

# INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LE DOMAINE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

## Pourquoi et comment combattre cette attitude

J.M. KRZESINSKI (1)

**RÉSUMÉ :** L'inertie thérapeutique, à savoir l'absence d'introduction d'un traitement antihypertenseur ou de modification à la hausse de celui-ci par le médecin si la pression est élevée ou si la cible tensionnelle n'est pas atteinte, est fréquente et participe au faible pourcentage lors de contrôle des patients hypertendus traités ou non. La responsabilité du médecin est à ce niveau élevée. Une stratégie rigoureuse est nécessaire, étape par étape, pour pallier ce manque de réaction.

**MOTS-CLÉS :** *Inertie thérapeutique - Traitement - Hypertension artérielle*

**THERAPEUTIC INERTIA IN HYPERTENSION: WHY AND HOW TO FIGHT AGAINST THIS ATTITUDE ?**

**SUMMARY :** Therapeutic inertia, i.e. the absence of introduction of an antihypertensive treatment or on adjustment of its intensity by the medical doctor if the blood pressure is elevated or the goal not reached, is frequent and does play a role in the insufficient control of blood pressure in the hypertensive population. The responsibility of the medical doctor is high in this respect. A strict medical approach is required, step by step, to correct this lack of reaction.

**KEYWORDS :** *Therapeutic inertia - Treatment - Arterial hypertension*

### INTRODUCTION

Dans de nombreuses situations pathologiques chroniques dont l'hypertension artérielle, le médecin et le patient s'accrochent souvent soit à minimiser le problème de peur de créer une anxiété ou des effets indésirables, soit à ne pas tenter d'améliorer la situation même si cela ne conduit pas nécessairement à un contrôle parfait de l'état pathologique vu que le traitement jusque là est bien toléré. Ne dit-on pas «le mieux est l'ennemi du bien?».

En hypertension artérielle, le pourcentage de patients contrôlés par un traitement médicamenteux a augmenté au cours de ces 10 dernières années, passant de 25% à 40 et à 50% environ grâce la conscientisation que l'hypertension artérielle constitue un véritable fléau dont la prévalence ne fera d'ailleurs qu'augmenter dans les décades à venir, que cette hypertension génère un risque cardio-vasculaire et rénal importants et que pour réduire ce risque il est nécessaire de mieux contrôler l'hypertension.

Cependant, l'inertie thérapeutique est encore trop fréquente. Si l'adhésion au traitement dépend de plusieurs protagonistes à savoir le patient, sa maladie, son traitement et son environnement thérapeutique, pour l'inertie thérapeutique la responsabilité est principalement imputée à l'attitude du médecin qui reste cantonné dans ses premières décisions.

En matière d'hypertension artérielle, les objectifs tensionnels sont dérivés des directives inter-

nationales, telles celles de 2007 élaborées par les Sociétés Européennes de Cardiologie et d'Hypertension Artérielle que nous avons synthétisées précédemment (1, 2). La cible tensionnelle idéale pour un patient de la population générale à risque cardio-vasculaire léger à modéré est de 140/90 mmHg. Si ce patient présente un diabète, une insuffisance rénale ou un risque cardio-vasculaire plus élevé, cette cible tensionnelle est abaissée à 130/80 mmHg, voire chez le patient insuffisant rénal protéinurique, 125/75 mmHg. L'inertie thérapeutique fait partie d'un cercle vicieux à briser. Celui-ci comprend, en outre, la mauvaise observance au traitement et le manque de prise de conscience de l'état d'hypertension et de sa gravité par les patients, mais aussi les médecins (Fig. 1).

### DÉFINITION

En matière de pathologie hypertensive, l'inertie thérapeutique caractérise l'absence d'introduction ou d'intensification ou encore de modification d'un traitement antihypertenseur lorsque la pression artérielle cible n'a pas été atteinte. Cet aspect de la prise en charge du patient hypertendu est de plus en plus étudié car il peut avoir un impact significatif sur la qualité du contrôle tensionnel.

Un score d'inertie a été proposé dans le cadre des essais cliniques ou des études épidémiologiques (3). Ce score matérialise la différence entre la fréquence attendue des changements de traitement médicamenteux et celle qui a été réellement observée. Plus le score est élevé, plus l'inertie thérapeutique est importante.

(1) Professeur, Chef de Service, Néphrologie-Dialyse-Transplantation, CHU de Liège.

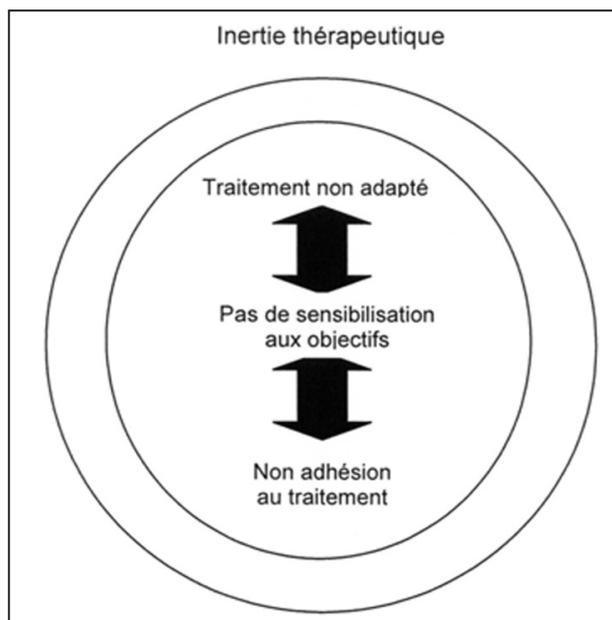


Figure 1. Patient non motivé face à un médecin incédis.

#### ÉVOLUTION AU COURS DU TEMPS DU CONTRÔLE TENSIONNEL

En 2002, nous avons publié, dans cette revue, un article intitulé «Qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Pouvons-nous, devons-nous faire mieux?» (4). Dans ce travail nous constatons que seulement un peu plus d'un quart des hypertendus traités, dans la plupart des régions du monde, arrivaient à un contrôle optimal de la pression artérielle. Nous insistions sur la prise de conscience médicale de ce problème et nous proposons des solutions pour une meilleure prise en charge de cette importante et très fréquente pathologie qu'est l'hypertension artérielle.

Nous avons détaillé une étude réalisée en médecine générale, l'étude PROTECT. Des patients hypertendus ( $n=5.432$ ) avaient été vus deux fois. Au départ ils recevaient en moyenne 1,5 molécules antihypertensives; leur pression artérielle était loin d'être contrôlée, la valeur moyenne de pression était de 163/95 mmHg. Dans près de 20% des cas, ces patients signalaient des effets indésirables (comme l'asthénie) qui, pour plus d'un tiers, étaient en rapport direct avec les molécules antihypertensives utilisées comme le gonflement des chevilles sous antagoniste calcique, la toux sèche sous inhibiteur de l'enzyme de conversion, le dysfonctionnement sexuel sous diurétique et/ou bêtabloquant. On peut penser que ces effets secondaires gênent l'attitude du médecin dans une stratégie d'augmentation du traitement antihypertenseur pour tenter de mieux normaliser la pression artérielle.

Dans ce travail, il avait été suggéré de remplacer le médicament incriminé dans l'effet secondaire par une molécule antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, reconnus être particulièrement bien toléré. Les patients étaient revus 6 semaines plus tard. Force était de constater que la pression artérielle était mieux contrôlée. Les valeurs lors de ce deuxième contact étaient de 143/84 mmHg. Plus de trois-quarts des patients se sentaient mieux et seulement moins de deux pourcents de l'ensemble présentaient une moins bonne qualité de vie. Le patient était donc un peu mieux contrôlé et le médecin était satisfait du contrôle tensionnel dans plus de 70% des cas, soit près du double des valeurs de départ.

En présence d'une hypertension résistante, en l'absence d'une insuffisance rénale supérieure au grade 3 (débit de filtration glomérulaire  $< 30$  ml/min), le recours à la spironolactone, en plus du traitement actif, peut être une autre stratégie gagnante (5).

En 1998, De Henauw et al. avaient publié l'évolution de l'hypertension artérielle en Belgique après deux enquêtes épidémiologiques, l'une réalisée dans les années 80 (étude BIRNH), l'autre dans les années 90 (étude MONICA) (6). Ces auteurs avaient constaté que le succès du traitement de l'hypertension artérielle, à savoir l'obtention de valeurs en-dessous de 140/90 mmHg sous traitement, était passé de 25% dans l'étude BIRNH à 33% dans l'étude MONICA avec, par ailleurs, une amélioration de l'identification des patients hypertendus. Un certain nombre d'échecs du traitement reposaient évidemment sur la non adhésion au schéma thérapeutique proposé, mais dans un nombre non négligeable de cas, l'inertie thérapeutique du médecin était responsable de l'absence de progrès.

En 2007, en France, l'étude PHYSIObs, basée sur un observatoire de la prise en charge de 6.000 patients hypertendus non contrôlés provenant de consultations de 2.000 médecins généralistes, a permis de noter que les médecins se fixent des objectifs tensionnels en accord avec les recommandations nationales et internationales (7). Ces objectifs sont cependant difficiles à atteindre pour eux. Près de 50% des patients étaient initialement traités par monothérapie et, malgré l'absence d'atteinte de la cible tensionnelle de 140/90 mmHg fixée au départ, l'immense majorité des médecins n'avait pas modifié le traitement qui restait une monothérapie. Dans ce travail, il a aussi été constaté que plus la pression artérielle et/ou l'index de masse corporel était élevé, plus l'objectif tensionnel que le médecin se fixait pour son patient restait élevé.

En Belgique, une étude coordonnée par le Professeur Fagard de la KUL en 2002 s'est basée sur l'observation de patients de plus de 55 ans qui consultaient en chirurgie et chez qui une mesure de pression artérielle avec un appareil automatique avait été validée. Elle a montré que sur les 3.700 patients enrôlés, trois quart étaient considérés comme hypertendus, mais seulement 80% de ceux-ci étaient traités avec des molécules antihypertensives (8). La pression artérielle était contrôlée chez 38% des patients traités, soit seulement chez 31% de tous les hypertendus détectés. Au sein de cette population, 1.300 patients ont pu voir leur risque cardio-vasculaire calculé. De façon inquiétante, plus le risque était élevé, moins le patient atteignait la cible tensionnelle fixée. Dans ce groupe, 54% des patients étaient traités par une monothérapie alors que la pression artérielle était loin d'être normalisée. Cette étude constatait que les médecins étaient réticents à intensifier le traitement médicamenteux pour obtenir un meilleur contrôle tensionnel.

Ces observations belges sont en accord avec celles publiées aux USA quelques années auparavant (9). Dans ce travail, les auteurs avaient aussi constaté une prise en charge inadéquate de la population hypertendue, en grande partie liée à l'inertie thérapeutique. Cette inertie pouvait s'expliquer par une certaine satisfaction du médecin américain face à l'abaissement tensionnel déjà obtenu, même si la cible de pression n'était pas atteinte (10). Ceci a été encore confirmé récemment, toujours aux Etats-Unis, dans une autre étude rétrospective sur plus de 7.000 hypertendus à partir d'un score d'inertie thérapeutique dont nous avons mentionné l'existence plus haut (4). Malgré un mauvais contrôle de la pression artérielle, seulement 13% des visites dans les cliniques d'hypertension artérielle s'accompagnaient d'une intensification du traitement médicamenteux. Dans ce travail, améliorer l'inertie thérapeutique était responsable de 19% de la variance dans le contrôle de la pression artérielle.

La situation est loin d'être meilleure en Europe Occidentale. En 2007, Wang et al. avaient étudié l'inertie thérapeutique dans 5 pays de l'Europe de l'ouest (France, Allemagne, Italie, Espagne et Grande-Bretagne) ainsi qu'aux Etats-Unis (11). Les données portaient sur plus de 21.000 patients hypertendus. Le contrôle tensionnel était supérieur aux Etats-Unis par rapport à l'Europe (63% aux Etats-Unis contre 46% pour la France). Ce dernier pays arrivait en deuxième position dans le bon contrôle, devant les autres pays européens. La France était cependant apparue comme ayant

un score d'inertie thérapeutique fort élevé (85% contre 62% aux Etats-Unis).

Les médecins apparaissent donc à la fois réticents à introduire un traitement chez tous les nouveaux patients hypertendus, mais aussi, et encore plus souvent, résignés en cas d'hypertension artérielle plus difficile à contrôler qu'à l'accoutumée, attribuant l'échec constaté à la gravité de la maladie hypertensive, à l'excès de poids, au stress de la vie et/ou de la consultation. D'autres facteurs peuvent expliquer cette inertie thérapeutique comme la satisfaction de l'abaissement tensionnel déjà obtenu, la peur de nouveaux effets secondaires ou encore le manque de temps du médecin. En effet, pour expliquer aux patients les nécessités de changer le traitement, d'augmenter le nombre et/ou la posologie de molécules antihypertensives, il faut du temps. De nouvelles prescriptions doivent être faites et il faut revoir le patient plus tôt de façon à valider que l'augmentation de l'intensité du traitement apporte un résultat positif sans avoir augmenté le risque de manifestations indésirables qui altéreraient la qualité de vie du patient et risqueraient d'aggraver sa non adhésion régulière à la thérapeutique.

Le patient, s'il n'est pas bien au courant du motif des modifications thérapeutiques, peut très bien ne pas suivre le conseil du médecin et le bénéfice de ces adaptations sera en grande partie perdu avec un coût pour le patient et une perte de temps supplémentaire pour le médecin (12).

Il existe en fait un étroit lien entre l'inertie thérapeutique, la prise de conscience à la fois du risque cardio-vasculaire, du mauvais contrôle de la pression artérielle et des cibles nécessaires pour le patient en fonction de son risque cardio-vasculaire et l'adhésion au traitement (Fig. 1).

#### COMMENT AMÉLIORER LE CONTRÔLE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE PAR UNE MODIFICATION DE LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE EN RECOURANT À UNE INTENSIFICATION DU TRAITEMENT ? (Tableau I)

1. Tout d'abord il faut s'assurer de la bonne mesure de pression artérielle réalisée au cabinet de consultation en confirmant cette impression d'hypertension en s'aidant de l'automesure et de la mesure ambulatoire de la pression artérielle, comme déjà rappelé dans des articles dans cette revue (13, 14).

2. Il faut ensuite calculer le risque cardio-vasculaire et rénal que le patient hypertendu que l'on a en face de soi encourt à ce niveau tensionnel tenant compte des facteurs de risque et complications associés. Il faut alors adapter sa

TABLEAU I. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE L'HYPERTENSION.

Toujours prôner les règles hygiéno-diététiques		
1 <sup>ère</sup> étape	Si PA entre 140 et 160 mmHg 90 et 100 mmHg  Si faible risque cardio-vasculaire	IEC (< 60 ans), AC ou D
2 <sup>ème</sup> étape	PA non < 140/90 mmHg	Association IEC (ou sartan) + AC ou D
3 <sup>ème</sup> étape	PA non < 140/90 mmHg	Trithérapie, voire quad- rithérapie avec spiro- nolactone
1 <sup>ère</sup> étape	Si PA > 160/100 mmHg  Si haut risque cardio- vasculaire	Bithérapie d'emblée IEC + AC ou D
2 <sup>ème</sup> étape	PA non < 130/80 mmHg	Trithérapie
3 <sup>ème</sup> étape	PA non < 130/80 mmHg	Quadrithé- rapie (en re- commandant des associa- tions fixes) et/ou spiro- nolactone

PA : Pression Artérielle  
IEC : Inhibiteur d'Enzyme de Conversion  
AC : Antagoniste Calcique  
D : Diurétique

décision thérapeutique en fonction de ce risque évalué à partir soit des tables SCORE, soit du tableau de l'ESH (1, 2) Pour un risque faible, la cible doit être 140/90 mmHg et, pour un risque plus élevé, 130/80 mmHg.

3. Une fois que cette cible est bien connue du médecin et du patient, il faut commencer le traitement en fonction des directives publiées : toujours introduire des règles hygiéno-diététiques visant à réduire le sel, les calories ingérées, stimuler l'activité physique, arrêter le tabagisme, limiter la consommation excessive d'alcool et, puis seulement introduire un traitement médicamenteux. Ce dernier pourra être une monothérapie lorsque le risque est faible, que la cible tensionnelle est de 140/90 mmHg et que la pression artérielle mesurée ne dépasse pas cette valeur cible de 20 mmHg pour la systolique et de 10 mmHg pour la diastolique. Par contre, une bithérapie peut d'emblée être proposée, à faible dose pour débiter, lorsque les valeurs tension-

nelles sont fort élevées et/ou le risque cardio-vasculaire encouru par le patient est important (avec une cible optimale de 130/80 mmHg).

4. Il faut revoir le patient après 1 mois d'un tel traitement, vérifier le contrôle tensionnel obtenu, les raisons des échecs et modifier le traitement à la hausse si la cible n'est pas atteinte et qu'il n'y a pas eu d'effets secondaires avec le traitement pris en s'assurant, bien sûr, que le patient a bien été observant. Il faut reconnaître que cette stratégie est gagnante dans la plupart des études thérapeutiques publiées concernant l'hypertension artérielle où un plan de traitement est défini à l'avance. Le médecin, en fonction des valeurs de pression artérielle obtenues, sait ce qu'il doit faire, soit dans l'intensification du traitement, soit dans la multiplication des molécules anti-hypertensives. Généralement, le pourcentage de patients bien contrôlés est plus que doublé par cette approche rigoureuse.

5. Il faut, bien entendu, toujours veiller à simplifier le traitement en réduisant le nombre de prises, notamment par le recours à des combinaisons fixes de molécules. Dans ce domaine, de très nombreuses associations de ce type sont maintenant possibles comprenant le plus souvent un inhibiteur d'enzyme de conversion ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II associé soit à un diurétique, soit à un antagoniste calcique; ceci améliore l'adhésion au traitement et, par ailleurs, limite les effets secondaires, tout en ayant une potentialité antihypertensive supérieure (15-17). Savoir s'il vaut mieux choisir un diurétique ou un antagoniste calcique dans l'association dépend du patient (protéinurie, fonction rénale, goutte, athérosclérose), comme nous l'avons commenté à partir des résultats de l'étude ACCOMPLISH (18). Très souvent une trithérapie – bloqueur du système rénine-angiotensine (SRA), antagoniste calcique et diurétique – est nécessaire cependant, rendant un peu obsolète la discussion de la meilleure association en bithérapie. Si une quadrithérapie devient nécessaire, la spironolactone pourrait être ce partenaire.

## CONCLUSION

Dans la relation tripartite médecin, malade et médicament, seul le facteur «médicament» a été très bien exploré dans le domaine de l'hypertension artérielle. Le facteur «malade» qui est le plus important n'est examiné que depuis quelques années et on s'intéresse aux raisons de la mauvaise observance et persistance au traitement, points importants dans l'amélioration du contrôle tensionnel (12). L'impact du facteur «médecin» a, lui, été souvent négligé dans l'ap-

préciation du succès d'une prise en charge thérapeutique optimale au long cours; or, le médecin joue un rôle crucial par son empathie envers le patient et son dynamisme à le soigner le mieux qu'il peut. C'est le médecin qui, face au patient et à son histoire, a en main les clés du succès en passant par l'encouragement à suivre les règles hygiéno-diététiques. Ayant à sa disposition toutes les molécules antihypertensives disponibles, il peut choisir les médicaments et les associations, et vérifier les résultats de cette approche.

L'inertie thérapeutique explique certainement le paradoxe de l'hypertension artérielle tel que rappelé par Chobanian très récemment (19). Nous disposons de molécules antihypertensives très nombreuses agissant sur différentes cibles responsables de l'augmentation de pression artérielle et, malgré cela, les progrès dans le contrôle de la pression artérielle restent trop limités.

Gageons que la conscientisation du médecin, vis-à-vis de son rôle important d'acteur impliqué pleinement dans le contrôle de la pression artérielle, permettra de réduire fortement l'inertie encore largement cause d'inefficacité thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European society of Cardiology (ESC).— 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*, 2007, **28**, 1462-1536.
2. Krzesinski JM, Xhignesse P.— Nouvelles directives en 2007 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 566-574. <http://hdl.handle.net/2268/2864>
3. Okonofua E, Simpson K, Jesri A, et al.— Therapeutic inertia is an impediment to achieving the health people 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*, 2006, **47**, 345-351.
4. Krzesinski JM.— Qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Pouvons-nous, devons-nous faire mieux. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 202-206. <http://hdl.handle.net/2268/6072>
5. Rosendorff C.— Spironolactone for all hypertensive patients? *J Hypertens*, 2010, **28**, 13-14.
6. De Henauw S, De Bacquer D, Fonteyne W, et al.— Trends in the prevalence, detection, treatment and control of arterial hypertension in the Belgian adult population. *J Hypertens*, 1998, **16**, 277-284.
7. Ducher M, Leutenegger E, Fauvel JP.— Critères subjectifs guidant les médecins pour définir un objectif tensionnel chez l'hypertendu non contrôlé : étude Physiobs. *Press Med*, 2007, **36**, 192-196.
8. Fagard R, Van den Enden M, Leeman M, Warling X.— Survey on treatment of hypertension and implementation of World Health Organization/International Society of Hypertension risk stratification in primary care in Belgium. *J Hypertens*, 2002, **20**, 1297-1302.
9. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, et al.— Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*, 1998, **339**, 1957-1963.
10. Oliveria S, Lapuerta P, McCarthy B, et al.— Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med*, 2002, **162**, 413-420.
11. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS.— Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med*, 2007, **167**, 141-147.
12. Krzesinski F, Krzesinski JM.— Importance de la mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur dans la population hypertendue : comme l'améliorer ? *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 278-284.
13. Krzesinski F, Krzesinski JM.— Pourquoi et comment faire mesurer correctement la pression artérielle par le patient? *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 204-208. <http://hdl.handle.net/2268/11854>.
14. Krzesinski JM, Saint-Remy A.— Mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet médical : intérêts et limites. *Rev Med Gén*, 2000, **176**, 334-341.
15. Krzesinski JM.— Le médicament du mois : PRETERAX. La première association fixe faiblement dosée contenant un inhibiteur d'enzyme de conversion et un diurétique thiazide. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 601-606. <http://hdl.handle.net/2268/6019>
16. Krzesinski JM, Scheen AJ.— Le médicament du mois. EXFORGE® : première association d'un antagoniste calcique (bésylate d'amlopidine) et d'un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine II (valsartan). *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 688-694. <http://hdl.handle.net/2268/2798>
17. Krzesinski JM, Scheen A.J.— Le médicament du mois. Sévikar® ou Forzaten® : combinaison fixe olméartan médoxomil-amlopidine bésylate dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 468-473. <http://hdl.handle.net/2268/25679>
18. Krzesinski JM, Scheen A.J.— L'étude clinique du mois – L'étude ACCOMPLISH : remise en question des choix médicamenteux chez les patients hypertendus systoliques à haut risque cardio-vasculaire. *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 103-108. <http://hdl.handle.net/2268/10121>
19. Chobanian A.— The hypertension paradox – More uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med*, 2009, **361**, 878-887.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J.M. Krzesinski, Service de Néphrologie-Dialyse, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique  
Email : [jm.krzesinski@chu.ulg.ac.be](mailto:jm.krzesinski@chu.ulg.ac.be)