



La Société québécoise
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

3^e édition



Aide-mémoire
THÉRAPEUTIQUE
HYPERTENSION

AVERTISSEMENT

L'information contenue dans le présent aide-mémoire thérapeutique était la plus juste possible au moment de sa publication, le 1^{er} juillet 2025.

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 – 3^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 978-2-924436-10-3

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec - 2025

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada - 2025

Juillet 2025

RÉDACTION

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

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

Luc Poirier BPharm, MSc, FOPQ
Pharmacien d'établissement

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 : Boulanger S, Milot A, Poirier L, Aide-mémoire thérapeutique - Hypertension - 3e édition. Montréal, Canada : Société québécoise d'hypertension artérielle, 2025 ; page(s) à préciser.

© Société québécoise d'hypertension artérielle, Montréal, Canada 2025

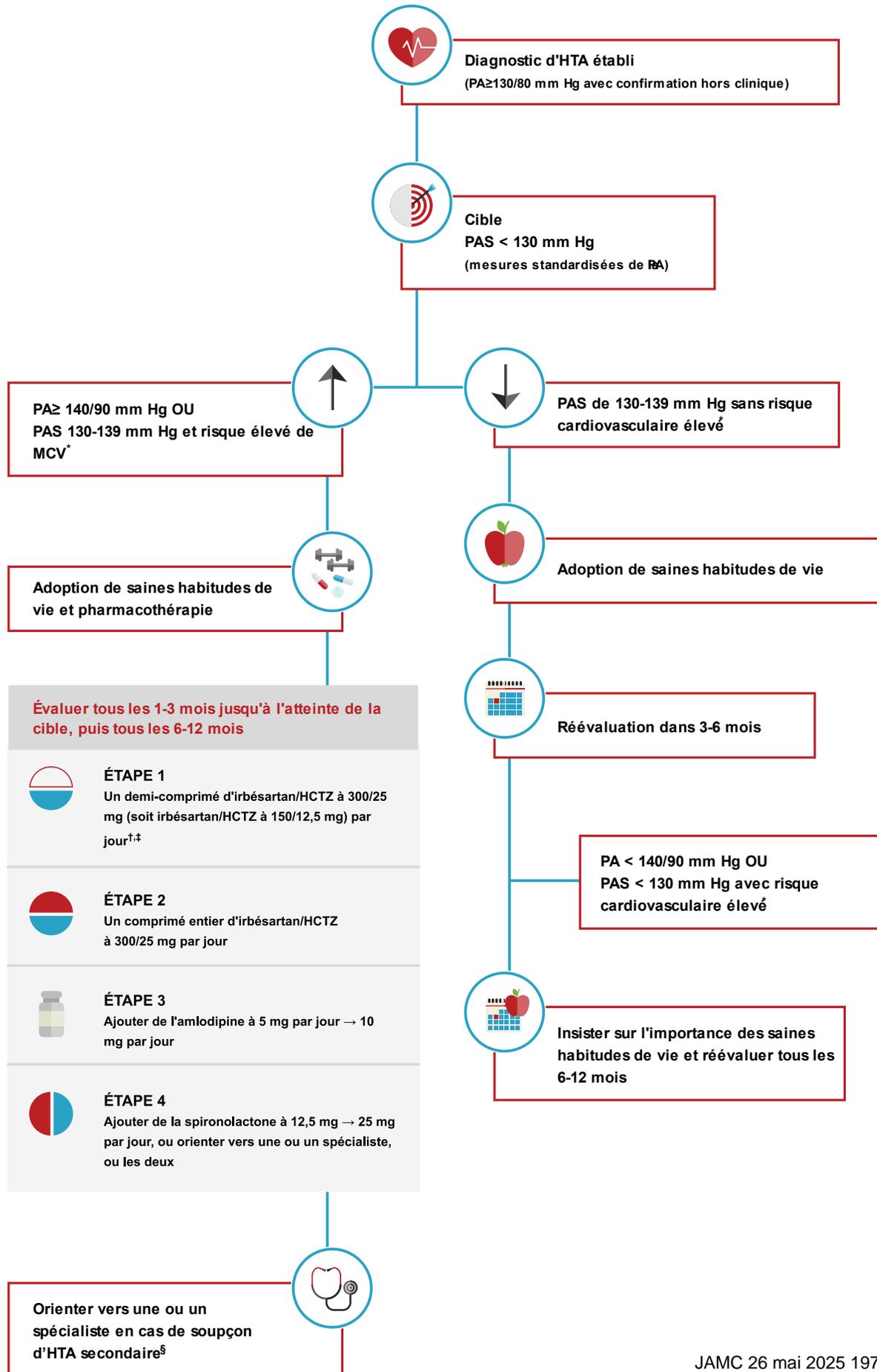
ISBN : 978-2-924436-10-3



Table des matières

Algorithme proposé par Hypertension Canada pour le traitement de l'hypertension artérielle en soins de première ligne	5
Traitement pharmacologique de première ligne et stratégie d'association des antihypertenseurs	7
Principales classes d'antihypertenseurs : considérations générales et tableaux d'ajustements proposés	9
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	9
Antagonistes ou bloquants des récepteurs de l'angiotensine II (ARA ou BRA)	11
Bloquants des canaux calciques (BCC)	13
Diurétiques thiazidiques et apparentés	15
Inhibiteurs des minéralocorticoïdes ou antagonistes des récepteurs de l'aldostérone	17
Bêtabloquants ou bloquants des récepteurs β -adrénergiques (BB)	19
Alphabloquants ou bloquants des récepteurs alpha adrénergiques	21
Tableaux comparatifs des antihypertenseurs	22
Classes d'antihypertenseurs utilisés au Canada	34
Liste alphabétique des agents antihypertenseurs	35
Liste alphabétique des associations à doses fixe	37
Outils éducatifs et pédagogiques offerts par la SQHA	38
L'hypertension artérielle la « tueuse silencieuse »	39

Algorithme proposé par Hypertension Canada pour le traitement de l'hypertension artérielle en soins de première ligne



Lexique

DFGe = débit de filtration glomérulaire estimé – HCTZ = hydrochlorothiazide

HTA = hypertension artérielle – MCV = maladie cardiovasculaire – PA = pression artérielle – PAS = pression artérielle systolique

*Les affections et états associés à un risque élevé de MCV sont : la MCV établie (cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, maladie vasculaire cérébrale, maladie artérielle périphérique), le diabète mellitus de type 1 ou 2, la maladie rénale chronique (DFGe < 60 mL/min/1,73 m² ou albuminurie ≥ 3 mg/mmol), un score de Framingham pour la prédiction du risque sur 10 ans ≥ 20 % et un âge ≥ 75 ans.

† Une association en monocomprimé est préférable si elle est offerte et couverte. Sinon, 2 comprimés distincts peuvent être utilisés, en privilégiant un diurétique de type thiazidique à longue durée d'action plutôt qu'un diurétique thiazidique.

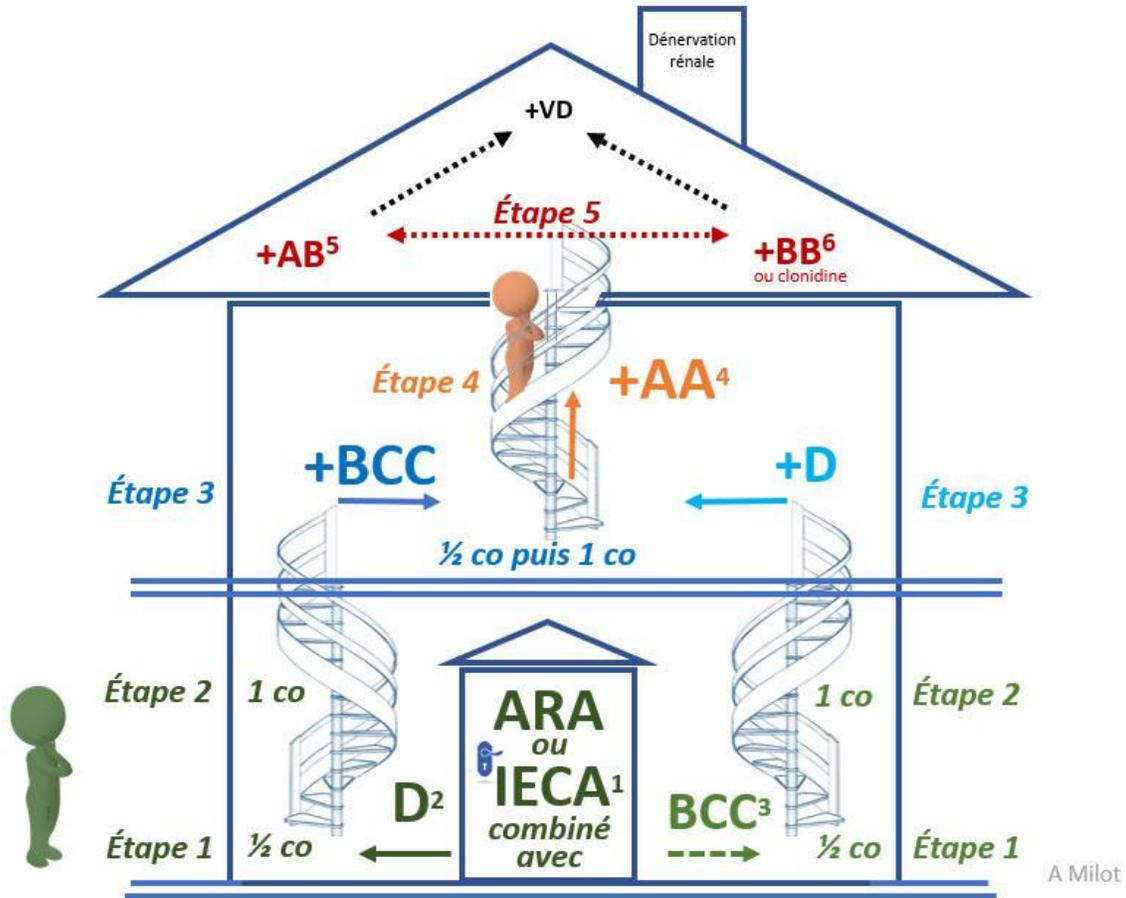
En cas de risque élevé d'hypotension symptomatique, un traitement initial avec un seul agent est raisonnable.

Il faut éviter ou cesser les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II chez toute personne enceinte ou souhaitant le devenir.

‡ Voir l'onglet « Listes alphabétiques des antihypertenseurs » pour les associations en monocomprimé actuellement offertes au Canada.

§ Comprend : aggravation soudaine et inexplicable de l'HTA, hypokaliémie, nodule surrénalien, souffle abdominal, lésion rénale aiguë après le traitement de l'HTA, HTA grave ou maligne, HTA chez une personne jeune et HTA résistante.

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 **monocomprimé 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 monocomprimé.

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

La *troisième étape* est d'ajouter, au monocomprimé 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

¹ l'association d'un ARA avec un IECA n'est pas recommandée.

² 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 monocomprimés contenant ces deux agents et du moindre coût.

³ 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.

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).

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

⁶ 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.

Principales classes d'antihypertenseurs : considérations générales et tableaux d'ajustements proposés

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

Mécanisme d'action

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

Contre-indications

- Grossesse : tératogène aux 2^e et 3^e trimestres. Si possible : éviter cette classe chez les femmes en âge de procréer et en particulier, chez une femme ayant un désir de grossesse. [Plus d'informations →](#)
- Allergie médicamenteuse ou antécédent d'angioœdème relié à un traitement antérieur avec un IECA
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique
- Utilisation concomitante avec un ARA

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Céphalées
- Étourdissement
- Hyperkaliémie
- Angioœdème (rare, mais peut être grave)
- Toux : elle est l'effet indésirable le plus fréquent des IECA. Il s'agit d'une toux sèche, indépendante de la dose, ne répondant pas aux antitussifs et qui ne diminue pas avec le temps. Elle survient surtout dans les premières semaines de traitement, mais peut aussi survenir plusieurs mois plus tard. À l'arrêt de l'IECA, la toux disparaît en quelques jours à 4 semaines. Les ARA sont une bonne alternative.

Interactions médicamenteuses les plus significatives

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

Avant le début du traitement antihypertenseur

- Le potassium, la créatinine et, selon le contexte, un test de grossesse doivent être obtenus.

Pendant la phase d'entretien du traitement

- Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des IECA selon les résultats antérieurs et l'état clinique. Un test de grossesse peut aussi être répété à une fréquence reflétant la situation clinique de la patiente.
- Une augmentation jusqu'à 30 % de la créatinine est tolérée ; elle indique une diminution de la pression intraglomérulaire et confirme les bienfaits de l'utilisation d'un IECA pour la protection rénale à long terme du patient.
- Un recontrôle de la créatinine quelques semaines plus tard, 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.

Élimination

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

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.
- 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 4 semaines.
- Si cible non atteinte à la suite de la prise d'une dose moyenne, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : thiazidique et apparenté ou BCC) et d'ajuster au besoin.

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES IECA DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

IECA	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
Bénazépril	Lotensin*	5 → 10 → 20 → 40 mg die ou 20 mg bid ***
Captopril	Capoten*	25 → 37,5 → 50 mg bid
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 ou 20 mg bid***
Énalapril / HCTZ	Vaseretic*	5/12,5 die → 10/25 mg die
Fosinopril	Monopril*	10 → 20 → 40 mg die ou 10-20 mg bid ***
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 die
Périndopril / Indapamide	Coversyl plus LD, Coversyl plus, Coversyl plus HD	2/0,625 → 4/1,25 → 8/2,5 mg die
Quinapril	Accupril	10 → 20 → 40 mg die ou 10-20 mg bid ***
Quinapril / HCTZ	Accuretic*	10/12,5 → 20/12,5 → 20/25 → 40/25 mg die
Ramipril	Altace*	2,5 → 5 → 10 mg die ou 5 mg bid → 10 mg bid ***
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

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale ou hépatique diminuée selon la voie d'élimination, 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.

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

*** certains agents ne permettent pas une baisse de pression artérielle pendant 24 heures alors, une prise bid peut être nécessaire.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

Mécanisme d'action

- Blocage du récepteur AT1 de l'angiotensine II

Contre-indications

- Grossesse : tératogène aux 2^e et 3^e trimestres de la grossesse. Si possible : éviter cette classe chez les femmes en âge de procréer et en particulier chez une femme ayant un désir de grossesse. [Plus d'informations →](#)
- Allergie médicamenteuse : des données récentes indiquent que le risque d'angioœdème provoqué par un ARA n'est pas augmenté chez un patient ayant eu un angioœdème à un IECA. Les ARA peuvent donc être prescrits chez les patients ayant une indication reconnue d'utiliser un agent du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA).
- Étant donné qu'un angioœdème secondaire aux IECA peut survenir même après leur cessation, il est préférable d'attendre 6 semaines suivant l'arrêt de IECA pour commencer un ARA.
- Sténose bilatérale des artères rénales ou sténose unilatérale sur un rein unique.
- Utilisation concomitante avec un IECA

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Céphalées
- Étourdissement
- Hyperkaliémie

Interactions médicamenteuses les plus significatives

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

Avant le début du traitement antihypertenseur

- La kaliémie, la créatinine et, selon le contexte, un test de grossesse doivent être obtenus.

Pendant la phase d'entretien du traitement

- Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des ARA selon les résultats antérieurs et l'état clinique. Un test de grossesse peut aussi être répété à une fréquence reflétant la situation clinique de la patiente.
- Une augmentation jusqu'à 30 % de la créatinine est tolérée ; elle indique une diminution de la pression intraglomérulaire et confirme les bienfaits de l'utilisation d'un ARA pour la protection rénale à long terme du patient.
- Un recontrôle de la créatinine quelques semaines plus tard, une réévaluation de la posologie ou, en dernier recours, une interruption du traitement peuvent être nécessaires si l'instauration de l'ARA induit une augmentation de la créatinine de base de plus de 30 % ou en présence d'insuffisance rénale grave.

Élimination

- Tous les ARA sont éliminés principalement par voie hépatique et faiblement 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.
- Prudence chez les personnes à risque d'hypotension ou d'étourdissements lors de l'administration concomitante d'un ARA et d'un inhibiteur du SGLT2.

Ajustement des doses

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

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES ARA OU BRA DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

ARA	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
Azilsartan	Edarbi	40 → 80 mg die
Azilsartan/ Chlorthalidone	Edarbyclor	40/12,5 → 40/25 mg die
Candésartan	Atacand*	8 → 16 → 32 mg die
Candésartan/ HCTZ	Atacand plus*	16/12,5 → 32/12,5 → 32/25 mg die
Irbésartan	Avapro*	75 → 150 → 300 mg die
Irbésartan / HCTZ	Avalide*	150/12,5 → 300/12,5 → 300/25 mg die
Losartan	Cozaar*	25 → 50 → 100 mg die ou 50 mg bid **
Losartan / HCTZ	Hyzaar, Hyzaar DS*	50/12,5 → 100/12,5 → 100/25 mg die
Olmésartan	Olmetec*	20 → 40 mg die
Olmésartan/ HCTZ	Olmetec 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

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale, 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.

** certains agents ne permettent pas une baisse de pression artérielle sur 24 heures alors, une prise bid peut être nécessaire.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

2 types de bloquants des canaux calciques (BCC)

1. Dihydropyridinique (DHP) : amlodipine, félodipine, nifédipine
2. Non-dihydropyridinique (non DHP) : diltiazem, vérapamil

Mécanisme d'action

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

Contre-indications

Allergie médicamenteuse ou intolérance connue aux BCC

Nifédipine et BCC non DHP

- Dysfonction ventriculaire gauche grave (fraction d'éjection inférieure à 35 %)

BCC non DHP

- Blocs AV du 2^e et du 3^e degré
- Maladie du sinus (sauf en cas de port d'un stimulateur cardiaque permanent)

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

BCC DHP

- Œdème des membres inférieurs
 - Effet indésirable le plus fréquent des DHP pouvant être amélioré considérablement avec les stratégies suivantes: diminuer la dose (effet dose-dépendant), prendre au coucher et ajouter un IECA ou ARA si la pression artérielle le permet.
- Bouffées vasomotrices
- Céphalées
- Étourdissements
- Tachycardie réflexe
- Hyperplasie gingivale

BCC non DHP

- Bloc AV
- Bradycardie
- Céphalées
- Constipation (vérapamil)
- Étourdissements
- Œdème des membres inférieurs (moins fréquent que pour les DHP)
- Hyperplasie gingivale

Interactions médicamenteuses les plus significatives DHP et non-DHP

- Médicaments qui inhibent le CYP-450 3A4 (ex. : clarithromycine) peuvent augmenter les concentrations plasmatiques des BCC et, par conséquent, les effets indésirables (OMI, étourdissements)

NON-DHP

- Digoxine : ↑ du taux sérique par ↓ de son élimination produite par le vérapamil ou le diltiazem. Si association utilisée, surveiller la digoxinémie (index thérapeutique étroit) et ↓ la dose par prudence. Risque de bradycardie et bloc AV complet possible
- Lithium : fluctuations des concentrations plasmatiques (à la hausse ou à la baisse) et risque de neurotoxicité (ataxie, tremblement, nausée)

Avant le début du traitement antihypertenseur

BCC non DHP

- ECG selon l'ECG de base ou antérieur et l'état clinique
- Fréquence cardiaque

Élimination

- Hépatique

Précautions

BCC DHP

- Le pamplemousse ou son jus peut augmenter significativement l'effet antihypertenseur et les effets indésirables (en particulier pour la félodipine)

BCC non DHP

- Utilisation non recommandée en combinaison avec un β-bloquant car pourrait causer une prolongation de la conduction SA et AV et causer une bradycardie

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines.
- Si cible non atteinte à la suite de la prise d'une dose moyenne, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : IECA ou ARA) et d'ajuster au besoin.

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES BLOQUANTS DES CANAUX CALCIQUES DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

MÉDICAMENTS	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
BCC-DHP		
Amlodipine	Norvasc*	2,5 → 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	Renedil, Plendil*	2,5 → 5 → 7,5 → 10 mg die
Nifédipine (libération prolongée)	Adalat XL*	30 → 60 → 90 → 120 mg die
BCC-NON-DHP		
Diltiazem (libération prolongée)	Cardizem CD, Tiazac, Tiazac XC*	120 → 180 → 240 → 300 → 360 mg die
Vérapamil (libération prolongée)	Isoptin SR*	120 → 180 → 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.

Notes : 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 (Coversyl).

*** Les BCC utilisés dans le traitement de l'HTA sont des médicaments ayant une formulation à libération prolongée; ils ne sont pas sécables à l'exception de l'amlodipine (peu importe la force du comprimé) et le vérapamil SR 240 mg. Même si les comprimés d'Isoptin SR 180 mg sont rainurés, ils ne sont pas sécables

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

2 types de diurétiques qui se distinguent par leur durée d'action

1. Apparentés (à action prolongée) : chlorthalidone, indapamide
2. Thiazidiques (à courte d'action) : hydrochlorothiazide

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

Contre-indications

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

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Hyperuricémie
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Hypomagnésémie
- Hypercalcémie
- Insuffisance rénale
- Dysfonction sexuelle (homme)
- La pollakiurie est un effet indésirable souvent rapporté, à tort, avec les diurétiques thiazidiques. Considérant que ce type de diurétique réabsorbe seulement 6-8 % du sodium filtré au tubule contourné distal (différent des diurétiques de l'anse) et que leur action vasodilatatrice devient prédominante au fil des semaines, l'effet diurétique des thiazidiques est donc très modeste et présent seulement les premières semaines de traitement.

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- AINS (coxibs ou non-coxibs) :
↓ effet antihypertenseur et ↑ créatinine
- Corticostéroïdes :
↑ risque d'hypokaliémie et ↓ effet antihypertenseur
- Digoxine :
↑ risque de toxicité à la digoxine relié aux perturbations électrolytiques
- Hypoglycémifiants oraux et insuline :
↑ 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 antihypertenseur

- Les électrolytes (ions), la créatinine doivent être obtenus.

Pendant la phase d'entretien du traitement

- Une mesure de la créatinémie et des électrolytes (ions) est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et les électrolytes (ions) peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des diurétiques selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

Élimination

- Ils sont éliminés principalement par voie rénale, sauf l'indapamide qui a aussi un métabolisme hépatique

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.
- L'allergie aux sulfamidés n'est pas une contre-indication à l'utilisation des diurétiques. Le risque d'allergie croisée entre les sulfamidés antibiotiques et les sulfamidés non antibiotiques comme les diurétiques n'est pas appuyé par la littérature scientifique.
- L'indapamide pourrait allonger l'intervalle QT surtout en présence d'hypokaliémie. Pour éviter d'augmenter le risque de torsades de pointe, il ne doit pas être prescrit en présence d'un intervalle QT long congénital et il doit être utilisé avec prudence chez les patients ayant plusieurs facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT. Se référer au pharmacien pour une évaluation plus approfondie des autres facteurs de risque du patient.

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines
- Si cible non atteinte à la suite de la prise d'une dose moyenne, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : IECA ou ARA) et d'ajuster au besoin.

Particularités

- Les diurétiques thiazidiques ou apparentés sont les diurétiques les plus efficaces pour le traitement de l'hypertension, même lorsque la fonction rénale est compromise.
- Les diurétiques de l'anse ne sont généralement pas de bons antihypertenseurs (ex. : furosémide). Ils ne devraient être utilisés que chez les patients pour lesquels une hypervolémie est présente, particulièrement lorsque le DFG estimé est $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$.

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES BLOQUANTS DE DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES ET APPARENTÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

DIURÉTIQUES	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDES (à action prolongée) :		
Chlorthalidone	Hygroton*	12,5 → 25 mg die
Indapamide	Lozide*	1,25 → 2,5 mg die
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES (à courte action)		
Hydrochlorothiazide (HCTZ)	Hydrodiuril*	12,5 → 25 mg die

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée. 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.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

IMPORTANT

Les inhibiteurs des minéralocorticoïdes ne sont pas des agents de premier recours pour le traitement de l'HTA. Ils sont recommandés comme agent de 4^e ligne (après les IECA ou ARA, diurétiques et BCC) en cas d'HTA résistante ou lors de circonstances particulières (hyperaldostéronisme, hypokaliémie). 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.

Mécanisme d'action

En bloquant l'effet de l'aldostérone au niveau du récepteur des minéralocorticoïdes, ils diminuent la réabsorption de sodium et eau.

2 types d'antagonistes :

1. **Stéroïdien : spironolactone et éplérénone**

La spironolactone n'est pas sélective sur le récepteur minéralocorticoïde et occasionne plus d'effets indésirables au niveau endocrinien que l'éplérénone.

2. **Non stéroïdien : finérénone (sélectif)**

Médicament non indiqué pour le traitement de HTA : ne sera donc pas traité dans le présent document.

Contre-indications

- Hyperkaliémie
- Insuffisance rénale (DFG inférieur à 30ml/min/1,73m² pour spironolactone et 50 ml/min/1,73m² pour éplérénone)
- Maladie d'Addison
- Éviter la spironolactone pendant la grossesse (possibilité de féminisation du fœtus mâle si exposition à partir du 2^e trimestre de la grossesse)
- Cirrhose Child C (éplérénone)
- Antécédent de réaction allergique

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Hyperkaliémie
- Augmentation légère de la créatinine
- Effets endocriniens possibles avec la spironolactone, surtout si dose élevée (supérieure à 50 mg/jour) :
 - Gynécomastie
 - Dysfonction érectile
 - Irrégularités menstruelles

Interactions médicamenteuses les plus significatives

- Médicaments qui augmentent le K (ex. : triméthoprime, suppléments de K, autres diurétiques épargneurs de K, IECA/ARA). Les substituts de sel sont aussi riches en K.
- Éplérénone seulement : éviter d'associer avec un inhibiteur puissant du CYP P450 3A4 (ex. : clarithromycine, kétoconazole) et prudence si associé à un inhibiteur modéré du 3A4 (ex. : diltiazem, vérapamil, fluconazole). Les doses sont à ajuster.

Avant le début du traitement

- Les électrolytes (ions) et la créatinine

Pendant la phase d'entretien du traitement

- Une mesure de la créatinémie et des électrolytes (ions) est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et les électrolytes (ions) peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des inhibiteurs des minéralocorticoïdes selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

Élimination

- Principalement rénale mais aussi hépatique

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 IECA/ARA ou des suppléments potassiques.
- Ne pas débiter si le potassium est égal ou supérieur à 4,6. En présence d'hyperkaliémie persistante, la consultation d'un spécialiste de l'HTA doit être envisagée.
- 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 4 semaines.

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES INHIBITEURS DES MINÉRALOCORTICOÏDES DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA (OU ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONÉ)

INHIBITEURS DES MINÉRALOCORTICOÏDES	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
Spirolactone	Aldactone*	12.5 → 25 → 37.5 → 50 mg die
Éplérénone	Inspra*	25 bid → 50 mg bid

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale diminuée.

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

IMPORTANT

Les bêtabloquants (BB) ne sont pas des agents de première intention pour le traitement de l'HTA, en particulier chez les patients de plus de 60 ans en monothérapie initiale sauf si indication formelle (ex. : angine, insuffisance cardiaque).

Mécanisme d'action

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

Cardiosélectivité

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

Contre-indications

- Blocs auriculo-ventriculaires (AV) du 2^e et du 3^e degré
- Bradycardie sinusale d'origines diverses
- 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
- Exacerbation de l'insuffisance cardiaque aiguë ou non compensée
- Dysfonction sexuelle (homme)
- Étourdissements
- Exacerbation du phénomène de Raynaud
- Fatigue
- Hyperglycémie
- Intolérance à l'effort

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 – Association non recommandée
- Clonidine : hypertension de 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
- ECG selon l'ECG de base ou antérieur et l'état clinique

Élimination

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

Précautions

- Éviter l'interruption soudaine du médicament
- Maladie pulmonaire obstructive (MPOC) (privilégier un β -bloquant cardiosélectif)
- Insuffisance cardiaque non maîtrisée
- Bloc AV du 1^{er} degré
- Diabète (peut masquer certains signes d'hypoglycémie)
- Hyperthyroïdie (peut masquer certains signes)
- Phénomène de Raynaud ou troubles graves de la circulation artérielle périphérique

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines (jusqu'à la maîtrise de la pression artérielle si la fréquence cardiaque demeure égale ou supérieure au seuil déterminé par le médecin).
- Si cible non atteinte à la suite de la prise d'une dose moyenne, il est suggéré d'ajouter un agent d'une autre classe thérapeutique (ex. : thiazidique et apparenté ou BCC-DHP) et d'ajuster au besoin.

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES β -BLOQUANTS DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

BÊTABLOQUANTS	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
Acébutolol	Monitan, Sèctral*	100 → 200 → 400 mg die ou 200 mg bid***
Aténolol	Ténormin*	25 → 50 → 100 mg die ou 50 mg bid***
Bisoprolol	Monacor*	2,5 → 5 → 10 mg die
Carvédilol	Coreg*	6,25 → 12,5 → 25 mg bid***
Labétalol	Trandate*	100 → 200 → 300 → 400 mg bid***
Métoprolol (libération immédiate)	Lopresor*	12,5 → 25 → 50 → 75 → 100 mg bid***
Métoprolol (libération prolongée)	Lopresor SR*	100 → 200 mg die**
Nadolol	Corgard*	20 → 40 → 80 → 120 → 160 mg die
Néбиволol	Bystolic*	2,5 → 5 → 10 mg die
Pindolol	Visken*	5 → 7,5 → 10 mg bid***
Propranolol (libération immédiate)	Indéral*	20 → 40 → 80 mg bid***
Propranolol (libération prolongée)	Indéral LA*	60 → 80 → 120 → 160 mg die
Timolol	Timolol*	5 → 10 → 15 mg bid***

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction rénale ou hépatique diminuée selon la voie d'élimination. 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 préférable de débiter le traitement avec le métoprolol à libération immédiate qui permet l'utilisation de doses plus faibles.

*** certains agents ne permettent pas une baisse de pression artérielle pendant 24 heures alors une prise bid peut être nécessaire.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

IMPORTANT

Les alphabloquants ne sont pas des agents de première intention pour le traitement de l'HTA. Ce sont des molécules de dernier recours lorsque les IECA ou ARA, diurétiques, BCC et inhibiteurs des minéralocorticoïdes sont non tolérés, contre-indiqués ou insuffisants. 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.

Mécanisme d'action

- Blocage des récepteurs alpha-1 adrénergique se traduisant par une diminution de la résistance vasculaire périphérique

Contre-indications

- Hypotension orthostatique déjà présente, surtout chez les personnes âgées
- Antécédent de réaction allergique

À éviter

- Asthme

Effets indésirables les plus fréquemment rencontrés

- Hypotension orthostatique
- Étourdissements
- Céphalées
- Asthénie
- Rétention hydrosodée (surtout à dose élevée)

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

- Il est recommandé de mesurer la pression artérielle en position couchée/assise et en position debout en raison des risques d'hypotension orthostatique tant symptomatique qu'asymptomatique.

Élimination

- Principalement hépatique

Précautions

- Respecter les doses de départ et même, diminuer davantage si nécessaire pour éviter des effets indésirables à la suite de l'administration des premières doses (étourdissement, palpitation, syncope).

Ajustement des doses

- Ajustement aux intervalles de 4 semaines

TABLEAU D'AJUSTEMENT PROPOSÉ DES DOSES HABITUELLES DES ALPHABLOQUANTS DANS LE TRAITEMENT DE L'HTA

ALPHABLOQUANTS	MARQUE DE COMMERCE	AJUSTEMENT DES DOSES HABITUELLES
Doxazosine	Cardura*	1 → 2 → 3 → 4 → 6 → 8 mg die
Térazosine	Hytrin*	1 → 2 → 3 → 4 → 5 mg die
Prazosine	Minipress*	0,5 die → 0,5 bid-tid → 1 bid-tid → 2 mg bid-tid (max 6 mg/jour)

Notes : des doses de départ plus faibles peuvent être utilisées chez les personnes âgées ou chez celles avec une fonction hépatique diminuée.

Puisqu'il s'agit d'antihypertenseurs de dernier recours, avec un risque plus élevé d'effets indésirables dont les étourdissements ou l'hypotension orthostatique, il est recommandé d'utiliser la plus petite dose possible.

* de nombreuses formulations génériques sont disponibles.

Tableaux comparatifs des antihypertenseurs

Tableau comparatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IECA)

		Bénazépril	Captopril	Cilazapril	Énalapril	Fosinopril
	MARQUE DE COMMERCE	Lotensin ★	Capoten ★	Inhibace ★	Vasotec ★	Monopril ★
INDICATIONS	HTA	OUI				
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	NON	OUI			
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	5-10 mg die	50 mg en 2 fois/jour	2,5 mg die	5 mg die	10 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	10-40 mg en 1-2 fois/jour	50-100 mg en 2 fois/jour	2,5-5 mg die	5-20 mg en 1-2 fois/jour	10-20 mg en 1-2 fois/jour
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	40 mg/jour en 1-2 prises	100 mg/jour en 2 prises	10 mg die	40 mg/jour en 1-2 prises	40 mg/jour en 1-2 prises
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 88 % Biliaire 12 %	Rénale			Rénale 50 % Fécale 50 %
	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, il est prudent de débiter avec un IECA à doses réduites, même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10 à 14 jours après le début de la prise.

La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des IECA selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

★ : certains 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 (IECA)

		Lisinopril	Périndopril	Quinapril	Ramipril	Trandolapril
	MARQUE DE COMMERCE	Prinivil – Zestril ★	Coversyl ★	Accupril ★	Altace ★	Mavik ★
INDICATIONS	HTA	OUI			OUI et patient à haut risque cardiovasculaire	OUI
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	OUI			OUI Post-infarctus	
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	10 mg die	2-4 mg die	10 mg die	2,5 mg die	1 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	10-40 mg die	4-8 mg die	10-20 mg en 1-2 fois/jour	2,5-10 mg en 1-2 fois/jour	1-2 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	40 mg die	8 mg die	40 mg/jour en 1-2 prises	20 mg/jour en 1-2 prises	4 mg die
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale		Rénale 60 % Fécale 40 %	Rénale 60 % Fécale 40 %	Rénale 33 % Fécale 67 %
	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, il est prudent de débiter avec un IECA à doses réduites, même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10 à 14 jours après le début de la prise. La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des IECA selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)

		Azilsartan	Candésartan	Irbésartan	Losartan	Olmésartan
	MARQUE DE COMMERCE	Édarbi ★	Atacand ★	Avapro ★	Cozaar ★	Olmetec ★
INDICATIONS	HTA	OUI				
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	NON	OUI	NON		
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	40 mg die	8 mg die	75-150 mg die	25-50 mg die	20 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	40-80 mg die	8-32 mg die	75-300 mg die	25-100 mg/jour en 1-2 prises	20-40 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	80 mg die	32 mg die	300 mg die	100 mg/jour en 1-2 prises	40 mg die
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Fécale 55 % Rénale 42 %	Fécale 67 % Rénale 33 %	Fécale 80 % Rénale 20 %	Fécale 65 % Rénale 35 %	Fécale 50-65 % Rénale 35-50 %
	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 de débiter avec un ARA à doses plus faibles que celles inscrites dans les posologies initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des ARA selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

* Les ARA peuvent être prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque lorsque les IECA ne sont pas tolérés en raison de la toux (étude Val-HeFT avec valsartan et étude CHARM avec candésartan).

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)

		Telmisartan	Valsartan
	MARQUE DE COMMERCE	Micardis ★	Diovan ★
INDICATIONS	HTA	OUI	
	INSUFFISANCE CARDIAQUE	NON	OUI
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	40-80 mg die	80 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	40-80 mg die	80-320 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	80 mg die	320 mg die
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Fécale 97 %	Fécale 83 % Rénale 13 %
	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 de débiter avec un ARA à doses plus faibles que celles inscrites dans les posologies initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et de la kaliémie est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise. La créatinémie et la kaliémie peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des ARA selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

* Les ARA peuvent être prescrits pour traiter l'insuffisance cardiaque lorsque les IECA ne sont pas tolérés en raison de la toux (étude Val-HeFT avec valsartan et étude CHARM avec candésartan).

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des bloquants des canaux calciques (BCC)

		DIHYDROPYRIDINIQUE (BCC DHP)			NON DIHYDROPYRIDINIQUE (BCC NON DHP)	
		Amlodipine	Félodipine	Nifédipine (libération prolongée)	Diltiazem (libération prolongée)	Vérapamil (libération prolongée)
	MARQUE DE COMMERCE	Norvasc ★	Plendil ★ Renedil ★	Adalat XL ★	Cardizem CD ★ Tiazac ★ Tiazac XC ★	Isoptin SR ★
INDICATIONS	INDICATION	HTA Angine	HTA	HTA Angine	HTA Angine	
	AUTRE	Phénomène de Raynaud			Tachyarrhythmie supraventriculaire Fibrillation ou flutter auriculaire	Tachyarrhythmie supraventriculaire Fibrillation ou flutter auriculaire Prophylaxie de migraine
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	2,5-5 mg die	2,5-5 mg die	30 mg die	120-180 mg die	120-180 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	2,5-10 mg die	2,5-10 mg die	30-120 mg die	120-360 mg die	120-360 mg/jour en 1-2 prises
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	10 mg	10 mg	120 mg	360 mg	480 mg/jr en 1-2 prises
PROPRIÉTÉS	AUTOMATISME SINUSAL	◇	◇	◇	↓	↓
	CONDUCTION NŒUD AV	◇	◇	◇	↓↓	↓↓
	CONTRACTILITÉ	◇	◇	◇ ou ↓	↓	↓

◇ : peu ou pas d'effet ↑ : effet stimulant ↓ : effet dépresseur

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

PROPRIÉTÉS	DÉBIT CORONARIEN	↑↑	↑↑
	DÉBIT PÉRIPHÉRIQUE	↑↑	↑↑
	ASSOCIATION AVEC BÉTABLOQUANTS	OK	Association non recommandée
	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Hépatique	Hépatique
	LITHIUM		Surveiller les symptômes de toxicité et la lithémie

◇ : peu ou pas d'effet ↑ : effet stimulant ↓ : effet dépresseur

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des diurétiques

		Apparentés aux thiazides (à action prolongée)		Thiazidiques (à courte action)
		Chlorthalidone	Indapamide	Hydrochlorothiazide (HCTZ)
INDICATIONS	MARQUE DE COMMERCE	Hygroton ★	Lozide ★	Hydrodiuril ★
	HTA	OUI	OUI	OUI
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	12,5 mg die	1,25 mg die	12,5-25 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	12,5-25 mg die	1,25-2,5 mg die	12,5-25 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	25 mg die	2,5 mg die	25 mg die
PROPRIÉTÉS	DURÉE D'ACTION	Longue (24-72 heures) *	Longue (24-36 heures) *	Courte (6-18 heures) *
	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 50-74 %	Rénale 60-70 % Fécale 20-23 % Métabolisme hépatique important	Rénale
	LITHIUM	Surveiller concentration sérique de lithium		Surveiller concentration sérique de lithium

Chez la personne âgée ou en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère, il est prudent d'initier un diurétique avec des doses plus faibles que celles inscrites dans les posologies initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et des électrolytes (ions) est recommandée environ 10-14 jours après le début de la prise.

La créatinémie et les électrolytes (ions) peuvent être répétées après l'augmentation de la dose des diurétiques selon les résultats antérieurs et l'état clinique.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Inhibiteurs des minéralocorticoïdes ou antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

		Éplérénone	Finérénone	Spironolactone
	MARQUE DE COMMERCE	Inspra	Kerendia	Aldactone
INDICATIONS	HTA	OUI*	NON***	OUI
	AUTRE	Insuffisance cardiaque Hyperaldostéronisme primaire (hors indication)	Néphropathie chronique chez le patient diabétique de type 2	Insuffisance cardiaque Hyperaldostéronisme primaire Ascite Acné Alopécie androgénique (femme)
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	25 mg bid**	10-20 mg die selon la fonction rénale	12,5-25 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	25-50 mg bid	10-20 mg die	12,5-50 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	100 mg/jr en 2 prises****	20 mg die	50 mg die****
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 67 % Fécale 32 %	Rénale 80 % Fécale 20 %	Rénale 47-57 % Fécale 35-41 %
	ARA ET IECA	Surveiller la kaliémie		
	LITHIUM	Surveiller la concentration sérique de lithium	Non rapportée, mais prudence	Surveiller la concentration sérique de lithium

Chez la personne âgée, il est prudent de débuter un inhibiteur des minéralocorticoïdes avec des doses réduites, et même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

Une mesure de la créatinémie et des électrolytes (ions) est recommandée environ 10 à 14 jours après le début de la prise ou l'augmentation de la dose d'un antagoniste de l'aldostérone.

* Un formulaire de médicament d'exception doit être rempli pour obtenir un remboursement de l'éplérénone chez les patients assurés avec la RAMQ lorsque l'éplérénone n'est pas toléré.

** Pour un meilleur contrôle de la pression artérielle sur 24 heures, une prise bid est préférable compte tenu de sa courte durée d'action.

*** Comparativement aux autres antagonistes de l'aldostérone, la finérénone baisse peu la pression artérielle (moins de 5 mm Hg).

**** Pour le traitement de l'hyperaldostéronisme primaire, des doses supérieures peuvent être utilisées.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des bêtabloquants (BB)

		Acébutolol	Aténolol	Bisoprolol	Carvédilol	Labétalol
	MARQUE DE COMMERCE	Monitan – Sectral ★	Ténormin ★	Monocor ★	Coreg ★	Trandate ★
INDICATIONS	HTA	OUI			OUI	OUI
	INSUFFISANCE CARDIAQUE*	NON	*	OUI	OUI	NON
	ANGINE	OUI			NON	
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	100-200 mg/jour en 1 ou 2 prises	25-50 mg/jour en 1 ou 2 prises	2,5-5 mg die	6,25 mg bid	100 mg bid
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	100-400 mg/jr en 1 ou 2 prises	25-100 mg/jour en 1 ou 2 prises	2,5 à 10 mg die	6,25-25 mg bid	100-400 mg bid
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGERÉE	400 mg/jour en 1 ou 2 prises	100 mg/jour en 1 ou 2 prises	10 mg die	25 mg bid	400 mg bid
PROPRIÉTÉS	CARDIO-SÉLECTIVITÉ	OUI			NON	
	ACTIVITE SYMPATHO-MIMÉTIQUE (ASI)	OUI	NON			
	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 30-40% Fécale 50-60%	Rénale 50% Fécale 50%	Rénale 50-60% Fécale <2 % 1 ^{er} passage hépatique	Rénale 16% Fécale 60% 1 ^{er} passage hépatique important	Rénale 55-60% Fécale 50%

Chez la personne âgée, en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère ou en présence de maladie hépatique significative, selon la voie d'élimination, il est prudent de débiter avec un bêtabloquant à doses réduites, et même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

* Des études soutiennent 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.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des bêtabloquants (BB)

		Métoprolol (libération immédiate)	Métoprolol (libération prolongée)	Nadolol	Nébivolol
	MARQUE DE COMMERCE	Lopressor libération immédiate ★	Lopressor SR ★	Corgard ★	Bystolic ★
INDICATIONS	HTA	OUI			
	INSUFFISANCE CARDIAQUE*	*	*	NON	
	ANGINE	OUI			NON
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	12,5-25 mg bid	Débuter avec métoprolol à libération immédiate	20-40 mg die	2,5-5 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	25-100 mg bid	100-200 mg die SR	20-160 mg die	2,5-10 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGERÉE	100 mg bid	200 mg die SR	160 mg die	10 mg die
PROPRIÉTÉS	CARDIO-SÉLECTIVITÉ	OUI		NON	OUI
	ACTIVITE SYMPATHO-MIMÉTIQUE (ASI)	NON			
	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	1 ^{er} passage hépatique important	1 ^{er} passage hépatique important	Rénale	Rénale 38-67% Fécale 13-44% 1 ^{er} passage hépatique important

Chez la personne âgée, en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère ou en présence de maladie hépatique significative, selon la voie d'élimination, il est prudent de débuter avec un bêtabloquant à doses réduites, et même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

* Des études soutiennent 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.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Suite à la page suivante »»

Tableau comparatif des bêtabloquants (BB)

		Pindolol	Propranolol (libération immédiate)	Propranolol (libération prolongée)	Timolol
	MARQUE DE COMMERCE	Visken ★	Indéral libération immédiate ★	Indéral LA ★	Timolol ★
INDICATIONS	HTA	OUI			
	INSUFFISANCE CARDIAQUE*	NON			
	ANGINE	OUI			
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	5 bid	20-40 mg bid	60 mg die	5-10 mg bid
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	5-10 mg bid	40-80 mg bid	60-160 mg die LA	10-15 mg bid
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGERÉE	10 mg bid	80 mg bid	160 mg die LA	15 mg bid
PROPRIÉTÉS	CARDIO-SÉLECTIVITÉ	NON			
	ACTIVITE SYMPATHO-MIMÉTIQUE (ASI)	OUI	NON		
	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 35-40% Fécale 6-9%	1 ^{er} passage hépatique important	1 ^{er} passage hépatique important	Rénale 15-20% 1 ^{er} passage hépatique important

Chez la personne âgée, en présence d'insuffisance rénale modérée à sévère ou en présence de maladie hépatique significative, selon la voie d'élimination, il est prudent de débiter avec un bêtabloquant à doses réduites, et même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

* Des études soutiennent 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.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Tableau comparatif des alphabloquants

		Doxazosine	Prazosine	Térazosine
	MARQUE DE COMMERCE	Cardura ★	Minipress ★	Hytrin ★
INDICATIONS	HTA	OUI		
	AUTRES	Hypertrophie bénigne de la prostate Trouble de stress post-traumatique	Trouble de stress post-traumatique	Hypertrophie bénigne de la prostate
POSOLOGIES POUR TRAITER L' HTA	POSOLOGIE INITIALE HABITUELLE	1 mg die	0,5 mg die puis 0,5 mg 2-3 fois/jour	1 mg die
	GAMME POSOLOGIQUE HABITUELLE	1-4 mg die	2-4 mg/jour en 2-3 prises	1-5 mg die
	POSOLOGIE MAXIMALE SUGGÉRÉE	8 mg die*	6 mg/jour en 3 prises*	5 mg die*
PROPRIÉTÉS	PRINCIPALE VOIE D'ÉLIMINATION	Rénale 9 % Fécale 63 %	Rénale 6-10 % Fécale 90 %	Rénale 40 % Fécale 55-60 %
	DURÉE D'ACTION	Longue (ad 36 heures)	Courte (ad 7-10 heures)	Intermédiaire (plus de 18 heures)

Chez la personne âgée, il est prudent de débiter avec un alphabloquant à doses réduites, même plus faibles que les doses initiales habituelles.

Avant le début du traitement et lors de l'ajustement de dose, il est recommandé de mesurer la pression artérielle en position couchée/assise et en position debout en raison des risques d'hypotension orthostatique tant symptomatique qu'asymptomatique.

Il est généralement recommandé d'attendre environ 4 semaines avant d'augmenter la médication lors du suivi de patients souffrant d'hypertension artérielle.

*Des doses supérieures peuvent être utilisées principalement dans le traitement du phéochromocytome.

Ce tableau a été adapté à partir de monographies, d'études cliniques et de recommandations d'experts.

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

Classes d'antihypertenseurs utilisés au Canada

Agents du système nerveux central (SNC)

Clonidine, méthyl dopa

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 (BB)

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 : carvedilol, labétalol

Bloquants des canaux calciques (BCC)

BCC dihydropyridiniques à longue durée d'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, triamtérène

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

Bénazépril, captopril, cilazapril, énalapril, fosinopril, lisinopril, périndopril, quinapril, ramipril, trandolapril

Vasodilatateurs directs

Hydralazine, minoxidil

Listes alphabétiques des agents antihypertenseurs

NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL
Acébutolol	Monitan, Sectral ★
Amiloride	Midamor ★
Amlodipine	Norvasc ★
Aténolol	Ténormin ★
Azilsartan	Édarbi
Bénazépril	Lotensin ★
Bisoprolol	Monocor ★
Candésartan	Atacand ★
Captopril	Capoten ★
Carvédilol	Coreg ★
Chlorthalidone	Hygroton ★
Cilazapril	Inhibace ★
Clonidine	Catapress ★
Diltiazem	Cardizem-CD, Tiazac, Tiazac XC ★
Doxazosine	Cardura ★
Énalapril	Vasotec ★
Éplérénone	Inspra ★
Féلودipine	Plendil, Renedil ★
Fosinopril	Monopril ★
Furosémide	Lasix ★
Hydralazine	Aprésoline ★
Hydrochlorothiazide	Hydrodiuril ★

Indapamide	Lozide ★
Irbésartan	Avapro ★
Labétalol	Trandate ★
Lisinopril	Prinivil, Zestril ★
Losartan	Cozaar ★
Méthyldopa	Aldomet ★
Métoprolol (action prolongée)	Lopressor SR ★
Minoxidil	Loniten ★
Nadolol	Corgard ★
Néбиволol	Bystolic+ ★
Nifédipine (action prolongée)	Adalat XL + ★
Périndopril erbumine	Coversyl ★
Pindolol	Visken ★
Prazosine	Minipress ★
Propranolol (action prolongée)	Indéral LA ★
Quinapril	Accupril ★
Ramipril	Altace ★
Spironolactone	Aldactone ★
Telmisartan	Micardis ★
Térazosine	Hytrin ★
Trandolapril	Mavik ★
Timolol	Blocadren ★
Valsartan	Diovan ★
Vérapamil (action prolongée)	Isoptin SR ★

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

Listes alphabétiques des associations à doses fixes

Azilsartan + chlorthalidone	Edarbyclor
Candésaratan + hydrochlorothiazide	Atacand Plus ★
Cilazapril + hydrochlorothiazide	Inhibace Plus ★
Énalapril + hydrochlorothiazide	Vaseretic ★
Hydrochlorothiazide + amiloride	Moduret ★
Hydrochlorothiazide + spironolactone	Aldactazide ★
Hydrochlorothiazide + triamtérène	Dyazide ★
Irbésartan + hydrochlorothiazide	Avalide ★
Lisinopril + hydrochlorothiazide	Zestoretic ★
Losartan + hydrochlorothiazide	Hyzaar ★
Olmésartan + hydrochlorothiazide	Olmetec Plus ★
Périndopril arginine + amlodipine	Viacoram ★
Périndopril erbumine + indapamide	Coversyl 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 uniquement commercialisés sous leur nom d'origine; de multiples formulations génériques peuvent être disponibles.

OUTILS ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES

OFFERTS PAR LA SQHA

FORMATION EN LIGNE | 15,5 HEURES ACCRÉDITÉES

15,5 heures de formation accréditée par les organismes officiels pour les médecins, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes-diététistes et kinésiologues.

RÉPARTIE EN 6 SECTIONS

1. Notions fondamentales sur l'hypertension artérielle
2. Évaluation de la personne atteinte d'hypertension artérielle
3. Traitements
4. Adhésion au traitement
5. Synthèse - Étude de cas cliniques
6. Lignes directrices 2025 d'Hypertension Canada



TARIF POUR L'INSCRIPTION
À LA FORMATION COMPLÈTE :
Indiqué sur le site



PRISE EN CHARGE DES ADULTES

Introduction
Définitions et diagnostic
Méthodes diagnostiques de mesure
Évaluation
Seuils et cibles de traitement
Modifications des habitudes de vie
Traitement pharmacologique
Hypertension artérielle résistante
Urgence hypertensive
Protocole médical national
Rôles des personnes impliquées dans la prise en charge
Formations offertes par la SQHA
Lignes directrices 2025 - Hypertension Canada



PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Introduction
Définition et diagnostic
Mesure de la pression artérielle
Évaluation
Modifications des habitudes de vie
Traitement pharmacologique
Situations cliniques
Messages clés
Lignes directrices - Hypertension Canada



PRISE EN CHARGE DE GROSSESSE ET POST-PARTUM

Introduction
Définition - Classification - Facteurs de risque -
Risque de récurrence
Hypertension artérielle chronique (préexistante)
Hypertension artérielle gestationnelle
Prééclampsie
Mesure de la pression artérielle
Modifications des habitudes de vie
Traitement pharmacologique
Post-partum
Vignettes cliniques
Messages clés pour les professionnels
Questions fréquentes et réponses proposées
Lignes directrices - Hypertension Canada
Terminologie de l'avancée d'une grossesse



www.sqha.hypertension.qc.ca/PriseEnCharge

RÉUNION
SCIENTIFIQUE ANNUELLE

sqha.hypertension.qc.ca/congres-scientifique

JOURNÉE
DE FORMATION CLINIQUE

sqha.hypertension.qc.ca/info-professionnels/journee-de-formation-clinique



L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

la « tueuse silencieuse »

IGNORÉE, L'HYPERTENSION PEUT CAUSER :

7. Crise cardiaque
8. Démence
9. Accident vasculaire cérébral (paralysie)
10. Insuffisance rénale (dialyse)
11. Cécité

SAVIEZ-VOUS OÙ ?

30 % DES DÉCÈS AU CANADA sont en partie attribuables à l'hypertension, bien qu'elle ne s'accompagne généralement d'aucun symptôme.

Bien traiter l'hypertension sauve des vies et des hospitalisations.

L'amélioration de l'hypertension au Canada a permis d'éviter lors des 2 dernières décennies:

- **5,4 millions d'hospitalisations pour maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux (AVC)**
- **plus de 1 million de décès**



1 GROSSESSE SUR 10 est compliquée d'hypertension

Les femmes qui ont eu de la haute pression durant la grossesse ont plus de chances de faire de l'hypertension durant leur vie, en particulier si elles ont eu un diagnostic de prééclampsie.



2 À 5 % des enfants et des adolescents présentent de l'hypertension

Les garçons ont tendance à présenter des taux légèrement plus élevés que les filles à certains stades de leur développement.



1 ADULTE SUR 4 est hypertendu

La proportion d'adultes de 60 ans et plus hypertendus au Canada est de près de 50 % et continue de croître. Le nombre d'adultes canadiens ignorant leur condition hypertensive augmente depuis 2015.

La Fondation de la SQHA tend la main à ses partenaires institutionnels et à la communauté pour l'aider à réaliser ses projets essentiels concernant la **prévention**, le **dépistage** et l'**amélioration** de la **prise en charge** de l'hypertension artérielle, et ce, **en réunissant 1,5 million de dollars** (300 000 \$ par année pendant 5 ans).

MERCI D'ÊTRE À NOS CÔTÉS ET DE NOUS ACCOMPAGNER POUR SAUVER DES VIES.

