



Programme
Éducatif
Canadien sur
l'Hypertension



Canadian
Hypertension
Education
Program

2009

Recommandations canadiennes pour le traitement de l'hypertension artérielle

Du nouveau et des rappels importants

PRIORITÉ AU DIABÈTE :

LA BAISSÉ DE LA PRESSION ARTÉRIELLE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES AMÈNE UNE RÉDUCTION CONSIDÉRABLE DES TAUX DE MORTALITÉ ET D'ACCIDENTS CARDIOVASCULAIRES

- ◆ Veillez à ce que la pression artérielle des patients diabétiques soit inférieure à 130/80 mmHg.
- ◆ Le traitement antihypertenseur des patients diabétiques présente un rapport coût-efficacité très avantageux : il entraîne même des économies.
- ◆ La plupart des personnes atteintes de diabète et d'hypertension doivent prendre au moins deux antihypertenseurs.
- ◆ Un diurétique est presque toujours nécessaire pour maîtriser la pression artérielle chez le patient qui prend plusieurs antihypertenseurs.

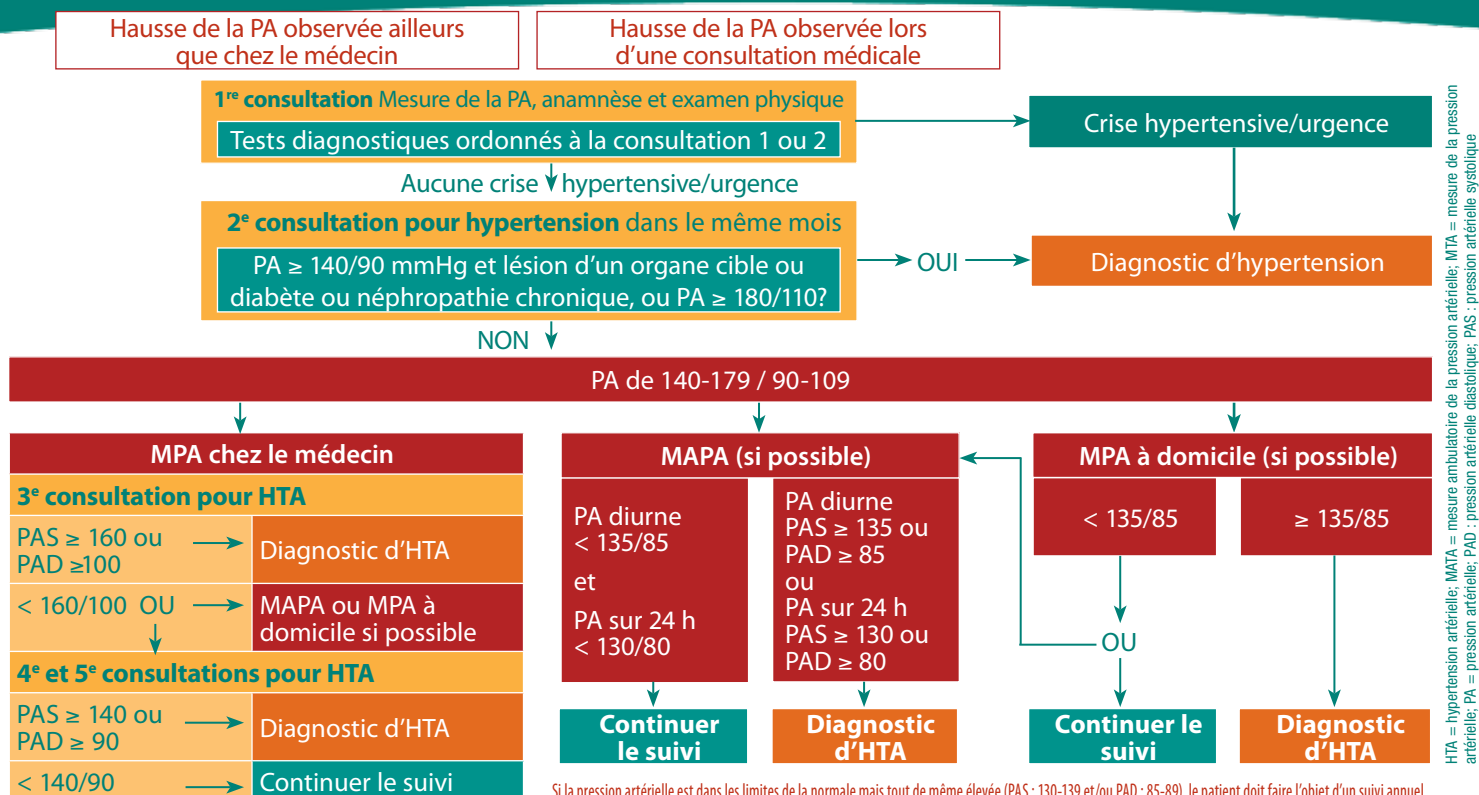


MISEZ SUR L'EFFICACITÉ DE L'AUTOMESURE : LA MESURE À DOMICILE FAVORISE LA MAÎTRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- ◆ Meilleure corrélation des mesures à domicile avec le pronostic cardiovasculaire que les valeurs obtenues au cabinet du médecin
- ◆ Diagnostic rapide de l'hypertension
- ◆ Aide à déceler l'effet blouse blanche et l'hypertension masquée
- ◆ Améliore l'adhésion au traitement

La Fondation des maladies du cœur a mis au point *Mon plan d'action de pression artérielle*^{MC}, un outil interactif que les patients peuvent utiliser en ligne pour évaluer leurs facteurs de risque et prendre les mesures qui s'imposent pour une meilleure prise en charge de la pression artérielle. Il favorise la modification continue des habitudes de vie et la prise en charge autonome : on peut y consigner les chiffres tensionnels pour un meilleur suivi, les médicaments et les visites aux professionnels de la santé. Cet outil est offert sur www.fmcoeur.ca/ta.

Mesurez la pression artérielle de tous vos patients adultes à chaque consultation qui s'y prête



HTA = hypertension artérielle; MAPA = mesure ambulatoire de la pression artérielle; MTA = mesure de la pression artérielle; PA = pression artérielle; PAD : pression artérielle diastolique; PAS : pression artérielle systolique

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION SYSTOLO-DIASTOLIQUE EN L'ABSENCE D'AUTRES FACTEURS CONTRAIGNANTS

Cible <140/90 mm Hg

Modification des habitudes de vie

Traitement de premier recours

Diurétique thiazidique

Inhibiteur de l'ECA

ARA

BCC à longue durée d'action

Bêtabloquant*

Association de 2 agents

Trithérapie ou quadrithérapie

Il est déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA en présence des troubles suivants : hypertension sans autres facteurs contraignants, maladie coronarienne sans insuffisance cardiaque, antécédents d'AVC, néphropathie chronique sans protéinurie ou diabète sans microalbuminurie.

* Non indiqué en 1er recours chez les patients de 60 ans ou plus

L'association de deux médicaments de première intention peut être envisagée comme traitement de premier recours si la pression artérielle dépasse les valeurs cibles de ≥ 20 mmHg dans le cas de la PAS ou de ≥ 10 mmHg dans le cas de la PAD.

Un traitement antihypertenseur doit être envisagé pour tous les patients qui répondent aux critères mentionnés ci-dessus, indépendamment de leur âge (grade B). La prudence est de mise chez les patients âgés de constitution fragile.

NOUVEAU

TRAITEMENT D'ASSOCIATION

HYPERTENSION RÉFRACTAIRE

POUR ATTEINDRE LES CIBLES TENSIONNELLES OPTIMALES :

◆ 2 hypertendus sur 3 ont besoin d'au moins 2 médicaments, et près de 1 sur 2 d'entre eux a besoin d'au moins 3 médicaments.

◆ De nombreux hypertendus diabétiques ont besoin de plusieurs médicaments.

◆ De faibles doses de plusieurs médicaments pourraient être plus efficaces et mieux tolérées que de fortes doses d'un nombre moindre de médicaments.

◆ Il faut réévaluer au moins tous les 2 mois les patients dont la PA n'est pas maîtrisée.

◆ Quand l'hypertension n'est toujours pas maîtrisée ou en cas d'effets indésirables, envisager l'association d'antihypertenseurs d'autres classes (comme les alphabloquants, les agents à action centrale, les vasodilatateurs directs – comme l'hydralazine – et les inhibiteurs directs de la rénine).

◆ Aucune donnée ne prouve que les associations de deux médicaments composées de bêtabloquants, d'inhibiteurs de l'ECA et d'ARA ont des effets hypotenseurs additifs.

◆ Par conséquent, il n'est pas recommandé d'avoir recours à de telles associations, à moins d'indication formelle (autre que la baisse tensionnelle) comme une cardiopathie ischémique, un infarctus du myocarde récent ou une insuffisance cardiaque.

◆ Ne pas écarter l'hypertension réactionnelle, l'effet blouse blanche et l'inobservance.

◆ Il faut surveiller la créatininémie et la kaliémie lorsqu'on associe diurétiques d'épargne potassique, inhibiteurs de l'ECA et/ou ARA.

◆ Si aucun diurétique n'est administré en première ou en deuxième intention, on doit en inclure un dans la trithérapie, en l'absence de contre-indication.

◆ Songer à adresser le patient à un spécialiste de l'hypertension si trois antihypertenseurs ne parviennent pas à maîtriser la pression artérielle.

ÉPREUVES DE LABORATOIRE COURANTES

EXAMENS PRÉLIMINAIRES CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS

1. Analyse d'urine
2. Analyse biochimique du sang (potassium, sodium et créatinine)
3. Glycémie à jeun
4. Bilan lipidique (cholestérol total à jeun; cholestérol des lipoprotéines de haute densité [HDL]; cholestérol des lipoprotéines de basse densité [LDL]; et triglycérides)
5. ECG à 12 dérivations standard

On ne dispose pas, à l'heure actuelle, de données suffisantes pour recommander ou déconseiller le dépistage systématique de la microalbuminurie chez les patients hypertendus qui ne sont pas atteints de diabète ou de maladie rénale.

EXAMENS DE SUIVI CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS

Durant le traitement d'entretien de l'hypertension, c'est la situation clinique qui détermine la fréquence à laquelle certains examens devront être répétés, notamment la mesure des électrolytes, la créatininémie, la glycémie et la lipidémie à jeun.

Le diabète apparaît à une fréquence de 1 % à 3 % par année chez les patients hypertendus qui reçoivent un traitement médicamenteux. Le risque est plus élevé chez ceux qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes : traitement par un diurétique ou un bêtabloquant, intolérance au glucose (à jeun ou non), obésité (abdominale surtout), dyslipidémie, mode de vie sédentaire et mauvaise alimentation. Il est recommandé de vérifier la glycémie à jeun tous les ans chez les patients hypertendus et de suivre les recommandations en vigueur en matière de dépistage. Pour la prise en charge des patients diabétiques, consultez la référence suivante : *Can J Diabetes* 2008; 32(suppl 1):S1-S201.

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU MODE DE VIE POUR PRÉVENIR ET TRAITER L'HYPERTENSION

Sujet	Objectif	Recommandation	Réduction de la PA
Perte de poids	Atteinte/maintien d'un IMC idéal (entre 18,5 et 24,9 kg/m ²) et d'un tour de taille < 94 cm chez l'homme et < 80 cm chez la femme, en présence ou non d'HTA, en vue de prévenir ou de traiter cette maladie. (Pour les personnes d'origine sud-asiatique ou chinoise, le tour de taille doit être < 90 cm chez l'homme et < 80 cm chez la femme.)	Favoriser une démarche multidisciplinaire de perte de poids, notamment en amenant le patient à mieux s'alimenter, à être plus actif physiquement et à modifier son comportement.	7,2/5,9 mmHg par tranche de 4,5 kg perdus
Saine alimentation et réduction de l'apport en sodium	Diète de type DASH : ♦ Accent sur la consommation de fruits frais, de légumes, de fibres, de protéines de source non animale (p. ex., soya) et de produits laitiers faibles en gras. Alimentation faible en gras saturés et en cholestérol. ♦ Apport en sodium alimentaire inférieur à 100 mmol (2300 mg) par jour.	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir ou de traiter l'hypertension.	-11,4/-5,5 mmHg pour les hypertendus -3,6/-1,8 mmHg pour les normotendus
Accroissement de l'activité physique	Au total, accumulation de 30 à 60 minutes d'exercice dynamique, d'intensité modérée (p. ex., marche, bicyclette et nage), 4 à 7 jours par semaine. Un exercice plus intense n'est pas plus efficace pour réduire la PA, mais peut par contre entraîner d'autres bienfaits cardiovasculaires.	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir ou de traiter l'hypertension.	-4,9/-3,7 mmHg
Modération de la consommation d'alcool	Limiter à 2 consommations standard par jour ou moins. Homme : moins de 14 consommations par semaine. Femme : moins de 9 consommations par semaine.	À prescrire aux patients hypertendus et normotendus en vue de prévenir ou de traiter l'hypertension.	-3,9/-2,4 mmHg
Diminution du stress	Les interventions cognitivo-comportementales personnalisées donnent de meilleurs résultats lorsque s'y greffent des techniques de relaxation.	Techniques de gestion du stress pour certains patients	-6,1/-4,3 mmHg
Abandon du tabac	S'abstenir de fumer. Vivre dans un milieu sans fumée.	Stratégie de réduction du risque cardiovasculaire global	

ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION

ÉQUIPE SOIGNANTE MULTIDISCIPLINAIRE

- ◆ Le soutien d'une équipe multidisciplinaire favorise l'observance thérapeutique.

IMPORTANCE DE LA MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

- ◆ Les interventions brèves et fréquentes font doubler le taux de patients qui modifient leurs habitudes de vie.
- ◆ Il convient d'évaluer les habitudes de vie de tous les hypertendus et d'offrir un soutien continu pour que ceux-ci changent leurs habitudes de façon permanente.

50 % DES HYPERTENDUS DE MOINS DE 45 ANS NE PRENNENT PAS D'ANTIHYPERTENSEURS, MÊME S'ILS PRÉSENTENT DE MULTIPLES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE.

- ◆ En plus de la modification des habitudes de vie, instaurez sans tarder une pharmacothérapie chez les hypertendus qui présentent de multiples facteurs de risque cardiovasculaire.
- ◆ Il convient en particulier de réduire les facteurs de risque chez les fumeurs qui ne peuvent renoncer au tabac.

ASSOCIATION D'UN INHIBITEUR DE L'ECA ET D'UN ARA

- ◆ Réévaluez l'état de tous les patients qui prennent ce type d'association.
- ◆ Envisagez le recours à d'autres associations.
- ◆ À considérer seulement chez certains patients faisant l'objet d'une étroite surveillance et atteints d'insuffisance cardiaque au stade avancé ou d'une néphropathie grave accompagnée de protéinurie

RESSOURCES DANS INTERNET SUR L'HYPERTENSION

La page Web ci-dessous illustre l'écran initial d'évaluation en ligne faisant partie de l'outil d'éducation Mon plan d'action de pression artérielle^{MC}. Il aidera vos patients à se renseigner sur l'importance de prendre en charge leur pression artérielle et leur fournira des moyens pour le faire.

Fondation des maladies du cœur du Canada

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR
À la recherche de solutions.

Risque cardiovasculaire
Risque tension artérielle

Félicitations!
Vous venez de faire le premier pas vers un mode de vie plus sain.

En répondant au questionnaire d'évaluation de risque cardiovasculaire de la Fondation des maladies du cœur, vous obtenez un plan d'action personnalisé concernant votre tension artérielle. Les questions portent sur les antécédents familiaux, vos habitudes alimentaires et vos niveaux de stress. Ce service est confidentiel, libre et prend environ cinq à sept minutes.

Première question 0/10

La Fondation des maladies du cœur se soucie de votre confort. Tous les renseignements inscrits dans cette évaluation de la santé sont conservés confidentiellement et sont traités conformément à la politique de confidentialité de la Fondation des maladies du cœur. Cliquez ici pour plus de renseignements.

Commencez par examiner les facteurs qui affectent votre santé afin que vous ne pouvez le contrôler, le modifier, comme vos antécédents familiaux, votre âge, votre âge et votre origine ethnique.

Certains problèmes de santé sont plus courants dans certaines familles que dans d'autres. Veuillez vous indiquer s'il y a des antécédents des maladies suivantes chez votre famille immédiate. Le terme « famille immédiate » signifie les parents naturels ou biologiques, les grands-parents, les frères, les sœurs et les enfants.

Un membre de une famille immédiate souffre de	Oui/Non	Ne sait pas
Diabète ou glycémie élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du cœur: <ul style="list-style-type: none">• un parent (grand-père, mère, sœur ou frère) avant l'âge de 65 ans• un parent (grand-père, père, frère ou frère) avant l'âge de 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC existants de 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (haute pression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol élevé (hypercholestérolémie), profil de lipoprotéines (lipidémie) ou taux élevé de triglycérides (un type de cholestérol présent dans le sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)

www.hypertension.ca

- Recommandations complètes sur la prise en charge de l'hypertension et diapositives
- Ressources pour les patients et les professionnels de la santé
- Conseils pour l'achat et l'utilisation d'appareils de mesure de la pression artérielle à domicile

Fondation des maladies du cœur,

Mon plan d'action de pression artérielle^{MC}

www.fmcoeur.ca/ta

- Mon plan d'action de pression artérielle^{MC}

www.fmcoeur.ca

- Information d'ordre général sur la modification des habitudes de vie

Association canadienne du diabète

<http://www.diabetes.ca/for-professionals/resources/2008-cpg>

- Guide de pratique clinique 2008 (en anglais seulement)

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

www.sodium101.ca

- Ressources sur le sodium alimentaire à l'intention des patients et des professionnels de la santé

Agence de la santé publique du Canada

www.phac-aspc.gc.ca

- Ressources sur la prévention et la prise en charge de l'hypertension et des affections chroniques

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA PERSONNALISATION DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR*

	TRAITEMENT INITIAL	TRAITEMENT DE 2 ^{EME} RECOURS	REMARQUES/MISES EN GARDE
HYPERTENSION SANS AUTRES FACTEURS CONTRAIGNANTS (CIBLE < 140/90 MMHG)			
Hypertension diastolique ± systolique	Diurétiques thiazidiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'ECA, ARA ou BCC à longue durée d'action (envisager l'AAS et les statines dans certains cas). Envisager d'amorcer le traitement avec une association de deux médicaments de 1 ^{re} intention si la pression artérielle dépasse les valeurs cibles de > 20 mmHg dans le cas de la PAS ou de > 10 mmHg dans le cas de la PAD.	Association de médicaments de 1 ^{re} intention	Les bêtabloquants ne sont pas recommandés comme traitement initial chez les personnes de plus de 60 ans. Quand on prescrit un diurétique en monothérapie, on doit envisager un agent d'épargne potassique pour éviter l'hypokaliémie. Les inhibiteurs de l'ECA ne sont pas recommandés en monothérapie chez les patients de race noire. Les inhibiteurs de l'ECA, les ARA et les inhibiteurs directs de la rénine sont potentiellement tératogènes, et on doit user de prudence lorsqu'on les prescrit à une femme en âge d'avoir des enfants. Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.
Hypertension systolique isolée sans autres facteurs contraignants	Diurétiques thiazidiques, ARA ou BCC de type DHP à longue durée d'action	Association de deux médicaments de 1 ^{re} intention	Voir les remarques et mises en garde pour l'hypertension diastolique ± systolique.
DIABÈTE (CIBLE < 130/80 MMHG)			
Diabète avec néphropathie	Inhibiteurs de l'ECA ou ARA	Ajout d'un diurétique thiazidique, d'un bêtabloquant cardiosélectif ou d'un BCC à longue durée d'action	Lorsque la créatinémie est > 150 µmol/L, un diurétique de l'anse est préférable à un diurétique thiazidique à faible dose, s'il y a lieu d'assurer l'équilibre volumique.
Diabète sans néphropathie	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, BCC de type DHP ou diurétiques thiazidiques	Association de médicaments de 1 ^{re} intention ou, si ces agents ne sont pas bien tolérés, ajout d'un bêtabloquant cardiosélectif et/ou d'un BCC de type non DHP à longue durée d'action	Rapport albumine:créatinine normal < 2,0 mg/mmol chez l'homme et < 2,8 mg/mmol chez la femme Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.

	TRAITEMENT INITIAL	TRAITEMENT DE 2 ^{EME} RECOURS	REMARQUES/MISES EN GARDE
AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES (CIBLE < 140/90 MMHG)			
Angine de poitrine	Bêtabloquants et inhibiteurs de l'ECA, sauf chez les patients à faible risque	BCC à longue durée d'action	Éviter la nifédipine à action brève. Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.
Après un infarctus du myocarde	Bêtabloquants et inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux inhibiteurs de l'ECA)	BCC à longue durée d'action	Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.
Insuffisance cardiaque	Inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux inhibiteurs de l'ECA) et bêtabloquants Spironolactone chez les patients ayant des symptômes de classe III ou IV de la NYHA	ARA ajouté à l'inhibiteur de l'ECA Association hydralazine/dinitrate d'isosorbide Diurétique thiazidique ou de l'anse comme médicament d'appoint	Ajuster les doses d'inhibiteur de l'ECA et d'ARA pour qu'elles correspondent à celles utilisées dans les essais cliniques. Ne pas administrer de BCC de type non DHP (diltiazem, vérapamil). Surveiller la kaliémie et la fonction rénale durant un traitement associant un inhibiteur de l'ECA à un ARA.
Hypertrophie ventriculaire gauche	N'influe pas sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association de médicaments d'appoint	L'hydralazine et le minoxidil peuvent aggraver l'hypertrophie ventriculaire gauche.
Antécédents d'AVC ou d'AIT	Association d'un inhibiteur de l'ECA et d'un diurétique	Association de médicaments d'appoint	Ne s'applique pas à la phase aiguë de l'AVC. La réduction de la PA atténue le risque de récurrence des manifestations vasculaires cérébrales chez les patients dont l'état est stabilisé. Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA.
Maladie rénovasculaire	N'influe pas sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association de médicaments d'appoint	Éviter les inhibiteurs de l'ECA et les ARA en présence de sténose des deux artères rénales ou de sténose unilatérale avec rein unique.
NÉPHROPATHIES CHRONIQUES NON DIABÉTIQUES (CIBLE < 130/80 MMHG)			
Néphropathie chronique non diabétique	Inhibiteurs de l'ECA (ARA en cas d'intolérance aux inhibiteurs de l'ECA), diurétiques en appoint	Association de médicaments d'appoint	Éviter les inhibiteurs de l'ECA et les ARA en présence de sténose des deux artères rénales ou de sténose unilatérale avec rein unique. Surveiller la créatinémie et la kaliémie de près chez les patients recevant un inhibiteur de l'ECA ou un ARA. Il est expressément déconseillé d'associer un inhibiteur de l'ECA et un ARA en présence de néphropathie chronique non accompagnée de protéinurie.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA PERSONNALISATION DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR* (suivi)

	TRAITEMENT INITIAL	TRAITEMENT DE 2 ^{EME} RECOURS	REMARQUES/MISES EN GARDE
AUTRES SITUATIONS (CIBLE < 140/90 MMHG)			
Artériopathie périphérique	N'influe pas sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association de médicaments d'appoint	Éviter les bêtabloquants en cas d'affection grave.
Dyslipidémie	N'influe pas sur les recommandations concernant le traitement initial.	Association de médicaments d'appoint	
Protection vasculaire globale	Traitement par une statine chez les patients présentant au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire supplémentaires ou une atteinte athéroscléreuse AAS à faibles doses chez les patients dont la pression artérielle est maîtrisée		Il faut user de prudence si on recommande la prise d'AAS lorsque 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

Cibles de pression artérielle

CONTEXTE	LIEU OU AFFECTION	PA CIBLE (PAS/PAD, MMHG)
À domicile :	MPA* à domicile et MAPA** diurne	< 135/85
Au cabinet :	Hypertension diastolique ± systolique	< 140/90
	Hypertension systolique isolée	< 140
	Diabète	< 130/80
	Néphropathie chronique	< 130/80

INTERVENTIONS POUVANT FAVORISER L'OBSERVANCE

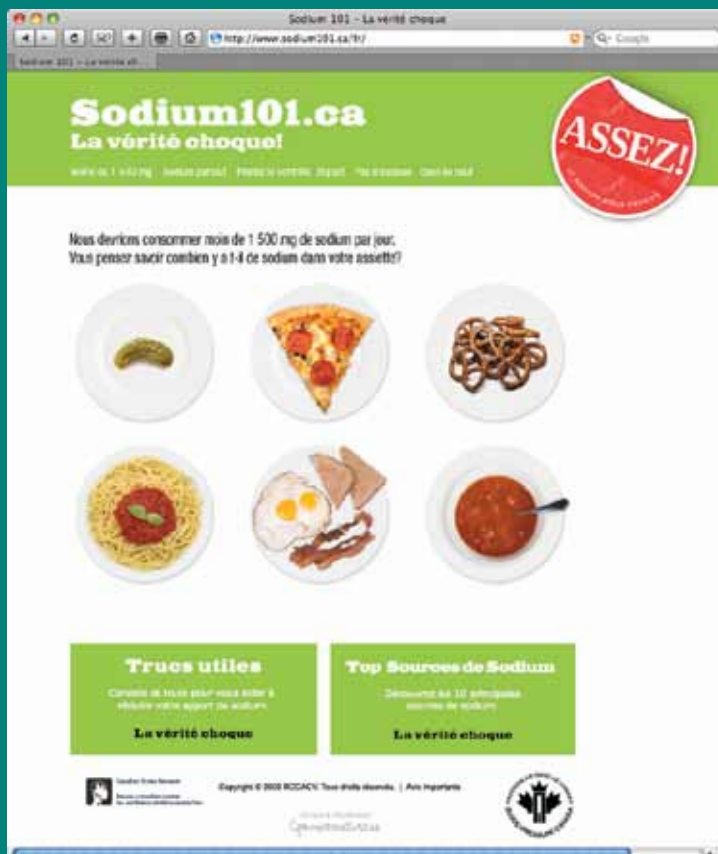
L'observance thérapeutique peut être améliorée de diverses façons :

- 1) À chaque consultation, favorisez l'observance grâce à un ensemble d'interventions :
 - a) Adaptez la prise des médicaments aux habitudes quotidiennes du patient.
 - b) Favorisez les associations à dose fixe.
 - c) Préconisez les plaquettes alvéolées.
- 2) Encouragez votre patient à jouer un rôle plus important dans son traitement.

Favorisez l'autonomie du patient en l'encourageant à surveiller sa pression artérielle à domicile et à noter les résultats obtenus, pour que vous puissiez modifier son traitement en conséquence.
- 3) Améliorez votre mode de prise en charge en cabinet et celle du patient à la maison.
 - a) Informez le patient et sa famille sur l'hypertension et son traitement.
 - b) On peut favoriser la fidélité au traitement antihypertenseur par le recours à une équipe multidisciplinaire.

LE RÔLE DU SODIUM

- ◆ Au Canada, 13 % des accidents cardiovasculaires sont imputables à un apport trop élevé de sodium alimentaire.
- ◆ Pour obtenir des renseignements – destinés aux patients et aux professionnels de la santé – sur la façon de réduire l'apport de sodium alimentaire, consultez le site www.sodium101.ca.



Pour un outil interactif en ligne visant à aider le patient à optimiser sa prise en charge et à consigner les mesures de la pression artérielle à domicile et les modifications de ses habitudes de vie, visitez le www.fmcoeur.ca/ta.



Des recommandations de prise en charge de l'hypertension à l'intention des patients et du grand public ont été élaborées en 2008. Prière d'adresser les commandes de 25 exemplaires et plus à hyperten@ucalgary.ca.

Il existe également des recommandations de prise en charge de l'hypertension des patients diabétiques qui ont été élaborées en 2009. Le résumé est accessible par voie électronique au www.hypertension.ca/bpc.

Les recommandations complètes du PECH pour 2009 peuvent être consultées sur notre site Web, à l'adresse www.hypertension.ca

Cette brochure a été élaborée par le comité directeur du PECH, avec l'aide de Sheldon Tobe, de Guy Tremblay et de Lianne Vardy.

La publication de cette brochure dans le cadre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension, à titre de service professionnel, a été rendue possible grâce à une contribution inconditionnelle de Pfizer Canada Inc.

MESSAGES CLÉ

1. Mesurez la pression artérielle à chaque consultation qui s'y prête.
2. Traitez jusqu'au but ($< 140/90$ mmHg; $< 130/80$ mmHg en présence de diabète ou de néphropathie chronique). L'atteinte des cibles tensionnelles nécessite habituellement la prise de plus d'un médicament.
3. Encouragez les patients hypertendus à utiliser un appareil approuvé ainsi qu'une technique appropriée pour évaluer leur pression artérielle à domicile.
4. Faites le dépistage du diabète chez les hypertendus et le dépistage de l'hypertension chez les diabétiques. En présence de diabète, traitez l'hypertension en alliant la modification des habitudes de vie à la pharmacothérapie en vue de l'atteinte de cibles tensionnelles inférieures à $130/80$ mmHg. Dans bien des cas, il faut utiliser au moins trois antihypertenseurs, y compris des diurétiques, pour atteindre les cibles tensionnelles.
5. Évaluez et traitez le risque cardiovasculaire global chez tous les patients hypertendus, y compris dans les cas de tabagisme, de dyslipidémie, de dysglycémie, d'obésité abdominale, de mauvaises habitudes alimentaires et de sédentarité.
6. La modification des habitudes de vie et le maintien d'un mode de vie sain sont la pierre angulaire de la prévention et de la prise en charge de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires.

