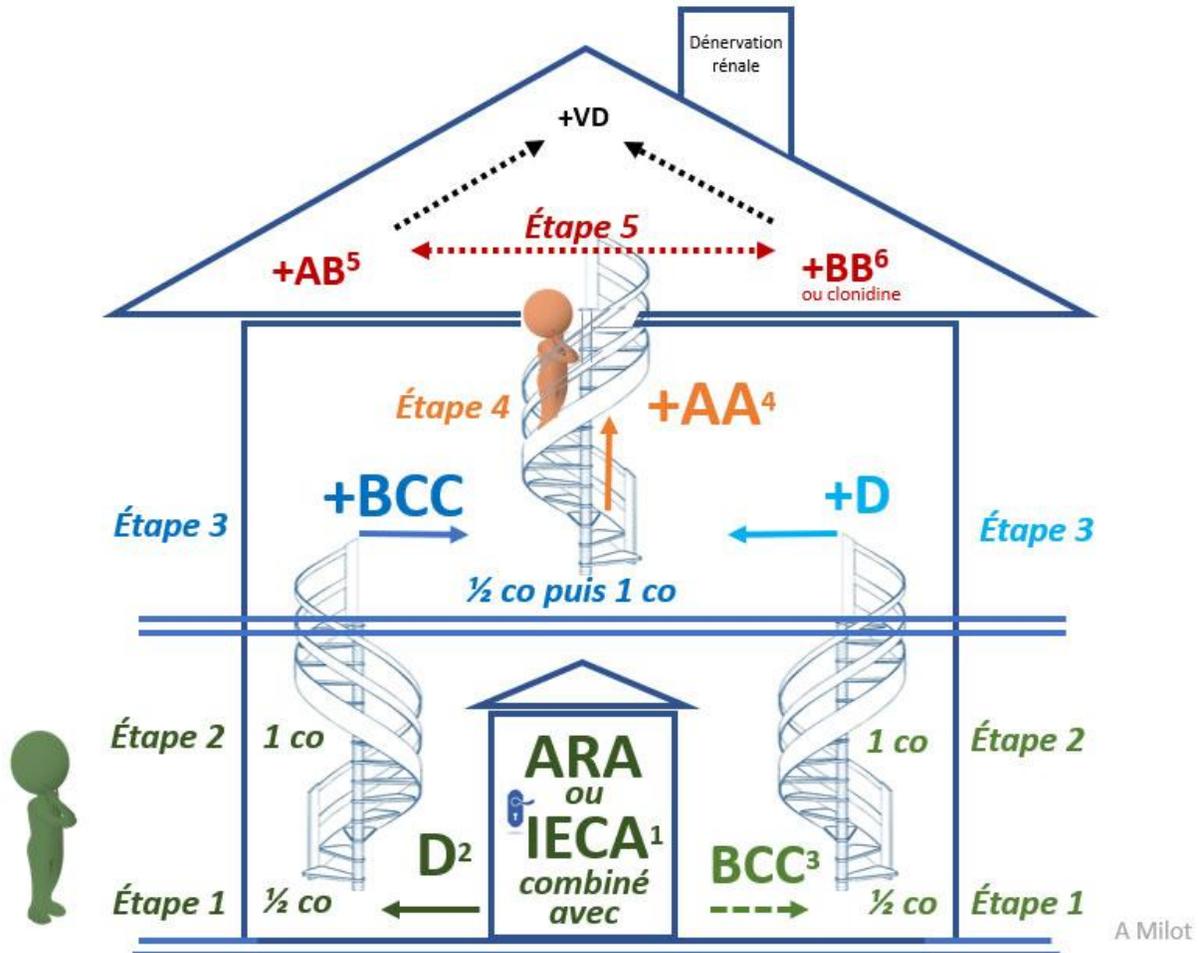


# TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE PREMIÈRE LIGNE ET STRATÉGIE D'ASSOCIATION DES ANTIHYPERTENSEURS



En visitant la « petite maison », vous pouvez identifier les combinaisons 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

La première étape, la **porte d'entrée** du rez-de-chaussée, est un **mono-comprimé contenant les agents de première ligne**:

- un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine **ARA** ou un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine **IECA combiné à**
- un diurétique **D** thiazidique ou apparenté aux thiazides ou un bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique **BCC**.

La *deuxième étape* est de majorer la dose du mono-comprimé.

Puis, les **escaliers** vous guident à l'étage vers les associations les plus efficaces.

La *troisième étape* est d'ajouter, au mono-comprimé précédemment sélectionné, l'agent alternatif, soit un bloquant des canaux calciques de type dihydropyridinique **BCC** ou un diurétique **D** thiazidique ou apparenté aux thiazides, puis de majorer la dose de ce dernier agent.

La *quatrième étape* est d'ajouter un antagoniste de l'aldostérone **AA** ex. spironolactone (kaliémie et créatininémie à surveiller) puis de majorer la dose.

Enfin, la *cinquième étape* vous conduit au grenier où se retrouvent d'abord un alpha-bloquant **AB** (pression orthostatique à surveiller) et un bêta-bloquant **BB** ou la clonidine (fréquence cardiaque à considérer) puis, en dernier recours, un vasodilatateur direct **VD** (hydralazine, minoxidil) et la dénervation rénale.



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 (*étapes 4 et 5*) ou
- est mal toléré ou
- s'accompagne d'atteinte des organes cibles.

## À noter que

<sup>1</sup> l'association d'un ARA avec un IECA n'est pas recommandée.

<sup>2</sup> l'association d'un ARA ou d'un IECA à un diurétique thiazidique ou apparenté aux thiazides, plutôt que celle d'un ARA ou d'un IECA à un BCC, peut être favorisée en raison de la plus grande disponibilité de mono-comprimés contenant ces deux agents et du moindre coût.

<sup>3</sup> l'association d'un ARA ou d'un IECA à un BCC, plutôt que celle d'un ARA ou d'un IECA à un diurétique, peut être favorisée chez les patients ayant un risque cardiovasculaire élevé ou un antécédent d'hyponatrémie.

<sup>4</sup> 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, triméthoprim-sulfaméthoxazole).

<sup>5</sup> l'ajout d'un AB peut nécessiter un suivi de la pression couchée/assise puis debout pour dépister l'hypotension orthostatique.

<sup>6</sup> l'association d'un BCC non-dihydropyridinique (diltiazem, vérapamil) avec un BB n'est pas recommandée.

\* une monothérapie à faible dose peut être considérée pour débiter le traitement lorsqu'un patient est fragile, à risque de chutes ou présente une hypotension orthostatique significative.