Recommandations 2007 du PECH :
Mise à jour annuelle

Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)

2007 marque la huitième année consécutive de mise à jour des recommandations pour la prise en charge de l'hypertension par le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).

Cette année, nous insistons particulièrement sur le besoin de mesurer la pression artérielle de tous les adultes canadiens, et de le faire de façon régulière chez les personnes ayant une pression artérielle à la limite de la normale. En outre, les recommandations de 2007 soutiennent les arguments de plus en plus probants, qui montrent que l'on peut prévenir l'hypertension au moyen d'interventions de santé publique visant à réduire la consommation de sodium.

Copyright © Vente et distribution commerciales interdites
Les copies autorisées peuvent être imprimées pour usage personnel

Nouveaux messages clés des recommandations 2007

Évaluer annuellement la pression artérielle

- Les adultes ayant une pression artérielle à la limite de la normale doivent subir une évaluation annuelle de leur pression artérielle. Au Canada, un adulte sur cinq a une pression artérielle à la limite de la normale (de 130/85 à 139/89 mm Hg). Parmi les personnes qui présentent une surcharge pondérale et une pression artérielle à la limite de la normale, 40 % développeront de l'hypertension d'ici deux ans et 60 % d'ici quatre ans. C'est pourquoi on recommande aux personnes ayant une pression artérielle à la limite de la normale de se prêter à une évaluation annuelle ou plus fréquente de leur pression artérielle et d'apporter les changements appropriés à leurs habitudes de vie afin de prévenir l'hypertension.

Réduire la consommation de sodium

- Les Canadiens doivent réduire leur consommation de sodium. L'excès de sodium dans l'alimentation est une cause majeure de l'hypertension. Il faut enseigner aux patients et au grand public à choisir des aliments à faible teneur en sodium, et le secteur de l'alimentation doit réduire la proportion de sodium dans ses produits, soit volontairement, soit par contrainte réglementaire.

Autres recommandations importantes pour la prise en charge des patients atteints d'hypertension

Mesurer la pression artérielle à toutes les visites appropriées

- Tous les adultes canadiens doivent faire mesurer leur pression artérielle à toutes les visites appropriées. La pression artérielle augmente avec l'âge, de sorte que 50 % des Canadiens de plus de 65 ans souffrent d'hypertension. Parmi ceux et celles qui ont une pression artérielle normale à 65 ans, plus

de 90 % finiront par développer de l'hypertension. Pour découvrir les cas d'hypertension, il faut mesurer systématiquement la pression artérielle de tous les adultes, tout au long de leur vie.

Évaluer le risque cardiovasculaire global

- Pour une prise en charge optimale, il faut évaluer le risque cardiovasculaire global. Plus de 90 % des Canadiennes et des Canadiens atteints d'hypertension présentent d'autres facteurs de risque cardiovasculaire. Si on décèle et prend en charge les facteurs de risque autres que l'hypertension, on peut arriver à réduire de plus de 60 % le risque global de maladie cardiovasculaire et à modifier la cible de pression artérielle (tableau 1) et les classes de médicaments antihypertenseurs spécifiques recommandés (tableau 2).

Modifier les habitudes de vie

- La modification des habitudes de vie est un moyen efficace de réduire la pression artérielle et les risques cardiovasculaires. On peut prévenir l'hypertension, réduire la pression artérielle et améliorer les autres facteurs de risque cardiovasculaire en adoptant une alimentation saine, en pratiquant une activité physique régulière, en modérant sa consommation d'alcool, en réduisant l'apport de sodium dans son alimentation et, pour certains, en réduisant son niveau de stress (tableau 3). Par des interventions simples et brèves, les professionnels de la santé peuvent accroître de beaucoup la probabilité que leur patient observe ces changements d'habitudes de vie.

Traiter pour atteindre les valeurs cibles

- Pour réduire au minimum les risques cardiovasculaires, il faut traiter les patients en vue d'atteindre les valeurs cibles recommandées. C'est en abaissant la pression artérielle aux valeurs cibles établies (tableau 1) qu'on arrive à une réduction maximale des maladies cardiovasculaires.
- Des associations de traitements (médicaments et habitudes de vie) sont en général indispensables pour atteindre les valeurs cibles de pression artérielle. La plupart des patients ont besoin de prendre au moins deux médicaments antihypertensifs et de modifier leurs habitudes de vie pour atteindre les cibles de pression artérielle recommandées. Si on associe deux médicaments pour abaisser la pression artérielle, les combinaisons d'un bêta-bloquant, d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine produisent un effet hypotenseur plutôt qu'additif.

Procéder à un suivi plus fréquent

- Assurer un suivi mensuel ou plus fréquent des patients dont la pression artérielle est supérieure aux valeurs cibles. Pour arriver à maîtriser la pression artérielle, il faut assurer

Remerciements
Le présent manuscrit a été rédigé par le Dr N. Campbell. Les versions préliminaires ont été révisées par les docteurs R. Feldman, A. Milot, R. Touyz, G. Tremblay et R. Ward, et par S. Matheson, IA. Version française révisée par le Dr Denis Drouin. Le présent manuscrit a reçu l'approbation de la direction du PECH.

Recommandations quant à l'apport quotidien en sel

Moins de :

- 100 mmol de sodium (Na)
- ou 2,3 g de sodium (Na)
- ou 5,8 g de sel (NACl)
- ou 1 cuillérée à thé de sel de table

2,300 mg de sodium = 1 c.à.t de sel de table

un suivi à intervalles rapprochés, à la fois pour aider le patient à observer son traitement et pour accroître l'intensité du traitement.

Enrayer l'inobservance au traitement

- Insister sur l'observation du traitement. L'inobservation du traitement par les patients est l'un des plus grands obstacles à la maîtrise de la pression artérielle. L'observation du traitement doit faire l'objet d'une évaluation à chaque visite médicale. Par ailleurs, certaines interventions spécifiques peuvent améliorer le taux d'observation (tableau 4).

Version à l'intention du public des recommandations 2007 du PECH :

À télécharger au *www.hypertension.ca*

Tableau 1

Valeurs cibles de pression artérielle

Affection	Cible (PAS/PAD mm Hg)
Hypertension diastoliques ± systolique	< 140/90 mm Hg
Hypertension systolique isolée	< 140 mm Hg
Diabète	< 130/80 mm Hg
Néphropathie chronique	< 130/80 mm Hg

Reproduit avec l'autorisation du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).

Tableau 2

Facteurs à considérer avant d'envisager de personnaliser le traitement antihypertenseur*

Hypertension sans maladie cœxistante	Traitement initial intention	Traitement en deuxième	Remarques et avertissements
Hypertension diastolique ± systolique	Diurétiques thiazidiques, ß-bloquants, inhibiteurs de l'ECA, ARA ou bloquants des canaux calciques à action prolongée (envisager l'AAS et les statines chez certains patients)	Association de médicaments de traitement initial	Les ß-bloquants sont déconseillés en thérapie initiale chez les patients de plus de 60 ans. Chez les patients recevant des diurétiques en monothérapie, il faut prévenir l'hypokaliémie en prescrivant des épargneurs de potassium. Les inhibiteurs de l'ECA ne sont pas recommandés chez les patients de race noire.
Hypertension systolique isolée sans maladie coexistante	Diurétiques thiazidiques, ARA ou bloquants des canaux calciques de type dihydropyridinique à action prolongée	Association de médicaments de traitement initial	Même que pour l'hypertension diastolique ± systolique.

Tableau 2

Facteurs à considérer avant d'envisager de personnaliser le traitement antihypertenseur (suite)

Diabète	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Remarques et avertissements
Diabète accompagné de néphropathie	Inhibiteurs de l'ECA ou ARA	Ajout de diurétiques thiazidiques, de ß-bloquants cardiosélectifs ou de bloquants des canaux calciques à action prolongée ou association d'un ARA et d'un IECA	Si le niveau de créatinine sérique est > 150 µmole/L, il faut remplacer les diurétiques thiazidiques à faible dose par un diurétique de l'anse en cas de surcharge volumique.
Diabète sans néphropathie	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, BCC de type dihydropyridinique ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de traitement initial ou, en cas d'intolérance aux médicaments de traitement initial, ajout de ß-bloquants cardiosélectifs et/ou de bloquants des canaux calciques non dihydropyridiniques à action prolongée	Rapport albumine/créatinine (RAC) < 2,0 mg/mmole chez les hommes et < 2,8 mg/mmole chez les femmes.
Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires	**Traitement initial**	**Traitement de deuxième intention**	**Remarques et avertissements**
Angine	ß-bloquants et inhibiteurs de l'ECA, sauf chez les patients revascularisés à faible risque	Bloquants des canaux calciques à action prolongée	La nifédipine à action brève est déconseillée.
Antécédents d'infarctus du myocarde	ß-bloquants et inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux IECA)	Bloquants des canaux calciques à action prolongée	
Insuffisance cardiaque	Inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux IECA), ß-bloquants et spironolactone	ARA ou hydralazine/dinitrate d'isosorbide (diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse comme traitement d'appoint)	Les bloquants des canaux calciques non dihydropyridiniques (diltiazem, verapamil) sont déconseillés. Si on administre un inhibiteur de l'ECA en association avec un ARA, il faut surveiller le niveau de potassium et l'activité fonctionnelle rénale.
Hypertrophie ventriculaire gauche	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, bloquants des canaux calciques de type dihydropyridinique, diurétiques (ß-bloquants chez les patients de moins de 55 ans)		L'hydralazine et le minoxidil sont déconseillés.
Antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'AIT	Association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un diurétique		Cette recommandation ne s'applique pas aux accidents vasculaires cérébraux aigus. La réduction de la pression artérielle diminue le risque de récurrence des évènements vasculaires cérébraux chez les patients ayant des antécédents de maladie cérébrovasculaire stabilisés.

Suite du tableau 2 à la page suivante →

Tableau 2

Facteurs à considérer avant d'envisager de personnaliser le traitement antihypertenseur (suite)

Néphropatie chronique non diabétique	Traitement initial	Traitement de deuxième intention	Remarques et avertissements
Néphropathie chronique non diabétique avec protéinurie	Inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux ECA), diurétiques comme traitement d'appoint	Association d'autres médicaments	Les inhibiteurs de l'ECA et les ARA sont à déconseiller en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose sur un rein unique. Si on administre un inhibiteur de l'ECA ou un ARA, il faut surveiller de près le niveau de créatinine et de potassium sérique.
Maladie rénovasculaire	Même que pour l'hypertension diastolique ± systolique sans maladie cœxistante requérant d'autres médicaments		Les inhibiteurs de l'ECA et les ARA sont à déconseiller en cas de sténose bilatérale des artères rénales ou de sténose sur un rein unique.
Autres affections	**Traitement initial**	**Traitement de deuxième intention**	**Remarques et avertissements**
Maladie artérielle périphérique	Aucune influence sur les recommandations de traitement initial	Aucune influence sur les recommandations de traitement initial	Les ß-bloquants sont déconseillés en cas de maladie grave.
Dyslipidémie	Aucune influence sur les recommandations de traitement initial	Aucune influence sur les recommandations de traitement initial	
Protection vasculaire globale	Statines pour les patients présentant trois facteurs de risque cardiovasculaire ou plus ou atteints d'une maladie athéros-clérotique AAS à faible dose chez les patients dont la pression artérielle est maîtrisée		Il faut se montrer prudent si la pression artérielle n'est pas maîtrisée.

* ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine
AIT : accident ischémique transitoire
ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

Reproduit avec l'autorisation du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).

Tableau 3

Modifications des habitudes de vie susceptibles de réduire les risques d'hypertension, d'abaisser la pression artérielle et de diminuer les risques de complications cardiovasculaires associées à la pression artérielle chez les patients hypertendus

1. Un **régime alimentaire sain** : riche en fruits et légumes frais, en produits laitiers à faible teneur en gras, en fibres alimentaires solubles, en céréales à grains entiers et en protéines d'origine végétale, et pauvre en gras saturés, en cholestérol et en sel, conformément aux Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens.
2. La pratique d'une **activité physique régulière** : un total de 30 à 60 minutes d'activités physiques dynamiques d'intensité moyenne, de 4 à 7 fois par semaine.
3. Une **consommation modérée d'alcool** : un maximum de deux verres normaux par jour; moins de 14 par semaine pour les hommes, moins de 9 verres par semaine pour les femmes.
4. La **perte de poids** et le **maintien d'un poids santé** (IMC de 18,5 à 24,9 kg/m^2).
5. Un **tour de taille** de moins de 102 cm pour les hommes et de moins de 88 cm pour les femmes.
6. Une **réduction de la consommation de sodium** à moins de 100 mmole/jour.
7. Un environnement **sans fumée**.

Reproduit avec l'autorisation du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).

Tableau 4

Recommandations pour améliorer l'observation des ordonnances antihypertensives

On peut aider les patients à suivre leur traitement par une approche à volets multiples :

1. Évaluer la fidélité aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques à chaque consultation.
2. Simplifier la prise de médicaments en prescrivant des médicaments à action prolongée à prendre une seule fois par jour
   ou des comprimés associant plusieurs médicaments, et en employant des outils d'aide à la prise de médicaments.
3. Prescrire sur mesure en tenant compte des habitudes quotidiennes des patients.
4. Encourager les patients à prendre plus de responsabilités en les incitant à mesurer leur pression artérielle à domicile.
5. Travailler de concert avec les programmes de gestion des maladies chroniques afin d'améliorer le suivi des ordonnances
   pharmacologiques et des modifications apportées aux habitudes de vie.
6. Informer les patients et leur famille au sujet de l'hypertension et du traitement.

Reproduit avec l'autorisation du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH).