

# L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

## TOUJOURS UN DÉFI EN 2020 ?

Au Canada, près de 23 % de la population a reçu un diagnostic d'hypertension artérielle<sup>1</sup>.

On estime qu'en 2025, 29 % de la population mondiale adulte sera hypertendue<sup>2</sup>.

C'est tout un défi pour les omnipraticiens en première ligne !

Caroline Rhéaume et Paul Poirier

L'hypertension artérielle est associée à plusieurs complications (cardiovasculaires, cérébrovasculaires, rénales, oculaires, etc.) et représente un des plus grands facteurs de risque de maladies cardiovasculaires<sup>3,4</sup>. Nous vous présentons quelques cas cliniques permettant d'optimiser la prise en charge de l'hypertension artérielle.

### COMMENT POSE-T-ON LE DIAGNOSTIC D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ?

#### CAS N° 1

*Vous rencontrez, pour une première fois à votre clinique médicale, M. St-Hilaire, 35 ans. C'est un patient du guichet d'accès pour la clientèle orpheline et il n'a pas vu de médecin depuis plusieurs années. Sa pression artérielle est de 158 mmHg/94 mmHg ; sa fréquence cardiaque, de 84 bpm ; son tour de taille, de 118 cm ; son poids, de 98 kg ; sa taille, de 180 cm et son indice de masse corporelle, de 30,2 kg/m<sup>2</sup>. M. St-Hilaire n'a jamais pris sa pression artérielle et il se demande si ses valeurs sont normales.*

Dans un premier temps, il est primordial de s'assurer que la mesure de la pression artérielle est faite correctement avant de poser le diagnostic d'hypertension artérielle<sup>3</sup>. Le patient doit être assis, adossé à son siège, les pieds appuyés au sol et les jambes décroisées. Le bras doit être dégagé, et le brassard doit être de la taille appropriée. Le milieu du brassard doit être à la hauteur du cœur et le bord inférieur, à 3 cm du pli du coude. Le patient ne doit ni parler ni bouger durant les mesures (<http://bit.ly/hypertension-faits-saillants>). Il faut faire la mesure après cinq minutes de repos. Il faut par ailleurs attendre 30 minutes après un exercice physique, une heure après avoir pris un café, un produit dérivé de la caféine ou un produit stimulant et deux heures après un repas.



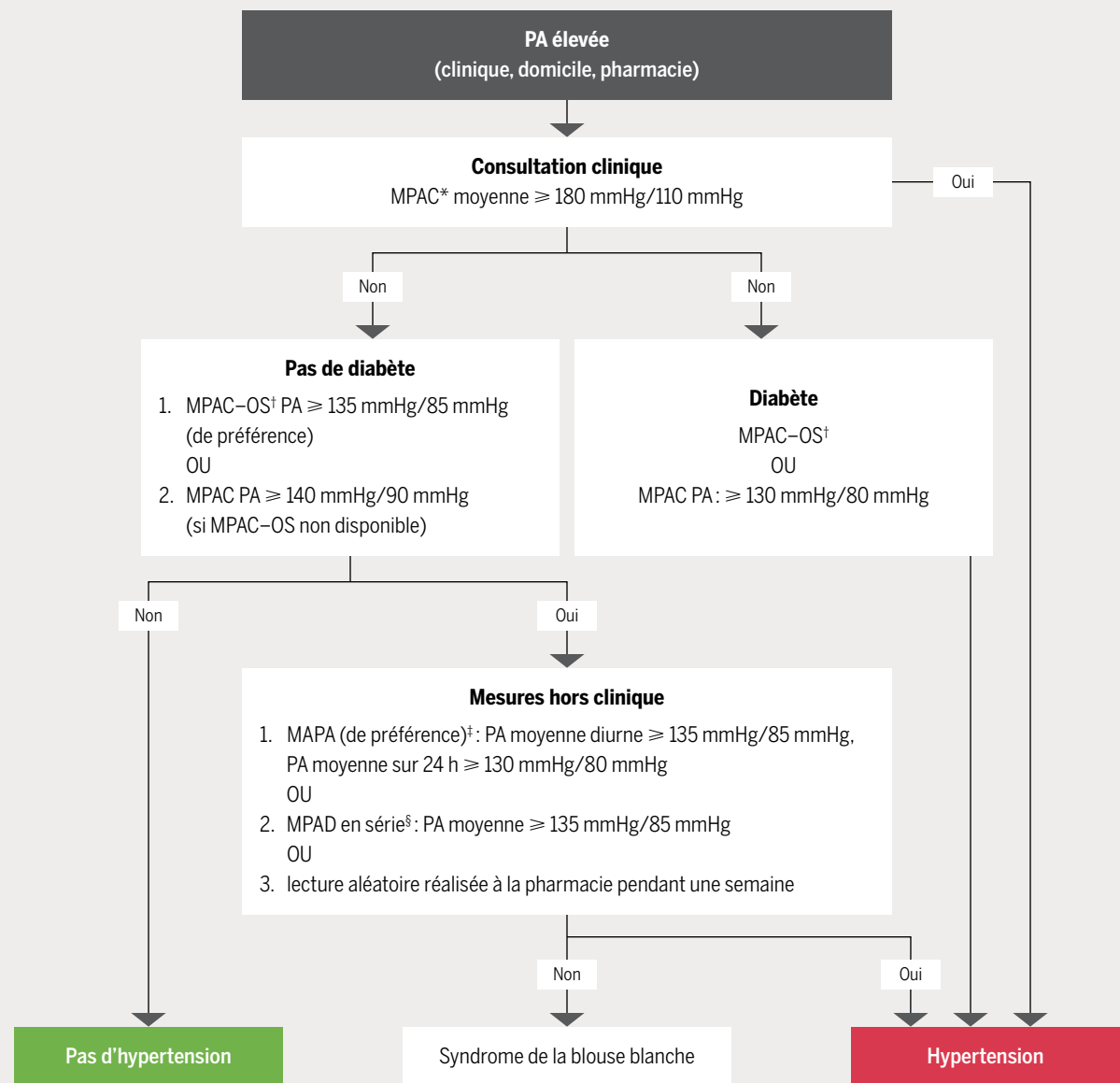
Le diagnostic repose sur l'ensemble des mesures effectuées au cabinet et à domicile (*figure 1<sup>4</sup>*). Il est important que les professionnels de la santé soient sensibilisés à la technique de mesure standardisée et automatisée et que l'information soit transmise au patient. Des outils éducatifs sont offerts sur le site Web de la Société québécoise d'hypertension artérielle<sup>5,6</sup>. Le patient y retrouvera la bonne façon de mesurer la pression artérielle et des conseils pour prévenir l'hypertension. Des mesures inexactes peuvent avoir des conséquences cliniques dommageables, comme un diagnostic erroné, une mauvaise stratification du risque de maladie cardiovasculaire, une posologie inappropriée d'antihypertenseurs ainsi qu'un surdiagnostic et un surtraitement.

*Il est important de confirmer la mesure d'hypertension de M. St-Hilaire dans votre cabinet par l'oscillométrie en série (MPAC OS). Si cette modalité n'est pas disponible, prendre la pression avec un appareil électronique. Si les valeurs demeurent élevées, il faudra demander à M. St-Hilaire de prendre sa pression régulièrement à domicile (MPAD) ou à la pharmacie, selon sa préférence, ou le diriger vers un centre pour un monitoring ambulatoire de la pression artérielle à domicile (MAPA).*

Si le patient choisit de prendre lui-même sa pression artérielle chez lui, vous lui prescrirez un appareil de mesure. Il devra s'assurer que l'appareil est homologué en recherchant

La D<sup>re</sup> Caroline Rhéaume, omnipraticienne, exerce au GMF-U Quatre-Bourgeois et est chercheuse clinicienne à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) sur l'optimisation de la prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires par les saines habitudes de vie ainsi qu'au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval. Le D<sup>r</sup> Paul Poirier, cardiologue, exerce à l'IUCPQ et est responsable médical du programme de prévention et de réadaptation cardiaque.

FIGURE 1 ALGORITHME DÉCISIONNEL DU DIAGNOSTIC DE L'HYPERTENSION



\* MPAC : mesure de la pression artérielle en clinique mesurée à l'aide d'un appareil électronique par le professionnel de la santé dans la salle d'examen. † MPAC-OS : mesure de la pression artérielle en clinique par oscillométrie en série. On l'effectue en laissant le patient seul dans un endroit retiré. ‡ MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures. Il peut servir à poser le diagnostic d'hypertension artérielle, évaluer l'effet du syndrome de la blouse blanche, observer les tensions artérielles la nuit et suivre le traitement. § MPAD : le dépistage du syndrome de la blouse blanche ou de l'hypertension artérielle persistante devrait reposer sur des mesures répétées de la tension artérielle, prises matin et soir, pendant 7 jours. Les valeurs de la 1<sup>re</sup> journée devraient être écartées.

Source : Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA et coll. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2018 ; 34 (5) : 506-25. Reproduction autorisée.

les logos indiquant que l'appareil a été vérifié par les experts et recommandé par Hypertension Canada.

Les valeurs de pression artérielle devront être consignées dans un carnet pour le suivi. Le site Web d'Hypertension Canada offre des carnets gratuits que les professionnels de la santé et les patients peuvent télécharger. L'interprétation

des mesures dépend du type de mesure, de l'endroit où les mesures sont prises et des maladies concomitantes du patient (tableau I<sup>§</sup>)

Vous expliquez à M. St-Hilaire que vous ne pouvez poser un diagnostic d'hypertension artérielle au cours d'une première visite, mais que vous avez constaté qu'il a des facteurs de

risque d'hypertension artérielle, tels que l'obésité abdominale et un indice de masse corporelle élevé. De plus, compte tenu de son âge, vous devez exclure une cause d'hypertension secondaire<sup>3</sup>. Vous lui prescrivez un bilan de base (voir cas n° 2) et vous lui demandez de revenir pour un suivi et une évaluation médicale plus poussée dans un mois et d'apporter les valeurs de ses mesures de pression artérielle.

### EN QUOI CONSISTE L'ÉVALUATION DU PATIENT ATTEINT D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ?

#### CAS N° 2

M<sup>me</sup> Smith, 57 ans, vient de recevoir un diagnostic d'hypertension artérielle reposant sur les valeurs du MAPA, soit une moyenne sur 24 h de 140 mmHg/92 mmHg. Elle n'a aucun symptôme. Quels sont les éléments de l'évaluation médicale ?

#### EXAMEN DE BASE CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS

L'évaluation consiste à faire l'anamnèse, l'examen physique et les examens paracliniques appropriés. Cette évaluation a pour but de déceler des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, d'éliminer les causes secondaires d'hypertension artérielle, d'évaluer l'atteinte d'organes cibles et les problèmes cliniques associés. Les examens de laboratoire courants sont l'hémogramme, l'analyse d'urine, l'analyse biochimique du sang (potassium, sodium, créatinine), la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>), le profil lipidique et un électrocardiogramme de repos. Les données actuelles ne

Choix de la mesure	Seuil diagnostique
MPAC-OS	PAS moyenne ≥ 135 mmHg et/ou PAD moyenne ≥ 85 mmHg
MPAC	PAS moyenne ≥ 140 mmHg et/ou PAD moyenne ≥ 90 mmHg
MPAD	PAS moyenne ≥ 135 mmHg ou PAD moyenne ≥ 85 mmHg
MAPA	PAS moyenne 24 h ≥ 130 mmHg et/ou PAD moyenne 24 h ≥ 80 mmHg PAS moyenne jour ≥ 135 mmHg et/ou PAD moyenne 24 h ≥ 85 mmHg
Diabète	PAS moyenne ≥ 130 mmHg et/ou PAD moyenne ≥ 80 mmHg

\*MPAC-OS : mesure de la pression artérielle en clinique par oscillométrie en série. † MPAD : mesures répétées de la pression artérielle à domicile matin et soir pendant 7 jours. Les valeurs de la 1<sup>re</sup> journée devraient être écartées. ‡ MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures

PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique

justifient pas la recherche systématique de microalbuminurie chez les patients atteints d'hypertension artérielle sans diabète ni néphropathie<sup>4</sup>.

Population	Seuils de PA pour l'instauration du traitement antihypertenseur		Cibles de traitement de la PA	
	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Risque global sur 10 ans ≥ 15 % et âge ≥ 75 ans Risque élevé, selon Hypertension Canada*	≥ 130	s.o.	< 120	s.o.
Diabète <sup>†</sup>	≥ 130	≥ 80	< 130	< 80
Risque global sur 10 ans < 15 % Risque modéré ou élevé (lésions d'organes cibles (LOC) ou facteurs de risque de MCV) <sup>‡</sup>	≥ 140	≥ 90	< 140	< 90
Risque faible (absence de LOC ou de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire) <sup>‡</sup>	≥ 160	≥ 100	< 140	< 90

\* Seuils de pression artérielle et cibles de traitement fondés sur la mesure de la pression artérielle en clinique par oscillométrie en série (MPAC-OS). † Seuils de pression artérielle et cibles de traitement fondés sur la mesure de la pression artérielle en clinique (MPAC)

Source : Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA et coll. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2018 ; 34 (5) : 506-25. Reproduction autorisée.

TABLEAU III   TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES DE L'HYPERTENSION : COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ <sup>6,10,11</sup>			
Objectifs	Recommandations	Estimation de la réduction de la PA <sup>10</sup>	Applications
Augmentation de l'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercice de type aérobie : de 30 à 60 minutes, intensité modérée (ex. : marche avec côte, bicyclette, natation, de 4 à 7 jours par semaine), en plus des activités courantes de la vie quotidienne qui peuvent être très bénéfiques pour la santé : escaliers, pelletage, travaux ménagers, etc.</li> <li>Exercice de résistance dynamique : pas de contre-indication (ex. : levée de charges libres raisonnables ou de charges fixes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec HTA : -5 mmHg</li> <li>Sans HTA : -2 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À prescrire aux patients normotendus, préhypertendus et hypertendus avec ou sans médicaments pour prévenir ou traiter l'HTA*</li> <li>Remise de dépliant de la Société québécoise d'hypertension (SQH)<sup>16</sup></li> <li>Suivi conjoint en kinésiologie, un atout</li> </ul>
Perte de poids	Objectif : IMC entre 18,5 kg/m <sup>2</sup> et 24,9 kg/m <sup>2</sup> et tour de taille chez l'homme < 102 cm et chez la femme < 88 cm recommandés chez les personnes normotendues, préhypertendues et hypertendues pour abaisser la PA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec HTA : -5 mmHg</li> <li>Sans HTA : -4 mmHg</li> <li>Par tranche de 4,5 kg perdus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser une démarche pluridisciplinaire pour perdre du poids : information sur l'alimentation</li> <li>Référence au <i>Guide alimentaire canadien</i><sup>11</sup></li> <li>Suivi conjoint avec une nutritionniste, un atout</li> </ul>
Consommation modérée d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limite de prise d'alcool : ≤ 2 consommations par jour</li> <li>Homme : ≤ 14 par semaine</li> <li>Femme : ≤ 9 par semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec HTA : -4 mmHg</li> <li>Sans HTA : -3 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrire aux patients normotendus, préhypertendus et hypertendus pour prévenir ou traiter l'HTA</li> </ul>
Alimentation saine et réduction de l'apport en sodium	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentation de type DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>)</li> <li>Lire les étiquettes</li> <li>Privilégier les aliments contenant moins de 240 mg de sodium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec HTA : -11 mmHg</li> <li>Sans HTA : -3 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrire aux patients normotendus, préhypertendus et hypertendus avec ou sans médicaments pour prévenir ou traiter l'HTA</li> <li>Remise de dépliant de la SQH<sup>16</sup></li> <li>Suivi conjoint avec une nutritionniste, un atout.</li> </ul>
Gestion du stress : relaxation	Interventions cognitivo-comportementales personnalisées associées à des techniques de relaxation	Diminution de -7 mmHg à -37 mmHg	Prescrire aux patients normotendus, préhypertendus et hypertendus chez qui le stress joue un rôle dans l'élévation de la PA
Abandon tabagique	Conseiller aux fumeurs de cesser le tabac		Appliquer dans le cadre d'une stratégie de réduction du risque global de maladie cardiovasculaire

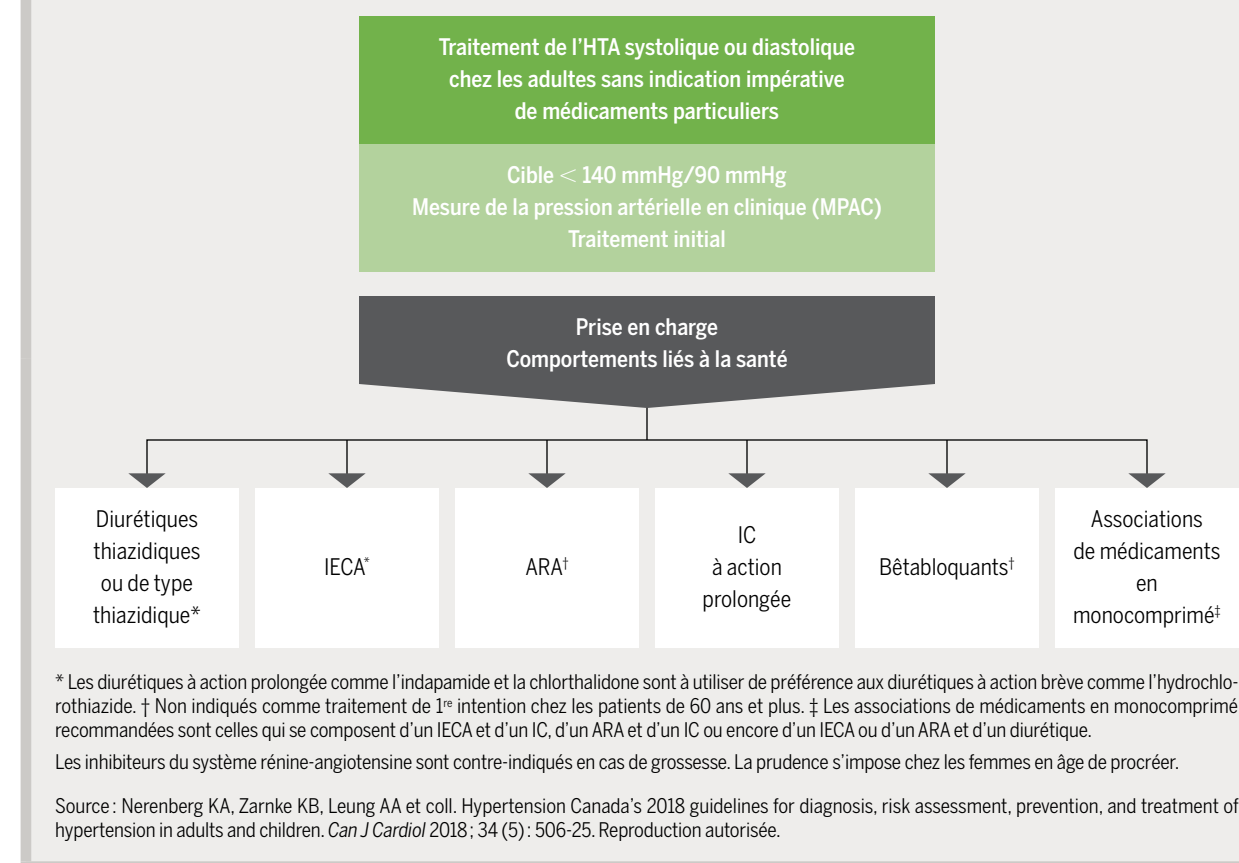
### L'ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Au cours du suivi, il est important d'évaluer les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, la présence de lésions des organes cibles et les problèmes cliniques associés<sup>3</sup>. Des calculateurs permettent l'évaluation du risque cardiovasculaire<sup>7,8</sup> (voir l'article des Dres Johanne Blais et Maya Verdant-Franco intitulé « Lipides sanguins et risque cardiovasculaire, nuances sur les statines! », dans le présent numéro).

Le classement des patients, selon Hypertension Canada, se fait en fonction du risque de maladie cardiovasculaire (tableau II<sup>3</sup>). Il est important, pour les patients hypertendus, d'atteindre les valeurs cibles afin de prévenir les complications cardio- et cérébrovasculaires.

L'anamnèse et l'examen physique de M<sup>me</sup> Smith ne sont pas contributifs. La patiente ne présente aucun facteur de risque ni aucune lésion d'organes cibles. Son risque cardiovas-

FIGURE 2 | TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES ET PHARMACOLOGIQUES DE L'HTA



culaire est donc faible. Une approche non pharmacologique pendant six mois (alimentation saine, activité physique régulière) pourrait être tentée avec un suivi des mesures de pression artérielle.

### QUELS SONT LES PLANS DE TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE ET PHARMACOLOGIQUE POUR LES CIBLES RECOMMANDÉES ?

#### CAS N° 3

M. Bergeron, 65 ans, retraité, vous rencontre pour une deuxième visite de suivi. Ses valeurs tensionnelles moyennes prises à domicile (MPAD) sont de 139 mmHg/89 mmHg et celles en clinique (MPAC), de 145 mmHg/90 mmHg. Il n'a pas d'antécédents personnels et familiaux et ne prend aucun médicament. Concernant ses habitudes de vie, il est sédentaire, il boit de l'alcool de façon occasionnelle (4 bières par semaine), mange souvent au restaurant et ne fume pas. À l'anamnèse, il ne mentionne aucun symptôme. L'examen physique et le bilan sanguin sont normaux. Quelle prise en charge allez-vous proposer à M. Bergeron en fonction des cibles de traitement recommandées ?

Selon le MPAD et le MPAC, M. Bergeron souffre d'hypertension artérielle. Selon les dernières recommandations des guides de pratique clinique<sup>3,4,9,10</sup>, l'optimisation des saines habitudes de vie demeure toujours la pierre angulaire d'une prise en charge optimale de l'hypertension artérielle. Selon plusieurs études, les stratégies comportementales liées à la santé sont efficaces pour abaisser la pression artérielle (tableau III<sup>6,10,11</sup>), tant en prévention qu'en prise en charge de l'hypertension<sup>3</sup>.

Il est important d'encourager M. Bergeron à modifier ses habitudes de vie et de lui faire prendre conscience qu'il doit bien maîtriser ses valeurs tensionnelles afin de prévenir l'atteinte d'organes cibles et de maintenir un faible degré de risque cardiovasculaire. Hypertension Canada et la Société québécoise d'hypertension artérielle proposent du matériel didactique à être remis aux patients pour les accompagner dans le changement de leurs habitudes de vie<sup>3-6</sup>. De plus, le travail en collaboration avec l'infirmière, le kinésologue et la nutritionniste est très aidant dans l'accompagnement des patients dans le changement des habitudes de vie (<http://bit.ly/protocoles-hypertension-artérielle>).

Malheureusement, après six mois de traitement non pharmacologique sans atteinte d'organes cibles, même si son risque

cardiovasculaire est toujours faible, la moyenne des valeurs de pression artérielle au cabinet de M. Bergeron s'élève à 161 mmHg/102 mmHg. Les seuils pour l'instauration du traitement antihypertenseur chez un patient ayant un faible risque sans atteinte d'organes cibles est de 160 mmHg (PAS moyenne) ou de 100 mmHg (PAD moyenne). Un traitement pharmacologique sera donc envisagé pour M. Bergeron conjointement avec les traitements non pharmacologiques afin de prévenir les complications cardiovasculaires et cérébrovasculaires (figure 2<sup>d</sup>). En cas d'hypertension artérielle de stade 1 chez un patient sans atteinte d'organes cibles et ayant un faible risque, comme M. Bergeron, le début du traitement antihypertenseur sera adapté à l'état de santé du patient de manière à cibler des valeurs inférieures à 140 mmHg/90 mmHg. Les lignes directrices canadiennes proposent d'envisager des associations de médicaments en monocomprimé ou la monothérapie comme traitement initial<sup>4</sup>. De faibles doses de plusieurs médicaments peuvent toutefois être plus efficaces et mieux tolérées que de fortes doses d'un nombre moindre<sup>4</sup>.

Dans les cas d'hypertension artérielle de stade 2 avec ou sans problème médical associé, une association de deux médicaments convient la plupart du temps jusqu'à l'atteinte des valeurs cibles. En cas d'hypertension artérielle mal maîtrisée ou réfractaire, une consultation avec un spécialiste en hypertension artérielle devrait être envisagée.

## CONCLUSION

La mesure de la pression artérielle doit être faite de façon systématique pour prévenir les complications et l'atteinte d'organes cibles. Un ensemble de mesures au cabinet et à domicile est nécessaire pour établir le diagnostic de manière rigoureuse et éviter le surdiagnostic de l'hypertension artérielle. L'évaluation et la prise en charge des patients doivent être menées en collaboration avec les autres professionnels de la santé (infirmière, kinésiologue et nutritionniste). Les saines habitudes de vie demeurent le traitement de choix en première intention et devraient toujours être proposées aux patients en association avec le traitement antihypertenseur au besoin. //

Date de réception: le 2 mai 2019

Date d'acceptation: le 10 juin 2019

La Dr<sup>e</sup> Caroline Rhéaume n'a signalé aucun conflit d'intérêts. Le Dr<sup>r</sup> Paul Poirier a été consultant en formation médicale continue pour Abbott, Amgen, AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly Canada, Janssen, Merck, Novartis, Novo Nordisk, Sanofi, Servier et Valeant.

## CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ La mesure de la pression artérielle doit être effectuée de façon rigoureuse avec une bonne technique de mesure et un appareil fiable.
- ▶ L'évaluation d'organes cibles est à prioriser à chaque visite afin d'établir le risque cardiovasculaire et de cibler le bon traitement pour prévenir les complications.
- ▶ Une approche interdisciplinaire (infirmière, kinésiologue et nutritionniste) est souhaitable pour l'adoption de saines habitudes de vie qui reste la pierre angulaire de la prévention et du traitement de l'hypertension.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Padwal RS, Bienek A, McAlister FA et coll. Epidemiology of hypertension in Canada: an update. *Can J Cardiol* 2016; 32 (5) : 687-94.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et coll. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365 (9455) : 217-23.
3. Hypertension Canada. *2020 Hypertension : points saillants*. Markham : Hypertension Canada; 2018. 28 pages.
4. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA et coll. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2018; 34 (5) : 506-25.
5. Cloutier L, Poirier L, Boulianne F et coll. *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle*. Montréal : Société québécoise d'hypertension artérielle; 2016. 92 pages.
6. Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA). *Info professionnels : outils pédagogiques et éducatifs*. Montréal : la Société; 2019. Site Internet : <https://sqha2.hypertension.qc.ca/info-professionnels/outils-therapeutiques/> [Date de consultation : avril 2019].
7. Société canadienne de cardiologie. *Calculateurs et formules*. Ottawa : la Société; 2019. Site Internet : [www.ccs.ca/fr/ressources/calculateurs-formulaires](http://www.ccs.ca/fr/ressources/calculateurs-formulaires) [Date de consultation : avril 2019].
8. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A et coll. Lignes directrices canadiennes simplifiées sur les lipides de 2015, prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Can Fam Physn* 2015, 61 (10) : e439-e450.
9. Whelton PK, Williams B. The 2018 European Society of Cardiology/European Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guidelines. *JAMA*. 2018; 320 (17) : 1749-50.
10. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et coll. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension* 2018; 71 (6) : e13-e115
11. Gouvernement du Canada. *Guide alimentaire canadien 2019*. Ottawa : le Gouvernement; 2019.