



AIDE-MÉMOIRE thérapeutique

HYPERTENSION

2^e édition



La 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 1^{er} mars 2022.

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 l'Aide-mémoire thérapeutique – Hypertension – 2^e édition 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 978-2-924436-08-0

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec - 2022

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada - 2022

Mars 2022

RÉDACTION

Luc Poirier BPharm, MSc, FOPQ
Pharmacien d'établissement

Alain Milot MD, MSc, FRCPC
Interniste, Centre des maladies vasculaires, Hôpital Saint-François D'Assise
CHU de Québec

RÉVISION

Sonia Boulanger BPharm, MSc
Pharmacienne, Clinique d'hypertension artérielle
CHUL - CHU de Québec

COLLABORATION

France Boulianne inf, BSc
Directrice générale
Société québécoise d'hypertension artérielle

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 : Poirier L, Milot A, Aide-mémoire thérapeutique - Hypertension - 2^e édition. Montréal, Canada : Société québécoise d'hypertension artérielle, 2022 ; page(s) à préciser.

© Société québécoise d'hypertension artérielle, Montréal, Canada 2022

ISBN : 978-2-924436-08-0



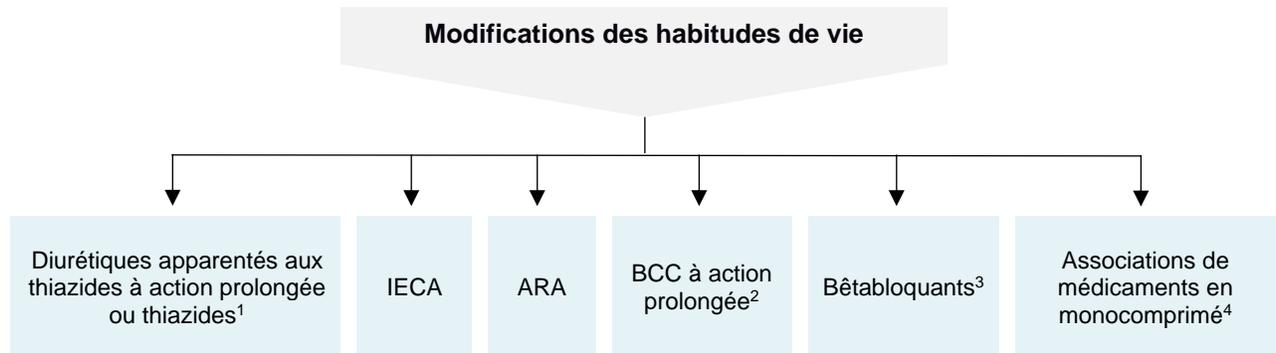
AIDE-MÉMOIRE thérapeutique

HYPERTENSION

Table des matières

Traitement de première intention de l'hypertension artérielle chez les adultes, sans autres indications formelles d'un agent spécifique	1
Stratégie d'association des antihypertenseurs en l'absence d'indications formelles d'un agent spécifique	2
Principales classes d'antihypertenseurs : considérations générales et ajustements	4
Diurétiques thiazidiques et apparentés	4
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	6
Antagonistes ou bloquants des récepteurs de l'angiotensine II (ARA ou BRA)	8
Bêtabloquants ou bloquants des récepteurs β -adrénergiques	10
Bloquants des canaux-calciques (BCC)	12
Classes d'antihypertenseurs utilisées au Canada	14
Tableaux comparatifs des antihypertenseurs	15
Liste alphabétique des antihypertenseurs	25
Liste alphabétique des associations à doses fixes (monocomprimés)	28

Traitement de première intention de l'hypertension artérielle chez les adultes, sans autres indications formelles d'un agent spécifique



¹ Les diurétiques apparentés aux thiazides à longue durée d'action (chlorthalidone, indapamide) sont préférés aux diurétiques thiazidiques à courte durée d'action (thiazides).

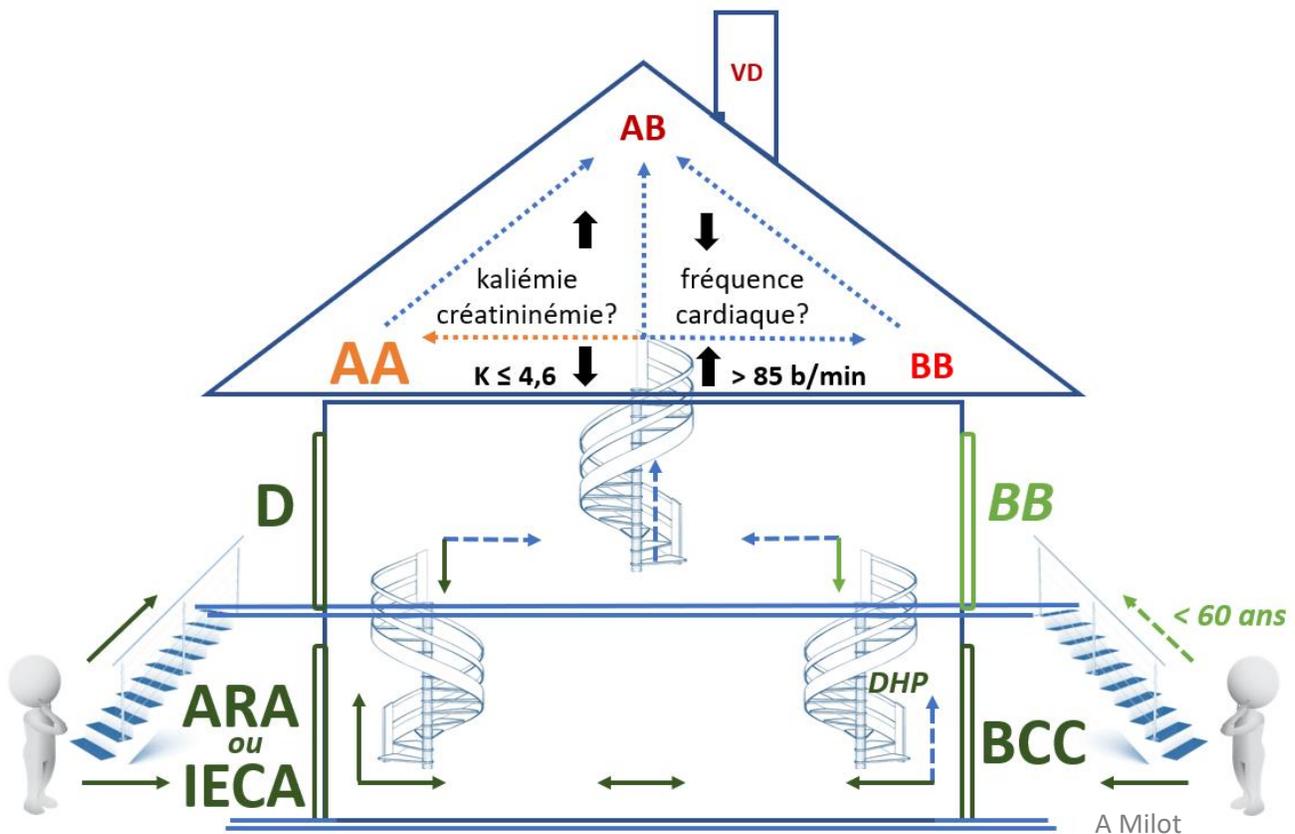
² La nifédipine à action brève ne devrait pas être utilisée dans le traitement de l'hypertension.

³ Les bêtabloquants ne sont pas recommandés en première intention chez les patients âgés de 60 ans et plus.

⁴ Les associations de médicaments en monocomprimé recommandées sont celles qui se composent d'un ARA ou d'un IECA combiné à un BCC ou à un diurétique.

Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine sont contre-indiqués pendant la grossesse, et la prudence s'impose chez les femmes en âge de procréer.

STRATÉGIE D'ASSOCIATION DES ANTIHYPERTENSEURS EN L'ABSENCE D'INDICATIONS FORMELLES D'UN AGENT SPÉCIFIQUE



En visitant la « **petite maison** », vous pouvez identifier les agents de première ligne et les associations d'antihypertenseurs les plus efficaces pour maîtriser l'hypertension artérielle en l'absence d'indications formelles d'un agent spécifique.

Guide de visite

Les **portes d'entrée** sont les **agents de première ligne** : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine **ARA**, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine **IECA**, bloquants des canaux calciques **BCC**, particulièrement de type dihydropyridinique **DHP**, et diurétiques apparentés aux thiazides à longue durée d'action **D**.

Bien que les bêtabloquants **BB** soient également des agents de première ligne, ils ne sont pas recommandés chez les patients âgés de 60 ans et plus, en l'absence d'affections cardiaques concomitantes.

Les **flèches** et les **escaliers** vous guident vers les **associations les plus efficaces** :

- les flèches continues  vous conduisent vers les associations privilégiées en première et deuxième lignes de traitement puis
- les flèches en gros pointillé  vers les autres associations en deuxième et troisième lignes puis
- les flèches en fin pointillé  vers les associations de quatrième et cinquième lignes

1^{re} ligne - Monothérapie ou association de deux antihypertenseurs de première ligne en monocomprimé¹

ARA	antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
IECA	inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
BCC	bloquant des canaux calciques à longue durée d'action
D	diurétique apparenté aux thiazides à longue durée d'action (chlorthalidone, indapamide)
BB	bêtabloquant chez les patients de moins de 60 ans

2^e et 3^e lignes - Association de deux puis de trois antihypertenseurs de première ligne

ARA	antagoniste des récepteurs de l'angiotensine ²
IECA	inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ²
BCC DHP	bloquant des canaux calciques de type dihydropyridine à longue durée d'action ³
D	diurétique de préférence à longue durée d'action ou associé en monocomprimé
BB	bêtabloquant chez les patients de moins de 60 ans

4^e ligne - Selon kaliémie, créatininémie et fréquence cardiaque, ajout :

AA	antagoniste des récepteurs de l'aldostérone ⁴ (ex. : spironolactone) de préférence à
AB	alphanbloquant
BB	bêtabloquant

5^e ligne - Selon kaliémie, créatininémie et fréquence cardiaque, ajout d'un autre agent de quatrième ligne ou d'un vasodilatateur direct VD (ex. : hydralazine)

La **consultation d'un spécialiste de l'HTA** doit être envisagée lorsqu'un traitement composé de trois antihypertenseurs ou plus à doses optimales

- ne permet pas d'atteindre les cibles de pression ou
- s'accompagne d'atteinte des organes cibles

Associations privilégiées

En première et deuxième lignes, l'association d'un **ARA** ou d'un **IECA** à un **BCC-DHP**, plutôt que celle d'un **ARA** ou d'un **IECA** à un **diurétique**, est favorisée chez les patients ayant un risque cardiovasculaire élevé.

En troisième ligne, l'association d'un **ARA** ou d'un **IECA** avec un **BCC-DHP** et un **diurétique** est favorisée.

En quatrième ligne, l'ajout d'un **AA** est favorisé si la kaliémie et la créatininémie le permettent.

¹ En première ligne, une association de deux antihypertenseurs en monocomprimé telle qu'un **ARA** ou un **IECA** combiné à un **BCC** ou à un **diurétique** peut être préférée à la monothérapie, particulièrement lorsque la pression artérielle est loin de la cible (ex. : au-delà de 20/10 mm Hg)

² L'association d'un **ARA** avec un **IECA** n'est pas recommandée

³ L'association d'un **BCC non-DHP** (diltiazem, vérapamil) avec un **BB** n'est pas recommandée

⁴ L'association d'un **ARA** ou d'un **IECA** avec un **antagoniste des récepteurs de l'aldostérone AA** nécessite un *suivi assidu* de la kaliémie et de la créatininémie de même que d'éviter certaines *interactions* (ex. : supplément de potassium, triméthoprime-sulfaméthoxazole)

Principales classes d'antihypertenseurs : considérations générales et ajustements

DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES ET APPARENTÉS*

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Inhibition du symporteur Na-Cl dans la partie proximale du tubule distal, donc diminution de la réabsorption de NaCl et diurèse
- Effet vasodilatateur par action directe sur les muscles lisses des vaisseaux

Indication

- Hypertension artérielle

Contre-indications

- Antécédent de réaction allergique ou intolérance connue aux diurétiques thiazidiques ou apparentés
- Anurie

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Déshydratation
- Dysfonction sexuelle (homme et femme)
- Hyperuricémie
- Hypokaliémie, hyponatrémie, hypomagnésémie
- Insuffisance rénale

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- AINS (coxibs et non-coxibs) :
 - ↓ effet antihypertenseur
- Calcium :
 - ↓ de l'excrétion rénale du Ca
- Corticostéroïdes :
 - ↑ risque d'hypokaliémie et ↓ effet antihypertenseur
- Digoxine :
 - ↑ risque de toxicité à la digoxine relié aux perturbations électrolytiques
- Hypoglycémisants oraux :
 - ↑ possible de la glycémie

- Lithium :
 - ↑ lithémie (risque de toxicité accrue)
- Inhibiteurs du SGLT2 : peut accroître le risque de déshydratation et/ou d'hypotension

Avant le début du traitement, 10 à 14 jours après le début du traitement et suite à l'ajustement de la dose

- Électrolytes (ions), créatinine
- Acide urique (optionnel)

Précautions

- Goutte (surveillance recommandée de l'acide urique et des symptômes)
- Le médicament doit être cessé temporairement si présence de signes de déshydratation (vomissements, diarrhées importantes) afin d'éviter une insuffisance rénale aiguë

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines

Particularités

- Les diurétiques thiazidiques ou apparentés peuvent être utilisés chez toute personne hypertendue qui ne présente aucune contre-indication à leur utilisation
- Les diurétiques de l'anse ne sont pas de bons antihypertenseurs (ex. : furosémide). Ils ne devraient être utilisés que chez les patients pour lesquels une hypervolémie est présente, particulièrement lorsque la clairance de la créatinine ou le DFG estimé est < 0,5 ml/ sec (30 ml/min)
- Les diurétiques épargneurs de potassium (ex. spironolactone) ne devraient être utilisés que dans des circonstances particulières (hypertension résistante, hyperaldostéronisme ou hypokaliémie) et faire l'objet d'une surveillance étroite des paramètres biochimiques, particulièrement de la kaliémie

* chlortalidone, indapamide (Lozide)

Tableau d'ajustement proposé des doses de diurétiques thiazidiques et apparentés

DIURÉTIQUES	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDES :		
Chlorthalidone	Apo-Chlorthalidone	12,5 → 25 mg DIE
Indapamide	Lozide*	0,625 → 1,25 → 2,5 mg DIE
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES OU APPARENTÉS		
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	*	12,5 → 25 mg DIE

Note : lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique.

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

De nombreuses associations à doses fixes (monocomprimés) disponibles sont énumérées à la page 28

INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Inhibition de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Pro-médicament (sauf captopril et lisinopril)

Indications

- Hypertension grade 1
- Hypertension grades 2 et 3 en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Grossesse et allaitement
- Allergie médicamenteuse, intolérance ou antécédent d'angioedème relié à un traitement antérieur avec un IECA ou un ARA
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique
- Utilisation concomitante avec un ARA ou un inhibiteur direct de la rénine

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Toux
- Étourdissement
- Hyperkaliémie
- Angioedème (rare, mais grave)

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- Agents causant une ↑ additive des taux de potassium sérique (ex. : supplément de potassium, diurétiques épargneurs de potassium, succédanés de sel, héparine, triméthoprim) ↓ l'effet antihypertenseur, ↑ de la créatinine
- AINS (coxibs ou non-coxibs) :
- Lithium : ↑ lithémie (risque de toxicité accrue)

Avant le début du traitement, 10 à 14 jours après le début du traitement et suite à l'ajustement de la dose

- Électrolytes (ions), créatinine
- Une augmentation jusqu'à 30 % de la créatinine peut généralement être tolérée
- Une augmentation de la créatinine est un signe de diminution de la pression intraglomérulaire et indique que la prise d'un IECA permettra au patient de bénéficier d'une meilleure protection rénale à long terme

Élimination

- Principalement rénale : bénazépril, captopril, cilazapril, énalapril, lisinopril, périndopril
- Principalement hépatique : quinapril, ramipril, trandolapril
- Rénale / hépatique : fosinopril

Précautions

- Attention à l'hyperkaliémie surtout chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, d'insuffisance cardiaque, de diabète ou chez les personnes prenant des diurétiques épargneurs de potassium ou des suppléments potassiques
- Le médicament doit être cessé temporairement si présence de signes de déshydratation (vomissements, diarrhées importantes) afin d'éviter une insuffisance rénale aiguë
- Un recontrôle de la créatinine dans 2-3 semaines, une réévaluation de la posologie ou, en dernier recours, une interruption du traitement peuvent être nécessaires si l'instauration de l'IECA induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale grave.
- Prudence chez les personnes à risque d'hypotension ou d'étourdissements lors de l'administration concomitante d'un IECA et d'un inhibiteur du SGLT2

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : thiazidique et apparenté) et d'ajuster au besoin

Tableau d'ajustement proposé des doses des IECA

IECA	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Bénazépril	Lotensin*	5 → 10 → 20 → 40 mg DIE
Captopril	Capoten*	25 → 37,5 → 50 mg BID → 50 mg TID
Cilazapril	Inhibace*	2,5 → 5 → 10 mg DIE
Cilazapril / HCTZ	Inhibace plus*	5/12,5 → 10/25 mg DIE
Énalapril	Vasotec*	5 → 10 → 20 → 40 mg DIE
Énalapril / HCTZ	Vaseretic*	5/12,5 → 10/25 mg DIE
Fosinopril	Monopril*	10 → 20 → 40 mg DIE
Lisinopril	Prinivil, Zestril*	10 → 20 → 40 mg DIE
Lisinopril / HCTZ	Zestoretic*	10/12,5 → 20/12,5 → 20/25 → 40/25 mg DIE
Périndopril	Coversyl	2 → 4 → 8 mg DIE
Périndopril Arginine**/ Amlodipine	Viacoram	3,5/2,5 mg; 7/5 mg; 14/10 mg
Périndopril/Indapamide	Coversyl plus, Coversyl plus HD	2/0,625 → 4/1,25 → 8/2,5 mg DIE
Quinapril	Accupril	10 → 20 → 40 mg DIE
Quinapril / HCTZ	Accuretic*	10/12,5 → 20/12,5 → 20/25 → 40/25 mg DIE
Ramipril	Altace*	2,5 → 5 → 10 mg DIE
Ramipril / HCTZ	Altace HCT*	2,5/12,5 → 5/12,5 → 10/12,5 → 10/25 mg DIE
Trandolapril	Mavik	1 → 2 → 4 mg DIE

Note : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique. Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique.

** Il est important de noter la différence de dosages entre le périndopril arginine et le périndopril erbumine (Coversyl)

ANTAGONISTES OU BLOQUANTS DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (ARA ou BRA)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage du récepteur AT1 de l'angiotensine II

Indications

- Hypertension grade 1
- Hypertension grades 2 et 3 en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Grossesse et allaitement
- Allergie médicamenteuse, intolérance ou antécédent d'angioedème relié à un traitement antérieur avec un ARA ou un IECA
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique
- Utilisation concomitante avec un IECA ou un inhibiteur direct de la rénine

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Céphalées
- Étourdissements
- Hyperkaliémie
- Toux (rare)
- Angioedème (très rare, mais grave)

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- Agents causant une ↑ additive des taux de potassium sérique (ex. : supplément de potassium, diurétiques épargneurs de potassium, succédanés de sel, héparine, triméthoprime)
- AINS (coxibs et non-coxibs) :
 - ↓ l'effet antihypertenseur, ↑ de la créatinine
- Lithium :
 - ↑ lithémie (risque de toxicité accrue)

Avant le début du traitement, 10 à 14 jours après le début du traitement et suite à l'ajustement de la dose

- Électrolytes (ions), créatinine
- Une augmentation maximale de 30 % de la créatinine peut généralement être tolérée

Élimination

- Tous les ARA sont éliminés principalement (60-95 %) par voie hépatique et faiblement (10-40 %) par voie rénale

Précautions

- Attention à l'hyperkaliémie surtout chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, d'insuffisance cardiaque, de diabète ou chez les personnes prenant des diurétiques épargneurs de potassium ou des suppléments potassiques
- Le médicament doit être cessé temporairement si présence de signes de déshydratation (vomissements, diarrhées importantes) afin d'éviter une insuffisance rénale aiguë
- La réévaluation de la posologie ou une interruption du traitement peuvent être nécessaires si l'instauration de l'IECA induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale grave.
- Prudence chez les personnes à risque d'hypotension ou d'étourdissements lors de l'administration concomitante d'un IECA et d'un inhibiteur du SGLT2

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : diurétique thiazidique et apparenté) et d'ajuster au besoin

Tableau d'ajustement proposé des doses des ARA ou BRA

ARA	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Azilsartan	Edarbi	40 → 80 mg DIE
Azilsartan/ Chlorthalidone	Edarbychlor	40/12,5 → 40/25 mg DIE
Candésartan	Atacand	4 → 8 → 16 → 32 mg DIE
Candésartan/ HCTZ	Atacand plus*	16/12,5 → 32/12,5 → 32/25 mg DIE
Éprosartan	Teveten	400 → 600 → 800 mg DIE
Éprosartan/HCTZ	Teveten plus	600/12,5 DIE
Irbésartan	Avapro	75 → 150 → 300 mg DIE
Irbésartan / HCTZ	Avalide*	150/12,5 → 300/12,5 → 300/25 mg DIE
Losartan	Cozaar	50 → 100 mg DIE
Losartan / HCTZ	Hyzaar, Hyzaar DS*	50/12,5 → 100/12,5 → 100/25 mg DIE
Olmésartan	Olmotec	20 → 40 mg DIE
Olmésartan/ HCTZ	Olmotec plus	20/12,5 → 40/12,5 → 40/25 mg DIE
Telmisartan	Micardis*	40 → 80 mg DIE
Telmisartan/ Amlodipine	Twynsta	40/5 mg; 40/10 mg; 80/5 mg; 80/10 mg
Telmisartan/ HCTZ	Micardis plus*	80/12,5 → 80/25 mg DIE
Valsartan	Diovan*	80 → 160 → 320 mg DIE
Valsartan / HCTZ	Diovan HCT*	80/12,5 → 160/12,5 → 160/25 → 320/25 mg DIE

Note : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique. Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique.

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

BÊTABLOQUANTS OU BLOQUANTS DES RÉCEPTEURS β -ADRÉNERGIQUES

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage des récepteurs β -adrénergiques, cardio-sélectifs (β -1) ou non cardio-sélectifs (β -1 et β -2)
- Vasodilatation par
 - blocage des récepteurs alpha-1 (labétalol)
 - action médiée par oxyde nitrique (nébivolol)

Cardiosélectivité

- Cardiosélectifs : acébutolol, aténolol, bisoprolol, métoprolol, nébivolol
- Non cardiosélectifs : autres β -bloquants

Indications

- Hypertension grade 1
- Hypertension grades 2 et 3 en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

- Blocs auriculo-ventriculaires (AV) du 2e et du 3e degré
- Bradycardie sinusale d'origine diverse
- Allergie médicamenteuse ou intolérance connue aux β -bloquants
- Maladie du sinus (sauf en cas de port d'un stimulateur cardiaque permanent)

À éviter

- Asthme

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Bloc AV
- Bradycardie
- Bronchospasme
- Céphalées
- Défaillance cardiaque
- Dysfonction sexuelle (homme)
- Effets sur le système nerveux central (dépression, cauchemars, insomnie)
- Étourdissements
- Exacerbation du syndrome de Raynaud
- Fatigue
- Hyperglycémie
- Intolérance à l'effort
- Nausées

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- Agents causant de la bradycardie additive (ex. : amiodarone, dipyridamole, disopyramide, inhibiteurs des cholinestérases)
- Antiarythmiques : prolongation de la conduction sinoauriculaire (SA) et AV
- Bloquants des canaux calciques non-DHP : prolongation de la conduction SA et AV
- Clonidine : hypertension rebond si arrêt brusque de la clonidine, bradycardie
- Digoxine : ↓ importante de la fréquence cardiaque

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

- Fréquence cardiaque
- Rythme cardiaque

Élimination

- Principalement rénale : aténolol, nadolol
- Principalement hépatique : métoprolol, propranolol, timolol
- Rénale/ hépatique : acébutolol, bisoprolol, pindolol, nébivolol

Précautions

- Éviter l'interruption soudaine du médicament
- Maladie pulmonaire obstructive (MPOC) (privilégier un β -bloquant cardio-sélectif)
- Insuffisance cardiaque non maîtrisée
- Bloc AV du 1er degré
- Diabète (peut masquer certains signes d'hypoglycémie)
- Hyperthyroïdie (peut masquer certains signes)
- Troubles graves de la circulation artérielle périphérique (ex. : phénomène de Raynaud)
- Fréquence cardiaque : avant le début du traitement et lors de l'ajustement de la dose

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines (jusqu'à maîtrise de la pression artérielle si la fréquence cardiaque demeure égale ou supérieure au seuil déterminé par le médecin)
- Si cible non atteinte suite à l'introduction de la dose de départ, il est suggéré d'ajouter un diurétique thiazidique ou un BCC-DHP et d'ajuster au besoin
- Ces médicaments ne sont pas recommandés chez les personnes de plus de 60 ans en monothérapie initiale sauf si indication formelle (ex. : angine)

Tableau d'ajustement proposé des doses des β -bloquants

BÊTABLOQUANTS	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
Acébutolol	Monitan, Sectral*	100 → 200 → 400 mg DIE
Aténolol	Ténormin*	25 → 50 → 100 mg DIE
Bisoprolol	Monacor*	2,5 → 5 → 10 mg DIE
Labétalol	Trandate*	100 → 200 → 400 mg BID
Métoprolol (libération immédiate)	Lopresor*	25 → 50 → 75 → 100 mg BID
Métoprolol (libération prolongée)	Lopresor SR*	100 → 200 mg DIE
Nadolol	*	20 → 40 → 80 → 120 → 160 mg DIE
Nébivolol	Bystolic	2,5 → 5 → 10 mg DIE
Pindolol	Visken*	5 → 7,5 → 10 mg BID
Propranolol (libération immédiate)	*	40 → 80 mg BID
Propranolol (libération prolongée)	Inderal LA*	60 → 80 → 120 → 160 → 180 mg DIE
Timolol	Apo-timol*	5 → 10 → 15 mg BID

Note : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée, ou prenant un diurétique. Lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique.

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

BLOQUANTS DES CANAUX CALCIFIQUES (BCC)

Considérations générales

Mécanisme d'action

- Blocage des canaux calciques responsables de la diffusion transmembranaire des ions calcium dans le muscle cardiaque et le muscle lisse vasculaire

2 types de bloquants des canaux calciques (BCC)

- Dihydropyridinique (DHP) amlodipine, félodipine, nifédipine
- Non-dihydropyridinique (non-DHP) diltiazem, vérapamil

Indications

- Hypertension grade 1
- Hypertension grades 2 et 3 en association avec d'autres agents antihypertenseurs

Contre-indications

BCC DHP et BCC non-DHP

allergie médicamenteuse ou intolérance connue aux BCC

BCC non-DHP

- Blocs AV du 2e et du 3e degré
- Dysfonction ventriculaire gauche grave (fraction d'éjection inférieure à 35 %)
- Maladie du sinus (sauf en cas de port d'un stimulateur cardiaque permanent)

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

BCC DHP

- Bouffées vasomotrices
- Céphalées
- Étourdissements
- Oedème des membres inférieurs
- Tachycardie réflexe

BCC non-DHP

- Bloc AV
- Bradycardie
- Céphalées
- Constipation (surtout vérapamil)
- Étourdissements
- Oedème des membres inférieurs

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- Digoxine : ↑ du taux sérique par ↓ de son élimination produite par le vérapamil ou le diltiazem

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de doses

BCC non-DHP

- ECG

Élimination

- Hépatique

Précautions

BCC DHP

- Le jus de pamplemousse peut augmenter significativement l'effet antihypertenseur (en particulier pour la félodipine)

BCC non-DHP

- Utiliser avec précaution en combinaison avec un β-bloquant
- Fréquence cardiaque : avant le début du traitement et lors de l'ajustement de dose

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 3 à 4 semaines

Tableau d'ajustement proposé des doses des bloqueurs des canaux calciques

MÉDICAMENTS	NOM COMMERCIAL	AJUSTEMENT DES DOSES
BCC-DHP		
Amlodipine	Norvasc*	5 → 7,5 → 10 mg DIE
Amlodipine / Périndopril Arginine**	Viacoram	3,5/2,5 mg; 7/5 mg; 14/10 mg
Amlodipine/Telmisartan	Twynsta	40/5 mg; 40/10 mg; 80/5 mg; 80/10 mg
Félodipine (libération prolongée)	Renedil, Plendil*	5 → 7,5 → 10 mg DIE
Nifédipine (libération prolongée)	Adalat XL*	60 → 90 mg DIE
BCC NON-DHP		
Diltiazem (libération prolongée)	Cardizem, Tiazac, Tiazac XC*	180 → 240 → 360 mg DIE
Vérapamil (libération prolongée)	Isoptin SR*	En <i>continuum</i> : 120 → 240 mg DIE 240 mg AM et 120 mg PM 240 mg BID

Toutes les formulations d'antihypertenseurs mentionnées précédemment doivent être administrées par voie orale.

Note : lorsque 50 % de la dose maximale est atteinte, il faut penser associer un agent d'une autre classe thérapeutique

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles

** Il est important de noter la différence de dosages entre le périndopril arginine et le périndopril erbumine (Cover syl)

Classes d'antihypertenseurs utilisées au Canada en ordre alphabétique

Agents du SNC

Clonidine, méthylidopa

Alphabloquants

Doxazosine, prazosine, térazosine

Antagonistes de l'aldostérone

Éplérénone, spironolactone

Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

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

Bêtabloquants

Bêtabloquants non cardiosélectifs :

sans ASI : nadolol, propranolol, timolol

avec ASI : pindolol

Bêtabloquants cardio-sélectifs :

sans ASI : aténolol, bisoprolol, métoprolol, nébivolol

avec ASI : acébutolol

Bêta et alphabloquants : carvédilol, labétalol

Bloquants des canaux calciques (BCC)

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

BCC non dihydropyridiniques : diltiazem, vérapamil

Diurétiques

Apparentés aux thiazides : chlorthalidone, indapamide

Thiazidiques : hydrochlorothiazide

De l'anse : furosémide

Épargneurs de potassium : amiloride, triamtèrene, 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

Tableaux comparatifs des antihypertenseurs

TABLEAU COMPARATIF DES BÊTABLOQUANTS (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
Posologie	Posologie(s) initiale(s) habituelle(s)	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 bêtabloquants (bisoprolol, carvédilol, 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 bêtabloquant 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES BÊTABLOQUANTS (BB)

		Labétalol	Métoprolol	Nadolol	Nébivolol
Indications	Marque de commerce	Trandate® ★	Lopressor SR® ★	★	Bystolic® ★
	HTA	OUI	OUI	OUI	OUI
	Insuffisance cardiaque	NON	*	NON	NON
	Angine	NON	OUI	OUI	NON
Posologie	Posologie(s) initiale(s) habituelle(s)	100 mg bid	La posologie initiale en insuffisance cardiaque est de 12,5 mg bid (formulation à courte action)	40-80mg 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	1200 mg par jour en 2 prises	400 mg	320 mg	20 mg
	Cardio-sélectivité	NON	OUI	NON	OUI
Propriétés	Activité sympathomimétique (ASI)	NON	NON	NON	NON
	Principale voie d'élimination	Hépatique	Hépatique	Rénale	Rénale/Hépatique

* Des études supportent l'usage de certains bêtabloquants (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 bêtabloquant 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES BÊTABLOQUANTS (BB)

		Pindolol	Propranolol	Timolol
Indications	Marque de commerce	Visken® ★	Inderal LA® ★	★
	HTA	OUI	OUI	OUI
	Insuffisance cardiaque	NON	NON	NON
	Angine	OUI	OUI	OUI
Posologie	Posologie(s) initiale(s) habituelle(s)	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 bêtabloquants (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 bêtabloquant 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES DE TYPE DIHYDROPYRIDINIQUE (BCC DHP)

	Amlodipine	Féلودipine	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	Posologie initiale habituelle	2,5-5 mg die	2,5-5 mg die	30 mg die
	Gamme posologique	2,5-10 mg die	2,5-20 mg die	30-120 mg die
	Posologie maximale	10 mg	20 mg	120 mg
	Automatisme sinusal	◇	◇ ou ↓	◇
	Conduction nœud AV	◇	◇	◇
Propriétés	Contractilité	◇ ou ↓	◇ ou ↓	◇ ou ↓
	Débit coronarien	↑↑	↑↑	↑↑
	Débit périphérique	↑↑	↑↑	↑↑
	Associations avec bêtabloquants	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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES DE TYPE NON DIHYDROPYRIDINIQUE (BCC NON DHP)

	Verapamil SR	Diltiazem CD
Indications	Marque de commerce	Isoptin® ★ Cardizem CD® ★ Tiazac® Tiazac XC® ★
	INDICATIONS	HTA Angine
	Autres indications utiles	Tachyarrhythmie supraventriculaire Fibrillation auriculaire chronique ou flutter Migraine
Posologie	Posologie initiale habituelle	120 mg die
	Gamme posologique	180-240 mg die
	Posologie maximale	360-480 mg par jour en 2 prises
	Automatisme sinusal	↓
	Conduction nœud AV	↓↓
	Contractilité	↓
Propriétés	Débit coronarien	↑↑
	Débit périphérique	↑
	Associations avec bêtabloquants	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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

	Bénazépril	Captopril	Cilazapril	Énalapril	
Indications	Marque de commerce	Lotensin® ★	★	Inhibace® ★	Vasotec® ★
	HTA	HTA légère à modérée	OUI	HTA légère à modérée	OUI
	Insuffisance cardiaque	NON	OUI	OUI	OUI
Posologie	Posologies Initiales habituelles	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
Propriétés	Diurétiques	Synergie	Synergie	Synergie	Synergie
	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 10 à 14 jours 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

	Fosinopril	Lisinopril	Périndopril erbumine	
Indications	Marque de commerce	★	Prinivil®/ Zestril® ★	Coversyl® ★
	HTA	OUI	OUI	HTA légère à modérée
	Insuffisance cardiaque	OUI	OUI	OUI
Posologie	Posologies Initiales habituelles	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
Propriétés	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 10 à 14 jours 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

	Quinapril	Ramipril	Trandolapril	
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	Posologies Initiales habituelles	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
Propriétés	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 10 à 14 jours 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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (ARA)

	Azilsartan	Candésartan	Éprosartan	Irbésartan	
Indications	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
Propriétés	Posologie maximale	80 mg	32 mg	800 mg	300 mg
	Insuffisance cardiaque *				
	Indication	NON	OUI	NON	NON
	Posologie Initiale habituelle	-	4 mg	-	-
	Gamme posologique	-	4-32 mg	-	-
Posologie maximale	-	32 mg	-	-	
Lithium	Surveiller concentration sérique de lithium				

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.

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

TABLEAU COMPARATIF DES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (ARA)

	Losartan	Olmésartan	Telmisartan	Valsartan	
Indications	Marque de commerce	Cozaar® ★	Olmetec® ★	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	
Indications	Insuffisance cardiaque *				
	Indication	NON	NON	NON	OUI
	Posologie Initiale habituelle	-	-	-	40 mg bid
	Gamme posologique	-	-	-	40 mg bid à 160 mg bid
	Posologie maximale	-	-	-	160 mg bid
Propriétés	Lithium	Surveiller concentration sérique de lithium			

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

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

Liste alphabétique des antihypertenseurs

NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL
Acébutolol	Sectral + ★
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 + ★
Doxazosine	Cardura + ★
Énalapril	Vasotec + ★
Éplérénone	Inspra + ★

Éprosartan	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 + ★
Nifédipine (action prolongée)	Adalat XL + ★
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 + ★

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

Liste alphabétique des associations à doses fixes (monocomprimés)

Aténolol + chlorthalidone	Ténoretic + ★
Azilsartan et chlorthalidone	Edarbyclor
Candésartan + hydrochlorothiazide	Atacand Plus + ★
Cilazapril + hydrochlorothiazide	Inhibace Plus + ★
Énalapril + hydrochlorothiazide	Vaseretic + ★
Éprosartan + hydrochlorothiazide	Teveten Plus + ★
Hydrochlorothiazide + amiloride	Moduret + ★
Hydrochlorothiazide + spironolactone	Aldactazide + ★
Hydrochlorothiazide + triamterène	Dyazide + ★
Irbésartan + hydrochlorothiazide	Avalide + ★
Lisinopril + hydrochlorothiazide	Zestoretic + ★
Losartan + hydrochlorothiazide	Hyzaar + ★
Olmésartan + hydrochlorothiazide	Olmotec Plus + ★
Périndopril arginine + amlodipine	Viacoram + ★
Périndopril erbumine + indapamide	Corvesyl Plus
Pindolol + hydrochlorothiazide	Viskazide + ★
Quinapril + hydrochlorothiazide	Accurétic + ★
Ramipril + hydrochlorothiazide	Altace HCT + ★

Telmisartan + amlodipine	Twynsta + ★
Telmisartan + hydrochlorothiazide	Micardis Plus + ★
Valsartan + hydrochlorothiazide	Diovan HCT + ★

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