



Articles publiés
sous la direction de

ANDRÉ J. SCHEEN

Professeur honoraire
de médecine et de
pharmacologie
clinique, Université
de Liège

Service de
diabétologie,
nutrition et maladies
métaboliques et
Unité de
pharmacologie
clinique
CHU Sart Tilman
Liège, Belgique

Pharmacothérapie: éviter l'empilement et penser à la désescalade!

Pr ANDRÉ J. SCHEEN

Notre éditorial de l'année 2017 était consacré à la problématique de la pharmacorésistance.¹ Nous y abordions le rôle du défaut d'adhésion au traitement, une cause importante de l'échec thérapeutique. Le présent éditorial est consacré à un problème connexe majeur, rencontré fréquemment en pratique, l'empilement des médicaments aboutissant à une escalade thérapeutique qui, parfois, n'a plus de signification clinique, en particulier dans la population gériatrique.

De nombreux patients sont confrontés à des maladies chroniques complexes qui impliquent des mécanismes physiopathologiques souvent intriqués qui ne peuvent pas être tous ciblés par un seul médicament.² En cas d'échec thérapeutique d'un traitement dit de première ligne, un traitement de deuxième ligne, voire de troisième ligne, est généralement ajouté au traitement initial. C'est le cas dans des pathologies chroniques très fréquemment rencontrées en médecine générale comme le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle. La prise de position de la Société francophone du diabète de 2017 a, de façon assez innovante, remis en question le bien-fondé de ce type d'empilement de médicaments en évoquant l'alternative de remplacer un médicament inefficace par un autre avec un mécanisme d'action différent, supposé être plus efficace.³ L'approche idéale serait une médecine personnalisée ou de précision qui permettrait de sélectionner le meilleur traitement en fonction des propriétés pharmacologiques de la molécule, d'une part, et des caractéristiques individuelles du patient, d'autre part.⁴ Cependant, force est de reconnaître que la route est encore longue pour le diabète de type 2 (deux articles lui sont consacrés dans ce numéro), comme pour

beaucoup d'autres maladies chroniques complexes.² Il n'empêche que les médecins devraient être plus attentifs à éviter un empilement de médicaments dont certains seraient devenus inutiles. En effet, multiplier les molécules, non seulement expose à des interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, mais aussi fragilise la bonne observance thérapeutique. Ainsi la multiplication des médicaments conduit souvent à une auto-sélection arbitraire par les patients qui sont, généralement, dans l'impossibilité de distinguer les médications vraiment indispensables, à ne pas omettre, de celles qui pourraient être considérées comme superflues, et donc omises sans grandes conséquences.

Par ailleurs, grâce à une meilleure prise en charge, de nombreux patients ayant une maladie chronique voient leur espérance de vie augmenter. C'est le cas pour ce qui concerne les deux grandes classes de pathologies respon-

sables de la morbi-mortalité la plus importante dans les pays industrialisés, à savoir les maladies cardiovasculaires et le cancer. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, la question qui peut se poser est de savoir s'il convient de poursuivre l'ensemble des traitements pharmacologiques à visée protectrice chez le sujet avançant en âge, et parfois confronté à une qualité de vie de plus en plus médiocre. Il s'agit d'une question éthique difficile où il n'est pas toujours facile de faire la part entre une prise en charge restant appropriée et ce qui pourrait être assimilé à un «acharnement thérapeutique». Le maintien d'un médicament, comme sa prescription initiale, doit être réfléchi en fonction d'une balance bénéfices/risques propre à chaque patient. Il ne fait pas de doute que cette balance peut évoluer au cours du temps. En

**MULTIPLIER LES
MOLECULES
EXPOSE À DES
INTERACTIONS
MÉDICAMEN-
TEUSES ET FRAGI-
LISE LA BONNE
OBSERVANCE**

Bibliographie

1
— Scheen AJ. A propos du concept de pharmacorésistance. Rev Med Suisse 2017;13:1403-4.

2
— Scheen AJ. Les maladies chroniques complexes. Du nouveau paradigme médical au gigantesque défi sociétal ! Rev Med Suisse 2012;8:1579-80.

3
— Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2. Médecine des Maladies Métaboliques 2017;11:577-93.

4
— Scheen AJ. Precision medicine: the future in diabetes care ? Diabetes Res Clin Pract 2016;117:12-21.

effet, médecins et patients peuvent être confrontés à une diminution progressive des bénéfices escomptés. Par contre, les risques encourus peuvent augmenter, notamment en raison d'une fragilité accrue limitant les processus d'homéostasie, comme cela est bien apprécié dans les évaluations gériatriques. De plus en plus de patients âgés ont des problèmes cognitifs importants, voire évoluent vers la démence, ce qui doit inciter le médecin traitant à revoir sa stratégie thérapeutique dans le sens d'une désescalade. Celle-ci est également importante dans une approche pharmaco-économique, pour limiter le coût des médicaments.

En ce qui concerne le domaine du cancer (trois articles oncologiques dans ce numéro), la désescalade thérapeutique a également été évoquée ces dernières années, notamment dans la prise en charge des patientes avec cancer du sein lorsque celui-ci est diagnostiqué à un stade relativement précoce, comme discuté dans un article de 2017 de la revue.⁵ Cette désescalade concerne la chirurgie et la radiothérapie, mais aussi la chimiothérapie, en particulier lorsque la tumeur HER-2 positive peut répondre à une thérapie ciblée. Ici, il ne s'agit pas nécessairement d'interrompre

un traitement (encore que cela puisse être le cas pour l'hormonothérapie au long cours), mais plutôt de choisir l'approche thérapeutique la moins agressive et la mieux tolérée.

L'interruption d'un traitement pharmacologique impose de remplir certaines conditions et de respecter certaines précautions: 1) pouvoir expliciter les raisons qui justifient l'arrêt du traitement; 2) vérifier qu'il n'y a pas de danger à interrompre le traitement; 3) savoir comment gérer au mieux l'arrêt de la thérapie, en particulier choisir entre une interruption immédiate et une décroissance posologique progressive et enfin 4) assurer un suivi approprié du patient chez lequel le traitement vient d'être stoppé.⁶

Eviter l'empilement des médicaments non justifiés et ne pas omettre d'envisager une désescalade thérapeutique dans certains cas sont deux objectifs de plus en plus importants en pharmacothérapie et santé publique. Cependant, ces deux approches restent insuffisamment prises en considération en pratique clinique.

**CHOISIR
L'APPROCHE
THÉRAPEUTIQUE
LA MOINS
AGRESSIVE ET LA
MIEUX TOLÉRÉE**

—
5
—
Liapi A, Sarivalasis A, Jeanneret Sozzi W, et al. Cancer du sein de stade précoce : la désescalade thérapeutique sélective. Rev Med Suisse 2017;13:1035-8.

—
6
—
Scheen AJ. Comme je traite ... Recommandations pour interrompre un traitement médicamenteux. Rev Med Liege 2014;69:644-9.