

L'HTA aux urgences :

Pic d'HTA ou urgence hypertensive ?

G. Sadoudi Yaker*

S. Benkhedda**

*Pr Ag. Service de cardiologie A2

** Chef de service de cardiologie A2

CHU Mustapha Bacha, Alger.

Résumé

L'hypertension artérielle est une maladie chronique essentielle ou secondaire. Elle constitue un facteur de risque vasculaire pour de nombreuses maladies. La pression artérielle chez un hypertendu n'est pas toujours stable et subit des variations notamment en fonction des événements et pathologies intercurrentes. La situation la plus courante est une simple élévation de la pression artérielle, sans raison d'instauration d'un traitement d'urgence, il faut néanmoins la prendre en charge. L'urgence hypertensive, par contre, nécessite un traitement à instituer rapidement afin de protéger les organes cibles (essentiellement : cerveau, cœur, rein).

>>> Mots-clés :

Hypertension artérielle, pic hypertensif, urgence hypertensive.

Abstract

High blood pressure is an essential or secondary chronic disease. It is a vascular risk factor for many diseases. Blood pressure in hypertensive is not always stable and undergoes variations depending in particular events and intercurrent diseases. The most common situation is a simple high blood pressure, not due to establishment of emergency treatment, we must nevertheless take charge. Hypertensive emergency, against, requires treatment to rapidly introduce to protect the target organs (mainly brain, heart, kidney).

>>> Mots-clés :

High blood pressure, emergencies, urgencies.

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie chronique essentielle ou secondaire. Elle constitue un facteur de risque vasculaire pour de nombreuses maladies. La pression artérielle (PA) chez un hypertendu n'est pas toujours stable et subit des variations notamment en fonction des événements et pathologies intercurrentes⁽¹⁾. Il y a toujours beaucoup d'idées reçues sur les chiffres de la PA et les risques encourus. On a souvent le temps de choisir un traitement adapté, car un traitement brutal entraîne à l'inverse une hypotension nuisible et impossible à corriger. Cependant, il existe deux situations que l'on doit prendre en charge aux urgences médicales :

- La situation la plus courante est la découverte de chiffres tensionnels élevés (« emergencies », ESC^(2;3)) qui n'est pas toujours synonyme de gravité et qui ne nécessite pas une baisse urgente de ces chiffres avec des risques d'hypotension orthostatique. Pourtant, il faut faire une évaluation de l'état tensionnel afin de ne pas méconnaître une pathologie, ou un facteur aggravant et de ne pas banaliser l'HTA.

- La deuxième est la crise ou urgence hypertensive

(« urgencies »^(2;3)) qui est une acutisation d'une HTA préexistante (pas toujours connue ou traitée avec observance), dont la prise en charge doit se faire rapidement car il y a une menace directe à brève échéance sur les organes cibles (cerveau, rétine, cœur, rein)⁽⁴⁾.

Rappel sur quelques chiffres en mmHg

(S = systolique, D = diastolique) :

S > 140, D > 90 : HTA légère, prise en charge possible sans urgence ;

S > 160, D > 100 : HTA modérée, délai de prise en charge une semaine maximum ;

S > 180, D > 110 : HTA sévère, délai moins d'une semaine ;

S > 210, D > 120 : HTA très sévère, prise en charge le jour même.

Le diagnostic positif de l'HTA est réalisé :

- Par un interrogatoire afin d'en connaître l'histoire, son début, son traitement, l'observance, la dernière prise, la ration sodée, un traitement interférant avec le traitement antihypertenseur (AINS, protecteurs gastriques) et

faire la liste de médicaments potentiellement aggravants (AINS, corticoïdes, contraceptifs oraux, tricycliques, IMAO, décongestionnants nasaux à composante adrénergique). Cette situation peut se voir également en post-opératoire ou surtout au cours d'un passage en fibrillation atriale ⁽⁵⁾.

- Confirmer l'élévation tensionnelle, il faut vérifier la mesure, idéalement après un temps de repos, avec un brassard adapté, l'utilisation d'un système automatique de mesures répétées est recommandé pour éviter « l'effet blouse blanche », ceci, en position assise, aux 2 bras et après avoir rassuré le patient;

- Un examen clinique soigneux, rapide, à la recherche des pouls, ainsi que les examens cardiovasculaire, neurologique et si possible ophtalmologique.

Examens paracliniques :

Des examens paracliniques peuvent être réalisés aux urgences ou au lit du malade comme l'ECG, bandelette urinaire, ionogramme sanguin et urinaire, urée, créatinine, albuminurie, une échocardiographie cardiaque et même un fond d'œil (FO).

D'autres examens doivent être pratiqués, ils sont guidés par le tableau clinique (tableau II).

Suspicion de dissection aortique	Echographie trans-œsophagienne
Signes neurologiques focalisés	Scanner cérébral ou IRM encéphalique
Douleur thoracique	Troponine
Dyspnée	BNP

Tableau II : Examens à pratiquer selon le tableau clinique

Élévation tensionnelle sans atteinte d'un organe ou poussée hypertensive « urgences »

Un pic hypertensif est une élévation sévère de la PA supérieure à 180 mmHg de systolique sans retentissement viscéral. C'est la découverte de chiffres tensionnels élevés chez un patient ne présentant pas ou peu de symptômes, dans ce dernier cas cela peut être des céphalées de siège occipital. L'objectif est alors de rechercher un retentissement sur les organes cibles. Dans cette situation, il est important de rassurer le patient et de lui expliquer qu'une baisse rapide de sa PA serait plus nocive qu'une simple élévation malgré la présence de certains symptômes qui l'ont amené aux urgences^(2;3;6). Ainsi, la réduction tensionnelle peut s'obtenir par la

mise au repos du patient pendant une période de 30 minutes à l'issue de laquelle il est licite de traiter si la PA reste à 180/110 mmHg.

- Si les chiffres ont bien diminué < à 180/110 mmHg avec un fond d'œil stade 1 (si réalisé) et sans autres signes, le patient peut être géré en ambulatoire mais à réévaluer rapidement.

- Mais si la TA est toujours > 210/120 mmHg après repos et bilan, celui-ci devra être traité par nicardipine 20 mg (Loxen[®]) ou 1 comprimé de 25 mg de captopril (Lopril[®]) à avaler, en évitant les voies sublinguale (maintenant abandonnée) et intraveineuse (IV), puisque pourvoyeuses d'un « vol vasculaire » particulièrement cérébral (accident vasculaire cérébral), coronaire (infarctus du myocarde) et rénal (insuffisance rénale aigue).

La difficulté est souvent de faire prendre conscience au patient du risque à venir de chiffres tensionnels élevés car la rétinopathie hypertensive et la néphropathie hypertensive sont silencieuses, la cardiopathie à bas bruit et les accidents cérébraux imprévisibles.

Les urgences hypertensives « vraies » ou crise hypertensive « urgences » ⁽⁷⁾

La crise aiguë hypertensive est une élévation rapide de la pression artérielle (PA) par rapport à son niveau habituel chez un patient donné. Sa définition intègre une PA à 200/120-130 mmHg et la défaillance d'un organe cible (cœur, cerveau, rein, rétine). C'est une urgence imposant une réduction immédiate de la PA, cependant, même dans ce cas il n'est pas nécessaire d'obtenir des valeurs strictement normales.

Les urgences hypertensives liées à une élévation primaire et isolée de la PA sont finalement assez rares, il s'agit de l'HTA maligne ou accélérée et de l'encéphalopathie hypertensive (dont les tableaux sont difficiles à différencier d'un AVC avec HTA)⁽⁸⁾.

On trouve ainsi l'AVC ischémique avec constitution d'un infarctus cérébral, l'hémorragie méningée, l'insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire cardiogénique⁽⁹⁾, l'insuffisance rénale aiguë, la dissection aortique, l'éclampsie et la pré-éclampsie⁽¹⁰⁾ et plus rarement le syndrome coronarien aigu avec parfois constitution d'un véritable infarctus du myocarde secondaire, c'est à dire par augmentation de la demande en oxygène sans rupture de plaque d'athérome.

Des affections moins fréquentes peuvent se voir comme l'intoxication par drogues sympatho-mimétiques (cocaïne, LSD (acide lysergique diéthylamide), amphéta-

mines, ecstasy, certains médicaments), le sevrage en antihypertenseur central, l'HTA d'origine médullaire, l'anémie hémolytique micro-angiopathique, des tumeurs rares comme le phéochromocytome (tableau III)

Encéphalopathie hypertensive

Hypertension maligne

HTA sévère avec complications aiguës :

Vasculaire

- Dissection aortique

Cardiaque

- Insuffisance ventriculaire gauche avec ? dème aigu du poumon

- Infarctus du myocarde

- Syndrome de menace

Cérébrale

- Hémorragie cérébrale

- Hémorragie cérébro-méningée

Éclampsie ou HTA sévère pendant la grossesse

Crise hypertensive dans le phéochromocytome

Interactions médicamenteuses ou alimentaires (tyramine) avec les IMAO Rebond hypertensif à l'arrêt brutal de certains antihypertenseurs (Catapressan®) Surdosage en drogues illicites :

cocaïne, amphétamines

Traumatisme crânien

Tableau III : Urgences hypertensives (7)

Prise en charge initiale de l'urgence hypertensive :

Le but du traitement est la réduction de la PA à un niveau raisonnable sans s'acharner à obtenir trop rapidement une PA normale (< 140/90 mmHg). L'urgence hypertensive nécessite une hospitalisation dans une unité permettant un suivi rapproché du traitement antihypertenseur au mieux par un système d'enregistrement automatisé de la PA avec impression des valeurs. Un examen clinique bref, complété par des examens de laboratoire ciblés, permet d'évaluer le retentissement organique de l'HTA (7).

La plupart des affections peuvent se traiter avec un inhibiteur calcique, la nifédipine, le plus souvent par voie intraveineuse à la seringue électrique pour mieux contrôler les doses, et ceci en association au traitement spécifique (nitrites et furosémide de l'OAP, nimodipine dans l'hémorragie méningée, benzodiazépines/magnésium dans l'éclampsie...).

Il faudra souvent recourir à un avis spécialisé en urgence car toutes ces affections devront être surveillées en réanimation. Il n'y a que dans l'éclampsie et la dissection aortique que le traitement antihypertenseur doit être entrepris le plus rapidement possible.

Dans les accidents neurologiques, on peut parfois « respecter » une TA tant qu'elle n'est pas supérieure à 230/130 mmHg.

- Electrocardiogramme (ECG) de l'HTA: hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) avec troubles de repolarisation, indice de Sokolow \geq à 35-40 mm (figure 1). Cet aspect n'est pas spécifique et en urgence il renseigne juste sur la chronicité de l'HTA et donc la nécessité d'une bonne prise en charge si les chiffres ne sont pas contrôlés. Les troubles de repolarisation posent le problème du diagnostic d'ischémie coronarienne qui peut être associée en fonction des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

En cas d'HTA maligne avec syndrome coronarien aigu, généralement les anomalies ECG du SCA sont visibles, avec réserve bien sûr devant la présence d'un bloc de branche gauche ou chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque.

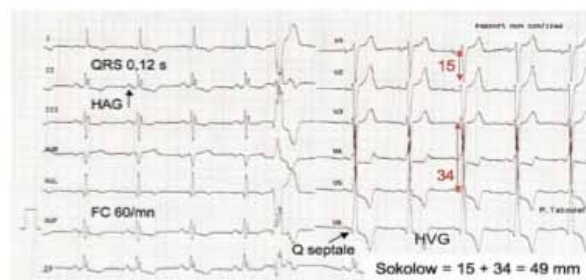


Figure 1 : ECG 12 dérivation, exemple d'HVG systolique



Figure 2 : Radiographie du thorax d'un OAP

- La radiographie de thorax ne montre rien de spécifique dans une HTA sauf après des années d'évolution, avec une cardiomégalie, liée au départ à l'hypertrophie ventriculaire gauche puis à l'insuffisance cardiaque. En cas d'œdème pulmonaire cardiogénique lié à l'HTA (figure 2), on voit des infiltrats alvéolo-interstitiels bilatéraux en ailes de papillon (figure) et des lignes de Kerley, un épanchement pleural. En cas de dissection aortique on peut voir un élargissement du bouton aortique et de l'aorte descendante, un hémithorax, un élargissement de la silhouette cardiaque par hémopéricarde.

- L'échocardiographie retrouve l'HVG et permet de rechercher d'éventuelles zones d'hypokinésie en cas de syndrome coronarien, elle visualise mieux les épanchements péricardique et pleural gauches.

- Le scanner cérébral ; dans une poussée hypertensive isolée même sévère ; est normal, il ne montre des anomalies qu'en cas d'AVC hémorragique, d'hémorragie méningée. Il fait partie du bilan des céphalées récentes ou inhabituelles en contexte d'HTA sévère même s'il revient souvent négatif. Secondairement il peut montrer des hypodensités dans le territoire source du déficit dans un AVC ischémique. L'IRM peut montrer des anomalies du signal en cas d'HTA chronique non contrôlée, révélant une encéphalopathie hypertensive chronique. Il reste recommandé partout de réaliser un fond d'œil pour dépister la rétinopathie hypertensive. Il est cependant très difficile de l'obtenir dans des délais raisonnables par un ophtalmologiste et un urgentiste qui ne disposent pas forcément d'un ophtalmoscope.

Les autres imageries (échographie et Doppler, scanner abdominal) font partie du bilan des HTA sévères et rebelles au traitement, à la recherche d'étiologies rares.

Prise en charge de l'HTA en fonction des facteurs de risque

La plupart du temps avec nicardipine (Loxen[®]), la voie intraveineuse continue est la plus maniable. La dose de charge n'est pas systématique (sauf OAP)⁽¹⁾.

Encéphalopathie hypertensive : réduire dans la 1^{ère} heure la PAD < 100, soit PA moyenne de 20 à 25 % : $PAM = PAD + 1/3 (PAS - PAD)$. Si les signes neurologiques s'aggravent, il faut interrompre le traitement antihypertenseur et confier le patient à un service spécialisé ou en réanimation. En cas d'HTA maligne accélérée (rare) peut nécessiter une hyper-hydratation et la relance de la diurèse par du furosémide (Lasilix[®]).

Infarctus cérébral : seulement si PAD > 130 ou PAS > 230, réduire progressivement de 20-25% la PAD dans les 1^{ères} 24h sans tomber en dessous de 110. La cible chez l'hypertendu chronique est de : PAS 180-185 et PAD 105-110. La pression de perfusion cérébrale de l'hypertendu chronique est réglée assez haut et toute baisse trop importante aggraverait l'ischémie. En cas d'AVC ischémique récent susceptible d'être accessible à la thrombolyse : dinitrate d'isosorbide (Risordan[®]) ou Labétalol (Trandate[®]).

Hémorragie cérébrale : dans les hémorragies méningées spontanées il faut abaisser la PA autour de 160/100 avec accord du neurochirurgien, ainsi qu'un traitement antalgique associé. Parfois Loxen[®] sans dose de charge si la PA reste très élevée et sous surveillance étroite et hydratation correcte (même avec sérum physiologique).

Insuffisance coronaire aiguë : obtenir une réduction progressive de la PA jusqu'à disparition des symptômes ou PAD < 100. Trinitrine sublinguale puis IV à la seringue électrique (IVSE) par paliers de 0,5 mg/h (ou 1 mg/h par Risordan[®]). Labetalol (Trandate[®]). Le Loxen[®] peut aggraver l'ischémie antalgique plus ou moins sédation légère et revascularisation précoce.

OAP et IVG décompensée : réduction de la PAD à 100 et disparition des symptômes. TNT sublinguale puis en bolus IVD et relai IVSE (abaisse la pré-charge), diurétiques classiquement utilisés mais pas forcément adaptés s'il n'y a pas de réelle surcharge volémique, Loxen[®] en bolus puis IVSE quand la PA a du mal à décrocher et patient très symptomatique, prise en charge respiratoire : oxygène, CPAP, ...

Dissection aortique : traitement antalgique, réduire la PAD < 100 et PAS < 120, Loxen[®] IV aux urgences puis Nitroprussiate, Labetalol en réanimation.

Eclampsie : décubitus latéral gauche pour améliorer les échanges placentaires. Si PA > 160/110 ou convulsions : réduire de 25% ou maintenir entre 90 et 110, transfert médicalisé en obstétrique. Si PA entre 150/100 et 160/110 : repos et benzodiazépines et avis obstétri-

cal. Si TA entre 140/90 et 150/100 sans protéinurie ni œdèmes et mouvements fœtaux + le repos peut être poursuivi à domicile avec consultation obstétricale.

Médicament utilisable :

Labetalol (Trandate[®]) ou Dihydralazine (Nepressol[®]) en cas de contre-indication, bolus puis IVSE. Pas d'inhibiteur calcique, ajouter (Valium[®]) 5-10 mg ou (Rivotril[®]) 1 mg IVD si convulsion, du Sulfate de magnésium IV 4g en 5 min puis 1g/h.

Insuffisance rénale : (Loxen[®]) IV en attendant la prise en charge spécialisée.

Causes rares :

- Phéochromocytome : (Trandate[®]) ;
- HTA d'origine médullaire : (Trandate[®]) ; anémie hémolytique micro-angiopathique : (Loxen[®]) ou (Trandate[®]), pas de bêtabloquants ;
- Sevrage des antihypertenseurs centraux : (Trandate[®]), et reprendre le traitement interrompu.

Conclusion :

L'élément principal qu'il faut retenir dans le cadre de l'urgence, est de permettre de distinguer l'urgence relative de l'urgence absolue, et non pas se baser seulement sur les chiffres de la PA. Mais une augmentation brutale de la PA avec des signes de souffrance viscérale aiguë est une menace de complications sous forme de différents tableaux nécessitant une prise en charge rapide. Ainsi, dans les faits, c'est plutôt la nécessité d'un traitement parentéral et d'une prise en charge en unité de soins intensifs et de réanimation qui qualifient l'urgence.

Références :

- 1- Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, SFHTA 2013.
- 2- Management of hypertension, European society of cardiology guidelines 2013.
- 3- 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-1053.
- 4- Mancia G, Laurent S, and al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens 2009; 27: 2121-2158.
- 5- Gamm AJ, Kirchhof P, and al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010; 31: 2369-2429.
- 6- Potter JF, Robinson TG, and al. Controlling hypertension and hypotension immediately post-stroke (CHHIPS): a randomised, placebo-controlled, double-blind pilot trial. Lancet Neurology 2009;8: 48-56.
- 7- Urgences médicales, Axel Ellrodt, éditions Estem.
- 8- Gosse P, Coulon P, Papaioannou G, Litalien J, Lemetayer P. Impact of malignant arterial hypertension on the heart. J Hypertens 2011;29: 798-802.

9- Tocci G, Sciarretta S, Volpe M. Development of heart failure in recent hypertension trials. J. Hypertens 2008; 26: 1477-1486.

10- Martin JN Jr, Thigpen BD, Moore RC, Rose CH, Cushman J, May W. Stroke and severe preeclampsia and eclampsia: a paradigm shift focusing on systolic blood pressure. Obstet Gynecol 2005;105:246-254.

11- Collins R, MacMahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. Br Med Bull.1994; 50:272-298.

Contrôlez vos connaissances !

1. Des chiffres de pression artérielle à 230/120 mmHg sont retrouvés chez une femme de 46 ans. Quelle est la circonstance clinique où cette HTA doit être respectée ?

- a- grossesse
- b- dissection aortique
- c- infarctus du myocarde à la phase aiguë
- d- accident vasculaire cérébral ischémique
- e- œdème aigu du poumon cardiogénique

2. Il est licite de faire baisser les valeurs de la pression artérielle lorsqu'elle est élevée dans les cas suivants, sauf un. Lequel ?

- a- insuffisance cardiaque
- b- dissection aortique
- c- infarctus du myocarde
- d- accident vasculaire cérébral ischémique
- e- œdème aigu des poumons

3. Lors de la survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique avec tension artérielle élevée, on peut adopter toutes les attitudes suivantes, sauf une. Laquelle ?

- a- hospitalisation du sujet
- b- mise en place de sérum glucosé
- c- mise en place d'oxygène par voie nasale
- d- traitement antihypertenseur
- e- intubation

Réponses au quizz sur
www.el-hakim.net