

# Divergence entre mesures au cabinet médical et automesure : interprétation et attitudes thérapeutiques.

## Enquête O L' MESURES

Guillaume BOBRIE<sup>(1)</sup>, Gilles CHATELLIER<sup>(1)</sup>, Pierre CLERSON<sup>(2)</sup>, Anne CUCHET<sup>(3)</sup>, Abdel MAHMOUDI<sup>(4)</sup>, Nicolas POSTEL - VINAY<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>HEGP, Paris ; <sup>(2)</sup>Interphase Orgamétrie, Roubaix ; <sup>(3)</sup>Merck Lipha Santé, Lyon ; <sup>(4)</sup>Sankyo Pharma France, Rueil - Malmaison, France • Courriel : [automesure@noos.fr](mailto:automesure@noos.fr)

### RATIONNEL

- La méthode de référence pour la mesure de la pression artérielle est la méthode auscultatoire au cabinet à l'aide d'un sphygmomanomètre à mercure. Elle présente néanmoins un certain nombre d'inconvénients dont une variabilité inter- et intra-observateur et l'incapacité à reconnaître l'hypertension blouse blanche. Elle peut être utilement complétée par l'automesure à domicile (AMT) qui présente de nombreux avantages dont les principaux sont une diminution de la variabilité des valeurs de PA due au plus grand nombre de mesures, la précision de la mesure et l'excellente acceptabilité.
- Le contrôle tensionnel est défini, selon l'HAS, chez les patients ne présentant ni diabète, ni insuffisance rénale, par une PAS < 140 mmHg et une PAD < 90 mmHg, lors de la mesure conventionnelle au cabinet et en automesure par une PAS < 135 mmHg et une PAD < 85 mmHg.
- Le croisement des deux classifications conduit à individualiser 4 groupes de patients :**
  - ▶ **Contrôlés avec les 2 méthodes de mesure,**
  - ▶ **Non contrôlés avec les 2 méthodes de mesure,**
  - ▶ **Non contrôlés au cabinet mais contrôlés à domicile (HTA blouse blanche),**
  - ▶ **Contrôlés au cabinet mais non contrôlés à domicile (HTA masquée).**
- Les divergences entre les mesures obtenues au cabinet médical et celles obtenues par automesure sont à prendre en compte, en raison du mauvais pronostic de l'hypertension masquée (HM) et non contrôlée (HNC) par comparaison à l'hypertension contrôlée (HC) et blouse blanche (HBB).

### OBJECTIF

- Décrire et expliquer les choix thérapeutiques en fonction du type de contrôle de la PA mesurée au cabinet et en automesure.

### MÉTHODOLOGIE

- 2475 généralistes (MG) devaient inclure 2 patients hypertendus consécutifs, traités par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II depuis au moins 8 semaines en monothérapie, quel que soit le niveau de PA lors de la consultation. La PA était mesurée à 3 reprises au cabinet (C1) à l'aide d'un appareil semi-automatique muni d'une imprimante (OMRON 705 CP-II), par automesure à domicile : 3 mesures le matin, le soir et à la même heure que la consultation pendant 3 jours consécutifs puis à nouveau au cabinet lors d'une seconde consultation (C2) à la même heure que C1 après un intervalle laissé à la libre appréciation du médecin.
- Après avoir classé les patients en HC, HBB, HNC et HM, les généralistes ont détaillé leurs choix thérapeutiques classés en 4 catégories :
  - ▶ Identique,
  - ▶ Augmentation de posologie ou instauration d'une bithérapie,
  - ▶ Changement de monothérapie (switch),
  - ▶ Diminution de posologie.

### RÉSULTATS

#### POPULATION GLOBALE

- Parmi les 4 094 patients inclus, 2 189 répondaient aux critères d'inclusion et ont bénéficié de 2 consultations dans un délai compris entre 4 et 30 jours.

#### DESCRIPTION DE LA POPULATION ANALYSÉE (n = 2 189)

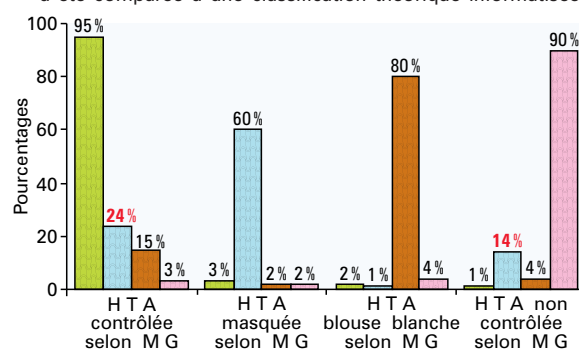
- Hommes : 1244 (57%).
- Âge : 61 ± 12 ans.
- PA au cabinet médical : 145 ± 19 / 83 ± 11 mmHg ; PA AMT : 142 ± 16 / 81 ± 9 mmHg.
- Nombre de mesures PA cabinet : 3 successives ; Nombre de mesures PA AMT : 18 ± 1.
- IMC : 27 ± 4 kg/m<sup>2</sup>.
- Obésité : 19%.

#### PATIENTS EXCLUS DE L'ANALYSE (VIOLATIONS PROTOCOLE, DONNÉES MANQUANTES)

Patients non traités par ARA II	143
Patients recevant une bithérapie ARA II depuis moins de 8 semaines	61
Délai C2 - C1 < 4 jours ou > 30 jours	241
Inclusion < début enquête	1 071
Pas de mesure PA à C1	60
Pas de mesure PA à C2	542
Total des déviations	496
Total des patients exclus de l'analyse (un même patient pouvait présenter plusieurs déviations)	2 614
Total des patients analysés	<b>1 905</b>
Total des patients analysés	<b>2 189</b>

#### CONCORDANCE ENTRE LA CLASSIFICATION THÉORIQUE INFORMATISÉE DE L'HTA ET CELLE RETENUE PAR LES MÉDECINS

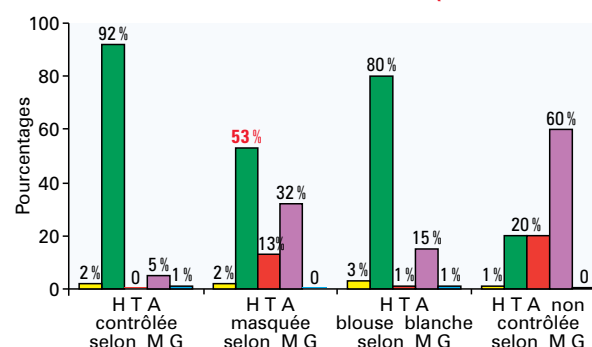
- La classification des patients en 4 catégories à partir des résultats des mesures tensionnelles de consultation et des automesures a été faite par les médecins généralistes. Elle a été comparée à une classification théorique informatisée.



- La concordance de classification des types d'HTA selon les MG et la théorie, est bonne ( $\kappa$ : 0.83) quoique **24% des HM restent considérées comme des HC par les MG.** Dans **14%** des cas, elle est considérée comme une HNC.

■ HTA contrôlée théorique ■ HTA blouse blanche théorique ■ HTA masquée théorique ■ HTA non contrôlée théorique

#### AUGMENTATION OU SWITCH DU TRAITEMENT ANTI-HTA EN FONCTION DU TYPE DE CONTRÔLE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE C2 VERSUS AMT (APPRÉCIÉE PAR MÉDECIN)



- La probabilité de modification de traitement (groupe de référence hypertension contrôlée : OR = 1) est 4 fois moins élevée en cas d'hypertension masquée (OR = 13.8; IC 95% : [8.8-21.6]) qu'en cas d'hypertension non contrôlée (OR = 57.9; IC 95% : [37.9-88.3]).

- Bien que conscients de la présence d'une HM, les médecins généralistes n'augmentent pas le traitement dans **53%** des cas.

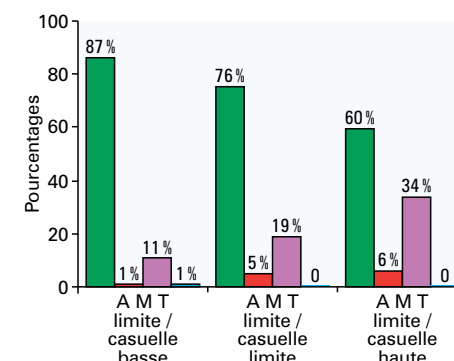
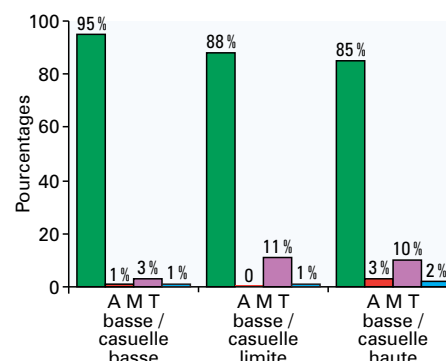
#### MODIFICATION DU TRAITEMENT EN FONCTION DU CONTRÔLE AMT

- Une des hypothèses à la méconnaissance des seuils par les médecins est qu'ils interprètent les valeurs de PA proches du seuil comme équivalente au seuil et ne comparent pas strictement le chiffre de PA à la valeur seuil.

- Pour tester cette hypothèse, les patients ont été classés en fonction de la table de vérité suivante (les pressions sont en mmHg) :

PA casuelle haute	PAS casuelle C2 ≥ 145 ou PAD casuelle C2 ≥ 95
PA casuelle basse	PAS casuelle C2 ≤ 135 et PAD casuelle C2 ≤ 85
PA casuelle limite	Dans les autres cas

PA AMT haute	PAS AMT C2 ≥ 140 ou PAD AMT C2 ≥ 90
PA AMT basse	PAS AMT C2 ≤ 130 et PAD AMT C2 ≤ 80
PA AMT limite	Dans les autres cas



- Face à une AMT basse, les médecins privilégient le statu quo, quel que soit le niveau de la PA casuelle; de même quand l'AMT est limite mais avec un taux de "switch" et d'augmentation croissant en fonction du niveau de la PA casuelle. Enfin quand l'AMT est haute la proportion de "switch" et d'augmentations augmente en fonction du niveau de la PA casuelle.

- En conclusion, les médecins intègrent dans leur décision, les résultats de la mesure casuelle et de la mesure à domicile.

#### LÉGENDE DES COULEURS

■ Inconnu ■ Augmentation ■ Diminution  
■ Pas de changement ■ Switch

### CONCLUSION

- Bien que l'HM soit reconnue par les généralistes dans plus de **75%** des cas, elle reste insuffisamment prise en compte dans l'adaptation thérapeutique : **53%** des médecins ne modifient pas le traitement de leurs patients et l'augmentent d'autant moins que les résultats d'AMT sont proches des seuils.

- Compte tenu de la fréquence et du mauvais pronostic de l'HM, il conviendrait de sensibiliser les médecins à une prise en charge plus rigoureuse de ce type d'HTA.