

Comment évaluer l'observance du régime hyposodé chez l'hypertendu?

*Nadia Kabbali^{1,2}, Sanae Lamrani¹, Mohamed Alami Ouali¹, Tarik Sqalli^{1,2}

¹Service De Néphrologie CHU Hassan II De Fès ; Maroc.

²Equipe R.E.I.N, Laboratoire De Bases Moléculaires En Pathologie Humaine Et Outils Thérapeutiques, Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Corresponding Author: *Nadia Kabbali

Abstract: L'observance du régime hyposodé chez les hypertendus est un élément déterminant dans la prise en charge. L'objectif de notre étude était de déterminer la valeur prédictive des outils d'évaluation du respect du régime hyposodé d'une part et les facteurs de risque de mauvaise observance de ce régime d'autre part. Méthodes : Nous avons mené une étude transversale sur une durée de 15 jours chez des patients suivis en consultation de néphrologie ayant une hypertension artérielle sous régime hyposodé. Nous avons coté l'observance du régime hyposodé en se basant sur des questionnaires pour le patient, l'accompagnant et le médecin. L'observance du traitement anti-hypertenseur s'est basée sur le score de Girerd. Une enquête diététique a permis d'estimer les apports quotidiens en sel. Enfin, nous avons utilisé un automate en salle de consultation pour la mesure systématique de la natriurèse. Résultat : L'âge moyen des 74 patients inclus était de 55,7±16,5 ans. La natriurèse était élevée dans 33,8%. L'observance rapportée aussi bien par le patient, que par l'accompagnant et le médecin étaient significativement liés à la natriurèse. En analyse univariée, les facteurs liés à la non observance du régime hyposodé étaient l'âge (50,9 vs 58 ans), le diabète (46,4% vs 26,1%), et l'obésité (48% vs 16%). En analyse multivariée, nous avons observé la même association avec un Odds Ratio de 0,9 chez les jeunes ($p < 0,01$), 5 chez les diabétiques ($p = 0,012$) et 1,6 chez les obèses ($p < 0,05$). Enfin, le score utilisé pour évaluer la mauvaise observance au traitement antihypertenseur par rapport à la natriurèse avait une sensibilité de 12% et une spécificité de 75%. Conclusion: L'âge, le diabète et l'obésité sont fortement liés à la mauvaise observance du régime hyposodé dans notre série alors que le score d'observance thérapeutique n'est pas sensible dans notre contexte.

Keywords: Hypertension artérielle, Natriurèse, Observance thérapeutique, Régime hyposodé

Date of Submission: 30 -10-2017

Date of acceptance: 16-11-2017

I. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie très fréquente dans le monde, aussi bien dans les pays développés que ceux en voie de développement [1]. Elle constitue un facteur de risque cardiovasculaire de haute prévalence [2] et est estimée responsable actuellement de 4,5% de la charge mondiale de morbidité selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [3]. La prévalence globale de l'HTA est estimée aux alentours de 30-45% de la population mondiale [2]. Pour 2025, les chercheurs ont estimé que 29,2% de la population adulte sera hypertendue, soit 1,56 milliards d'individus, pour une augmentation de 60 % en 25 ans [1]. Au Maroc, l'enquête réalisée par le ministère de la santé en 2000 a permis d'estimer la prévalence de l'HTA à 33,6 % (30,2 % chez les hommes et de 37 % chez les femmes) [4]. Dans la majorité des cas (90%) l'HTA est essentielle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas la conséquence directe d'une seule anomalie mais de différents facteurs favorisants : génétiques, environnementaux et comportementaux, avec une importance capitale du sel dans sa constitution [5]. Le régime hyposodé est l'un des facteurs déterminants dans la prise en charge de l'hypertension artérielle chez tous les hypertendus, mais aussi dans sa prévention dans la population générale. La consommation moyenne de sel, au niveau mondial, est d'environ 10 g par jour (3,95 g de sodium par jour). L'OMS recommande de depuis 1983 de ramener l'apport en sel à moins de 5 g par jour pour les adultes (équivalent de 2 g de sodium par jour) pour faire baisser la tension artérielle et réduire le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Chez le patient hypertendu, les recommandations sont de consommer moins de 6 grammes de sel par jour, ce qui revient à réduire la consommation individuelle de 40 %, en moyenne. L'objectif de notre étude est de déterminer la valeur prédictive des outils d'évaluation du respect du régime hyposodé d'une part et les facteurs de risque de mauvaise observance de ce régime d'autre part.

II. Patients Et Méthodes

Nous avons mené une étude transversale sur une durée de 15 jours portant sur les patients suivis en consultation de néphrologie ayant une hypertension artérielle avec prescription d'un régime hyposodé. Nous avons exclus les patients ayant un changement récent de la prescription diurétique, une perfusion récente, un œdème aigu du poumon récent, et les patients dialysés. Nous avons relevé à l'interrogatoire les antécédents des patients, leur néphropathie initiale ainsi que leur traitement antihypertenseur, avec un examen clinique relevant le poids, la présence d'œdèmes des membres inférieurs et la mesure de la pression artérielle. Nous avons coté l'observance du régime hyposodé (de 1 à 5) en se basant sur une échelle visuelle pour le patient, l'accompagnant et le médecin traitant. De même, l'observance du traitement anti-hypertenseur s'est basée sur le score de Girerd (fig 1). Celui-ci considère une mauvaise observance à partir de 3 réponses positives [6]. Une enquête diététique a permis d'estimer les apports quotidiens en sel. Enfin, nous avons utilisé un automate en salle de consultation pour la mesure systématique de la natriurèse. Le patient est considéré non observant lorsque la natriurèse était supérieure à 102 mmol/jr (6g/jr).

III. Résultats

Nous avons inclus 74 patients. Leur âge moyen était de $55,7 \pm 16,5$ ans avec un sex-ratio (H/F) de 0,68. Quatre patients étaient sous régime seul, et la moitié des patients sous traitement anti hypertenseur étaient sous bi ou tri thérapie. Le débit de filtration glomérulaire moyen était de $61,7 \pm 44$ ml/min/1.73m² selon la formule MDRD. Les deux tiers de nos patients présentaient une insuffisance rénale. Selon l'échelle d'évaluation de l'observance du régime hyposodé, nous avons retrouvé que presque 70% des malades se disaient bon ou très bon observant, une partie seulement a été confirmée par les proches et le médecin traitant (TABLEAU 1). La natriurèse moyenne était de 88 ± 46 mmol/jr. Une mauvaise observance a été relevée chez 33,8% des cas. Une HTA non contrôlée était retrouvée chez 41% des patients quand la natriurèse était supérieure à 6g/jr, et chez 25% des patients quand la natriurèse était dans la fourchette cible. En analyse univariée, les facteurs liés à la non observance du régime hyposodé sont l'âge jeune (50,9 vs 58 ans), le diabète (46,4% vs 26,1%), et l'obésité (48% vs 16%). L'observance rapportée aussi bien par le patient, que par l'accompagnant et le médecin étaient significativement liés à la natriurèse. En analyse multivariée, nous avons objectivé que le diabète et l'obésité sont des facteurs de risque de mauvaise observance du régime avec un Odds Ratio élevé (5 et 1.6 respectivement). L'âge jeune était plutôt lié à une meilleure observance du régime hyposodé. Enfin, le score élaboré pour évaluer la mauvaise observance au traitement antihypertenseur par rapport à la natriurèse avait une sensibilité de 12% et une spécificité de 75%. Cela veut dire qu'un patient non-observant au régime a une forte probabilité d'être non-observant au traitement, et non pas l'inverse. Concernant l'enquête diététique, le régime était dans les cibles dans 16,4% et en léger dépassement dans 42% des cas. Nous avons retrouvé qu'il n'y avait pas de relation significative entre les apports et les sorties et que la plupart de nos patients (84 %) suivaient un régime hyposodé relatif à large (TABLEAU 2). Toutefois, il faut rappeler que la population étudiée estime mal les portions alimentaires, ainsi que l'oubli qui peut fausser nos résultats.

IV. Discussion

L'HTA est considérée aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique dans le monde. Le problème de l'observance au traitement et aux mesures hygiéno-diététiques chez l'hypertendu sont des facteurs déterminants dans la prise en charge de l'hypertension artérielle dans notre pays, d'où l'intérêt de cette étude. Toutes les recommandations internationales s'accordent à dire qu'une réduction des apports en sel diminuerait le risque d'HTA et permettrait un meilleur contrôle des chiffres tensionnels. Le JNC VII [7] recommande de ne pas dépasser un apport sodé de 100 mmol/j (soit 6g/j de chlorure de sodium équivalent à 2.4 g/j de sodium). Les recommandations européennes ESH/ESC [8] proposent d'indiquer aux patients de ne pas resaler les aliments à table, d'éviter les aliments trop salés, notamment les préparations alimentaires industrielles. Selon le BHS-IV [9], il est recommandé de conseiller à tout patient hypertendu une réduction des apports sodés (<100 mmol/j), oralement mais aussi par écrit en lui procurant des conseils pratiques et des outils pour l'aider à modifier ses habitudes alimentaires. La mauvaise observance du régime serait plus fréquente que ne l'imaginent les médecins, et se rencontrent chez tous les types de malades.

Au Canada, l'âge jeune était significativement lié à la mauvaise observance au régime hyposodé [10]. Ce résultat serait peut être lié aux exigences de la vie active de ces patients, les patients trop actifs ayant plus de difficultés à se soumettre aux exigences des médecins. Ceci n'a pas été retrouvé dans les études menées au Burkina Faso [11] et en Tunisie [12], ni dans notre série où au contraire, l'âge jeune était plutôt lié à une meilleure observance au régime. Par ailleurs, contrairement à notre étude où les hommes étaient moins observants que les femmes, aucune relation significative n'a été retrouvée entre le sexe des patients et leur observance au régime dans les autres études [10, 11, 12]. Le TABLEAU 3 résume les différents facteurs liés à la mauvaise observance au régime hyposodé.

L'inobservance aux mesures diététiques doit être recherchée à chaque consultation, en particulier lorsque les chiffres de pression artérielle ne sont pas dans les cibles. Pour aider à dépister les principales raisons d'une mauvaise observance, l'intégration de questionnaires spécifiques doit être favorisée. Dans notre étude, l'observance rapportée aussi bien par le patient, que par l'accompagnant et le médecin étaient significativement liées à la natriurèse. Par contre, le score de Girerd avait une faible sensibilité, ce qui réduit sa pertinence pour évaluer l'observance au régime. L'enquête diététique reste difficile et peu fiable. Elle nécessite en outre un interrogatoire très poussé et demande beaucoup de patience et de temps. L'accompagnement nutritionnel fait partie intégrante de la prise en charge du patient hypertendu. L'objectif n'est pas que les patients connaissent la dose exacte de sel qu'ils consomment, mais plutôt de les amener à modifier progressivement leur comportement alimentaire et à corriger certaines erreurs. Limiter l'apport en sel et savoir identifier "le sel caché" dans les aliments sont des consignes simples à respecter et bénéfiques pour la santé. La mesure de la natriurèse reste le gold standard, mais elle ne peut se faire en pratique quotidienne. Elle devra être demandée en cas de doute, ou si on est orienté par les échelles d'évaluation.

V. Conclusion

L'observance thérapeutique est un véritable problème auquel le couple médecin-patient est confronté. La natriurèse et par conséquent la consommation de sel dans notre série sont supérieures aux recommandations de l'OMS. De plus, l'âge jeune et le sexe masculin sont fortement liés à des consommations élevées de sel. Le score d'observance thérapeutique n'est pas sensible dans notre contexte. Par contre les questions subjectives sont plus utiles pour évaluer la bonne observance au régime hyposodé.

References

- [1]. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et coll. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005 ; 365 : 217-23.
- [2]. Mancia G, et coll. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 2013 ; 31(7): 1281-357.
- [3]. Whitworth JA et coll. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*, 2003; 21(11): 1983-92.
- [4]. Tazi MA, Abir-Khalil S, Chaouki N et coll. Prevalence of the main cardiovascular risk factors in Morocco: results of a National Survey, 2000. *Journal of Hypertension*. 2003; 21(5): 897-903.
- [5]. Lorthioir A, Rafat C, Amar L et coll. Hypertension associée aux sténoses de l'artère rénale et aux atteintes rénales parenchymateuses 2015 ; 10 : 301
- [6]. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med*. 2001 June;30(21):1044-1048
- [7]. National Heart Lung and Blood Institute. Prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JNC VII. Bethesda: NHLBI; 2003.
- [8]. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2003 European society of hypertension – European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1011-53.
- [9]. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Pooter J.-F. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ* 2004; 328: 634-40.
- [10]. Gee ME, Gwady-Sridhar F, Nolan RP et coll. Antihypertensive Medication Use, Adherence, Stops, and Starts in Canadians With Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology* 2012; 3(28): 383-9.
- [11]. Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RCG et coll. Factors associated with poor blood pressure control in hypertensive black Africans: Cross-sectional study of 456 hypertensive patients from Burkina Faso. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2013; 1(62): 38-42.
- [12]. Mokhtar N, Elati J, Chabir R et coll. Diet culture and obesity in northern Africa. *J Nutr*. 2001; 131(3) :887-92.

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

- Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement en retard ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Répondre par oui ou non à chaque question. Si le nombre de oui est de 3 ou plus, une mauvaise observance du traitement antihypertenseur est probable.

Figure 1 : Score de Girerd pour évaluer l'adhérence au traitement antihypertenseur [6]

Tableau 1: Résultats de l'échelle d'évaluation de l'observance au régime

Degré d'observance	Selon le malade (%)	Selon l'accompagnant (%)	Selon le médecin (%)
1	52.7	36.5	28.4
2	13.5	16.2	16.2
3	24.3	23	21.6
4	6.8	17.6	17.6
5	2.7	6.8	16.2

Tableau 2: Résultats de l'enquête alimentaire

Apport en sodium (mg)	Natriurèse cible	Natriurèse élevée	p
Appauvri en Na ⁺ <250	50%	50%	0,7
Hypo strict 250-400	44,4%	55,6%	
hypo relatif 400-1000	83,3%	16,7%	
hypo large 1000-2000	57,6%	42,4%	

Tableau 3: Les facteurs liés à la mauvaise observance au régime hyposodé

Série	Age jeune	Diabète	Obésité	Tabac	Sexe	Nombre d'antihypertenseurs
Tunisie (n=276)	-	+	-	Non étudié	-	+
Canada (n=6017)	+	Non étudié	Non étudié	Non étudié	-	-
Burkina Fasso (n=456)	-	+	+	-	-	+
Notre etude (n=74)	-	+	+	+	Masculin	-

*Nadia Kabbali. "Comment évaluer l'observance du régime hyposodé chez l'hypertendu?" IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) 16.11 (2017): 25-28