

QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. POUVONS-NOUS, DEVONS-NOUS FAIRE MIEUX ?

J.-M. KRZESINSKI (1)

RÉSUMÉ : Au vu d'un contrôle optimal de la pression artérielle chez seulement un peu plus d'un quart des hypertendus traités dans la plupart des régions du monde, il est proposé, d'une part, une prise de conscience médicale de ce problème et, d'autre part, des idées de solution pour une meilleure prise en charge de cette importante et très fréquente pathologie.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque bien connu de problèmes cardio-vasculaires. Le traitement de l'hypertension artérielle s'est accompagné d'une réduction de ce risque (1). Quelle est la situation de la prise en charge de l'hypertension artérielle à travers le monde, en insistant particulièrement sur l'hypertension en Belgique? Tel est l'objectif de cet article inspiré de l'analyse de résultats d'une étude réalisée en médecine générale en 2001, l'étude PROTECT, non encore publiée, dont voici les premiers résultats.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE PROTECT

Il s'agissait de recruter des patients hypertendus entre juillet 2000 et février 2001 en médecine générale. Ces patients devaient être traités par médicament(s) et revus 4 à 6 semaines plus tard.

5.432 patients ont pu ainsi être vus deux fois, 47 % de sujets masculins, 53% de sujets féminins. Les hommes avaient un âge moyen de 60 ans et les femmes de 64 ans. Malgré la prise en moyenne de 1,5 agents antihypertenseurs, la valeur moyenne de la pression artérielle de la population était de 163/95 mmHg. La répartition des prescriptions de médicaments était la suivante : bêtabloquants 41 %, antagonistes calciques 31,5 %, diurétiques 29 %, inhibiteurs de l'enzyme de conversion 18 %, sartans 14 % et autres 13,5 %. La pression artérielle était jugée par 3 médecins sur 4 comme insuffisamment contrôlée.

Cette population présentait des facteurs de risques ou des complications cardio-vasculaires : 34 % une hypercholestérolémie, 17,6 % un diabète, 10,8 % une HVG, 9 % une insuffisance cardiaque, 7 % un infarctus du

QUALITY OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN THE HYPERTENSIVE POPULATION. CAN WE DO AND DO WE HAVE TO DO BETTER ?

SUMMARY : Hypertension is well controlled in only less than 30% of the patients treated by drugs. It is thus important to improve this situation first by checking the treatment compliance but also by trying to better educate the hypertensive population about the risk of uncontrolled hypertension and how to decrease this risk.

KEYWORDS : Hypertension - Efficacy of antihypertensive treatment - Compliance

myocarde, 3,6 % une micro-albuminurie et 3,1 % une insuffisance rénale.

Des effets secondaires en rapport avec les molécules antihypertensives utilisées étaient rapportés par 37,4 % des patients. La majorité de ces effets secondaires était rencontrée classiquement lors de la consommation des molécules antihypertensives utilisées; il s'agissait de gonflement des chevilles, toux sèche, céphalées, dysfonctionnement sexuel, vertiges. Dans 960 cas sur les 5.432 analysés, l'effet indésirable le plus souvent cité était cependant l'asthénie.

Après ce premier contact notant le niveau de pression artérielle, le traitement, les facteurs de risque cardio-vasculaire et les complications ou les effets secondaires associés, une information devait être donnée par le médecin sur le risque cardio-vasculaire d'une pression artérielle mal équilibrée, la nécessité de prendre régulièrement les médicaments prescrits et, soit le remplacement du médicament incriminé dans un effet secondaire; l'adjonction au schéma thérapeutique d'une molécule supplémentaire en cas d'insuffisance du traitement était proposée. Ce nouveau médicament était du valsartan 160 mg, un antagoniste sélectif des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II appartenant à la dernière catégorie d'agents antihypertenseurs dont on connaît les qualités de meilleure tolérance.

Les patients étaient revus 4 à 6 semaines plus tard. La moyenne du nombre de molécules antihypertensives dans le groupe revu était de 1,6. La pression artérielle moyenne mesurée lors de ce deuxième contact était de 143/84 mmHg (fig. 1 et 2). Près de 78 % des patients se sentaient mieux, mais 17,2 % n'avaient pas noté de différence et 1,6 % présentaient une moins bonne qualité de vie.

Le médecin était satisfait du contrôle tensionnel dans 73 % des cas, soit près du double des valeurs de départ.

(1) Professeur de Clinique, Agrégé du Service de Néphrologie et Hypertension Artérielle (Pr. G. Rorive) CHU Sart Tilman, Chef de Service Médecine Interne CHU Ourthe-Ambève.

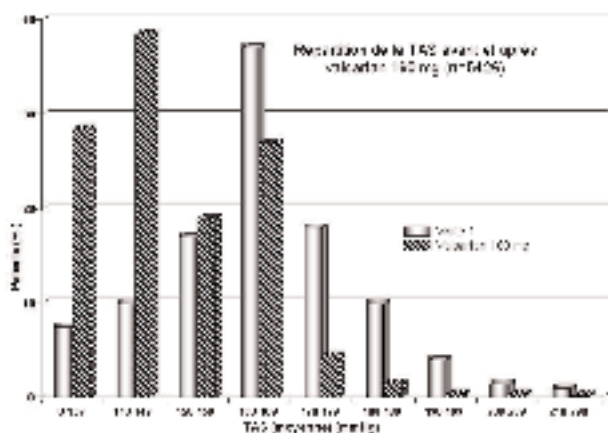


Fig. 1. Réduction de la pression artérielle systolique moyenne avec valsartan 160 mg.

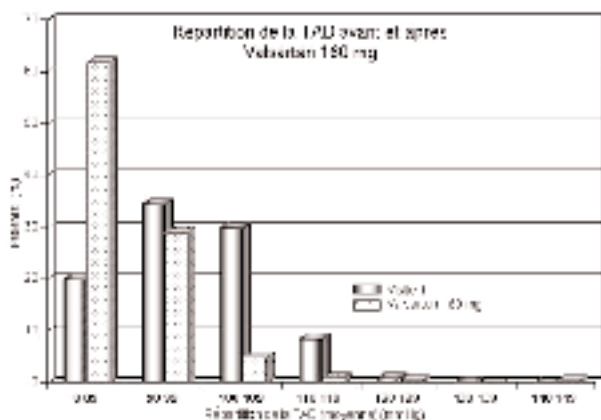


Fig. 2. Réduction de la pression artérielle diastolique avec valsartan 160 mg.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude réalisée en 2001 sont fort semblables à ceux présentés en 1998 par d'autres groupes (2), sur 11.100 patients recrutés aussi principalement en médecine générale. En résumé, l'âge moyen de la population de cette autre étude était de 63 ans; il y avait 55 % de femmes; 59 % des patients recevaient une monothérapie. Il y avait énormément d'effets secondaires signalés : 25 % de façon spontanée, 40 % après des questions par le médecin généraliste, 73 % choisis par le patient sur une liste d'effets indésirables. Pour 50 % des effets secondaires, le médecin considérait qu'il y avait une relation avec le médicament. 22 % des patients avaient une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg. La pression moyenne du groupe était de 147/85 mmHg, soit significativement plus basse que dans l'étude PROTECT.

L'étude HELP, une troisième étude réalisée en 1996 aussi en Belgique (3), a été présentée à Paris lors des Journées Françaises d'Hypertension artérielle en 1997 et coordonnée par les pro-

fesseurs Rorive de Liège et Clément de Gand. Elle montrait des données fort similaires avec une répartition de traitements médicamenteux où les bêta-bloquants étaient le plus souvent utilisés (45 %) suivis des diurétiques (35 %), des antagonistes calciques (33 %), des IEC (31%) dans une population de 17.983 sujets dont l'âge moyen était de 63 ans, comprenant 58 % de femmes. On observait aussi beaucoup de facteurs de risque et maladies cardiovasculaires déjà présentes : 17 % des sujets souffraient de diabète, 8 % avaient un antécédent d'infarctus du myocarde, et 6 % d'accident vasculaire cérébral. Dans cette étude, seulement 28 % des patients avaient une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg. La valeur moyenne chez les patients traités était de 147/85 mmHg. On peut donc le constater, la pression artérielle au travers de ces trois études chez des patients hypertendus traités est loin d'être contrôlée de façon satisfaisante.

Enfin, un travail publié par De Henauw et coll. (4) compare deux enquêtes épidémiologiques réalisées à cheval sur les années 80 ou sur les années 90 basées sur les études BIRNH et MONICA. Cette comparaison a permis de démontrer une diminution de pression artérielle systolique entre les deux périodes de 6 mmHg chez l'homme et 7,3 mmHg chez la femme. Le pourcentage de succès de traitement de l'hypertension artérielle (valeurs de pression < 140/90 mmHg sous traitement) est passé de 25 % dans l'étude BIRNH à 32,6 % dans l'étude MONICA. Le nombre de patients ignorant leur hypertension artérielle dans l'étude BIRNH était de 34 % et de seulement 11,4 % dans l'étude MONICA.

Il existe donc une amélioration de la prise en charge de l'hypertension en Belgique, mais nous sommes encore loin d'un contrôle optimal chez la majorité des patients.

QU'EN EST-IL DE CETTE PRISE EN CHARGE À TRAVERS LE MONDE? (TABLEAU I)

Aux Etats-Unis, 27 % de la population sont hypertendus. A partir de l'étude NHANES III, Hyman et Pavlik (5) ont cherché récemment à connaître les caractéristiques des patients qui n'étaient pas bien contrôlés. Dans ce travail où 23 % seulement des patients traités pour hypertension voyaient leur pression artérielle normalisée, il existe un fort pourcentage de sujets qui ne sont pas au courant de leur hypertension artérielle, surtout parmi les plus âgés, de sexe masculin, de race noire et ceux consultant rarement les médecins.

TABLEAU I. EFFICACITÉ DU CONTRÔLE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE -
% DE PATIENTS BIEN NORMALISÉS SOUS TRAITEMENT
ANTIHYPERTENSEUR (PA < 140/90 mmHg).

Belgique :	étude BIRNH 25 % 1980-84 (4) étude MONICA 32,6 % 1985-92 (4) étude HELP 28 %, 1997 (3)
France :	étude PHARE I en 1994 24 % (8) étude PHARE II en 1999 31,5 % (9)
Italie :	28 % (1997) (15)
USA :	NHANES III 1991-1994 24 % des sujets de race blanche (2001) (5)

A peu près au même moment, Steyn et coll. (6) ont montré qu'en Afrique du Sud, seulement 10 % des patients hypertendus de sexe masculin et 18 % des sujets hypertendus de sexe féminin avaient une pression normalisée. La prévalence de l'hypertension en Afrique du Sud était de 21 %. Seulement 26 % des sujets étaient au courant de leur hypertension qui était traitée dans la majorité et, malgré cela, les résultats n'étaient pas très satisfaisants.

Sur le continent asiatique, un travail récent de Jo et coll. (7) a montré que 24 % des patients hypertendus traités avaient une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg. La prévalence de l'hypertension artérielle en Corée est de 33,7 %. Seulement 25 % des hypertendus coréens savent qu'ils sont hypertendus, 75 % des sujets sont traités dont seulement 25 % sont contrôlés. Les facteurs de mauvais contrôle sont l'âge et l'excès de poids, surtout abdominal.

En France, deux études de grande envergure ont été menées. La première, l'étude PHARE I, réalisée en 1994, avait montré que 24 % des patients hypertendus avaient une pression normalisée (8). La seconde, l'étude PHARE II, réalisée en 1999 montre certes une amélioration (31,5 % des patients traités sont normalisés), mais ce succès doit nous inciter à la modestie (9). Toujours en France, Asmar et coll. (10) rapportent des résultats de prévalence d'hypertension dans les années 95-96 : 37,5 % des hommes et 22,2 % des femmes ont des pressions au-delà de 140/90 mmHg. Un traitement antihypertenseur normalise la pression artérielle dans 29,7 % des cas chez les hommes et 44,1 % chez les femmes. En outre, la sévérité de l'hypertension artérielle évolue parallèlement avec la prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire : 80 % des patients rencontrés en France ont, en plus de leur hypertension artérielle, un facteur de risque, essentiellement l'hypercholestérolémie. Ceci est également observé au Japon (11) où le nombre de facteurs de risque associés à l'hypertension artérielle augmente avec le niveau de la pression artérielle.

Il existe donc une agrégation de facteurs de risque chez le sujet hypertendu et ce, d'autant

plus que l'hypertension est sévère. Ceci a également été confirmé en Angleterre chez les employés des magasins Mark & Spencer (12). Cette étude a bien montré que les patients hypertendus non traités ou insuffisamment traités avaient, le plus souvent, les profils athérogènes les plus marqués.

POURQUOI SEULEMENT 25 À 30 % DES PATIENTS HYPERTENDUS SONT-ILS BIEN CONTRÔLÉS ?

Tout d'abord, la première question à se poser est de savoir si la définition de la pression artérielle est correcte. Pour ce faire, nous disposons maintenant de moyens complémentaires à la simple mesure de pression artérielle au cabinet de consultation pour exclure notamment les hypertensions de blouse blanche (MAPA ou automesure). Nous avons rappelé les indications de ces techniques dans deux articles (13, 14). Mancina et coll. (15) ont, par ailleurs, bien montré qu'il n'y a pas de réelle différence dans l'ensemble d'une population lorsqu'on compare les pressions artérielles de consultation, à domicile ou après mesure ambulatoire. Le contrôle insuffisant de l'hypertension artérielle était constaté par les trois techniques : seulement 28 % de la population italienne étudiée présentaient un bon contrôle de pression artérielle malgré un traitement antihypertenseur.

Dans toutes ces études, c'est surtout l'hypertension systolique qui est le moins bien contrôlée, particulièrement chez le sujet âgé (16). La peur d'une courbe de mortalité en U en relation avec une pression artérielle diastolique basse empêche vraisemblablement souvent le médecin d'adapter les prescriptions. Celles-ci doivent être multiples et complémentaires. Il faut rappeler ici que dans l'étude HOT, plus la cible tensionnelle était basse, plus, pour y arriver, il était nécessaire d'associer plusieurs médicaments (17). Il est évidemment capital d'adjoindre à ces médicaments des règles hygiéno-diététiques. Nous avons déjà rappelé, il y a quelques années, l'intérêt des mesures non médicamenteuses du traitement de l'hypertension artérielle (18). Récemment, l'étude DASH (19) a bien montré l'abaissement de pression artérielle par ces mesures qui permettent, par ailleurs, un impact sur d'autres facteurs de risque que la pression artérielle tels que le cholestérol, l'intolérance au glucose...

Les règles hygiéno-diététiques permettent de réduire les posologies de médicaments tout en maintenant l'effet hypotenseur.

Berlowitz et coll. (20) ont, en outre, bien démontré qu'un traitement intensif et une meilleure prise en charge de l'hypertension permettaient un contrôle de la pression artérielle nettement plus performant.

Depuis 50 ans, on a pu noter une diminution de la prévalence de l'hypertension sévère avec réduction de l'hypertrophie ventriculaire gauche (21). Les formes moins sévères sont cependant insuffisamment prises en charge. Ce sont ces formes moins sévères qui, associées à d'autres risques d'athérosclérose, génèrent le plus de complications cardio-vasculaires, rappelons-le. Comme nous l'avons déjà écrit antérieurement dans cette revue (22), ces hypertendus dits légers à modérés associent fréquemment d'autres facteurs de risque (obésité, intolérance au glucose, diabète de type II, hyperlipémie). Il faut donc tenter d'améliorer cette situation.

COMMENT AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ?

Un des principaux problèmes du contrôle de la pression artérielle avec pourtant des classes thérapeutiques efficaces pourrait être l'adhésion insuffisante au traitement (tableau II). Pour Rorive et Godon (23), les causes de mauvaise observance ou compliance sont multiples. Le patient est le plus souvent, dans ces formes légères à modérées, peu symptomatique. L'utilisation de molécules antihypertensives entraîne parfois des effets secondaires altérant la qualité de vie du patient. Dans un travail publié en 1995, Jones et coll. (24) ont montré que 50 % des patients traités avaient arrêté ou modifié leur traitement au cours des 6 premiers mois. Cette diminution d'observance s'accompagne évidemment d'un mauvais contrôle de la pression artérielle. Par ailleurs, si le traitement est repris de façon intermittente avec des arrêts secondaires, le risque d'effets rebonds existe toujours, notamment avec les bêta-bloquants ou

les inhibiteurs centraux. Il est donc nécessaire de motiver nos patients hypertendus par une information très précise sur les risques encourus à la suite d'une hypertension longtemps négligée. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une bonne relation médecin-patient. Il faut entreprendre avec son patient une stratégie de prise en charge progressive de l'hypertension pour amener la pression artérielle vers une valeur cible qui est fixée dès le départ : inférieure à 140/90 mmHg pour la majorité des patients et à 130/85 mmHg pour les patients diabétiques. Chez les sujets insuffisants rénaux, des valeurs même plus basses sont recommandées (130/80 mmHg lorsqu'il existe une très faible protéinurie, 125/75 mmHg lorsque la protéinurie dépasse 1 g/l) (24, 25).

Le choix des médicaments doit être raisonné en fonction des antécédents du patient, d'essais antérieurs, du risque possible d'effets secondaires, en fonction aussi du coût. Plus les médicaments sont nombreux et plus le coût s'élève. Il faut recourir à des associations de molécules au sein du même comprimé pour réduire le nombre de ceux-ci au maximum à 3.

Vu que la prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge, on pouvait se demander si des altérations de la mémoire ne pourraient interférer avec le bon contrôle de la pression artérielle. En fait, dans l'étude SYSTEUR (26), il a bien été démontré que le risque de démence et d'aggravation des troubles de la mémoire étaient au contraire diminués lors d'un bon traitement de l'hypertension artérielle.

COMMENT PEUT-ON AMÉLIORER L'ADHÉSION AU TRAITEMENT ?

Cet objectif peut être atteint essentiellement par une relation médecin-patient privilégiée, avec une information motivante de l'intérêt de traiter l'hypertension artérielle. A chaque visite, le médecin doit tenir compte de la maladie, des plaintes du patient, de la pharmacologie de la médication prescrite, de l'adhésion au traitement. Une bonne explication sur les effets secondaires potentiels et la manière de les limiter doit être fournie. L'utilisation de schémas thérapeutiques simples avec les objectifs prioritaires clairs et précis doit être prônée. Il faut se rappeler qu'une observance sous-optimale au traitement médicamenteux antihypertenseur est vraisemblablement une des principales raisons du contrôle tensionnel insuffisant et, par ailleurs, du maintien d'un risque cardiovasculaire élevé avec un coût pour le patient et pour la société encore plus grand.

TABLEAU II. FACTEURS INFLUENÇANT L'ADHÉSION À UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ANTIHYPERTENSEUR.

<i>Amélioration de l'adhésion</i>	<i>Diminution de l'adhésion</i>
Tension artérielle plus élevée	Schéma thérapeutique complexe
Sexe féminin	Effets secondaires
Niveau d'instruction plus élevé	Coût élevé
Revenus plus élevés	Réduction tensionnelle rapide
Sujets mariés	Tabagisme
Origines culturelles	Sujets plus jeunes
	Importante consommation de sel
	Traitement prolongé
	Barrières perçues au traitement
	Consommation excessive d'alcool
	Origines culturelles

Rappelons enfin l'agrégation des facteurs de risque cardiovasculaire plus le niveau tensionnel est élevé. Une approche globale des facteurs de risque présents chez le patient doit être tentée à chaque visite.

CONCLUSION

Dans l'étude PROTECT détaillée plus haut, la prise en considération par le médecin des effets secondaires engendrés par la thérapeutique préconisée, une meilleure information du patient sur les risques de l'hypertension artérielle, bref une meilleure relation médecin-malade, entraîne une amélioration, en tout cas à court terme, des résultats du contrôle tensionnel même si on ne peut exclure totalement l'influence d'un suivi méthodologique.

La poursuite des campagnes de dépistage de l'hypertension artérielle doit être maintenue en vue d'une certaine amélioration du dépistage de l'hypertension artérielle et du contrôle de ce "tueur silencieux", mais beaucoup de travail reste encore à faire.

BIBLIOGRAPHIE

- Collins R, Peto R, MacMahon S, et al.— Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet*, 1990, **335**, 827-838.
- Leeman M, Duprez D.— La tolérance au traitement anti-hypertenseur en Belgique. *J Cardiol*, 1998, **3**, 29-33.
- Rorive G, Clément D, Saint-Remy A.— Etude HELP (poster) – XVII^{ème} Journées de l'Hypertension Artérielle, 1997, Paris.
- 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.
- Hyman D, Pavlik V.— Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med*, 2001, **345**, 479-486.
- Steyn K, Gaziano T, Bradshaw D, et al.— Hypertension in South African adults : results from the demographic and health survey, 1998. *J Hypertens*, 2001, **19**, 1717-1725.
- Jo I, Ahn Y, Lee J, et al.— Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea : the Ansan study. *J Hypertens*, 2001, **19**, 1523-1532.
- Chamontin B, Poggi L, Lang T, et al.— Prevalence, treatment and control of hypertension in the French population : data from a survey on high BP general practice in 1994. *Am J Hypertens*, 1998, **11** (Pt 1), 759-762.
- Chamontin B, Lang T, Vaisse B, et al.— Evolution du contrôle de l'HTA en France de 1994 à 1999. *Arch Mal Cœur*, 1999, **92**, Abs AO22.
- Asmar R, Vol S, Pannier B, et al.— High blood pressure and associated cardiovascular risk factors in France. *J Hypertens*, 2001, **19**, 1727-1732.
- Tozawa M, Oshiro S, Iseki C, et al.— Multiple risk factor clustering of hypertension in a screened cohort. *J Hypertens*, 2000, **18**, 1379-1385.
- Nanchahal K, Ashton D, Wood D.— Association between blood pressure, the treatment of hypertension and cardiovascular risk factors in women. *J Hypertens*, 2000, **18**, 833-841.
- Krzesinski J-M.— Mesure ambulatoire de la pression artérielle, son utilité en pratique quotidienne. *Rev Med Liège*, 1994, **49**, 475-480.
- Krzesinski J-M.— Comment intégrer l'automesure de la pression artérielle dans la mise au point de l'hypertendu ? *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 552-556.
- Mancia G, Sega R, Milesi C, et al.— Blood-pressure control in the hypertensive population. *Lancet*, 1997, **349**, 454-457.
- Franklin S, Jacobs M, Wong N, et al.— Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives. Analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertens*, 2001, **37**, 869-874.
- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers G, et al.— Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet*, 1998, **351**, 1755-1762.
- Krzesinski J-M, Rorive G.— Arsenal thérapeutique non médicamenteux dans l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 1985, **40**, 485-497.
- Sacks F, Svetkey L, Vollmer W, et al.— Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *Lancet*, 2001, **344**, 3-10.
- Berlowitz D, Ash A, Hickey E, et al.— Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*, 1998, **339**, 1957-1963.
- Mosterd A, D'Agostino R, Silbershatz H, et al.— Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *N Engl J Med*, 1999, **340**, 1221-1227.
- Krzesinski J-M.— Epidemiologie de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 2002, **57**,
- Rorive G, Godon E.— Le suivi du traitement : tendon d'Achille de la thérapeutique antihypertensive. *Med Hyg*, 1999, **57**, 1538-1540.
- Jones JK, Gorkin L, Lion JF.— Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensive drugs : a study of a United Kingdom population. *BMJ*, 1995, **311**, 293-295.
- Guidelines Subcommittee.— 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens*, 1999, **17**, 151-183.
- Krzesinski J-M.— Actualisation de la prise en charge de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 683-687.
- Forette F, Seux M-L, Staessen J, et al.— Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled systolic hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet*, 1998, **352**, 1347-1351.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.-M. Krzesinski, Service Médecine Interne CHU Ourthe-Ambiève, Rue Grandfosse 31, 4130 Esneux