

Les actualités  
DU  
**CŒUR**  
ENCART SPÉCIAL



# HYPERTENSION

recommandations canadiennes 2002-2003

*Quoi de neuf? Quels éléments antérieurs demeurent importants?*

GRUPE DE TRAVAIL SUR LES RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR L'HYPERTENSION

**Auteurs-ressources :**

Ross D. Feldman M.D.  
Pharmacologie clinique  
Robarts Research Institute

Denis Drouin M.D.  
Médecin conseil, Organisation des Services  
Santé cardiovasculaire, DSP Québec

Alain Milot M.D., M.Sc., F.R.C.P.(c)  
Médecine interne et pharmacologie,  
Polyclinique vasculaire  
CHUQ, Hôpital Saint-François d'Assise

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003

Hypertension : recommandations canadiennes 2002-2003



**L**e présent résumé décrit les efforts constants de la majorité des spécialistes de l'hypertension au Canada en vue d'élaborer et de mettre à jour des recommandations sur la maîtrise de l'hypertension qui soient fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Cette activité annuelle, qui a débuté en 1999, est cependant bien plus qu'un exercice théorique. Il est maintenant reconnu sans équivoque que notre capacité à influencer les professionnels de la santé et à améliorer la maîtrise de l'hypertension commence par la diffusion de recommandations à jour et crédibles.

À cet égard, le Groupe de travail sur les recommandations canadiennes sur l'hypertension est de plus en plus étroitement associé à un programme de diffusion et de mise en œuvre très dynamique (et, plus récemment, à un programme d'évaluation des résultats de nos travaux). Ce réseau coordonné, comprend trois volets : 1) le sous-groupe des recommandations, 2) le comité de mise en œuvre et 3) le comité central d'examen, forme le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH). Cette initiative reçoit l'appui d'un groupe d'associations de professionnels de la santé intéressées par la lutte contre l'hypertension, notamment la Société canadienne d'hypertension artérielle, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, le Collège des médecins de famille du Canada, Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada.

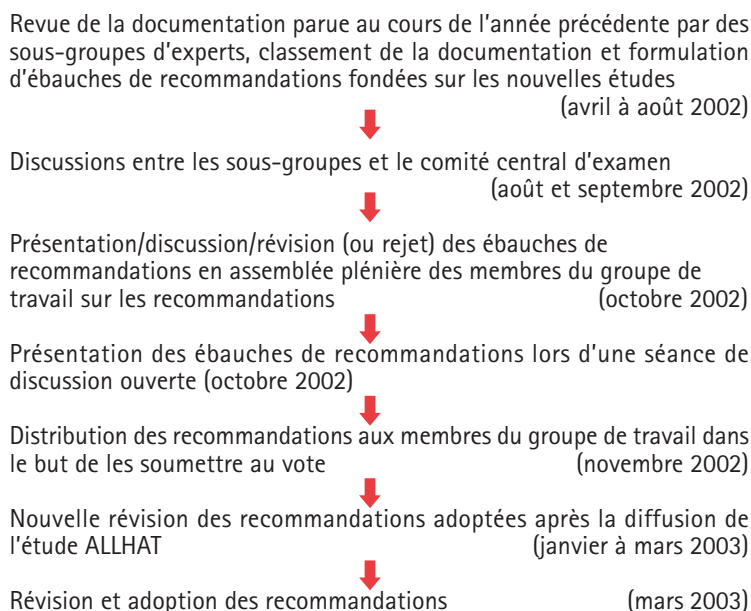
L'hypertension demeure un problème de santé publique important au Canada. Il s'agit de l'un des motifs de consultation médicale les plus fréquents chez les adultes au Canada<sup>1</sup> et d'une cause importante de morbidité et de mortalité. Dans certains pays, dont le Canada, l'hypertension se classe au premier rang des facteurs de risque de mortalité chez les femmes et au deuxième rang chez les hommes<sup>2</sup>. De plus, l'hypertension est sous-traitée : rien n'indique que le taux de maîtrise de la pression artérielle se soit accru de manière appréciable au cours des 10 dernières années, c'est-à-dire depuis l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire<sup>3</sup>. Cependant, des données récentes indiquent que le traitement de l'hypertension s'améliore au Canada (ou, à tout le moins, que le traitement de l'hypertension a subi une influence positive) depuis l'adoption de notre processus annuel de mise à jour des recommandations sur l'hypertension (N.R. Campbell et coll., *Journal of Hypertension*, sous presse). La présente version des recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension doit donc être considérée comme le plan directeur de 2003 pour la poursuite du développement d'outils et de programmes destinés à améliorer le traitement de l'hypertension, la maîtrise de la pression artérielle et, au bout du compte, à réduire les complications reliées à la pression artérielle au Canada.

La méthode employée pour élaborer les recommandations de cette année, soit l'évaluation des études publiées en 2002 et l'intégration de celles-ci à la révision des recommandations, est semblable à celle des années précédentes. Ainsi, en 2002 comme par le passé, les sous-groupes de travail ont préparé des ébauches de recommandations, qui ont par la suite fait l'objet de discussions et enfin, ont été adoptées conformé-

ment au processus préétabli<sup>4</sup>. Exceptionnellement cette année, l'exercice a été repris et prolongé jusqu'en 2003, en raison de l'impact d'une importante étude publiée à la toute fin du processus de révision. La publication des résultats d'un essai sur un traitement antihypertenseur visant à prévenir la crise cardiaque, l'étude ALLHAT (*Antihypertensive and lipid lowering treatment to prevent heart attack trial*)<sup>5</sup>. Cette

TABLEAU 1

## Processus d'élaboration des recommandations 2002-2003 sur la maîtrise de l'hypertension



étude sur l'hypertension, considérée comme étant la plus importante effectuée à ce jour, nécessitait la réévaluation des recommandations. Tous les sous-groupes de travail ont été sollicités afin de revoir les recommandations en tenant compte de l'étude ALLHAT. Un document d'orientation a été fourni par le comité central d'étude. Ainsi, les recommandations relatives aux patients souffrant :

1. d'hypertension et de diabète
2. d'hypertension et d'autres maladies cardiovasculaires
3. d'hypertension sans autre indication déterminante (c.-à-d., le sous-groupe désigné auparavant comme souffrant d'hypertension non compliquée)

ont été révisées, puis adoptées par la suite de façon unanime par les membres du groupe de travail (tableau 1). Les recommandations 2002-2003 tiennent donc compte d'une analyse préliminaire de l'étude ALLHAT ainsi que d'un examen partiel de l'étude ANBP-2 (*Australian National Blood Pressure study-2*)<sup>6</sup>.

## QU'Y A-T-IL DE NOUVEAU DANS LES RECOMMANDATIONS DE 2002-2003?

La mise à jour des recommandations de 2001-2002 avait pour but d'incorporer les résultats des études importantes publiées au cours de l'année 2002. Il s'agit des études PROGRESS, IDNT, RENAAL (rapports publiés en 2001 qui ont continué de faire l'objet de discussions en 2002), LIFE et ALLHAT. Celles-ci ont eu une incidence directe sur les recommandations liées au traitement.

### L'étude ALLHAT

L'étude ALLHAT est sans contredit celle qui a eu l'impact le plus important sur l'ensemble du processus de 2002-2003, bien qu'au bout du

compte, les conclusions de l'étude ALLHAT n'aient entraîné que des modifications mineures. Cette vaste étude portait sur la comparaison des effets de régimes thérapeutiques fondés sur l'amlodipine ou le lisinopril avec ceux qui sont basés sur la chlorthalidone (une branche de l'étude où on administrait des alpha-bloquants a été prématurément interrompu en 2000, en raison du nombre trop élevé d'accidents vasculaires cérébraux et d'insuffisances cardiaques) chez 33 357 participants de plus de 55 ans souffrant d'hypertension et présentant au moins un autre facteur de risque de maladie coronarienne. Les principales causes du retrait de patients de l'étude ont été les maladies coronariennes mortelles et les infarctus du myocarde non mortels. L'âge moyen des participants à l'étude était de 67 ans; 35 % étaient de race noire et 36% souffraient de diabète. La pression artérielle au début de l'étude était de 146/84 mmHg (les médicaments prescrits antérieurement ont toutefois été pris jusqu'au moment de la randomisation). La maîtrise d'ensemble de la pression artérielle dans le groupe traité à la chlorthalidone était supérieure d'environ 20 % à ce qu'elle était dans le groupe traité au lisinopril et d'environ 10 % supérieure à celle du groupe traité à l'amlodipine. Cependant, ni les principaux résultats mesurés ni les autres causes de mortalité ne sont différents d'un groupe à l'autre. Cependant, l'incidence de l'insuffisance cardiaque est sensiblement plus élevée (38 %) chez les personnes traitées à l'amlodipine que chez les personnes traitées à la chlorthalidone. La comparaison du groupe traité au lisinopril avec le groupe traité à la chlorthalidone permet de constater que dans le premier, le taux global de maladies coronariennes est de 10 % plus élevé, le taux d'accidents vasculaires cérébraux, de 15 %, et celui d'insuffisances cardiaques, de 19 %. Malgré l'écart entre les groupes en ce qui concerne la maîtrise de la pression artérielle et les préoccupations

relatives à la validation des insuffisances cardiaques (qui pourrait avoir eu une incidence sur certains écarts constatés lors de l'analyse des résultats secondaires), le groupe de travail sur les recommandations canadiennes sur l'hypertension conclut que l'étude ALLHAT démontre l'efficacité à, tout le moins comparable, des traitements à base de diurétiques pour la réduction de la pression sanguine et des complications cardiovasculaires reliées à l'hypertension. À cet égard, on s'entend généralement pour dire que l'étude ALLHAT confirme l'opinion voulant que les diurétiques du type thiazidique demeurent le meilleur agent de leur catégorie pour le traitement pharmacologique pour la plupart des patients souffrant d'hypertension. Des analyses plus poussées des sous-groupes confirment la relative efficacité d'un traitement à base de diurétiques chez les patients souffrant d'hypertension et de diabète (ce qu'avait déjà démontré l'étude SHEP)<sup>7</sup>. Il est à remarquer que les résultats obtenus avec le lisinopril, pour la réduction à la fois de la pression artérielle et des complications cardiovasculaires reliées à l'hypertension, ont été moins bons dans le sous-groupe des personnes de race noire.

On considère également que l'étude ALLHAT joue un rôle important en appuyant le message voulant que le traitement pharmacologique de l'hypertension « nécessite » une association de médicaments chez la majorité des hypertendus (63 % des patients de l'étude ALLHAT ont pris deux médicaments ou plus et 70 % sont parvenus à maîtriser leur pression artérielle).

Est-il permis de conclure, sur la base de l'étude ALLHAT, que les diurétiques devraient être recommandés en tant que seul traitement de première intention pour la maîtrise de l'hypertension chez les patients « sans autre indication déterminante »? Les données dont nous disposons à l'heure actuelle nous ►►

TABLEAU 2

ÉTAT PATHOLOGIQUE	CIBLE (PAS/PAD* en mmHg)
Hypertension diastolique ± systolique	< 140/90
Hypertension systolique isolée	< 140
Automesure tensionnelle à la maison (en l'absence de diabète, de néphropathie ou de protéinurie)	< 135/85
Diabète	< 130/80
Néphropathie	< 130/80
Protéinurie > 1 g/jour	< 125/75

\* PAS = pression artérielle systolique PAD = pression artérielle diastolique

forcent à apporter une réponse négative à cette question. L'évaluation en bonne et due forme des résultats de l'étude ANBP-2 ne s'est pas faite dans le cadre du processus d'élaboration des recommandations de 2002. Cependant, on a pu se rendre compte que, selon les résultats de cette étude (qui démontre la supériorité d'un traitement à base d'inhibiteurs de l'ECA sur les traitements à base de diurétiques chez les patients âgés souffrant d'hypertension), il serait erroné de conclure que l'un ou l'autre des cinq agents de première ligne recommandés affiche une quelconque supériorité (sur le plan de l'efficacité à réduire la pression artérielle ou le risque d'accident cardiovasculaire lié à l'hypertension). Le bien-fondé de tenir pour acquise la supériorité des diurétiques est remis en question par le manque de comparaison avec d'autres traitements de première ligne dans l'étude ALLHAT (les bêta-bloquants et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, par exemple). Finalement, l'effet négatif à long terme de l'élévation de la glycémie dans le sous-groupe de patients de l'étude ALLHAT qui prenaient des diurétiques demeure une source d'inquiétude qui empêche de recommander les diurétiques du type thiazidique en tant que traitement de première intention

pour le traitement pharmacologique de l'hypertension.

Globalement, les implications de l'étude ALLHAT sur les recommandations de 2002-2003 sont les suivantes :

- Donner une plus grande importance aux diurétiques du type thiazidique
- Pour les patients hypertendus de race noire ne présentant pas d'autre indication déterminante, NE PAS envisager les inhibiteurs de l'ECA en tant que traitement de première intention (en raison de l'inefficacité de cette catégorie de médicaments antihypertenseurs chez cette population)
- Pour les patients souffrant d'hypertension et de diabète mais dont le dosage urinaire de l'albumine est NORMAL, envisager la prise de diurétiques comme solution de rechange aux inhibiteurs de l'ECA et aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine

### L'étude LIFE

L'étude LIFE (*Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension*)<sup>8</sup> a aussi eu une incidence importante sur les discussions tenues

en 2002. On y a comparé les bienfaits d'un traitement à base de bêta-bloquants (aténolol) à ceux d'un traitement basé sur un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (losartan) chez des hypertendus âgés de plus de 55 ans présentant une hypertrophie ventriculaire gauche. L'étude LIFE démontre que le traitement à base d'ARA (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II) présente un avantage certain. Les critères d'inclusion à l'étude LIFE auraient fait en sorte qu'elle porte sur une population d'hypertendus à haut risque comparable aux sous-groupes présentant le risque le plus élevé dans les études antérieures de grande envergure sur l'hypertension (c.-à-d., les sous-groupes qui auraient contribué dans une mesure disproportionnée aux résultats globaux de ces études). L'extrapolation des résultats de l'étude LIFE aux patients souffrant d'hypertension non compliquée nous a donc paru justifiée. Cependant, certaines personnes ont exprimé la crainte que l'efficacité de l'aténolol soit moins grande chez les sujets plus âgés. Il n'est donc pas possible d'affirmer que les traitements à base d'ARA sont supérieurs aux « traitements de première intention ayant fait leurs preuves ».

De façon globale, l'étude LIFE recommande les éléments suivants :

- Envisager les traitements à base d'ARA en tant que possibilité supplémentaire de traitement de première intention chez les patients plus jeunes au même titre que les diurétiques du type thiazidique, les bêta-bloquants, les bloquants des canaux calciques du type dihydropyridinique et les inhibiteurs de l'ECA
- Inclure les thérapies à base d'ARA au même titre que les diurétiques et les bloquants des canaux calciques du type dihydropyridinique en tant que traitement de première intention de l'hyper-



tension systolique isolée (fondée en partie sur l'analyse des caractéristiques du sous-groupe de patients de l'étude LIFE souffrant d'hypertension systolique isolée)

- c) Élaborer des recommandations plus spécifiques au sujet des traitements de première intention contre l'hypertension chez les patients souffrant d'hypertrophie ventriculaire gauche. Ces traitements de première intention sont conformes aux recommandations sur le traitement des patients souffrant d'hypertension sans autre indication déterminante

Le processus de cette année comporte une simplification supplémentaire des recommandations sur la maîtrise de l'hypertension chez les patients diabétiques : des inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine sont recommandés en tant que traitement de première intention pour tous les sous-groupes de patients diabétiques hypertendus. Cette modification s'appuie sur l'analyse du sous-groupe de patients de l'étude LIFE souffrant de diabète ainsi que sur les discussions relatives aux études de 2001 qui ont permis de conclure à l'effet néphroprotecteur des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (RENAAL<sup>9</sup> et IDNT<sup>10</sup>).

## DES RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

### 1) Personnalisation de la maîtrise de l'hypertension basée sur le risque global d'athérosclérose

Il est évident (quoique paradoxal dans une certaine mesure) que la présence de facteurs supplémentaires de risque d'accident cardiovasculaire a une incidence plus grande à la fois sur le risque d'accident cardiovasculaire et sur les bienfaits absolus des thérapies de l'hypertension que n'en a le degré d'hypertension en lui-même. En outre, la présence d'autres facteurs

de risque ou de maladies cardiovasculaires continue d'avoir une incidence sur les objectifs de traitement ainsi que sur les choix thérapeutiques précis (tableaux 2 et 4). Il a été démontré par le *Framingham Heart Study Group*<sup>11</sup> que, dans la population en général, même lorsque la pression artérielle se situe à l'intérieur de limites « normales », le risque d'accident cardiovasculaire lui est directement proportionnel. Ainsi, les patients dont la pression artérielle se situe près de la limite supérieure de la normale (130-139/85-89 mmHg) ont un risque d'accident cardiovasculaire trois fois plus élevé que ceux dont la pression artérielle est à un niveau

d'accident cardiovasculaire, chez les patients diabétiques dont la pression artérielle se situe près de la limite supérieure de la normale que chez les femmes préménopausées qui ne présentent aucun autre facteur de risque que l'hypertension de niveau 2 (plus élevée que 160/100)<sup>12,13</sup>. Les discussions visant à déterminer si des objectifs ou des limites moins élevés se justifient dans le cadre du traitement d'autres sous-groupes présentant un risque très élevé de complications de l'athérosclérose (c.-à-d., les patients qui se relèvent d'un accident vasculaire cérébral ou ceux qui répondent aux critères d'inclusion de l'étude HOPE)<sup>14</sup> se poursuivent en 2003.

TABLEAU 3

Impact des traitements liés au mode de vie sur la pression artérielle des adultes souffrant d'hypertension		
Intervention	Changement visé	PAS/PAD mmHg*
Réduction du sodium	100 mmol/jour	-5,8 / -2,5
Perte de poids	- 4,5 kg	-7,2 / -5,9
Réduction de la consommation d'alcool	- 2,7 consommations/jour	-4,6 / -2,3
Activité physique	3 fois par semaine	-10,3 / -7,5
Habitudes alimentaires	Diète DASH**	-11,4 / -5,5

\* PAS = pression artérielle systolique PAD = pression artérielle diastolique  
 \*\* Disponible sur Internet : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/index.htm>

optimal (PAS inférieure à 120 mmHg). Bien que ces données ne puissent donner lieu à des décisions de procéder à la maîtrise pharmacologique de la pression dans l'ensemble de la population, une importance grandissante leur est accordée pour la détermination d'objectifs en matière de traitement de l'hypertension chez les patients qui présentent le plus haut risque d'accident cardiovasculaire. Ainsi, le traitement de l'hypertension est beaucoup plus efficace, en ce qui a trait à la réduction absolue du risque

### 2) Habitudes de vie

Les modifications du mode de vie demeurent un élément déterminant du traitement antihypertenseur. Son importance est cruciale en tant que moyen initial de maîtriser l'hypertension en association avec un traitement pharmacologique (tableau 3). Les données récentes indiquent que chez les individus d'âge moyen et d'âge avancé, le risque à vie de développer l'hypertension est supérieur à 90 %<sup>15</sup>. Ces découvertes renforcent l'importance des modifications du mode de vie ►►



## Individualisation du traitement antihypertenseur

FACTEUR DE RISQUE/ MALADIE	TRAITEMENT INITIAL	TRAITEMENT DE DEUXIÈME LIGNE	NOTES ET MISES EN GARDE
HYPERTENSION SANS AUTRE INDICATION DÉTERMINANTE	Diurétiques du type thiazidique, bêta-bloquants, inhibiteurs de l'ECA, ARA ou bloquants des canaux calciques à longue durée d'action du type dihydropyridinique	Combinaison de médicaments de première intention (voir le tableau Associations utiles de médicaments antihypertenseurs)	Les alpha-bloquants ne sont pas recommandés en monothérapie initiale. Les bêta-bloquants ne sont pas recommandés chez les patients âgés de plus de 60 ans. Pour les patients prenant des diurétiques, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents conservant le potassium. Les inhibiteurs de l'ECA ne sont pas recommandés pour les personnes de race noire
HYPERTENSION SYSTOLIQUE ISOLÉE SANS AUTRE INDICATION DÉTERMINANTE	Diurétiques du type thiazidique, ARA ou bloquants des canaux calciques à longue durée d'action du type dihydropyridinique	Combinaison de médicaments de première intention	Pour les patients prenant des diurétiques, l'hypokaliémie doit être évitée par l'utilisation d'agents conservant le potassium
DIABÈTE ACCOMPAGNÉ DE NÉPHROPATHIE	Inhibiteurs de l'ECA ou ARA	Ajout d'un ou de plusieurs des médicaments suivants : diurétique du type thiazidique, bêta-bloquants cardio-sélectifs, bloquant des canaux calciques à longue durée d'action ou combinaison d'ARA et d'un inhibiteur de l'ECA	—
DIABÈTE SANS NÉPHROPATHIE	Inhibiteurs de l'ECA, ARA ou diurétiques du type thiazidique	Combinaison de médicaments de première intention ou ajout de bêta-bloquants cardio-sélectifs et (ou) de bloquants des canaux calciques à longue durée d'action	Si la concentration de créatinine sérique est supérieure à 150 µmol/L, il faut employer un diurétique de l'anse au lieu d'un diurétique du type thiazidique à faible dose si un contrôle du volume est nécessaire
ANGINE	Bêta-bloquants (envisager des inhibiteurs de l'ECA comme traitement additionnel)	Bloquants des canaux calciques à longue durée d'action	Éviter la nifédipine à courte durée d'action
ANTÉCÉDENT D'INFARCTUS DU MYOCARDE	Bêta-bloquants et (ou) inhibiteurs de l'ECA	Combinaisons d'agents additionnels	—
DYSFONCTION SYSTOLIQUE VENTRICULAIRE GAUCHE (INSUFFISANCE CARDIAQUE)	Inhibiteurs de l'ECA (diurétique thiazidique ou de l'anse, bêta-bloquants, spironolactone comme traitement additif)	ARA ou hydralazine/dinitrate d'isosorbide	Éviter les bloquants des canaux calciques autres que les dihydropyridiniques (par ex. : diltiazem ou vérapamil)
ANTÉCÉDENTS D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL OU ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE (ICT)	Association d'inhibiteur de l'ECA/diurétique	—	Un abaissement de la pression artérielle réduit le nombre d'événements vasculaires cérébraux récurrents
MALADIE RÉNALE	Inhibiteurs de l'ECA (diurétiques comme traitement additif)	Combinaisons d'agents additionnels	Éviter les IECA et les ARA en présence de sténoses des artères rénales
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE	Inhibiteurs de l'ECA, ARA, bloquants des canaux calciques du type dihydropyridinique, diurétiques (bêta-bloquants pour les patients âgés de moins de 55 ans)	—	Éviter les IECA et les ARA en présence de sténoses des artères rénales
MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE	Aucun effet sur les recommandations à l'égard du traitement initial	Aucun effet sur les recommandations à l'égard du traitement initial	Éviter les bêta-bloquants dans le cas de maladie grave

ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine. ICT : ischémie cérébrale transitoire. ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II.



TABLEAU 5

Associations utiles de médicaments antihypertenseurs	
Pour un EFFET ANTIHYPERTENSEUR ADDITIF dans un traitement à double modalité, combiner l'agent de la colonne 1 à l'un des agents de la colonne 2	
Colonne 1	Colonne 2
Diurétique thiazidique	Bêta-bloquant
Bloquant des canaux calciques à longue durée d'action du type dihydropyridinique	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)

dans la prévention et la maîtrise de l'hypertension.

### 3) Associations thérapeutiques


Le rôle des associations thérapeutiques demeure très important dans le contrôle de l'hypertension. Cet énoncé s'applique aussi bien à l'association d'une modification du mode de vie et d'un traitement pharmacologique qu'aux associations efficaces de médicaments anti-hypertenseurs. La vaste majorité des patients hypertendus doivent avoir recours à des traitements comportant une association de médicaments. La préférence devrait être accordée aux combinaisons de médicaments les plus efficaces (tableau 5). Il n'est pas certain cependant que cette tendance amène un plus grand usage de combinaisons de doses fixes de médicaments pour la maîtrise de l'hypertension. Cela dépendra probablement de leur incidence sur le respect du traitement, ce qui n'a pas encore été prouvé, et, en bout de

ligne, sur la maîtrise de la pression artérielle.

### 4) Observance

Le développement et le maintien chez le patient de l'observance, de la compliance et de la concordance (il s'agit d'une même réalité) à l'égard du traitement antihypertenseur prescrit demeure un enjeu primordial (et un sujet important de discussion et d'étude). Quelques moyens simples contribuent toutefois à améliorer le respect du traitement par le patient (tableau 6).

D'une certaine manière, les éléments antérieurs demeurés importants dans les recommandations de 2002-2003 ont plus d'importance que les éléments nouveaux (tableau 7). L'hypertension demeure un problème de santé publique important et plusieurs des questions liées à la maîtrise de l'hypertension en 2002 sont toujours d'actualité en 2003. Nous disposons des outils pour

maîtriser l'hypertension et réduire les maladies cardiovasculaires. Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension continuera de militer en faveur du traitement et de la maîtrise de l'hypertension, d'effectuer un travail de sensibilisation à l'importance d'une maîtrise optimale de l'hypertension, d'élaborer des moyens destinés à aider les professionnels de la santé et d'évaluer l'incidence de nos activités. Nous continuerons de fournir aux professionnels de la santé du Canada des recommandations à jour fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. La version complète des recommandations canadiennes 2002-2003 sur l'hypertension est disponible sur Internet à l'adresse suivante : [www.chs.md](http://www.chs.md) 

#### Bibliographie

- 1) GROUPE DE TRAVAIL SUR LES RECOMMANDATIONS CANADIENNES SUR L'HYPERTENSION, *Recommandations canadiennes de 2001 sur l'hypertension : quoi de neuf et quels éléments antérieurs demeurent importants?*, disponible sous « Recommandations » au [www.chs.md/index2F.html](http://www.chs.md/index2F.html) ▶

TABLEAU 6

Observance au traitement antihypertenseur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifier le programme de prise de médicaments en adoptant la dose quotidienne unique</li> <li>• Adapter la prise de médicaments aux habitudes quotidiennes du patient</li> <li>• Encourager une plus grande responsabilisation/autonomie des patients dans la maîtrise de leur pression artérielle (notamment par la surveillance de leur pression artérielle à la maison)</li> <li>• Renseigner les patients et les familles des patients sur leur maladie et sur leur programme de traitement</li> </ul>



TABLEAU 7

## Points saillants des recommandations 2002-2003 sur la maîtrise de l'hypertension

### Quoi de neuf?

- ➔ **Traitement de première intention :**  
Inclusion des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
- ➔ **Patients souffrant de diabète accompagné d'hypertension:**  
Utilisation d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ou d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine comme traitement de première intention

### Des éléments importants?

- ➔ Évaluation du risque global d'artériosclérose chez les patients souffrant d'hypertension, y compris l'appréciation des objectifs d'abaissement de la pression artérielle pour les patients présentant un risque très élevé d'athérosclérose
- ➔ Modifications du mode de vie en tant que fondement du traitement de l'athérosclérose
- ➔ Bienfaits des diurétiques thiazidiques chez tous les sous-groupes de patients souffrant d'hypertension
- ➔ Combinaisons de médicaments pour le contrôle de la pression artérielle
- ➔ Emphase sur l'observance, la compliance, la concordance à l'égard du traitement

- 2) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Rapport sur la santé dans le monde 2002, [www.who.int/whr/2002/fr](http://www.who.int/whr/2002/fr)
- 3) JOFFRES, M.R., P. GHADIRIAN, J.G. FODOR, A. PETRASOVITS, A. CHOCKALINGAM et P. HAMET, « Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Canada », *American Journal of Hypertension*, vol. 10, n° 10, 1<sup>re</sup> partie (1997), p. 1097-1102.
- 4) ZARNKE, K.B., N.R.C. CAMPBELL, F. MCALISTER et M. LEVINE, pour le groupe de travail sur les recommandations canadiennes sur l'hypertension, « A Novel Process for Updating Recommendations

for Managing Hypertension : Rationale and Methods », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 16 (2000), p. 1094-1102.

- 5) LES GESTIONNAIRES ET COORDONNATEURS D'ALLHAT, pour le groupe de recherche collective ALLHAT, « Major Outcomes in High-risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs. Diuretic : The Antihypertensive and Lipid-lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) », *JAMA*, vol. 288, n° 23 (2002), p. 2981-2997.
- 6) WING L.M.H., C.M. REID, P. RYAN, L.J. BEILIN, M.A. BROWN, G.L.R. JENNINGS et coll., pour le

Second Australian National Blood Pressure Study Group, « A Comparison of Outcomes with Angiotensin-converting-enzyme Inhibitors and Diuretics for Hypertension in the Elderly », *New England Journal of Medicine*, vol. 348 (2003), p. 583-592.

- 7) SHEP COOPERATIVE RESEARCH GROUP, « Prevention of Stroke by Antihypertensive Drug Treatment in Older Persons with Isolated Systolic Hypertension : Final Results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) », *JAMA*, vol. 265, n° 24 (1991), p. 3255-3264.
- 8) DAHLOF, B., R.B. DEVEREUX, S.E. KJELDSEN, S. JULIUS, G. BEEVERS, U. FAIRE et coll., pour The Life Study Group, « Cardiovascular Morbidity and Mortality in the Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension Study (LIFE) : A Randomised Trial against Atenolol », *Lancet*, vol. 359, n° 9311 (2002), p. 995-1003.
- 9) BRENNER, B.M., M.E. COOPER, D. DE ZEEUW, W.F. KEANE, W.E. MITCH, H. PARVING et coll., pour RENAAL Study Investigators, « Effects of Losartan on Renal and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Nephropathy », *New England Journal of Medicine*, vol. 345 (2001), p. 861-869.
- 10) LEWIS, E.J., L.G. HUNSICKER, W.R. CLARKE, T. BERL, M.A. POHL, J.B. LEWIS et coll., pour le Collaborative Study Group, « Renoprotective Effect of the Angiotensin-receptor Antagonist Irbesartan in Patients with Nephropathy Due to Type 2 Diabetes », *New England Journal of Medicine*, vol. 345 (2001), p. 851-860.
- 11) VASAN, R.S., M.G. LARSON, E.P. LEIP, J.C. EVANS, C.J. O'DONNELL, W.B. KANNEL et D. LEVY, « Impact of High-normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 345 (2001), p. 1291-1297.
- 12) JACKSON, R., « Updated New Zealand Cardiovascular Disease Risk-benefit Prediction Guide », *British Medical Journal*, vol. 320 (2000), p. 709-710.
- 13) HANSSON, L., A. ZANCHETTI, S.G. CARRUTHERS, B. DAHLOF, D. ELMFELDT, S. JULIUS et coll., pour le HOT Study Group, « Effects of Intensive Blood-pressure Lowering and Low-dose Aspirin in Patients with Hypertension : Principal Results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) Randomised Trial », *Lancet*, vol. 351, n° 9118 (1998), p. 1755-1762.
- 14) YUSUF, S., P. SLEIGHT, J. POGUE, J. BOSCH, R. DAVIES et G. DAGENAIS, pour The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, « Effects of an Angiotensin-converting-enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-risk Patients », *New England Journal of Medicine*, vol. 342, n° 3 (2000), p. 45-53.
- 15) VASAN, R.S., A. BEISER, S. SESHADRI, M. LARSON, W.B. KANNEL, R.B. D'AGOSTINO et D. LEVY, « Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men », *JAMA*, vol. 287 (2002), p. 1003-1010.

Ce document est publié par la Fondation des maladies du cœur du Québec



et grâce au soutien financier de :



Notre passion, la vie

Les actualités  
DU  
CŒUR

Volume 8, numéro 2  
Pintemps-Été 2003