



HYPERTENSION

AIDE-MÉMOIRE
THÉRAPEUTIQUE

Société québécoise
d'hypertension artérielle



Avertissement

L'information contenue dans le présent aide-mémoire thérapeutique était la plus juste possible au moment de sa publication, le 1er mai 2018.

Cependant, le traitement et la pharmacothérapie évoluent sans cesse, à mesure que la recherche et l'expérience clinique accroissent nos connaissances.

Aussi, les utilisateurs de Hypertension - Aide-mémoire thérapeutique sont invités à consulter régulièrement les monographies fournies par les fabricants de tous les médicaments indiqués dans le document.

Le professionnel de la santé a la responsabilité de déterminer le meilleur traitement possible, à partir de son expérience clinique et de l'évaluation de son patient.

© Société québécoise d'hypertension artérielle

ISBN 978-2-924436-06-6

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec - 2018

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada - 2018

Mai 2018

Auteurs

Denis Drouin MD

Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

Alain Milot MD, MSc, FRCPC

Interniste, Centre des maladies vasculaires, Hôpital Saint-François d'Assise,
CHU de Québec

Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

Luc Poirier BPharm, MSc, FOPQ

Pharmacien d'établissement

Collaborateurs

France Boulianne inf, BSc

Coordonnatrice

Directrice générale,

Société québécoise d'hypertension artérielle

Josée Boulet

Illustratrice

Hôpital Saint-François d'Assise, CHU de Québec

Tous droits réservés. Sauf pour de courtes citations dans un journal ou un document éducatif, la reproduction, l'enregistrement, la traduction ou l'utilisation de cet ouvrage, sous quelque forme que ce soit, par des moyens mécaniques ou électroniques, est interdite sans la permission écrite des détenteurs du copyright.

Toute citation doit être accompagnée de la référence ci-jointe : Drouin D, Milot A, Poirier L, Hypertension - Aide-mémoire thérapeutique. Montréal, Canada : Société québécoise d'hypertension artérielle, 2018 ; page(s) à préciser.

© Société québécoise d'hypertension artérielle, Montréal, Canada 2018

ISBN : 978-2-924436-06-6



Avant-propos

Nous sommes heureux de vous présenter **Hypertension-Aide-mémoire thérapeutique**. Il s'agit d'un outil de référence rapide, élaboré à l'intention des professionnels de la santé impliqués dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Ce document résulte d'un effort de transfert des connaissances en vue d'améliorer la diffusion du savoir et des résultats de la recherche sur l'hypertension artérielle.

Il présente des résumés, des tableaux, des listes; en somme, des outils pratiques, liés à l'évaluation et au traitement de l'hypertension artérielle.

Les auteurs,

Denis Drouin MD

Alain Milot MD, MSc, FRCPC

Luc Poirier BPharm, MSc, FOPQ

HYPERTENSION

Aide-mémoire

thérapeutique

Table des matières

- 1a** Estimation du risque global de maladies cardiovasculaires et de décès selon Framingham : Hommes (3)
- 1b** Estimation du risque global de maladies cardiovasculaires et de décès selon Framingham : Femmes (6)
- 2a** Estimation du risque de mortalité cérébro-cardiovasculaire SCORE Canada : Hommes (10)
- 2b** Estimation du risque de mortalité cérébro-cardiovasculaire SCORE Canada : Femmes (11)
- 3** Table d'évaluation de l'indice de masse corporelle (IMC) (14)
- 4** Stades de la néphropathie diabétique en fonction de l'albuminurie (15)
- 5** Calcul de la clairance de la créatinine à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault (15)
- 6** Tableaux comparatifs des bêta-bloquants (BB) (16)
- 7** Tableaux comparatifs des bloquants des canaux calciques (BCC) (19)

-
- 8** Tableaux comparatifs des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) (21)
-
- 9** Tableaux comparatifs des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) (24)
-
- 10** Rappel des classes de médicaments utilisés en hypertension artérielle (26)
-
- 11** Liste alphabétique des médicaments utilisés en hypertension artérielle au Canada (28)
-
- 12** Associations médicamenteuses les plus efficaces (32)
-
- 13** Algorithmes de traitement adaptés de l'étude STITCH (33)
-

1a. Estimation du risque global de maladies cardiovasculaires et de décès selon Framingham

Estimation* du risque de MCV à 10 ans (Framingham) HOMMES

| Age (ans) | Points | PA Systolique non traitée mmHg | Points | HDL mmol/L | Points | Cholestérol total mmol/L | Points |
|-----------|--------|--------------------------------|--------|--------------|--------|--------------------------|--------|
| 30-34 | 0 | < 120 | -2 | > 1,6 | -2 | < 4,1 | 0 |
| 35-39 | 2 | 120-129 | 0 | 1,3 - 1,6 | -1 | 4,1 - 5,2 | 1 |
| 40-44 | 5 | 130-139 | 1 | 1,2 - 1,29 | 0 | 5,21 - 6,2 | 2 |
| 45-49 | 7 | 140-159 | 2 | 0,9 - 1,19 | 1 | 6,21 - 7,2 | 3 |
| 50-54 | 8 | 160 + | 3 | < 0,9 | 2 | > 7,2 | 4 |
| 55-59 | 10 | PA Systolique traitée mmHg | Points | Fumeur | Points | Diabète | Points |
| 60-64 | 11 | < 120 | 0 | Non | 0 | Non | 0 |
| 65-69 | 13 | 120-129 | 2 | Oui | 4 | Oui | 3 |
| 70-74 | 14 | 130-139 | 3 | TOTAL | | | |
| 75 + | 15 | 140-159 | 4 | | | | |
| | | 160 + | 5 | | | | |

Genest J et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. Can J Cardiol 2009;25(10): 567-579.

Estimation du risque de MCV à 10 ans (Framingham) HOMMES

| Points | Risque (%) | Points | Risque (%) |
|--------|------------|--------|------------|
| ≤ -3 | < 1 | 8 | 6,7 |
| -2 | 1,1 | 9 | 7,9 |
| -1 | 1,4 | 10 | 9,4 |
| 0 | 1,6 | 11 | 11,2 |
| 1 | 1,9 | 12 | 13,3 |
| 2 | 2,3 | 13 | 15,6 |
| 3 | 2,8 | 14 | 18,4 |
| 4 | 3,3 | 15 | 21,6 |
| 5 | 3,9 | 16 | 25,3 |
| 6 | 4,7 | 17 | 29,4 |
| 7 | 5,6 | 18 + | > 30 |

Genest J et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. *Can J Cardiol* 2009;25(10): 567-579.

**Estimation de l'âge vasculaire
(Framingham)
HOMMES**

| Points | Âge vasculaire |
|---------------|-----------------------|
| 0 | 30-34 |
| 2 | 35-39 |
| 5 | 40-44 |
| 7 | 45-49 |
| 8 | 50-54 |
| 10 | 55-59 |
| 11 | 60-64 |
| 13 | 65-69 |
| 14 | 70-74 |
| 15 + | 75 + |

1b. Estimation du risque global de maladies cardiovasculaires et de décès selon Framingham

Estimation du risque de MCV à 10 ans (Framingham) FEMMES

| Age (ans) | Points | PA Systolique non traitée mmHg | Points | C-HDL mmol/L | Points | Cholestérol total mmol/L | Points |
|-----------|--------|--------------------------------|--------|--------------|--------|--------------------------|--------|
| 30-34 | 0 | < 120 | -3 | > 1,6 | -2 | < 4,1 | 0 |
| 35-39 | 2 | 120-129 | 0 | 1,3 - 1,6 | -1 | 4,1 - 5,2 | 1 |
| | | 130-139 | 1 | 1,2 - 1,29 | 0 | 5,21 - 6,2 | 3 |
| 40-44 | 4 | 140-149 | 2 | 0,9 - 1,19 | 1 | 6,21 - 7,2 | 4 |
| 45-49 | 5 | 150-159 | 4 | < 0,9 | 2 | > 7,2 | 5 |
| 50-54 | 7 | 160 + | 5 | | | | |
| 55-59 | 8 | PA Systolique traitée mmHg | Points | Fumeur | Points | Diabète | Points |
| | | < 120 | -1 | Non | 0 | Non | 0 |
| 60-64 | 9 | 120-129 | 2 | Oui | 3 | Oui | 4 |
| 65-69 | 10 | 130-139 | 3 | TOTAL | | | |
| 70-74 | 11 | 140-149 | 5 | | | | |
| 75 + | 12 | 150-159 | 6 | | | | |
| | | 160 + | 7 | | | | |

Genest J et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. Can J Cardiol 2009;25(10): 567-579.

Estimation du risque de MCV à 10 ans (Framingham) FEMMES

| Points | Risque (%) | Points | Risque (%) |
|--------|------------|--------|------------|
| ≤ -2 | < 1 | 10 | 6,3 |
| -1 | 1,0 | 11 | 7,3 |
| 0 | 1,2 | 12 | 8,6 |
| 1 | 1,5 | 13 | 10,0 |
| 2 | 1,7 | 14 | 11,7 |
| 3 | 2,0 | 15 | 13,7 |
| 4 | 2,4 | 16 | 15,9 |
| 5 | 2,8 | 17 | 18,5 |
| 6 | 3,3 | 18 | 21,5 |
| 7 | 3,9 | 19 | 24,8 |
| 8 | 4,5 | 20 | 27,5 |
| 9 | 5,3 | 21 + | > 30 |

Genest J et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. *Can J Cardiol* 2009;25(10): 567-579.

**Estimation de l'âge vasculaire
(Framingham)
FEMMES**

| Points | Âge vasculaire |
|---------------|-----------------------|
| - 1 | < 30 ans |
| 0 | 30-34 |
| 2 | 35-39 |
| 4 | 40-44 |
| 5 | 45-49 |
| 7 | 50-54 |
| 8 | 55-59 |
| 9 | 60-64 |
| 10 | 65-69 |
| 11 | 70-74 |
| 12 + | 75 + |

SCORE : «Systematic Cerebrovascular and Coronary Risk Evaluation»



Penser risque vasculaire global

Établir le risque

Connaître les cibles

Agir pour les atteindre

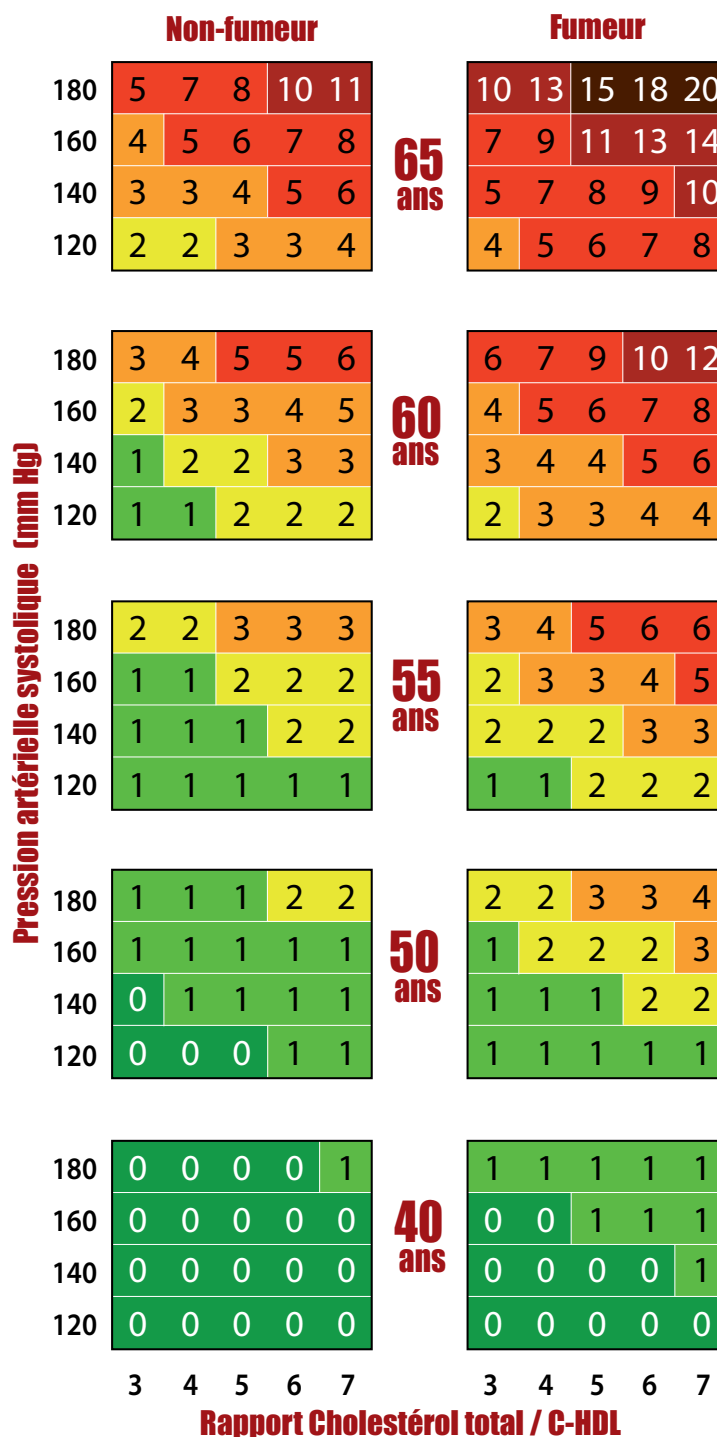
Plusieurs facteurs de risque favorisent le développement de l'athérosclérose et de la maladie vasculaire. Ces facteurs interagissent parfois en se potentialisant. L'amélioration d'une seule composante du risque global comme le tabagisme, la diète, l'exercice, la pression artérielle ou les lipides influence le risque vasculaire global. Lorsqu'il est difficile de maîtriser un des facteurs, le risque global peut être réduit en agissant sur les autres facteurs de risque.

Méthode

1. Choisir la case la plus près des valeurs correspondant aux facteurs de risque suivants : âge, genre, tabagisme, pression artérielle systolique, rapport Cholestérol Total/C-HDL
2. Ceci vous donnera une estimation du pourcentage de risque de décès par maladie vasculaire dans les 10 prochaines années
3. Moduler ce risque à la hausse si :
 - la personne approche de la catégorie d'âge suivante
 - l'athérosclérose préclinique est déjà démontrée
 - l'histoire familiale est chargée en maladies vasculaires à un jeune âge : x 1,7 (homme), x 2.0 (femme)
 - obésité, IMC > 30 Kg/m², tour de taille supérieur ou égal à 102 cm (homme) ou supérieur ou égal à 88 cm (femme)
 - sédentarité
 - diabète : multiplier par 3 pour un homme et par 5 pour une femme
 - taux très élevé de triglycérides
 - taux élevé de protéine hsC-réactive, de fibrinogène, d'homocystéine, d'apolipoprotéine B ou de Lp(a)

2b. Estimation du risque de mortalité cérébro-cardiovasculaire SCORE - Canada

Femme



Interprétation



Utiliser cette table d'évaluation du risque pour tout adulte d'âge moyen présentant un ou plusieurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires ou avec une histoire familiale de maladie cardiovasculaire prématurée.

Ne pas utiliser cette table pour les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, diabétiques avec atteinte d'organe cible, les personnes avec un facteur de risque très anormal nécessitant une intervention médicale ou les personnes de 70 ans et plus. Les tableaux doivent être utilisés comme une aide et non à la place du jugement clinique.

Évaluation du risque relatif

- Utiliser la table du risque relatif pour les personnes de moins de 40 ans.
- Le chiffre dans chaque carreau signifie que la personne est « n » fois plus à risque de maladie vasculaire qu'une autre du même âge et chez qui tous les facteurs de risque sont minimaux.

| | | Non-fumeur | | | | | Fumeur | | | | |
|----------------------|-----|--|---|---|---|---|--------|---|---|----|----|
| PA systolique | 180 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 8 | 10 | 12 |
| | 160 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 140 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 120 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | Rapport Cholestérol total / C-HDL | | | | | | | | | |

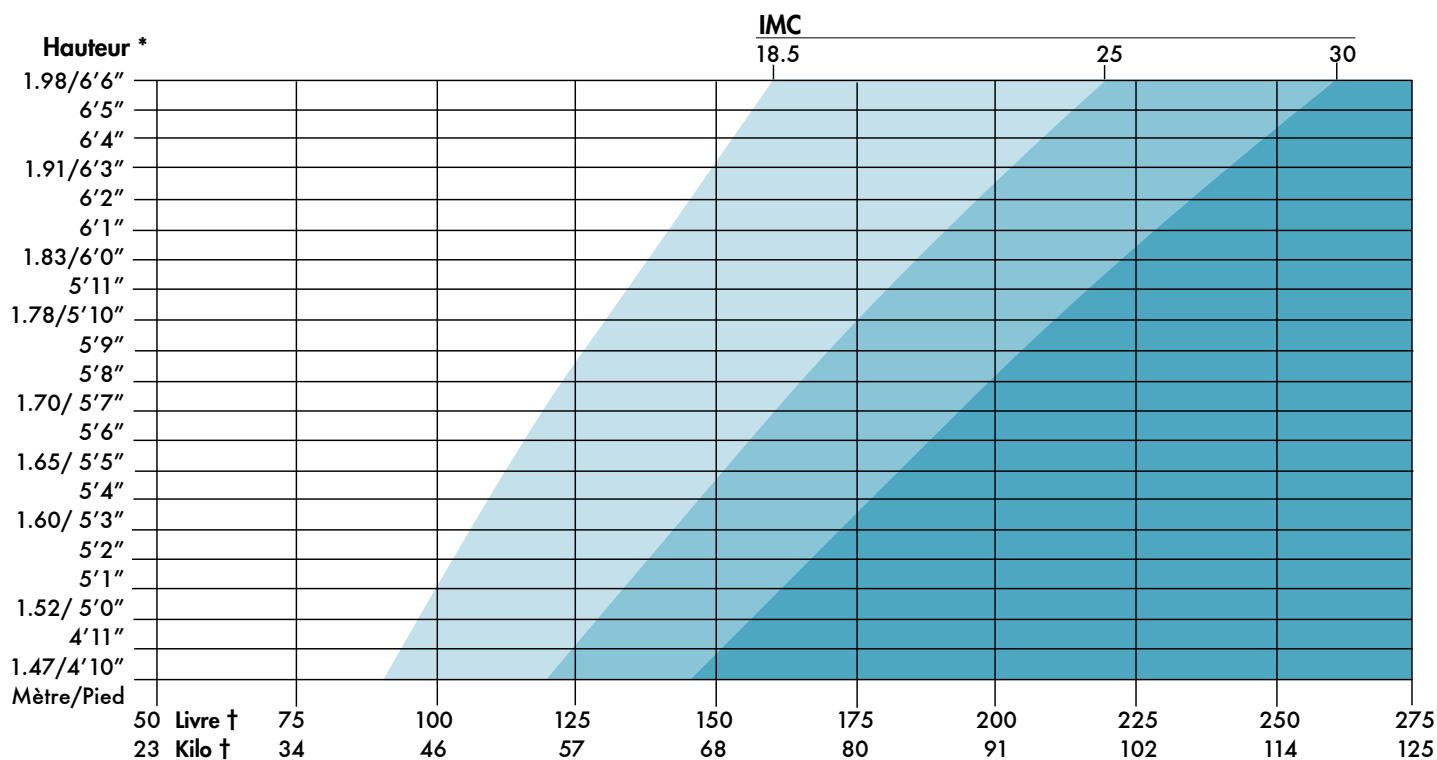
<40 ans

Estimation de l'âge vasculaire

Table d'évaluation de l'âge vasculaire

| | Femmes | Hommes |
|-------|----------------|----------------|
| SCORE | Âge vasculaire | Âge vasculaire |
| 1 | 58 ans | 53 ans |
| 2 | 64 | 60 |
| 3 | 68 | 65 |
| 4 | 71 | 69 |
| 5 | 73 | 72 |
| 6 | 75 | 75 |
| 7 | 77 | 77 |
| 8 | 79 | 79 |
| 9 | 81 | 81 |
| 10 | 82 | 83 |
| 11 | 83 | 85 |
| 12 | 84 | 86 |
| 13 | 85 | 88 |
| 14 | 86 | 89 |

3. Table d'estimation de l'indice de masse corporelle (IMC)



Poids santé □ **Surpoids** □ **Obésité** ■ * Sans chaussures † Sans vêtements

Les zones d'IMC présentées plus haut ont été établies pour des personnes adultes. Ce ne sont pas des zones de poids santé. On y montre que les risques pour la santé augmentent lorsqu'il y a surpoids ou obésité.

- Un IMC de 25 dé init la limite supérieure du poids santé
- Un IMC se situant entre 25 et 30 dé init la zone de surpoids
- Un IMC supérieur à 30 dé init l'obésité

4. Stades de la néphropathie diabétique en fonction de l'albuminurie

| Stade de la néphropathie | Bandelette d'analyse pour le dépistage des protéines | RAC* dans les urines (mg/mmol) | Taux d'albumine dans les urines de 24 heures |
|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| Normal | Négative | < 2 | < 30 mg/jour |
| Microalbuminurie | Négative | 2-20 | 30-300 mg/jour |
| Néphropathie manifeste | Positive | > 20 > 67 | > 300 mg/jour > 1 000 mg/jour |

Les valeurs correspondent au taux d'albumine dans l'urine et non au taux de protéines totales dans l'urine qui est plus élevé que le taux d'albumine. Le RAC* peut être élevé en présence de troubles autres que la néphropathie diabétique.

*RAC : ratio albumine/créatinine urinaire

P. McFarlane et al. / Can J Diabetes 37 (2013) S504-S512

5. Calcul de la clairance de la créatinine à l'aide de la Formule de Cockcroft et Gault

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|-------------|---|--------------|
| CLAIRANCE DE LA CRÉATININE = | (140 - âge) | x | Poids en kg | x | Facteur sexe |
| | créatinine plasm. µmol/L | x | 49 * | | |

Facteur sexe : 1 pour les hommes et 0,85 pour les femmes.

| CLAIRANCE DE LA CRÉATININE | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| RÉSULTATS | INTERPRÉTATION |
| 1,3 - 2 ml/s : (78 - 120 ml/min) | Bonne fonction rénale |
| 1,0 - 1,29 ml/s : (60 - 77 ml/min) | Insuffisance rénale légère |
| 0,50 - 0,99 ml/s : (30 - 59 ml/min) | Insuffisance rénale modérée |
| < 0,50 ml/s : (< 30 ml/min) | Insuffisance rénale sévère |

Adapté de Cockcroft DW, Gault MH : Nephron 1976 ; 16 :31-41.

* en pratique, on peut utiliser la valeur 50.

Le poids reflète ici la masse musculaire. Chez les patients obèses, il est préférable d'estimer la masse musculaire en calculant le poids maigre, par exemple à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) : poids maigre = taille² x 25 (la taille est en mètre).

6a. Tableau comparatif des bêta-bloquants (BB)

| | | Acébutolol | Aténolol | Bisoprolol | Carvédilol |
|-------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------------|
| Indications | Marque de commerce | Sectral® ★ | Tenormin® ★ | Monocor® ★ | ★ |
| | HTA | OUI | OUI | OUI | NON |
| | Insuffisance cardiaque | NON | NON | * | OUI |
| | Angine | OUI | OUI | NON | NON |
| Posologies | Posologie(s) initiale habituelle | 100-200 mg par jour en 1 ou 2 prises | 25-50 mg die | 5 mg die | 3,125 mg bid |
| | Gamme posologique habituelle | 100-400 mg en 1 ou 2 prises | 25-100 mg die | 5 à 20 mg die | 3,125-25 mg bid |
| | Posologie maximale | 800 mg | 200 mg | 20 mg | 50 mg |
| Propriétés | Cardio-sélectivité | OUI | OUI | OUI | NON |
| | Activité sympathomimétique (ASI) | OUI | NON | NON | NON |
| | Principale voie d'élimination | Rénale/ Hépatique | Rénale | Rénale : 50 % Autre : 50 % | Rénale/ Hépatique |

*Des études supportent l'usage de certains bêta-bloquants (bisoprolol, carvedilol, métoprolol) pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable chez les patients de classe II à IV recevant déjà un IECA et un diurétique. Cette indication n'est pas toujours présente dans les monographies officielles.

Chez la personne âgée, il est prudent d'initier un bêta-bloquant avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Les formes à action prolongée ont été privilégiées pour ce tableau. Les posologies suggérées correspondent donc à la formulation à action prolongée.

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

6b. Tableau comparatif des bêta-bloquants (BB)

| | Labétalol | Métoprolol | Nadolol | Néбиволол |
|--------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------|
| Indications | Marque de commerce | Trandate® ★ | Lopressor SR® ★ | ★ Bystolic® ★ |
| | HTA | OUI | OUI | OUI |
| | Insuffisance cardiaque | NON | * | NON |
| | Angine | NON | OUI | OUI |
| Posologies | Posologie(s) initiale habituelle | 100 mg bid | La posologie initiale en insuffisance cardiaque est de 12,5 mg bid (formulation à courte action) | 40-80 mg die 5 mg die |
| | Gamme posologique habituelle | 200-400 mg bid | 100-200 mg die | 40-240 mg die 2,5-10 mg die |
| | Posologie maximale | 1 200 mg par jour en 2 prises | 400 mg | 320 mg 20 mg |
| Propriétés | Cardio-sélectivité | NON | OUI | NON |
| | Activité sympathomimétique (ASI) | NON | NON | NON |
| | Principale voie d'élimination | Hépatique | Hépatique | Rénale |

*Des études supportent l'usage de certains bêta-bloquants (bisoprolol, carvedilol, métoprolol) pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable chez les patients de classe II à IV recevant déjà un IECA et un diurétique. Cette indication n'est pas toujours présente dans les monographies officielles.

Chez la personne âgée, il est prudent d'initier un bêta-bloquant avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Les formes à action prolongée ont été privilégiées pour ce tableau. Les posologies suggérées correspondent donc à la formulation à action prolongée.

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

6c. Tableau comparatif des bêta-bloquants (BB)

| | | Pindolol | Propranolol | Timolol |
|-------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Indications | Marque de commerce | Visken® ★ | Inderal LA® ★ | ★ |
| | HTA | OUI | OUI | OUI |
| | Insuffisance cardiaque | NON | NON | NON |
| | Angine | OUI | OUI | OUI |
| Posologies | Posologie(s) initiale habituelle | 5-10 mg die | 60 mg | 5-10 mg |
| | Gamme posologique habituelle | 10-30 mg par jour en 2 ou 3 prises | 60-320 mg une fois par jour | 10-45 mg par jour en 2 prises |
| | Posologie maximale | 45 mg | 320 mg | 60 mg |
| Propriétés | Cardio-sélectivité | NON | NON | NON |
| | Activité sympathomimétique (ASI) | OUI | NON | NON |
| | Principale voie d'élimination | Rénale | Rénale/ Hépatique | Hépatique |

*Des études supportent l'usage de certains bêta-bloquants (bisoprolol, carvedilol, métoprolol) pour le traitement de l'insuffisance cardiaque stable chez les patients de classe II à IV recevant déjà un IECA et un diurétique. Cette indication n'est pas toujours présente dans les monographies officielles.

Chez la personne âgée, il est prudent d'initier un bêta-bloquant avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Les formes à action prolongée ont été privilégiées pour ce tableau. Les posologies suggérées correspondent donc à la formulation à action prolongée.

Le sotalol, qui est surtout un antiarythmique, n'a pas été inclus dans ce tableau.

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

7a. Tableau comparatif des bloqueurs des canaux calciques de type dihydropyridinique (BCC DHP)

| | | Amlodipine | Félodipine | Nifédipine XL |
|-------------|----------------------------------|---|---|---|
| Indications | Marque de commerce | Norvasc® ★ | Plendil® ★ | Adalat XL® ★ |
| | INDICATIONS | HTA Angine | HTA | HTA Angine |
| | Autres indications utiles | Phénomène de Raynaud | Phénomène de Raynaud | Phénomène de Raynaud |
| | Posologie Initiale habituelle | 2,5-5 mg die | 2,5-5 mg die | 20 mg die |
| | Gamme posologique | 2,5-10 mg die | 2,5-20 mg die | 20-120 mg die |
| | Posologie maximale | 10 mg | 20 mg | 120 mg |
| | Automatisme sinusal | ◇ | ◇ ou ↓ | ◇ |
| | Conduction nœud AV | ◇ | ◇ | ◇ |
| | Contractilité | ◇ ou ↓ | ◇ ou ↓ | ◇ ou ↓ |
| | Débit coronarien | ↑↑ | ↑↑ | ↑↑ |
| Propriétés | Débit périphérique | ↑↑ | ↑↑ | ↑↑ |
| | Associations avec Bêta-bloquants | OK | OK | OK |
| | Lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium |
| | Digoxine | - | - | - |
| | Élimination | Hépatique | Hépatique | Hépatique |

◇ : peu ou pas d'effet ↑ : effet stimulant ↓ : effet dépresseur

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

7b. Tableau comparatif des bloquants des canaux calciques de type non dihydropyridiniques (BCC non DHP)

| | Verapamil SR | Diltiazem CD |
|--------------------|----------------------------------|---|
| Indications | Marque de commerce | Isoptin SR ★ Cardizem CD® Tiazac® Tiazac XC® ★ |
| | INDICATIONS | HTA Angine |
| | Autres indications utiles | Tachyarrhythmie supraventriculaire Fibrillation auriculaire chronique ou flutter Migraine |
| | Posologie Initiale habituelle | 120 mg die |
| Propriétés | Gamme posologique | 180-240 mg die |
| | Posologie maximale | 360-480 mg par jour en 2 prises |
| | Automatisme sinusal | ↓ |
| | Conduction nœud AV | ↓↓ |
| | Contractilité | ↓ |
| | Débit coronarien | ↑↑ |
| | Débit périphérique | ↑ |
| | Associations avec Bêta-bloquants | Une très grande prudence est recommandée |
| | Lithium | Contre-indiqué |
| | Digoxine | Prudence |
| Élimination | Hépatique | |

◇ : peu ou pas d'effet ↑ : effet stimulant ↓ : effet dépresseur

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

8a. Tableau comparatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

| | | Bénazépril | Captopril | Cilazapril | Énalapril |
|-------------------|-------------------------------|---|---|---|---|
| Propriétés | Indication | | | | |
| | Marque de commerce | Lotensin® ★ | ★ | Inhibace® ★ | Vasotec® ★ |
| | HTA | HTA légère à modérée | OUI | HTA légère à modérée | OUI |
| | Insuffisance cardiaque | NON | OUI | OUI | OUI |
| | Posologie initiale habituelle | 5-10 mg die | 6,25-25 mg die | 0,5-2,5 mg die | 1,25-5 mg die |
| | Gamme posologique habituelle | 5-40 mg par jour en 1 ou 2 prises | 12,5-150 mg par jour en 2 ou 3 prises | 0,5-5 mg par jour en 1 ou 2 prises | 1,25-20 mg par jour en 1 ou 2 prises |
| | Posologie maximale | 40 mg | 150 mg | 10 mg | 40 mg |
| | Diurétiques | Synergie | Synergie | Synergie | Synergie |
| | Lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium |
| | Principale voie d'élimination | Rén. 88 % Hép. 12 % | Rénale | Rénale | Rénale |

Chez la personne âgée, ou lorsqu'il y a association avec un diurétique, ou en présence d'insuffisance rénale, il est prudent d'initier un IECA avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ deux semaines après le début de la prise des IECA.

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles

8b. Tableau comparatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

| | | Fosinopril | Lisinopril | Périndopril erbumine |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| Propriétés | Indications | | | |
| | Marque de commerce | ★ | Prinivil®/ Zestril® ★ | Coversyl® ★ |
| | HTA | OUI | OUI | HTA légère à modérée |
| | Insuffisance cardiaque | OUI | OUI | OUI |
| | Posologie initiale habituelle | 5-10 mg die | 2,5-10 mg die | 2-4 mg die |
| | Gamme posologique habituelle | 5-20 mg par jour en 1 ou 2 prises | 2,5-40 mg par jour en 1 prise | 2-4 mg par jour en 1 ou 2 prises |
| | Posologie maximale | 40 mg | 80 mg | 8 mg |
| | Diurétiques | Synergie | Synergie | Synergie |
| | Lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium |
| Principale voie D'élimination | Rén. 50 % Hép. 50 % (qui s'ajuste) | Rénale | Rénale | |

Chez la personne âgée, ou lorsqu'il y a association avec un diurétique, ou en présence d'insuffisance rénale, il est prudent d'initier un IECA avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ deux semaines après le début de la prise des IECA.

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

8c. Tableau comparatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

| | | Quinapril | Ramipril | Trandolapril |
|-------------------|-------------------------------|---|---|---|
| Propriétés | Indications | | | |
| | Marque de commerce | Accupril® ★ | Altace® ★ | Mavik® ★ |
| | HTA | OUI | OUI et patient à haut risque cardiovasculaire | légère à modérée, stade 1 et 2 |
| | Insuffisance cardiaque | OUI | OUI Post-infarctus | OUI Post-infarctus |
| | Posologie initiale habituelle | 2,5-10 mg die | 1,25-5 mg die | 1-2 mg die |
| | Gamme posologique habituelle | 2-20 mg par jour en 1 ou 2 prises | 1,25-10 mg par jour en 1 ou 2 prises | 2-8 mg die |
| | Posologie maximale | 40 mg | 20 mg | 8 mg |
| | Diurétiques | Synergie | Synergie | Synergie |
| | Lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium | Surveiller concentration sérique de lithium |
| | Principale voie d'élimination | Rén. 40 % Hép. 60 % | Rén. 40% Hép. 60% | Rén. 33 % Hép. 66 % |

Chez la personne âgée, ou lorsqu'il y a association avec un diurétique, ou en présence d'insuffisance rénale, il est prudent d'initier un IECA avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ deux semaines après le début de la prise des IECA.

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

9a. Tableau comparatif des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

| | | Azilsartan | Candésartan | Éprosartan | Irbésartan |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Posologie | Marque de commerce | Édarbi® | Atacand® ★ | Teveten® ★ | Avapro® ★ |
| | Hypertension | | | | |
| | Indication | OUI | OUI | OUI | OUI |
| | Posologie initiale habituelle | 40 mg die | 16 mg die | 600 mg die | 150 mg die |
| | Gamme posologique | 40-80 mg par jour en 1 prise | 4-32 mg par jour en 1 prise | 400-800 mg par jour en 1 prise | 75-300 mg par jour en 1 prise |
| | Posologie maximale | 80 mg | 32 mg | 800 mg | 300 mg |
| | Insuffisance cardiaque * | | | | |
| Posologie | Indication | NON | OUI | NON | NON |
| | Posologie initiale habituelle | - | 4 mg | - | - |
| | Gamme posologique | - | 4-32 mg | - | - |
| | Posologie maximale | - | 32 mg | - | - |

Chez la personne âgée ou lorsqu'il y a association avec un diurétique, ou en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère ou en présence de maladie hépatique significative, il est prudent d'initier un ARA avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ deux semaines après le début de la prise des ARA.

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

* Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II peuvent être prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque lorsque les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ne sont pas tolérés en raison de la toux (Étude ELITE et ELITE II avec losartan, étude Val-HeFT avec valsartan et étude CHARM avec candésartan).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

9b. Tableau comparatif des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

| | | Losartan | Olmésartan | Telmisartan | Valsartan |
|-----------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------|
| Posologie | Marque de commerce | Cozaar® ★ | Olmotec® ★ | Micardis® ★ | Diovan® ★ |
| | Hypertension | | | | |
| | Indication | OUI | OUI | OUI | OUI |
| | Posologie initiale habituelle | 50 mg die | 20 mg die | 80 mg die | 80 mg die |
| | Gamme posologique | 25-100 mg par jour en 1 prise | 20-40 mg die | 40-80 mg par jour en 1 prise | 80-160 mg par jour en 1 prise |
| | Posologie maximale | 100 mg | 40 mg | 80 mg | 160 mg |
| | Insuffisance cardiaque * | | | | |
| Posologie | Indication | NON | NON | NON | OUI (Post-infarctus) |
| | Posologie initiale habituelle | - | - | - | 20 mg bid |
| | Gamme posologique | - | - | - | 20 mg bid à 160 mg bid |
| | Posologie Maximale | - | - | - | 160 mg bid |

Chez la personne âgée ou lorsqu'il y a association avec un diurétique, ou en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère ou en présence de maladie hépatique significative, il est prudent d'initier un ARA avec des doses réduites, tel qu'illustré dans ce tableau dans la section « Posologies initiales habituelles ».

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ deux semaines après le début de la prise des ARA.

Il est généralement recommandé d'attendre de 2 à 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle légère à modérée (Grade 1 et 2).

* Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II peuvent être prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque lorsque les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ne sont pas tolérés en raison de la toux (Étude ELITE et ELITE II avec losartan, étude Val-HeFT avec valsartan et étude CHARM avec candésartan).

Ce tableau a été établi à partir des monographies officielles.

Cloutier L, Poirier L. éd. Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle. Montréal, Canada. Société québécoise d'hypertension artérielle, 2016.

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

10. Rappel des classes de médicaments utilisés en hypertension artérielle au Canada

Agents du SNC

Clonidine, méthyldopa

Alpha-bloquants

Doxazosine, prazosine, térazosine

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

Azilsartan, candésartan, éprosartan, irbésartan, losartan, olmésartan, telmisartan, valsartan

Bêta-bloquants

Bêta-bloquants non cardio-sélectifs :

sans ASI : nadolol, propranolol, timolol

avec ASI : pindolol

Bêta-bloquants cardio-sélectifs :

sans ASI : aténolol, bisoprolol, métoprolol, nébivolol

avec ASI : acébutolol

Bêta et alpha-bloquants : carvédilol, labétalol

Bloquants des canaux calciques (BCC)

BCC dihydropyridiniques à longue durée action : amlodipine, félodipine, nifédipine-XL

BCC non dihydropyridiniques : diltiazem, vérapamil

Diurétiques

Thiazidiques et apparentés : chlorthalidone, hydrochlorothiazide, indapamide

De l'anse : acide éthacrynique, furosémide

Épargneurs de potassium : amiloride, triamtérène, spironolactone

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

Bénazépril, captopril, cilazapril, énalapril, fosinopril, lisinopril, périndopril, quinapril, ramipril, trandolapril

Inhibiteur direct de la rénine

Aliskiren

Vasodilatateurs directs

Hydralazine, minoxidil

11. Liste alphabétique des médicaments utilisés en hypertension artérielle au Canada

| Nom générique | Nom commercial |
|--------------------------|------------------------------------|
| Acébutolol | Sectral + ★ |
| Acide éthacrynique | Edecrin + ★ |
| Aliskiren | Rasilez |
| Amiloride | Midamor + ★ |
| Amlodipine | Norvasc + ★ |
| Aténolol | Ténormin + ★ |
| Azilsartan | Édarbi |
| Bénazépril..... | Lotensin + ★ |
| Bisoprolol | Monocor + ★ |
| Candésartan | Atacand + ★ |
| Captopril..... | ★ |
| Carvédilol | ★ |
| Chlorthalidone | ★ |
| Cilazapril | Inhibace + ★ |
| Clonidine | ★ |
| Diltiazem..... | Cardizem-CD, Tiazac, Tiazac XC + ★ |

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

| | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Doxazosine | Cardura + ★ |
| Enalapril | Vasotec + ★ |
| Eprosartan | Teveten + ★ |
| Féلودipine | Plendil + ★ |
| Fosinopril | Monopril + ★ |
| Furosémide | Lasix + ★ |
| Hydralazine | ★ |
| Hydrochlorothiazide | ★ |
| Indapamide | Lozide + ★ |
| Irbésartan | Avapro + ★ |
| Labétalol | Trandate + ★ |
| Lisinopril | Prinivil, Zestril + ★ |
| Losartan | Cozaar + ★ |
| Méthylidopa | ★ |
| Métoprolol (action prolongée) | Lopressor SR + ★ |
| Minoxidil | Loniten + ★ |
| Nadolol | ★ |
| Nébivolol | Bystolic + ★ |

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Nifédipine (action prolongée) | Adalat XL + ★ |
| Olmésartan | Olmetec + ★ |
| Périndopril erbumine..... | Coversyl + ★ |
| Pindolol | Visken + ★ |
| Prazosin..... | ★ |
| Propranolol (action prolongée)..... | Indéral LA + ★ |
| Quinapril | Accupril + ★ |
| Ramipril | Altace + ★ |
| Spironolactone | Aldactone + ★ |
| Telmisartan | Micardis + ★ |
| Térazosine | Hytrin + ★ |
| Trandolapril | Mavik + ★ |
| Timolol | ★ |
| Valsartan..... | Diovan + ★ |
| Vérapamil (action prolongée) | Isoptin SR + ★ |

Associations de médicaments en monocomprimés

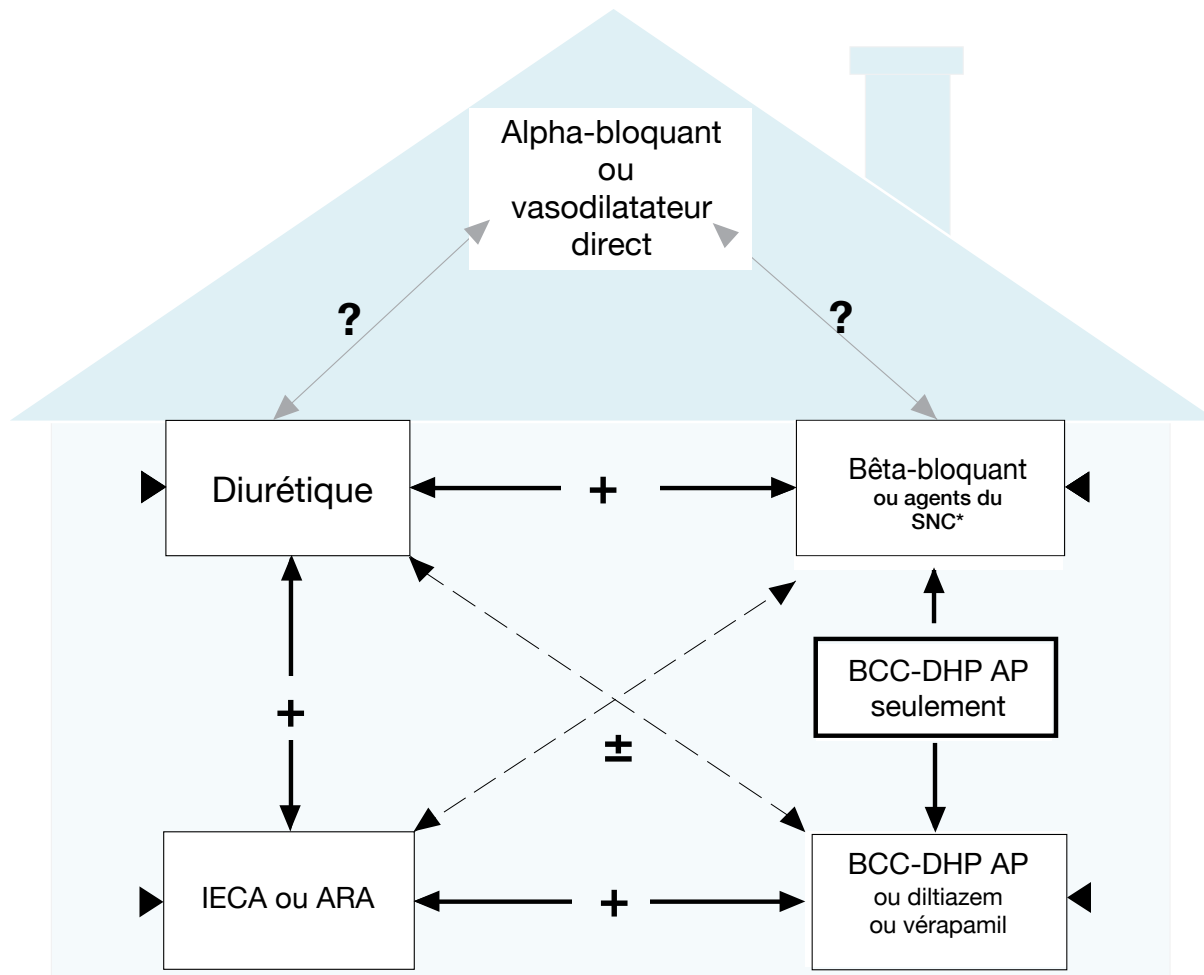
| | |
|--|-------------------|
| Aliskiren + hydrochlorothiazide | Rasilez HCT |
| Amiloride + hydrochlorothiazide | ★ |
| Aténolol + chlorthalidone | Ténoretic + ★ |
| Azilsartan et chlorthalidone..... | ...Edarbyclor |
| Candésaratan + hydrochlorothiazide | Atacand Plus + ★ |
| Cilazapril + hydrochlorothiazide | Inhibace Plus + ★ |

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

| | |
|--|-------------------|
| Énalapril + hydrochlorothiazide | Vaseretic + ★ |
| Éprosartan + hydrochlorothiazide | Teveten Plus + ★ |
| Hydrochlorothiazide + amiloride | Moduret + ★ |
| Hydrochlorothiazide + spironolactone | Aldactazide + ★ |
| Hydrochlorothiazide + triamtérène | Dyazide + ★ |
| Irbésartan + hydrochlorothiazide..... | ...Avalide + ★ |
| Lisinopril + hydrochlorothiazide | Zestoretic + ★ |
| Losartan + hydrochlorothiazide..... | Hyzaar + ★ |
| Olmésartan + hydrochlorothiazide | Olmetec Plus + ★ |
| Périndopril arginine + amlodipine | Viacoram |
| Périndopril erbumine + indapamide | Coversyl Plus |
| Pindolol + hydrochlorothiazide..... | Viskazide + ★ |
| Quinapril + hydrochlorothiazide | Accurétic + ★ |
| Ramipril + hydrochlorothiazide..... | Altace HCT + ★ |
| Spironolactone + hydrochlorothiazide | ★ |
| Telmisartan + amlodipine | Twynsta |
| Telmisartan + hydrochlorothiazide..... | Micardis Plus + ★ |
| Timolol + hydrochlorothiazide | Timolide + ★ |
| Triamtérène + hydrochlorothiazide | ★ |
| Valsartan + hydrochlorothiazide | Diovan HCT + ★ |

★ : certains médicaments antihypertenseurs ne sont plus commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

12. Associations médicamenteuses les plus efficaces



En trait continu : associations plus efficaces

En trait hachuré : associations moins efficaces

? L'association d'un alpha-bloquant à un bêta-bloquant ou à un diurétique est également efficace, mais elle ne devrait pas être réalisée avant l'essai des autres associations suggérées. L'utilisation des alpha-bloquants et des vasodilatateurs directs, en monothérapie, n'est pas recommandée pour le traitement de l'hypertension artérielle.

* L'utilisation d'agents du SNC, en monothérapie, n'est pas recommandée pour le traitement de l'hypertension artérielle.

Dans le traitement de l'**HTA systolo-distolique**, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, les bêta-bloquants, les bloqueurs des canaux calciques et les diurétiques sont recommandés en première intention. Cependant, les bêta-bloquants ne sont pas recommandés comme traitement de première intention chez les patients âgés de 60 ans et plus, en l'absence d'affections cardiaques concomitantes (tachycardie, insuffisance cardiaque, phase post-infarctus, angine).

Dans le traitement de l'**HTA systolique isolée**, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, les bloqueurs des canaux calciques de type dihydropyridiniques et les diurétiques sont recommandés en première intention.

IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

BCC : bloqueur des canaux calciques

AP : action prolongée

Vasodilatateurs directs : hydralazine, minoxidil

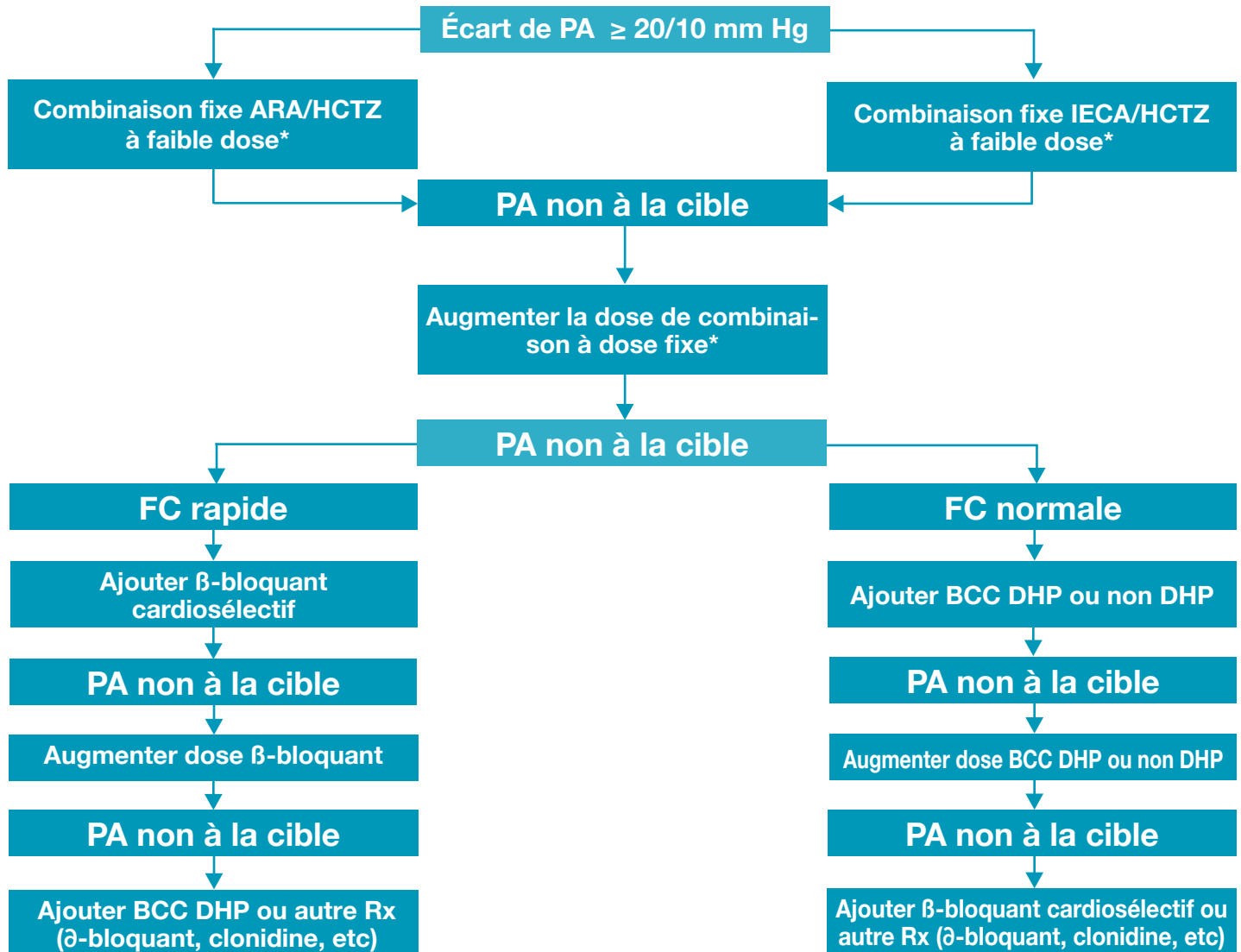
ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine

DHP : dihydropyridine (amlodipine, félodipine, nifédipine)

Agents du SNC : clonidine, méthildopa

13.1 Algorithme de traitement adapté de l'étude STITCH

Patient de moins de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée lorsque l'écart entre la pression artérielle mesurée et la pression artérielle ciblée est $\geq 20/10$ mm Hg ou lorsqu'un traitement d'association en première intention EST indiqué

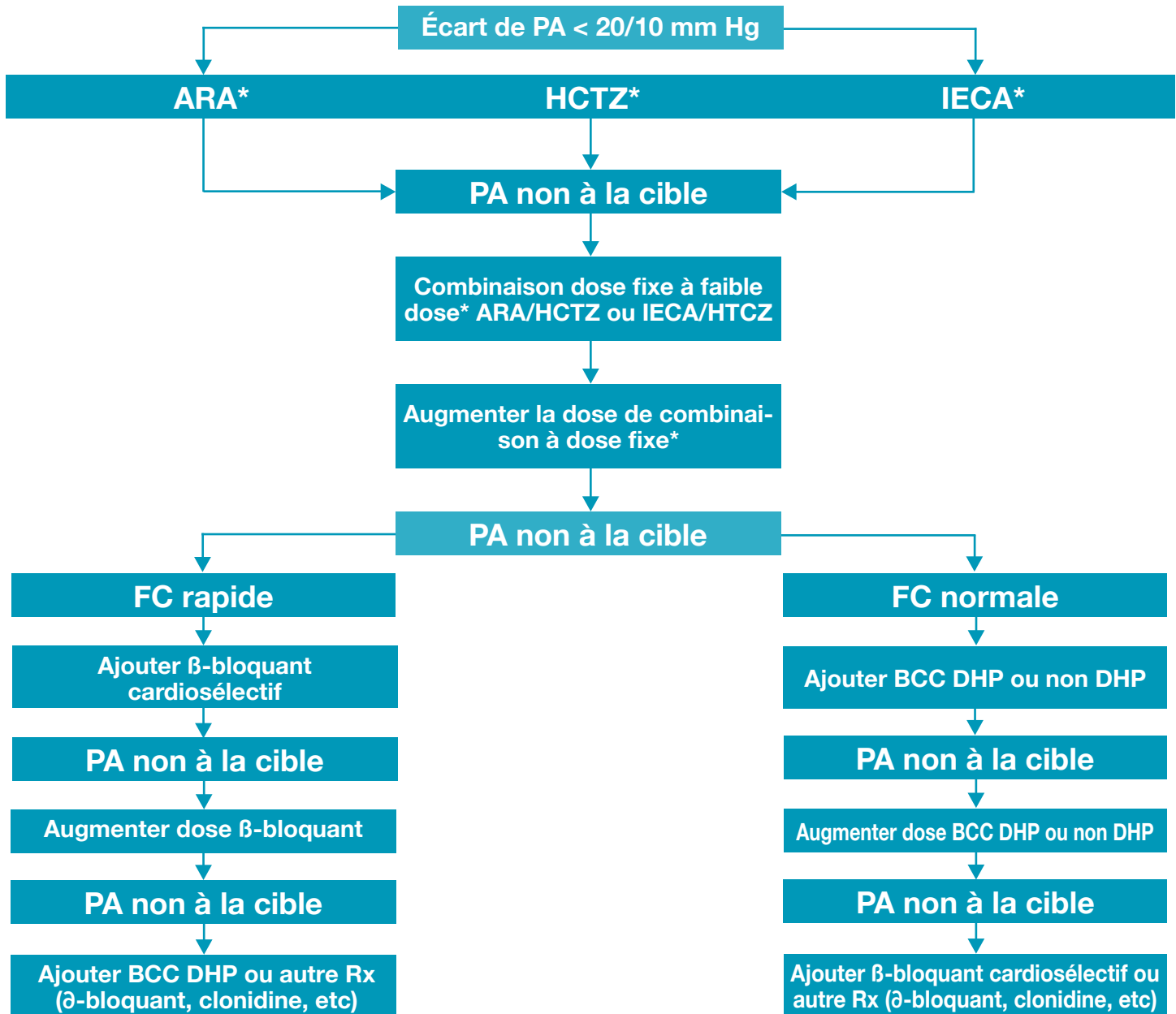


* N.B. Cet algorithme, adapté de l'étude STITCH**, est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées. Dans certaines circonstances, telle une fréquence cardiaque élevée, l'utilisation d'un β -bloquant pourra faire l'objet d'un traitement de première intention.

**Feldman RD et al. A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension: a cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*. 2009;53(4):646-53.

13.2 Algorithme de traitement adapté de l'étude STITCH

Patient de moins de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée lorsque l'écart entre la pression artérielle mesurée et la pression artérielle ciblée est $< 20/10$ mm Hg

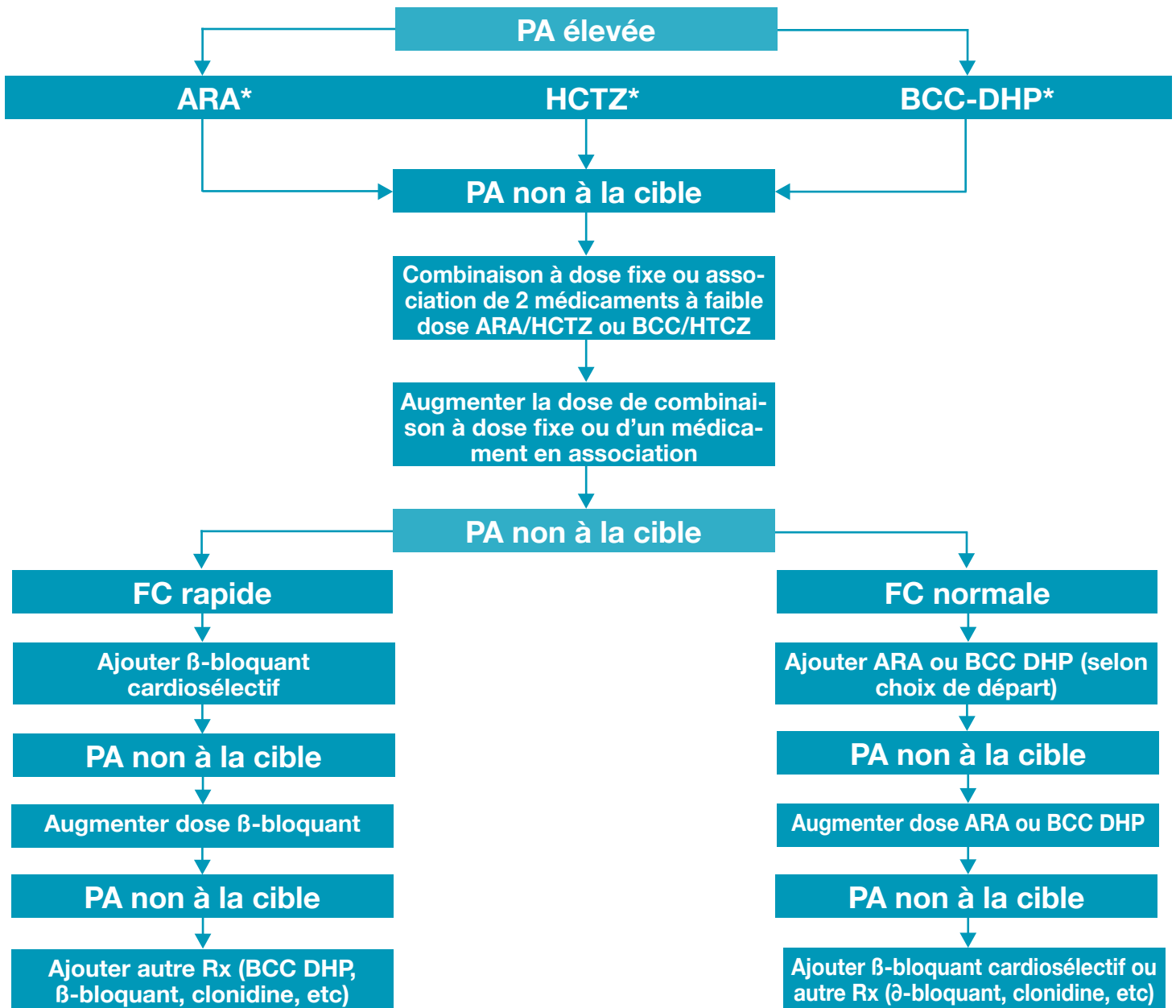


* N.B. Cet algorithme, adapté de l'étude STITCH**, est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées. Dans certaines circonstances, telle une fréquence cardiaque élevée, l'utilisation d'un β -bloquant pourra faire l'objet d'un traitement de première intention.

**Feldman RD et al. A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension: a cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*. 2009;53(4):646-53.

13.3 Algorithme de traitement adapté de l'étude STITCH

Patient de plus de 60 ans avec hypertension artérielle non compliquée



* N.B. Cet algorithme, adapté de l'étude STITCH**, est ajouté à titre d'exemple et ne se veut pas l'unique stratégie thérapeutique à être utilisée chez le patient hypertendu. Le jugement du clinicien doit toujours s'appliquer dans de telles circonstances. Le lecteur est invité à se référer aux différents tableaux faisant état des doses de départ et doses maximales suggérées.

**Feldman RD et al. A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension: a cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*. 2009;53(4):646-53.



sqha.hypertension.qc.ca
info@hypertension.qc.ca