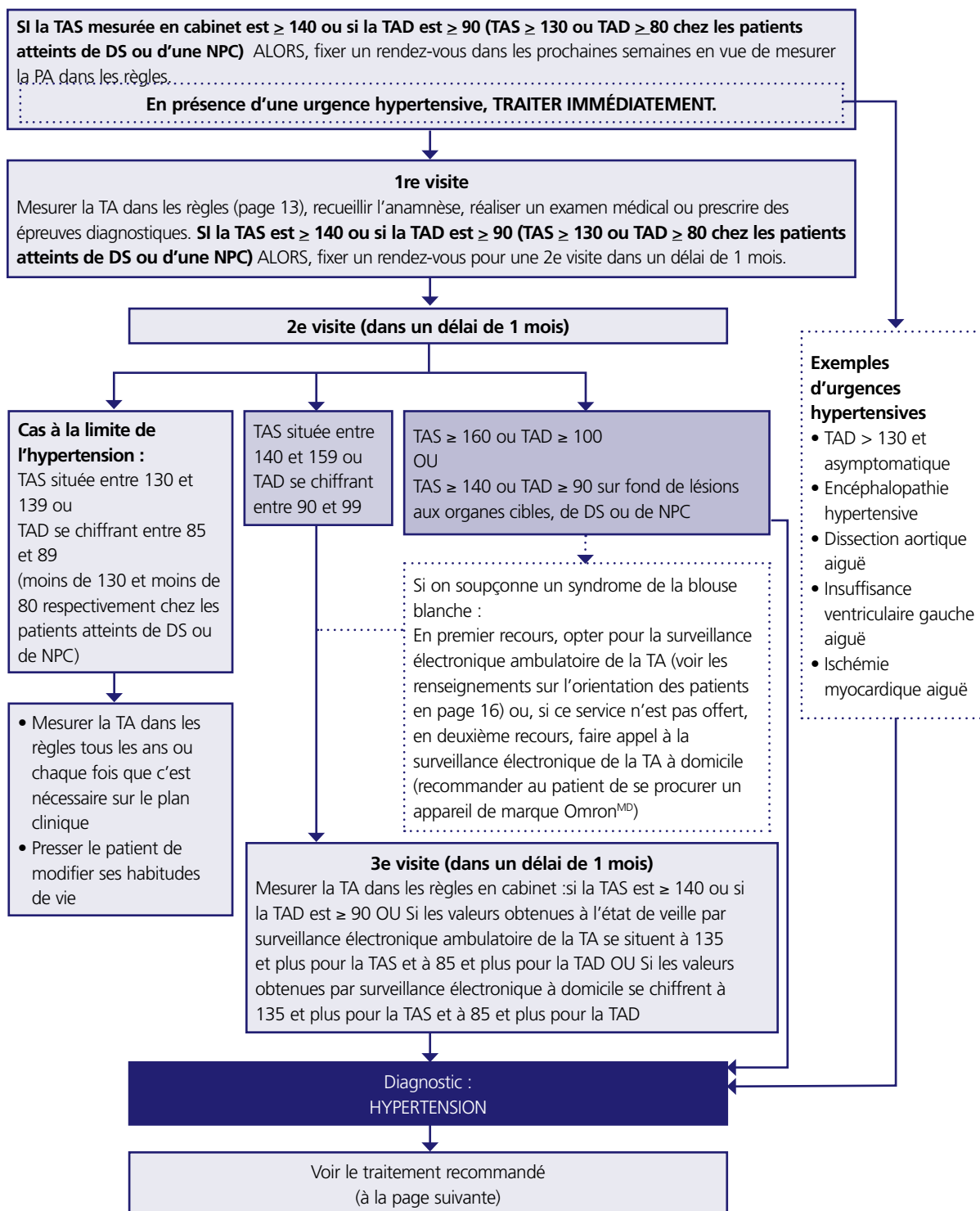




L'HYPERTENSION

LE DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION

Références : d'après les recommandations de 2006 et de 2007 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de cette affection^{7, 15}





LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION

Références : d'après les recommandations de 2006 et de 2007 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de cette affection^{7, 15}

LES PRINCIPAUX POINTS DONT IL FAUT TENIR COMPTE :

- Tenir compte des facteurs de risque de MCV en présence au moment de prendre une décision en matière de traitement.
- Traiter de façon à atteindre les valeurs cibles (moins de 140/90 mmHg; moins de 130/80 mmHg chez les patients atteints de diabète ou d'une néphropathie chronique).
- L'atteinte des valeurs cibles passe généralement par l'adoption définitive de nouvelles habitudes de vie et par la médication – adjoindre un deuxième ou un troisième médicament au besoin.
- La prise en charge de tous les patients doit comprendre des stratégies visant à favoriser leur persévérance quant à la correction de leur mode de vie et leur fidélité à l'égard de leur traitement antihypertenseur.

La correction des modes de vie est la pierre angulaire de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension et des MCV

Tous les patients : conseils sur les habitudes de vie

- **Environnement sans fumée**
- **Atteinte d'un poids santé** : IMC : de 18,5 à 24,9 kg/m²
- Chez les patients ayant un IMC > 25, commencer par viser une perte pondérale correspondant à 5 % du poids corporel
- Tour de taille : < 102 cm pour les hommes et < 88 cm pour les femmes (se reporter à la page 10 pour obtenir les valeurs limites en fonction de l'origine ethnique)
- **Pratique régulière d'une activité physique** : 30 (jusqu'à 60) minutes d'exercice modérément intensif de 4 à 6 fois par semaine

- **Sodium** : < 100 mmol/jour (2300 mg ou moins d'une cuillerée à thé par jour)
- **Adoption de saines habitudes alimentaires** : alimentation à la fois riche en fruits et légumes frais, en produits laitiers à faible teneur en gras, en fibres alimentaires et en fibres solubles, en grains entiers et en protéines d'origine végétale, et faible en gras saturés et en cholestérol conformément aux recommandations figurant dans *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*
- **Alcool** : avec modération (< 2 consommations par jour); maximum de 9 consommations par semaine pour les femmes
- **Réduction du stress**

Au moment de choisir un traitement de première intention :

- Les IECA et les ARA sont contre-indiqués chez les femmes enceintes; faire preuve de prudence en les prescrivant à des femmes en âge de procréer.
- Les IECA sont déconseillés en monothérapie chez les patients de race noire à moins qu'une autre indication impérieuse n'en commande l'usage.
- Les bêtabloquants sont déconseillés chez les patients âgés à moins qu'une autre indication impérieuse n'en commande l'usage.
- Prescrire des agents épargnant le potassium afin d'éviter une hypokaliémie provoquée par les diurétiques.

En présence de maladies concomitantes :

- Maladie coronarienne (MC)
- Diabète sucré (DS)
- Néphropathie chronique (NPC)
- AIT et AVC ischémiques
- NPC non diabétique accompagnée de protéinurie

Prévoir un IECA ou un ARA dans la stratégie de traitement

Pour les patients âgés de < 55 ans

1. Bêtabloquant ou IECA à faible dose (prescrire un ARA si le patient ne tolère pas bien l'IECA)
2. Adjoindre un diurétique ou un bloqueur des canaux calciques (BCC) à longue durée d'action si nécessaire

Vérifier la TA du patient à intervalles de quelques semaines jusqu'à ce que la valeur cible soit atteinte, puis à intervalles de quelques mois.

Pour les patients âgés de > 55 ans

1. Prescrire un diurétique ou un BCC à longue durée d'action
2. Adjoindre un autre diurétique ou BCC à longue durée d'action ou encore un IECA (ou un ARA si le patient ne tolère pas bien l'IECA)

Vérifier la TA du patient à intervalles de quelques semaines jusqu'à ce que la valeur cible soit atteinte, puis à intervalles de quelques mois.

Patients âgés de > 79 ans

Personnaliser la stratégie de traitement : prévoir une diminution plus graduelle de la TA jusqu'à la valeur cible.

Suivi :

- Évaluer la fidélité au traitement à chaque visite (plus de détails à la page 13)
- Simplifier le schéma thérapeutique
- Modification du comportement : recommander aux patients de prendre leurs médicaments à heures régulières, au moment de poser un geste quotidien (par ex., au moment de se brosser les dents).

Favoriser la prise en charge personnelle :

- Surveillance électronique de la TA à domicile : recommander les appareils Omron^{MD}.

Adresser les patients à une clinique spécialisée dans le traitement de l'hypertension ou à un spécialiste manifestant un intérêt particulier pour cette affection :

- s'ils ont besoin de plus de trois médicaments pour parvenir à maîtriser leur TA;
- s'ils éprouvent des effets indésirables persistants;
- ou si l'hypertension est réfractaire au traitement.



COMPLÉMENT D'INFORMATION

Références : d'après les recommandations de 2006 et de 2007 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension pour la prise en charge de cette affection^{7, 15}

TECHNIQUE RECOMMANDÉE POUR MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE (TA) EN CABINET

- La TA doit être mesurée à l'aide d'un sphygmomanomètre dont l'exactitude a été confirmée.
- Choisir un brassard muni d'une vessie dont la largeur convient à la circonférence du bras du patient.

Circonférence du bras	Taille du brassard
De 18 à 26 cm	Modèle pour enfants
De 26 à 33 cm	Modèle normal pour adulte
De 33 à 41 cm	Grand
Plus de 41 cm	Très grand

- Placer le brassard de façon que le bord inférieur se situe à 3 cm au-dessus du pli du coude et que la vessie soit centrée sur l'artère brachiale.
- Veiller à ce que le patient soit *confortablement assis, le dos bien calé, sans croiser les jambes, le bras nu et à ce qu'il reste bien tranquille pendant cinq minutes avant de mesurer sa TA. Lui demander de se taire pendant la prise de sa TA.*
- Au premier examen, mesurer la TA sur les deux bras.
 - Les mesures subséquentes pourront se faire sur le bras ayant donné les valeurs les plus élevées.
- Prendre au moins deux mesures sur chaque bras.
- Porter rapidement la tension à 30 mmHg au-dessus de la valeur où le pouls radial disparaît.
- Placer le stéthoscope sur l'artère brachiale.
- Dégonfler le brassard à la vitesse appropriée, soit 2 mmHg par battement de cœur.
- Noter la tension systolique (premier bruit net à se faire entendre), puis la tension diastolique (moment où le bruit devient imperceptible).
- Poursuivre l'auscultation pendant encore 10 mmHg après la phase V des bruits de Korotkoff afin d'exclure la possibilité d'un trou auscultatoire.
- Consigner
 - La TA en arrondissant au chiffre pair supérieur
 - Le bras utilisé
 - La position du patient (assis, debout, étendu)
 - La fréquence cardiaque

QUESTION VALIDÉE POUR ÉVALUER LA FIDÉLITÉ AU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR¹⁶

Si vous prenez actuellement des médicaments pour abaisser votre tension artérielle, veuillez cocher l'énoncé qui vous décrit le mieux.

- Je prends mes médicaments antihypertenseurs religieusement tous les jours et sans jamais les oublier.
- Je prends mes médicaments antihypertenseurs presque tous les jours. Il m'arrive parfois d'oublier de les prendre.
- Il m'arrive parfois d'oublier de prendre mes médicaments antihypertenseurs ou de décider de ne pas les prendre pendant quelques jours.
- Il m'arrive souvent d'oublier de prendre mes médicaments antihypertenseurs ou de décider de ne pas les prendre pendant plusieurs semaines ou mois.

