

URGENCES HYPERTENSIVES



- ***Cours de cardiologie 4eme année médecine.***
- ***Faculté de BATNA***
- ***14 /10 / 2014 13h30***
- ***chinarathmane@yahoo.fr***
- ***0773121991***

URGENCES HYPERTENSIVES

DEFINITION

- Deux observations cliniques
- Objectifs thérapeutiques

Jeune femme de 24 ans

Amenée pour attaque de panique, palpitations

Examen

- Tachycardie sinusale
- TA : 240/150 mmHg
- ECG : discrète HVG
- Rx pulmonaire : normale
- Biologie :
 - K⁺ = 3,2 meq
 - créatinine = 80 μ mol
 - TSH normale

Jeune femme de 24 ans

Amenée pour attaque de panique, palpitations

Prise en charge

traitement initial : ATARAX 50 et CATAPRESSAN (2)

recherche de signe de souffrance viscérale :

pas de symptôme neurologique

pas d'insuffisance cardiaque

pas d'angor

non enceinte



Jeune femme de 24 ans

Amenée pour attaque de panique, palpitations

Prise en charge

recherche de facteurs déclenchant

stress familial et social (chômage)

consommation excessive : tabac, coca-cola, réglisse

contraception

Il ne s'agit pas d'une urgence hyper-tensive :
paroxysme tensionnel sur HTA franche avec
hyperaldostéronisme possible

Hospitalisation en cardiologie conventionnelle :
bilan d'HTA, adénome de Conn

Homme de 72 ans

Vient pour dyspnée, orthopnée, douleurs thoraciques

Examen

- IVG clinique nette
 - tachycardie sinusale
 - galop gauche
 - crépitants des 2 hémichamps pulmonaires
- TA : 240/130 mmHg au Dinamap

Homme de 72 ans

Vient pour dyspnée, orthopnée, douleurs thoraciques

Examen

- radio pulmonaire : stase pulmonaire ++
cardiomégalie
- ionogramme sanguin :
 - Na = 136 meg ; K⁺ = 3,7 meg
 - Créat = 150 μmol ; troponine normale

Homme de 72 ans

Vient pour dyspnée, orthopnée, douleurs thoraciques

Examen

- Échographie abdominale : AAA à 70 mm
- Diagnostic ?
- Complication présente ?
- Complication menaçante ?
- Traitement ?

L'urgence hypertensive

Présentation

PA très élevée
+ atteinte viscérale

Objectif
intermédiaire

Contrôler la PA

Objectif

Prévenir ou limiter
l'atteinte viscérale

Hospitalisation pour surveillance
intensive, imagerie et traitement IV

URGENCES HYPERTENSIVES

ASPECTS CLINIQUES

- neurologiques
- cardiovasculaires
- éclampsie

Situations cliniques neurologiques

Signes cliniques

- signes généraux : céphalées
trouble conscience
- signes focalisés : monoplégie
hémiplégie
paralysie faciale
troubles phasiques
- signes de gravité : coma réactif ou non
convulsions

Métaanalyse des données d'observation

■ AVC mortel et PA à l'admission

- risque relatif* 1,85/1,71 pour PAS/PAD, $p < 0,01$
- Δ PA AVC mortels ou non 5/0 mmHg (NS)

■ Risque relatif* par type d'AVC

- AVC hémorragique (PAM) 2,26 $p < 0,01$
- AVC ischémique (PAM) 0,96 NS
- combinés (PAM) 1,56 $p = 0,06$

* Définition dichotomique PA haute ou normale propre à chaque étude

Willmot et al ; Hypertension 2004 ; 43 : 18

HTA accélérée ou maligne

242 patients, 1970 - 93

Hommes, %	64
Age, années	50 ± 13
PA, mmHg	228/142 ± 29/20
FO stade IV, %	48
Créatinine, µmol/l	156
Protéinurie > 1+, %	63
HTA secondaire, %	56

Situations cliniques neurologiques

Distinguer

- encéphalopathie hypertensive : rare ++ FO
 - ⇒ justifie un traitement en urgence
- AVC : distinguer hémorragie - ischémique
 - ⇒ imagerie : scanner, IRM
- **Respecter** l'HTA de l'AVC ischémique
 - sauf si TA > 250/130 mmHg
 - ⇒ retentissement cardiovasculaire
- Traiter **modérément** l'HTA de l'hémorragie

Situations cliniques cardiovasculaires

① IVG aiguë

- sub OAP
- OAP vrai

Situations cliniques cardiovasculaires

② Syndrome coronarien aigu

- douleur thoracique
- signes ischémiques sur l'ECG
- troponine - CPK

Situations cliniques cardiovasculaires

③ Dissection aortique

- douleur thoracique intense
- asymétrie tensionnelle
- insuffisance aortique
- imagerie : ETT - ETO - scanner

Situations cliniques cardiovasculaires

Étiologies

HTA ancienne + tabac
Marfan, Ehlers Danlos
Artérites inflammatoires
Décélération

Mortalité

Type A : 1 à 2 % par heure
Type B : 10 % à 30 jours

Situations cliniques cardiovasculaires

④ AAA préfissuraire

- douleur dorso-lombaire
- palpation de la masse abdominale
- échodoppler abdominal, scanner

Situations cliniques cardiovasculaires

◎ Dans tous les cas

- traiter rapidement l'HTA

TA = 160/100 mmHg

- traitement spécifique

O₂ / douleur / TNT

thrombolyse, angioplastie, HBPM, AAP

chirurgie

LES URGENCES HYPERTENSIVES

- L'urgence hypertensive est une élévation aiguë de la pression artérielle, généralement extrême, avec présence de signes ou de symptômes d'une complication présente ou menaçante
- Elle est à distinguer de la simple élévation aiguë de pression artérielle, pouvant survenir à l'occasion d'un épisode douloureux ou d'un choc émotionnel et étant absolument asymptomatique.

Les urgences hypertensives, en dehors des accidents vasculaires cérébraux, nécessitent un traitement immédiat visant à faire baisser la pression artérielle

Objectifs

- Faire baisser la tension artérielle

- Limiter (IVG - ischémie)

- Prévenir (rupture mécanique)

les complications
cardiovasculaires



Traitement

Rapide

- quelques minutes
- bolus initial

Modéré

- 25 % TAS en quelques minutes à 2 h

Que faire en attendant l'hospitalisation ?

○ Réunir les éléments du diagnostic

- antécédents, PA initiale, décrire la souffrance viscérale
- recenser les traitements antérieurs

○ Organiser le transfert (Stroke center, USIC, maternité)

○ Médicaments

- pas de capsule de nifédipine orale ou sublinguale*
- aucun traitement en cas de déficit neurologique
- Lasilix/dérivé nitré en cas d'OAP / de douleur thoracique

* L'AMM "poussée hypertensive" a été retirée à l'Adalate en 1996

Situations d'urgence hypertensive

① Le patient neurologique : AVC ischémique ?
hémorragie cérébrale ? Encéphalopathie ?

Transfert en unité neurovasculaire

② Dissection de l'aorte

Transfert en chirurgie cardiovasculaire

③ Eclampsie

Transfert en maternité de niveau 3

④ OAP et angor instable avec HTA

Transfert en USIC

L'urgence à l'hôpital

- ◉ Examen CV et neurologique, ECG, FO
- ◉ Mettre en place la surveillance
 - poids, Labstix, diurèse/miction (sonder si nécessaire)
 - iono, NFS, plaquettes, réticulocytes, schizocytes, transaminases, haptoglobine (rénine, aldo)
 - PA par moniteur, initialement toutes les 15 min
- ◉ Mettre en place une voie veineuse + seringue électrique, traiter si nécessaire
- ◉ Selon le contexte : radio thorax, écho cœur, IRM, doppler AR, métanéphrines

Premiers choix (voie IV)

	1° dose	entretien
Eupressyl	2 mg/min	9 à 30 mg/h
Loxen	1 mg/min/10 min	2 à 4 mg/h
Trandate	1 mg/kg en 1 min	0,1 mg/kg/h
Lasilix (OAP)	20 – 40 mg	-
Risordan (OAP)	2 – 15 mg/h	2 – 15 mg/h
MgSO ₄ (éclampsie)	4 g	1 g/h

Sulfate de magnésie dans la pré-éclampsie

MgSO4 placebo

RR

[IC 95 %]

n =	5068	5068	
Effets 2°	24 %	5 %	
Eclampsie	40	96	0,42 [0,29 – 0,60]
Mort maternelle	11	20	0,55 [0,26 – 1,14]
Mort périnatale	518	516	0,99 [0,88 – 1,11]

HTA sévères hors de l'urgence

○ HTA sévère ou de grade 3

- ANAES, JNC7, ESH, WHO : PA $\geq 180 \geq 110$ mmHg

○ HTA réfractaire ou résistante au traitement

- ANAES $\geq 140 \geq 90$, trithérapie avec diurétique
- JNC 7 objectif non atteint, trithérapie avec diurétique
- ESH objectif non atteint, trithérapie



Leur traitement est ambulatoire et progressif

<http://www.anaes.fr>

JNC7, Hypertension 2003 ; 42 : 1206

ESH – ESC, J Hypertension 2003 ; 21 : 1011

Le traitement de l'HTA sévère est nécessaire

	n=	PA initiale mmHg	AVC	IDM	total (%)
TT actif	30	239/136	3	1	13
Abstention	31	216/129	7	3	32

P < 0,001

Hamilton et al ; Lancet 1964 ; i : 235

Suivi 2 à 6 ans. Tt par ganglioplégiques, thiazides et MD

Conclusions

- ◎ Les urgences hypertensives sont des HTA sévères avec complication viscérale
- ◎ Dans les urgences hypertensives :
 - hospitaliser dans un centre adapté
 - traiter par voie IV l'OAP, la dissection aortique, l'éclampsie, l'HTA maligne, l'infarctus avec HTA
 - en cas d'AVC, s'abstenir jusqu'à l'imagerie
- ◎ Dans l'HTA sévère hors de l'urgence :
 - il n'y a pas d'indication à un traitement parentéral
 - mettre rapidement en place un traitement oral

Les urgences hypertensives sont rares, ne survenant que chez 5 %
des patients hypertendus. vrai faux
 je ne sais pas

L'urgence hypertensive comporte généralement une PAD dépassant
120 mmHg et/ou une PAS dépassant 200 mmHg vrai
faux je ne sais pas

Toute élévation brutale de PAS égale ou supérieure à 200 mmHg
nécessite immédiatement la prescription d'un antihypertenseur
pour faire baisser cette PAS vrai faux je
ne sais pas

Dans une telle circonstance, le plus simple est de donner une gélule
d'adalate, à placer en sublingual vrai
faux je ne sais pas

Les urgences hypertensives sont les situations qui requièrent une réduction immédiate de la pression artérielle pour prévenir ou limiter un dommage viscéral vrai faux je ne sais pas

Une élévation aiguë de la PA menaçant le pronostic vital nécessite une prise en charge immédiate en hospitalisation vrai faux je ne sais pas

L'encéphalopathie hypertensive est caractérisée par des céphalées, une hypertension très sévère, souvent des convulsions et des troubles de la conscience. La rétinopathie est sévère de stade IV. Dans ces conditions, un antihypertenseur doit être administré par IV d'urgence vrai faux je ne sais pas

En cas d'ischémie cérébrale, il peut être dangereux de faire baisser
la pression artérielle

vrai faux je ne sais pas

L'infarctus du myocarde ou les suites d'une chirurgie de pontage
coronaire peuvent être compliqués de poussées hypertensives

vrai faux je ne sais pas

En cas d'insuffisance ventriculaire gauche associée à une élévation
aiguë de la pression artérielle, les dérivés nitrés sont contre-
indiqués

vrai faux je

ne sais pas

- En cas de dissection aortique aiguë, avant d'intervenir chirurgicalement, il faut abaisser la pression artérielle lorsque celle-ci est très élevée vrai faux
 je ne sais pas
- Une hypertension sévère n'est pas obligatoirement une urgence hypertensive vrai faux
 je ne sais pas
- Un épisode douloureux aigu, un choc émotionnel peuvent provoquer une brutale et importante élévation de pression artérielle. L'administration intraveineuse d'un anti-hypertenseur est alors justifiée. vrai faux
 je ne sais pas

Caractéristiques cliniques des urgences hypertensives.

- PA habituellement > 220/140 mmHg, associée à :
- *État neurologique altéré*
 - encéphalopathie hypertensive
 - hypertension intracrânienne
 - céphalées
 - convulsions
 - déficits focaux
 - confusion
 - somnolence
- *Anomalies au fond d'œil*
 - hémorragies
 - exsudats
 - œdème
 - nodules dysoriques
- *Symptômes rénaux*
 - azotémie
 - protéinurie
 - oligurie
 - néphroangiosclérose maligne
- *Atteintes cardiaques*
 - infarctus du myocarde
 - angor instable
 - insuffisance ventriculaire gauche aiguë avec œdème pulmonaire et défaillance respiratoire

CONCLUSION

- De nombreux termes sont employés pour désigner une hypertension artérielle grave : accès hypertensif,
- crise hypertensive,
- urgence relative ou absolue.
- Toutes ces entités sont caractérisées par une brutale augmentation de la pression artérielle (PA).

-
- L'urgence hypertensive absolue se caractérise par l'existence d'une souffrance viscérale aiguë en rapport avec une élévation soudaine de la PA systolique et diastolique.
 - La réduction immédiate de la PA ne s'avère nécessaire qu'en cas de retentissement viscéral (système nerveux central, reins, cœur, œil).

-
- Le traitement ne doit pas être différé dans l'attente des résultats biologiques, mais aussitôt le statut clinique du patient établi.
 - Le but du traitement n'est pas de restaurer brutalement une PA « normale », mais d'abaisser la première heure la PA moyenne de 20 à 25 % au-dessous de la valeur initiale, et d'évaluer la tolérance du patient avant de poursuivre le traitement.

-
- Une réduction trop rapide de la PA peut être dommageable : altération rénale, ischémie cardiaque, atteintes cérébrales, occlusion artérielle de la rétine avec cécité brutale.
 - Le médicament idéal doit avoir un délai d'action et une durée de vie brefs, et être délivré en doses fractionnées ou en perfusion intraveineuse.

-
- De nombreuses molécules sont disponibles : labétalol, esmolol, fénoldopam, nicardipine...
 - · La nifédipine per os ou par voie sublinguale est à prohiber.
 - ·

-
- Les urgences hypertensives absolues doivent être admises en unité de soins intensifs avec monitoring continu de la PA et mise en route d'un traitement par voie parentérale, afin de limiter au maximum les atteintes viscérales.
 - L'hypertension artérielle associée à un infarctus cérébral ou à une hémorragie intracérébrale ne requiert que rarement un traitement.

RÉFÉRENCES

- 1 Anonymous. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Int Med* 1997 ; 157 : 2413-46.
- 2 Messerli FH, Kowey P, Grodzicki T. Sublingual nifedipine for hypertensive emergencies [letter]. *Lancet* 1991 ; 338 : 881.
- 3 Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, et al. Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? *JAMA* 1996 ; 276 : 1328.
- 4 Adda M, Teboul JL. Accès hypertensif aigu. *Encycl Med Chir (Paris, Elsevier) Anesthésie Réanimation*, 36.725-F-50.
- 5 Varon J, Marik PE. The diagnosis and management of hypertensive crises. *Chest* 2000 ; 118 : 214-27.
- 6 Varon J, Marik PE, Fromm Jr RE. Hypertensive crisis. In: Vincent JL, Ed. *Year book of Intensive Care and Emergency Medicine*. Bruxelles: Springer; 2002. p. 863-76.
- 7 Quatrième conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société francophone d'urgences médicales. L'hypertension au service d'accueil et d'urgence (femmes enceintes et enfants de moins de 15 ans exclus). *Réanim Urg* 1993 ; 3 : 493-503.
- 8 1993-Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. *Hypertension* 1993 ; 22 : 392-403.
- 9 Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet* 2000 ; 356 : 411-7.
- 10 Uwaifo GI. Hypertensive emergencies [letter]. *Lancet* 2000 ; 356 : 1442.
- 11 Murphy C. Hypertensive emergencies. *Emerg Med Clin North Am* 1995 ; 13 : 973-1007.
- 12 Caughron KF, Smith EL, McClellan-Holm E. Selected guidelines. *South Med J* 2001 ; 94 : 1074-95.