

# ÉVALUATION DE LA PERSONNE ATTEINTE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



Le questionnaire et l'examen physique de l'hypertendu ont pour buts de :

- déceler des facteurs de risque pouvant aggraver la maladie
- vérifier si l'hypertension artérielle a atteint certains organes cibles

On complétera l'évaluation par des examens de laboratoire qui auront également pour but de :

- vérifier si l'hypertension a atteint certains organes cibles
- déceler des facteurs de risque pouvant aggraver la maladie
- trouver des causes (autres qu'héréditaires)
- surveiller les changements métaboliques pouvant être induits par la prise de certains médicaments

## Questionnaire

### Histoire personnelle et familiale d'hypertension artérielle

- durée de l'hypertension artérielle
- valeurs antérieures de pression artérielle
- traitement antihypertenseur antérieur :
  - médicament(s) utilisé(s) (dosage, intervalle, adhésion au traitement)
  - efficacité et effets indésirables

### Facteurs de risque

- histoire personnelle et familiale :
  - de dyslipidémie
  - de diabète
  - de maladies cardiovasculaires
  - de maladies rénales
- tabagisme
- habitudes alimentaires
- consommation de sodium (sel) et d'alcool
- obésité
- sédentarité

### Symptômes d'atteinte des organes cibles

- cerveau et yeux : céphalée, vertiges, troubles de vision, troubles de la parole, symptômes de déficit moteur ou sensitif (faiblesse, engourdissement, perte de sensibilité)
- coeur : palpitations, douleur thoracique, dyspnée, oedème périphérique
- rein : polyurie, nycturie, hématurie
- artères périphériques : extrémités froides, claudication intermittente Indices d'hypertension artérielle secondaire
- prise de médicaments /substances : contraceptifs oraux, sympathomimétiques (décongestionnants), stéroïdes, antiinflammatoires non stéroïdiens, cocaïne, amphétamines
- ronflements, apnée du sommeil (information provenant du partenaire)

## Exemples d'atteinte d'organes cibles en présence d'hypertension artérielle

### Cerveau :

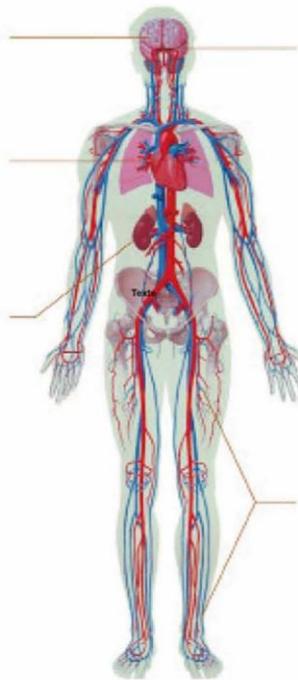
- Accident vasculaire cérébral (ischémie cérébrale transitoire, ramollissement, hémorragie), démence vasculaire

### Cœur :

- Maladie coronarienne (angine, infarctus du myocarde), hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire

### Reins :

- Maladie rénale (néphropathie) : insuffisance rénale



### Yeux :

- Maladie de la rétine (rétinopathie) : rétrécissement artériolaire, hémorragies rétinienne, exsudats, oedème papillaire

### Artères périphériques viscérales et des membres

- Artériopathie obstructive des artères viscérales (ischémie intestinale), rénales (HTA rénovasculaire, insuffisance rénale) et des membres (claudication, plaie ischémique, nécrose)

## Examen physique

### Mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque

Statut pondéral :

- indice de masse corporelle (IMC)
  - surpoids = IMC entre 25 et 29,9 kg/m<sup>2</sup>
  - obésité = IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>
- tour de taille (position debout)
  - 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes\*

Signes d'atteinte des organes cibles :

- cerveau : déficits neurologiques moteurs ou sensitifs (faiblesse, perte de sensibilité)
- cœur et vaisseaux :
  - œdème périphérique
  - artères périphériques : extrémités froides, lésions ischémiques de la peau, absence/réduction/asymétrie des pouls, indice cheville/bras (tibio-huméral) < 0,9

Les recommandations concernant le tour de taille varient selon les organismes consultés. En effet, l'American Heart Association, le Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada et Santé Canada recommandent actuellement d'utiliser les valeurs de : 88 cm pour les femmes et 102 cm pour les hommes. Par ailleurs, La Fédération internationale du diabète de même que la Société canadienne de cardiologie dans ses recommandations pour le diagnostic des dyslipidémies proposent des valeurs inférieures, alléguant nos origines européennes. Ainsi les valeurs, au-delà desquelles on considère que le risque cardiovasculaire augmente, seraient, selon ces associations : 80 cm pour les femmes et 94 cm pour les hommes.

### Objectifs

- vérifier si l'hypertension a atteint certains organes cibles
- déceler des facteurs de risque pouvant aggraver la maladie
- trouver des causes (autres qu'héréditaires)
- surveiller les changements métaboliques pouvant être induits par la prise de certains médicaments

### Test de dépistage systématisés suggérés lors du diagnostic d'hypertension artérielle

- électrolytes ou ions (sodium, potassium)
- créatinine
- glycémie à jeun ou Hb glyquée (HbA1c)
- bilan lipidique à jeun (cholestérol total, C-HDL, C-LDL et triglycérides)
- analyse d'urine et rapport albumine/créatinine urinaire
- ECG standard au repos (si aucun ECG n'a été fait au cours de la dernière année)

---

### Examens demandés pour le suivi des patients

- électrolytes ou ions (sodium, potassium)
- créatinine
- glycémie à jeun ou Hb glyquée (HbA1c)
- bilan lipidique (cholestérol total, C-HDL, C-LDL et triglycérides)

Lors du début de la thérapie médicamenteuse par un IECA, un ARA ou un diurétique thiazidique ou apparenté, le professionnel de la santé concerné planifiera les analyses de laboratoire suivantes :

- électrolytes ou ions (sodium, potassium)
- créatinine

Selon les résultats antérieurs et l'état clinique, dix à quatorze jours après le début de la thérapie médicamenteuse par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA), un diurétique thiazidique ou apparenté et lors de l'augmentation de la dose de ces médicaments, le professionnel de la santé concerné pourra planifier les analyses de laboratoire suivantes :

- électrolytes ou ions (sodium, potassium)
- créatinine

---

### Examens complémentaire lors du diagnostic ou du suivi

Chez les patients ayant un diagnostic de diabète et/ou d'insuffisance rénale chronique, le professionnel de la santé concerné planifiera l'analyse de laboratoire suivante :

- microalbuminurie

## Examens complémentaires qui devraient également être planifiés à la demande du médecin

Chez les patients ayant un diagnostic de diabète et/ou d'insuffisance rénale chronique, le professionnel de la santé concerné planifiera l'analyse de laboratoire suivante :

- échographie rénale chez les patients ayant une élévation de la créatininémie
- échographie cardiaque chez les patients ayant une suspicion ou un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de valvulopathie

Note : les résultats seront acheminés au médecin traitant. D'autres agents antihypertenseurs peuvent également être utilisés pour assurer l'atteinte des valeurs cibles. Lorsque c'est la cas, le médecin doit convenir du protocole à utiliser pour assurer la surveillance clinique.

Ces tableaux présentent le résumé des principaux examens ainsi que les moments privilégiés pour les réaliser

### Examens paracliniques

TESTS	INDICATIONS
Électrolytes/ions (sodium, potassium), créatinine	Au diagnostic Une fois par année
Glycémie à jeun ou Hb glyquée (HbA <sub>1c</sub> )	Au diagnostic Une fois par année
Bilan lipidique à jeun ou non	Au diagnostic Une fois par année
Analyse d'urine (SMU)	Au diagnostic
Microalbuminurie	Au diagnostic Une fois par année (chez les patients ayant un diagnostic de diabète et/ou d'insuffisance rénale chronique)
Électrocardiogramme au repos (ECG)	Au diagnostic

### Examens paracliniques complémentaires

TESTS	INDICATIONS
Électrolytes/ions (sodium, potassium), créatinine	Avant le début de la thérapie 10-14 jours après le début de la prise d'un IECA/ARA/diurétique thiazidique ou apparenté, selon les résultats antérieurs et l'état clinique 10-14 jours après augmentation de la dose d'un IECA/ARA/diurétique thiazidique ou apparenté, selon les résultats antérieurs et l'état clinique
Échographie rénale	Chez les patients ayant une élévation de la créatininémie
Échographie cardiaque	Chez les patients ayant une suspicion ou un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de valvulopathie

Plusieurs modèles de prédiction du risque de maladie cardiovasculaire ont été élaborés à partir d'études épidémiologiques. La majorité de ces modèles ne s'appliquent qu'à des **personnes n'ayant pas d'antécédent ni de manifestation de maladie cardiovasculaire** (prévention primaire).

De plus, il existe plusieurs versions de ces outils :

- prédiction d'événements coronariens
- prédiction d'une combinaison d'événements cardiovasculaires
- prédiction de tous les événements, tant mortels que non mortels
- prédiction d'événements mortels

Enfin, **Framingham** est le seul calculateur qui a été calibré pour la population canadienne.

À la suite des travaux sur la diminution du risque cardiovasculaire menés en 2017, l'INESSS a rendu disponible la **Calculatrice : prévention des risques cardiovasculaires**. Le calcul du risque cardiovasculaire par cet outil d'aide à la décision partagée entre le professionnel de la santé et le patient est basé sur le calculateur de risque sur 10 ans de **Framingham**.

Des études récentes ont démontré qu'il était pertinent de communiquer au patient son risque cardiovasculaire. Plus particulièrement, l'utilisation d'analogies se référant à «l'âge cardiovasculaire» ou «l'âge du coeur» semblent efficaces pour influencer l'adoption de saines habitudes de vie.

L'outil permet donc au professionnel de la santé de présenter au patient de façon simple et imagée les avantages et les inconvénients des interventions tels que de la modification de ses habitudes de vie ou la prise de médicaments (ex. : une statine), sur ce risque afin de lui permettre de choisir une intervention de façon éclairée.

- **Algorithme – Patient sans conditions cliniques particulières →**
- **Calculer le risque sur 10 ans →**
- **Le calculateur de risque/bénéfice absolu des maladies cardiovasculaires →**