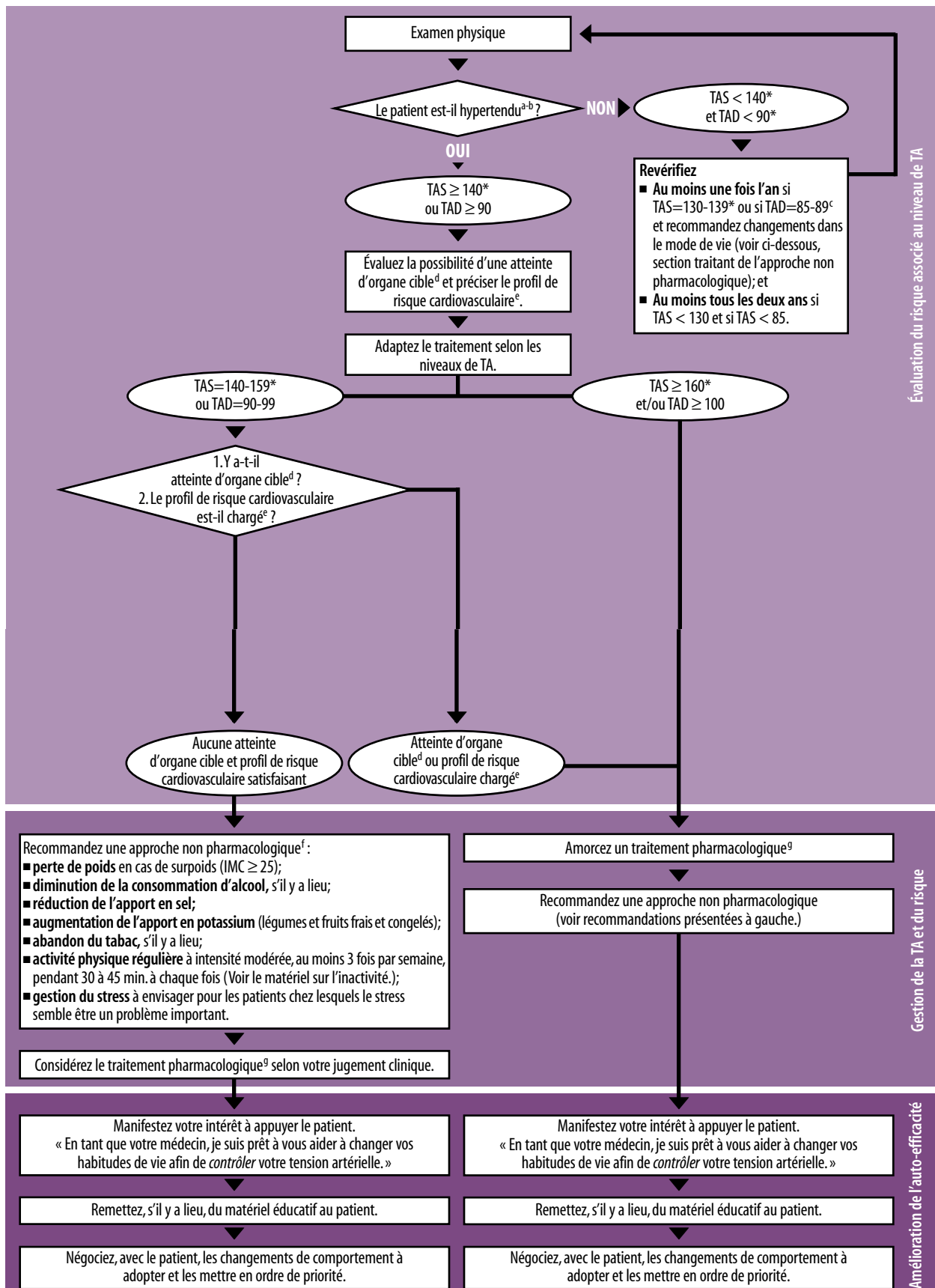


Approche clinique suggérée pour la détection  
et la prise en charge de l'hypertension artérielle

# Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'hypertension artérielle<sup>†</sup>



Évaluation du risque associé au niveau de TA

Gestion de la TA et du risque

Amélioration de l'auto-efficacité

<sup>†</sup> Pour des informations additionnelles sur les prochaines lignes directrices (1999) de la Société canadienne d'hypertension artérielle quant au traitement pharmacologique, consulter le site Internet : [www.coeurensante.com](http://www.coeurensante.com)

\*Toutes les valeurs sont exprimées en mm Hg

# Notes d'accompagnement : hypertension artérielle

- a) Lorsqu'un patient non connu comme hypertendu présente une mesure de TA élevée, un minimum de 2 mesures supplémentaires devraient être obtenues lors de la même visite. Si le niveau de TA est légèrement élevé (TAS = 140-159 ou TAD = 90-99 mm Hg) et que l'état du patient ne correspond pas aux critères établis pour le traitement immédiat d'HTA (c.-à-d. aucune atteinte d'organe cible ou absence d'un profil de risque cardiovasculaire chargé), le niveau de TA de ce patient devrait alors être réévalué par au moins 2 mesures de TA lors de 3 visites au cours d'une période de six mois.
- b) Pour choisir les dimensions du brassard, on se reportera aux consignes suivantes :

| Dimensions    | Circonférence du bras du patient |
|---------------|----------------------------------|
| 12 cm x 23 cm | < 33 cm                          |
| 15 cm x 33 cm | 33-41 cm                         |
| 18 cm x 36 cm | > 41 cm                          |

- c) Selon l'étude de Framingham, le risque de développer une hypertension au cours d'un suivi de 26 ans était environ deux fois plus élevé pour les hommes et les femmes dont la TAD initiale était de 85-89 mmHg par opposition à ceux dont la TAD était inférieure à 85 mmHg.

- d) Une atteinte d'un organe cible est définie comme étant l'une des complications suivantes :

- une hypertrophie ventriculaire gauche démontrée à l'ECG ou une insuffisance cardiaque;
- une histoire ou des symptômes d'angine de poitrine;
- une histoire ou une évidence électrocardiographique d'un infarctus du myocarde;
- une histoire ou des symptômes de claudication intermittente; ou
- un niveau de créatinine sérique élevé.

- e) Les facteurs de risque considérés incluent :

- le sexe masculin;
- la race (noire ou sud-asiatique);
- une TA plus élevée (dans ce cas-ci, dans la fourchette de 90-99 mmHg);
- le tabagisme;
- un taux de cholestérol sérique élevé;
- une intolérance au glucose.

Plus les facteurs de risque sont nombreux ou graves, plus faible est le niveau de TA à partir duquel un traitement pharmacologique devrait être amorcé.

- f) La durée du traitement non pharmacologique seul doit être relativement courte (p. ex. 3 mois) si l'on ne parvient pas à maîtriser la TA. Si la TA demeure élevée, un traitement pharmacologique doit être initié en plus du traitement non pharmacologique.

## g) Traitement pharmacologique

### ■ En cas d'HTA essentielle sans autres problèmes médicaux concomitants ni atteinte d'organe cible :

1. Traitement initial : monothérapie avec un diurétique thiazidique à faible dose ou un bêta-bloquant.
2. S'il y a réponse inadéquate ou effets indésirables, substituer pour le R alternatif mentionné au n° 1.
3. S'il y a réponse partielle, envisager une association diurétique et bêta-bloquant ou une monothérapie avec alpha-bloquant, inhibiteur ECA, inhibiteur calcique ou médicament à action centrale.

N.B. : En cas d'effet indésirable ou de contre-indication à l'utilisation d'un diurétique ou d'un bêta-bloquant, envisager une monothérapie avec l'un des autres groupes de médicaments mentionnés au n° 3.

4. Si la TA n'est toujours pas maîtrisée, essayer une combinaison telle qu'un diurétique à faible dose avec un inhibiteur ECA, un inhibiteur calcique, un médicament à action centrale ou un alpha-bloquant. Alternativement, un bêta-bloquant pourrait être administré avec un vasodilatateur, de l'hydralazine ou un alpha-bloquant.
5. Une HTA résistante peut nécessiter l'association de trois médicaments ou plus.

■ **En cas d'HTA en présence d'autres problèmes médicaux ou d'atteinte d'organe cible :** Le traitement pharmacologique doit être individualisé pour obtenir un bénéfice maximal avec un minimum de risque. Les effets bénéfiques et indésirables des médicaments sur les facteurs de risque associés doivent aussi être considérés.

■ **En cas d'HTA en présence d'anomalie lipidique :** Dans la mesure du possible, on essaiera d'éviter les diurétiques thiazidiques à forte dose ainsi que les bêta-bloquants sans activité sympathomimétique intrinsèque.

**Des données concluantes démontrent les avantages d'un traitement antihypertenseur jusqu'à l'âge de 80 ans pour les patients présentant une hypertension systolique isolée.**

# Prise en charge de l'hypertension artérielle : difficultés rencontrées et solutions à envisager

## Non-observance (généralités)

---

Le problème de la non-observance est plus critique lorsque les patients sont obligés d'apporter des changements importants dans leur mode de vie ou de prendre plusieurs doses de médicament par jour. De nombreuses études ont révélé que la variable la plus souvent associée à l'observance était la relation patient-médecin.

### À chaque visite, il est indiqué d'évaluer s'il y a observance du traitement en interrogeant le patient directement.

L'observance du traitement est plus probable si le patient est convaincu :

- de la nécessité du traitement malgré l'absence de symptômes;
- de son efficacité;
- de la possibilité de bien comprendre ce traitement ;
- de sa propre capacité à apporter les changements requis (auto-efficacité);
- de l'intérêt du médecin à l'appuyer dans cette démarche.

De meilleurs taux d'observance ont également été associés à l'engagement des membres de la famille, non seulement au regard du traitement mais également dans la compréhension de ce que le traitement représente.

Lorsqu'un patient n'adhère pas au traitement prescrit, le médecin peut passer en revue les facteurs liés à l'observance et discerner ceux qui semblent problématiques. L'éducation du patient pourra alors porter sur ces problèmes.

Lorsque des patients démontrent un problème d'observance, le médecin devrait entreprendre tous les efforts nécessaires afin d'accroître l'engagement de ces derniers à leur propre traitement. La participation des patients au choix des modalités thérapeutiques ainsi que l'autosurveillance de la TA sont de bons exemples de cet engagement.

### Il est possible d'améliorer l'observance du traitement en ayant recours à des stratégies éprouvées telles :

- des conseils pertinents, négociés et adaptés aux besoins du patient;
- une reconnaissance du rôle central que joue le patient dans la prise de décision;
- un schéma posologique simplifié\*;
- un suivi approprié;
- l'utilisation d'instructions écrites et de matériel éducatif destiné au patient;
- un soutien social pour les patients;
- une orientation du patient vers des ressources communautaires pour l'aider à modifier ses habitudes de vie.

\* Une posologie quotidienne plutôt que BID ou TID accroît substantiellement les taux d'observance.

## Non-respect des rendez-vous médicaux

---

Lorsqu'un patient ne respecte pas ses rendez-vous, il est recommandé :

- de proposer un rendez-vous de suivi avant que le patient ne quitte le bureau;
- de mettre davantage l'emphase sur les améliorations notées;
- d'envisager de signer avec le patient un contrat qui statue sur la fidélité aux rendez-vous;
- de communiquer avec les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Dans le cas d'une affection asymptomatique comme l'hypertension, il est particulièrement important de ne pas laisser le patient attendre pendant des heures; de ne pas avancer ou reporter les rendez-vous et d'entretenir une bonne relation avec le patient si l'on veut qu'il respecte ses rendez-vous.

## Difficulté à limiter la consommation de sodium

Une diminution de l'apport en sel (sodium) permet d'abaisser la TA, en particulier s'il s'agit de personnes hypertendues de plus de 40 ans chez lesquelles on veut diminuer le besoin d'antihypertenseurs, réduire la perte de K<sup>+</sup> provoquée par les diurétiques et possiblement, faire régresser l'hypertrophie ventriculaire gauche. Une réduction quotidienne de sel de 3 g peut faire baisser la TAS de 5 mmHg en moyenne, après quelques semaines. L'apport quotidien moyen en sel est d'environ 10 g et l'apport recommandé pour les hypertendus varie entre 2 et 3 g par jour.

Le goût que l'on peut avoir pour le sel est une habitude acquise qui devrait disparaître après quelques mois de restriction sodée. Le patient devrait se donner de 3 à 6 mois pour diminuer progressivement sa consommation de sel. Il est recommandé de lui conseiller :

1. d'éviter d'ajouter du sel aux aliments déjà servis;
2. de réduire au minimum la quantité de sel utilisé dans la cuisson;
3. d'acheter des aliments frais ou surgelés plutôt que des aliments en conserves ou transformés;
4. de lire les étiquettes. Si les termes sel ou sodium figurent parmi les premiers ingrédients mentionnés sur l'étiquette du produit, ou si celui-ci contient 3 sources de sodium ou plus, éviter de l'acheter.

## Excédent de poids / régime amaigrissant

Des études internationales ont montré que, parmi toutes les caractéristiques mesurées à l'exception de l'âge, le poids corporel était la variable pour laquelle on établissait la plus forte et la plus fréquente corrélation avec la TA. Pour chaque kilogramme perdu, la TAS baisse de 2,5 mmHg en moyenne et la TAD de 1 à 1,5 mmHg. Par ailleurs, on a observé une régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche chez les sujets traités pour une HTA essentielle au moyen d'un régime amaigrissant. Il faut souligner que la perte de poids et le maintien du poids nouvellement acquis sont plus difficiles lorsque le patient utilise des bêta-bloquants.

## Difficulté à limiter la consommation d'alcool

La consommation d'alcool contribue à augmenter les pressions systolique et diastolique et peut entraîner une résistance au traitement antihypertenseur. On doit recommander au patient d'éviter de boire plus de deux verres d'alcool par jour. Il peut lui être suggéré de boire autre chose (eau minérale à faible teneur en sodium, cocktails sans alcool, bières et vins désalcoolisés) lors de ses activités sociales (entre amis, dans un bar, etc.).

## Non-observance du traitement médicamenteux

Plusieurs experts recommandent les stratégies suivantes pour optimiser l'observance au traitement médicamenteux :

- s'entendre avec le patient sur un objectif de TA pour chaque visite;
- insister sur l'importance du traitement et sur le fait que le patient ne peut prédire si sa pression sera élevée ou normale;
- simplifier au maximum le schéma posologique;
- recommander au patient d'utiliser un pilulier et de préparer la dose hebdomadaire de médicaments le premier jour de la semaine;
- conseiller au patient de renouveler la prescription d'un médicament avant qu'il ne soit épuisé;
- encourager la discussion sur les effets secondaires possibles des médicaments et sur les préoccupations du patient;
- réduire au minimum le coût du traitement;
- mentionner que l'observance du traitement sera évaluée au cours de la prochaine visite;
- prévoir des rendez-vous plus fréquents.

Révisé par J. George Fodor, MD, Ph.D., FRCPC, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et Pierre Larochelle MD, Ph.D., FRCPC, Centre hospitalier universitaire de Montréal - Pavillon Hôtel Dieu.

## LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Campbell, N.R.C. *et al.* Nonpharmacological therapy to prevent and control hypertension. An overview of Canadian recommendations. *CMAJ* (in press).
2. Chockalingam, A. *et al.* Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-5-7.
3. Fodor, G. *et al.* Adherence to Non-pharmacological Therapy for Hypertension: Problems and Solutions. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-12-15.
4. Feldman, R. *et al.* Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension. *Can J Public Health* 1998; 89 (5): 1-16-18.
5. Subcommittee of WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. Summary of 1993 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of mild hypertension. *BMJ* 1993; 307: 1541-1546.
6. Ogilvie, R.I. *et al.* Report of the Canadian Hypertension Society. *CMAJ* 1993; 149(5): 575-584.
7. National Heart Lung and Blood Institute. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157 (21): 2413-2446.