



Articles publiés
sous la direction de

ANTOINETTE PECHÈRE-BERTSCHI

Service de
néphrologie,
Département des
spécialités de
médecine,
HUG, Genève

BELÉN PONTE

Service de
néphrologie,
Département des
spécialités de
médecine,
HUG, Genève

GRÉGOIRE WUERZNER

Service de
néphrologie et
d'hypertension,
CHUV, Lausanne

Docteur, moi je suis contre les médicaments!

Pre ANTOINETTE PECHÈRE-BERTSCHI, Dre BELÉN PONTE et Dr GRÉGOIRE WUERZNER

Cette petite phrase est parfois le préambule, l'entrée en matière d'une première consultation d'hypertension. Le ton est donné: cela ne va pas être simple. Dès lors se profile un travail sur la représentation qu'ont les patient-e-s des médicaments, assimilés à de la chimie toxique, néfaste pour les organes, portés par des firmes pharmaceutiques mues par le seul profit qui en élargissent les indications. Les représentations, mais aussi l'accès aisé aux informations, aboutissent à des effets secondaires imprévisibles, parfois bizarres, sans base pharmacologique claire. Cet a priori négatif peut être associé à un «rejet physique» des traitements, conscient ou inconscient, menant à toutes sortes d'effets secondaires connus ou inconnus, qui vont mettre en échec la prise en charge thérapeutique. Il se peut que ce soit la baisse tensionnelle per se qui soit mal supportée. Ce ressenti est normalement transitoire. On rappellera qu'après une année de traitement antihypertenseur, seul-e un-e patient-e sur deux poursuit sa thérapie selon la prescription initiale.¹ La liste des traitements antihypertenseurs essayés et non supportés peut dépasser 20 molécules différentes, décourager le patient (et le médecin), et mener directement à la non-adhésion thérapeutique. La prévalence de ce genre de situations n'est pas connue, mais notre consultation tertiaire va immanquablement les drainer. Que faire alors?

Il faut certes insister sur les mesures hygiéno-diététiques, qui sont indéniablement efficaces pour contrôler ou participer au bon contrôle de la pression artérielle et à la réduction du risque cardiovasculaire. Toutefois, leur mise en place n'est pas plus simple, bien qu'elle soit dénuée d'effets secondaires. Il est nécessaire d'exprimer avec conviction que le traitement médicamenteux de l'hypertension est une forme d'assurance vie, comme cela a été démontré par de nombreuses et solides données scientifiques. Et parfois il faut savoir repartir à zéro et proposer un nouveau traitement. Mais que proposer, lorsque tout a été

balayé? Dans ces cas, il faut assurément sortir des algorithmes décisionnels promus par les sociétés savantes. Un article intéressant, non récent, donne quelques clés.² La première étape serait de couper en 2 ou même en 4 la pilule prescrite, ce qui n'est pas aisé même avec un bon couteau suisse: pour cela de petites guilotines sont disponibles en pharmacie. Une autre possibilité est de donner les drogues sous forme liquide à très faibles doses, qui exclut certains excipients mal tolérés (lactose, etc.): par exemple la nifédipine en gouttes par étapes de 2 mg. Une troisième solution est d'utiliser des patches transdermiques par exemple de nitrés ou de clonidine (0,1 mg/jour, à titrer). Enfin, ce que nous ne recommandons pas, au risque de nous retrouver avec des traitements farfelus, non fondés sur les preuves, les auteur-e-s de la publication vont jusqu'à préconiser le «détournement» de médicaments qui ont une autre indication, mais qui possèdent un effet antihypertenseur, comme les inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase (p.ex. tadalafil 2,5 mg/j). Chez les malades diabétiques (ou non?), les inhibiteurs des SGLT2 sont prometteurs dans ce profil clinique difficile et à risque.

La dénervation rénale, dont une étude récente en l'absence de médicaments a montré une réduction modeste de la pression ambulatoire de 24 heures,³ ou d'autres thérapies interventionnelles invasives vont certainement reprendre du galon, surtout dans ces situations. Enfin, la pharmacogénétique peut parfois être utile également en permettant la mise en évidence de mutations pouvant expliquer certains effets secondaires.

Cet éditorial n'a, en aucun cas, la vocation de promouvoir des traitements exotiques et non validés, mais tente de proposer une aide dans des situations parfois désespérées, afin de ne pas laisser des patient-e-s avec des hypertensions de stade 3, sans aucune prise en charge face à un-e médecin dépassé-e.

**EXPRIMER AVEC
CONVICTION QUE
LE TRAITEMENT
MÉDICAMENTEUX
DE L'HYPERTENSION EST
UNE FORME
D'ASSURANCE VIE**

Bibliographie

1
Blaschke TF, Osterberg L, Vrijens B, Urquhart J. Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2012. 52:275-301.

2
Saxena M, Antoniu S, Hamidi N et al. Multiple drug-intolerant hypertension: a case series utilising a novel-treatment algorithm. *Br J Gen Pract* 2016;66(645):e285-7. DOI: 10.3399/bjgp16X684709.

3
Böhm M, Kario K, Kandzari DE et al. Efficacy of catheter-based renal denervation in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED Pivotal): a multicentre, randomised, sham-controlled trial. *Lancet* 2020; 395(10234): 1444-51.