

RÉGRESSION DE L'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE ET DIMINUTION DE L'INCIDENCE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE D'INSTALLATION RÉCENTE CHEZ DES PATIENTS HYPERTENDUS

Peter M. Okin, MD

Kristian Wachtell, MD

Richard B. Devereux, MD

Katherine E. Harris, DrPH

Sverker Jern, MD, PhD

Sverre E. Kjeldsen, MD, PhD

Stevo Julius, MD, ScD

Lars H. Lindholm, MD, PhD

Markku S. Nieminen, MD, PhD

Jonathan M. Edelman, MD

Darcy A. Hille, MS, EMBA

Björn Dahlöf, MD, PhD

Contexte La fibrillation auriculaire (FA) est associée à une augmentation du risque de mortalité et d'événements cardio-vasculaires, en particulier des accidents vasculaires cérébraux, faisant de la prévention de la FA d'installation récente une priorité clinique. Bien que la présence et la sévérité de l'HVG à l'électrocardiogramme semblent être prédictives du développement d'une FA, on ne sait pas si la régression de l'HVG électrocardiographique est associée à une diminution de l'incidence de la FA.

Objectif Vérifier l'hypothèse que la régression sous traitement ou l'absence continue d'HVG électrocardiographique au cours d'un traitement antihypertenseur sont associées à une diminution de l'incidence de la FA, indépendamment de la pression artérielle et des modalités de traitement.

Schéma, environnement et participants Etude en double aveugle, randomisée, en groupe parallèle menée entre 1995 et 2001 chez 8831 hommes et femmes hypertendus, âgés de 55 à 80 ans (médiane, 67 ans), ayant une HVG définie par les critères du produit de Cornell voltage-durée ou par l'indice de Sokolow, sans antécédents de FA sur l'électrocardiogramme initial et inclus dans l'étude *Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension Study*.

Traitements Protocoles de traitement ayant pour base le losartan- ou l'aténolol, avec des évaluations de suivi à six mois puis annuellement jusqu'au décès ou la fin de l'étude.

Principal critère de jugement FA d'installation récente en relation avec une HVG électrocardiographique déterminée par électrocardiogramme initialement et par la suite. L'HVG électrocardiographique était mesurée à l'aide des critères du produit de Cornell ajusté sur le sexe ($\{RaVL + SV3 [+ 6 \text{ mm chez les femmes}]\} \times \text{durée QRS}$).

Résultats Après un suivi moyen de (DS) 4,7 (1,1) années, une FA d'installation récente est apparue chez 290 patients ayant une régression sous traitement ou une absence continue d'HVG selon le produit de Cornell pour un taux de 14,9 pour 1 000 patient-années et chez 411 patients ayant une persistance sous traitement de l'HVG selon les critères du produit de Cornell pour un taux de 19,0 pour 1 000 patient-années. Dans les analyses de Cox dépendantes du temps ajustées sur les effets du traitement, les différences initiales des facteurs de risque de FA, la pression artérielle initiale et sous traitement et la sévérité initiale de l'HVG à l'électrocardiogramme, une HVG moins importante sous traitement selon le produit de Cornell prise comme covariable temps-dépendante était associée à un taux 12,4 % plus bas de FA d'installation récente (risque relatif ajusté [RR], 0,88; IC 95 %, 0,80-0,97; $p = 0,007$) pour chaque diminution de 1 050 mm \times msec (per 1 DS) du produit de Cornell, avec persistance du bénéfice du losartan versus aténolol sur le développement d'une FA (RR, 0,83; IC 95 %, 0,71-0,97; $p = 0,01$).

Conclusions Une HVG à l'électrocardiogramme définie par le produit de Cornell, sous traitement antihypertenseur, est associée à une probabilité inférieure de FA d'installation récente, indépendamment de la diminution de la pression artérielle et des modalités de traitement de l'hypertension essentielle. Ces observations suggèrent qu'un traitement antihypertenseur visant la régression ou la prévention d'une HVG à l'électrocardiogramme peut diminuer l'incidence de la FA d'installation récente.