelles chez diabétiques, quid en 2025 ?

## Mots-clés

tension artérielle, diabète, type 2, BPROAD, ACCORD, ESPRIT, SPRINT, ESC, cardiovasculaire  
Intensive Blood-Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes

Y. Bi et al., NEJM, 16 novembre 2024

[DOI: 10.1056/NEJMoa2412006](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2412006)

## Introduction

Les cibles tensionnelles dans la population diabétique sont sujet à débat. Trois grandes études randomisées contrôlées ont montré des résultats contradictoires : l'essai randomisé contrôlé ACCORD (NEJM 2010) n'a pas démontré de différence significative sur les événements CV entre une stratégie de contrôle intensif de TAs (<120 mmHg) et une stratégie standard (<140 mmHg) chez les sujets diabétiques à haut risque CV. Cependant, les études SPRINT (NEJM 2015) et ESPRIT (Lancet 2024) réalisées chez des patients à haut risque CV (la première sans patient diabétique et la 2ème avec 30% de diabétiques) ont montré des résultats en faveur d'une stratégie de cible de TAs intensive. Les recommandations 2023 de l'European Society of Cardiology proposent une cible de TAs <130 mmHg dans la population diabétique. L'étude 'BPROAD' étudie deux stratégies de cible de tension artérielle systolique (TAs) (intensive versus standard) sur l'incidence des événements CV dans la population diabétique.

## Méthode

RCT (1:1) multicentrique (Chine) de 2019 à 2024. Inclusion : patient·es ≥50 ans, avec diabète de type 2 (DM2), présentant une TAs ≥130 mmHg sous traitement ou ≥140 mmHg sans traitement, avec risque CV accru (événement CV >3 mois avant inclusion, maladie CV subclinique dans les 3 années avant inclusion, ≥2 facteurs de risque en plus du diabète et de l'hypertension (HTA), insuffisance rénale chronique GFR 30–60 ml/min). Intervention : Stratégie intensive (cible TAs <120 mmHg) comparée à une stratégie standard (cible TAs <140 mmHg). Issue primaire : composite d'incidence d'AVC, d'infarctus du myocarde non fatal, d'hospitalisation ou de traitement pour insuffisance cardiaque ou décès CV dans les 5 ans. Issues secondaires : Événements de l'issue primaire composite pris individuellement ainsi que progression d'une insuffisance rénale chronique.

## Résultats

N=12'821 ; âge moyen 63 ans (45.3% femmes), HbA1c moyenne 7.6%, temps depuis le diagnostic de diabète : 10 ans, nombre de médicaments anti-HTA 1.4. Durée suivi 4.2 ans. Issue primaire : Différence statistiquement significative entre les 2 groupes (**393** événements (1.65/100 patients-années) dans le groupe traitement intensif versus **492** (2,09/100 patients-années) dans le groupe traitement standard ; **p<0,001**). Issue secondaire : Survenue d'AVC diminuée dans le groupe intensif (HR 0,79 ; IC95% [0,67–0,92]). Pas de différence significative pour les autres issues secondaires. Incidence d'événements indésirables graves similaire dans les 2 groupes. Néanmoins, plus de cas d'hypotension symptomatique et d'hyperkaliémie dans le groupe à traitement intensif.

## Discussion

Une **stratégie intensive** de prise en charge de la TAs dans la population souffrant d'un DM2 et à haut risque CV réduit significativement les événements CV, sans augmentation des effets indésirables graves. Il s'agit de la première étude randomisée contrôlée montrant des résultats en faveur d'une stratégie de traitement intensif de la TAs dans une population diabétique spécifique. Ces résultats confirmont l'hypothèse d'ESPRIT qui avait montré des résultats similaires dans une population à haut risque CV avec 30% de patients diabétiques. La **grande force de cette étude réside dans sa taille d'échantillon importante**, bien que sa population majoritairement chinoise pose la question de la généralisation de ses résultats.

## Conclusion

Dans la **population diabétique de type 2 à haut risque CV**, cibler une TAs <120 mmHg réduit le risque d'événements CV majeurs, sans différence dans l'incidence d'effets indésirables graves.

Date de publication	Auteurs
12.05.2025	