

Ordonnance collective

Initier ou ajuster le traitement antihypertenseur chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque	N°:	OC-140
	Page :	1 de 4
	Émis le:	2010-04-06
	Révisé le :	2020-05-25
	Prochaine révision :	2023

Professionnels habilités :
Pharmacien(ne)s de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque

Secteurs d'activité visés :
Clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque

Clientèles visées :
Usager adulte inscrit à la clinique d'insuffisance cardiaque ou de transplantation cardiaque

Indications :
Usager pour lequel un traitement antihypertenseur doit être initié ou majoré afin de viser une TAS inférieure à 130 et/ou une TAD inférieure à 80 s'il y a présence de diabète ou de maladie rénale chronique et une TAS inférieure à 140 et/ou TAD inférieure à 90 pour les autres.

Contre-indications :
<ul style="list-style-type: none"> ○ Absolues : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chute récente causée par des étourdissements (lipothymie) ○ Relatives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypotension orthostatique ▪ Étourdissements importants ▪ Sténose aortique modérée à sévère

Interventions diagnostiques ou thérapeutiques :
<p>Quatre situations possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lorsque l'usager insuffisant cardiaque a déjà à son profil pharmacologique un ARNI, un IECA ou un ARA dont la dose maximale en IC n'a pas été atteinte, majorer d'abord ce médicament selon les ordonnances collectives (OC) : OC-187 Ajustement d'un inhibiteur de la néprilysine/antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARNI) chez l'usager insuffisant cardiaque, OC-101 Ajustement des IECA chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et OC-102 Ajustement des ARA chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque. Envisager l'ajout d'un ARM (spironolactone/éplérénone) chez les usagers ayant une FEVG plus petit que 40 % et des laboratoires (ions, urée, créatinine sérique) stables. Lorsque la dose maximale en insuffisance cardiaque de l'ARNI, de l'IECA, de l'ARA ou de l'ARM est atteinte (ou qu'il est impossible de la majorer d'avantage) et que l'usager a déjà à son profil pharmacologique un ou d'autres antihypertenseurs autres qu'un bêtabloqueur, majorer d'abord un/ces antihypertenseur(s) jusqu'à une dose antihypertensive décrite dans la monographie.

Initier ou ajuster le traitement antihypertenseur chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque	N°:	OC-140
	Page :	2 de 4
	Émis le:	2010-04-06
	Révisé le :	2020-05-25
	Prochaine révision :	2023

3. Lorsque la dose maximale en insuffisance cardiaque de l'ARNI, de l'IECA, de l'ARA ou de l'ARM est atteinte (ou qu'il est impossible de la majorer d'avantage) et que l'usager n'a pas d'autres antihypertenseurs à son dossier **et/ou** que tous les antihypertenseurs déjà au dossier pharmacologique de l'usager ont été majorés (à l'exception d'un bêtabloqueur), les choix suivants sont possibles selon les circonstances :
 - Amlodipine : dose initiale 2,5 mg id ad dose maximale de 10 mg id
 - Doxazosine : dose initiale 1 mg id ad dose maximale de 16 mg id
4. Lorsque l'usager est transplanté cardiaque sans dysfonction ventriculaire gauche, la dose de l'IECA ou de l'ARA doit être majorée jusqu'à la dose **standard** antihypertensive. Lorsque cet agent n'est pas suffisant ou qu'une augmentation de la créatinine sérique de plus de 30 % empêche la majoration, les choix suivants sont possibles selon les circonstances :
 - Amlodipine : dose initiale 2,5 mg id ad dose maximale de 10 mg id
 - Doxazosine : dose initiale 1 mg id ad dose maximale de 16 mg id
 - Clonidine : dose initiale 0,05mg bid ad dose maximale 1,2 mg/jour

Surveillance

Pour tous les antihypertenseurs modifiés, contacter l'usager dans 1 à 2 semaines suivant le changement afin de :

- Surveiller la TA
- Surveiller les symptômes d'hypotension comme les étourdissements
- Surveiller les signes et symptômes d'insuffisance cardiaque (gain/perte de poids, œdème des membres inférieurs (OMI), dyspnée, etc.)
- Valider la tolérance à la médication (présence d'effets indésirables)

Prévoir ions, urée, créatinine sérique 1 à 2 semaines après l'initiation ou la majoration d'un traitement antihypertenseur à risque d'influencer ces paramètres (diurétique, IECA, ARA, etc.).

- Pour ces usagers, faire plus spécifiquement la surveillance de la kaliémie et de la créatinine. Ajuster au besoin la thérapie du patient (réduire la dose, cesser le médicament) en suivant le modèle des OC-101, OC-102 et OC-187 mentionnées précédemment.
- En cas d'hypokaliémie ou d'hyperkaliémie, se référer à l'OC-141 *Ajustement du potassium chez les usagers de la clinique d'insuffisance*

Selon les différents signes ou symptômes, le traitement pourra être ajusté au besoin selon la situation en communiquant ou non avec le cardiologue de la clinique.

**** Les indications et les ajustements proposés demeurent sujets à interprétation selon la situation et le jugement clinique du cardiologue et/ou du pharmacien ****

Activités réservées:

Initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées

Initier ou ajuster le traitement antihypertenseur chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque	N°:	OC-140
	Page :	3 de 4
	Émis le:	2010-04-06
	Révisé le :	2020-05-25
	Prochaine révision :	2023

Références

- Hypertension Canada. 2020 Hypertension points saillants : Guide pratique fondé sur le Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada sur le diagnostic, la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle ainsi que sur l'évaluation des risques [En ligne]. Markham (ON); 2018 [consulté le 20 mars 2019]. 28 p. Disponible : <https://guidelines.hypertension.ca/wp-content/uploads/2018/10/Hypertension-Guidelines-French-2018-Web.pdf>
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2018;138(17):e426-e83.

Élaborée par :

Audrey Vachon, pharmacienne

Révisée par (lors de la mise à jour) :

Émilie Guérin, pharmacienne

Isabelle Toupin, pharmacienne

Personnes consultées (dernière version) :

D^r Mario Sénéchal, cardiologue

Ordonnance collective

Initier ou ajuster le traitement antihypertenseur chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque	N°:	OC-140
	Page :	4 de 4
	Émis le:	2010-04-06
	Révisé le :	2020-05-25
	Prochaine révision :	2023

Validée par (dernière version) :

D^r Jean Champagne
Chef du Département multidisciplinaire de cardiologie

2020-05-25
Date

M^{me} Julie Racicot
Chef du Département de pharmacie

2020-05-25
Date

Approuvée par :

D^{re} Marie-Hélène LeBlanc
Présidente du CMDP

2020-05-25
Date