



Les Entretiens
de Bichat
15 sept. 2012
Salle Havane
11h30 – 12h30

Traitement en urgence de la poussée hypertensive en médecine de ville

G. Chironi*

* APHP, Centre de médecine préventive cardiovasculaire, Pôle cardiovasculaire, rénal et métabolique, Hôpital Européen Georges Pompidou, INSERM U970, Université Paris-Descartes, Paris - 20, rue Leblanc, 75015 Paris, Tél. : 01 56 09 54 37, Fax : 01 56 09 50 28, email : gilles.chironi@egp.aphp.fr

RÉSUMÉ

La poussée hypertensive constitue une cause fréquente d'appel du médecin de garde, et de recours au médecin généraliste, au cardiologue ou au service d'urgences. Elle se définit comme une élévation soudaine de la pression artérielle à plus de 180/110 mmHg. L'anamnèse, l'interrogatoire et l'examen clinique doivent rechercher la présence de signes viscéraux (cérébro-vasculaires, cardiaques, oculaires, rénaux) qui s'ils sont présents définissent une urgence hypertensive nécessitant le transfert pour hospitalisation, et éventuellement un traitement antihypertenseur pré-hospitalier par voie orale et/ou intraveineuse, au mieux avec l'aide du régulateur du SAMU. En l'absence de tels signes de gravité (cas le plus fréquent), il faut remesurer la pression artérielle et la surveiller, savoir identifier et corriger les facteurs favorisants, rassurer le patient, et programmer une stratégie ambulatoire de mise en route ou d'intensification du traitement antihypertenseur par voie orale.

MOTS-CLÉS

Poussée hypertensive, urgence hypertensive, HTA maligne, effet blouse blanche

La poussée ou « crise » hypertensive, ou « pic » ou « accès hypertensif », ou « élévation tensionnelle aiguë » se définit par une élévation soudaine de la pression artérielle (PA) systolique à plus de 180 mmHg et/ou de la PA diastolique à plus de 110 mmHg. C'est un motif très fréquent de consultation auprès du médecin généraliste ou aux urgences, d'appel de l'interne de garde par l'infirmière, de demande d'avis cardiologique par le service des urgences ou par le médecin traitant, etc... Elle a en effet la réputation de constituer une urgence thérapeutique, par crainte de complications immédiates neurologiques, cardiaques ou rénales. Or la plupart du temps, la poussée hypertensive est soit bénigne, soit diagnostiquée par excès, par le médecin comme par le patient (en automesure) parce que les conditions de mesure ne sont pas adaptées ou parce qu'il existe des fac-

teurs favorisants d'élévation tensionnelle, le tout auto-entretenu par le stress (du patient comme du soignant). Quoi qu'il en soit, il faut toujours répondre à cette inquiétude en éliminant une véritable urgence hypertensive, définie par la présence de signes viscéraux.

Aussi, la conduite à tenir repose-t-elle sur :

- La recherche de signes de souffrance viscérale qui, s'ils sont présents, justifient d'adresser le patient dans une structure adéquate, et de débiter un traitement pré-hospitalier.
- En l'absence de signes de souffrance viscérale :
 - la confirmation de la poussée hypertensive simple en éliminant toute cause de diagnostic par excès comme les erreurs de mesure ;
 - l'interprétation adéquate des symptômes non spécifiques (céphalées, épistaxis) comme bénins et comme justifiant un traitement symptomatique et une réassurance qui abaisseront à eux seuls les chiffres tensionnels ;
 - l'identification et le traitement des facteurs favorisants de l'élévation tensionnelle aiguë ;
 - la mise en route ou le renforcement d'un traitement antihypertenseur sans urgence par voie orale.

Urgence hypertensive

Diagnostic

L'examen clinique et quelques examens complémentaires accessibles en ville doivent permettre d'identifier les véritables urgences thérapeutiques en recherchant des signes de gravité cérébro-vasculaires, cardiaques ou rénaux, et des éléments d'orientation pour l'une des six grandes urgences hypertensives.

1. Des signes neurologiques focalisés comme un déficit moteur ou sensitif d'installation brutale doivent faire évoquer un *accident vasculaire cérébral* (AVC). L'AVC est souvent la cause de l'élévation tensionnelle (mécanisme adaptatif) et non une conséquence. En cas de suspicion d'AVC, il n'y a donc pas lieu d'abaisser la pression artérielle avant confirmation par l'imagerie (Tableau I). L'examen clinique met en évidence des signes de localisation. Des céphalées, nausées, vomissements et une photophobie orientent

plutôt vers un AVC hémorragique mais le diagnostic sera fait par l'imagerie. Dans tous les cas il faut adresser le patient dans une structure adaptée accueillant les urgences cérébro-vasculaires ou, à défaut, au service d'urgences le plus proche.

2. L'association de signes neurologiques non systématisés mais intenses (céphalées violentes, nausées, vomissements, troubles visuels, obnubilation, voire convulsions) orientent vers le diagnostic d'*encéphalopathie hypertensive dans le cadre d'une HTA maligne* qui est une urgence absolue (risque vital). L'examen du fond d'œil, s'il est possible, montre un œdème papillaire avec hémorragies et exsudats. Ce tableau peut s'accompagner d'une insuffisance rénale oligo-anurique avec protéinurie, ou de signes d'insuffisance cardiaque aiguë. Il faudra hospitaliser le patient pour imagerie cérébrale (scanner et/ou IRM), poursuite du traitement et surveillance, et débuter un traitement hypotenseur en urgence pour abaisser rapidement les chiffres tensionnels (Tableau I).

3. La *dissection aortique* est souvent de diagnostic difficile car l'association douleur thoracique migratrice, souffle diastolique d'insuffisance aortique, anisotension, et anomalies électriques n'est pas la présentation clinique la plus fréquente. Le diagnostic est peu probable en l'absence de douleur thoracique brutale, il est fortement probable en présence d'asymétrie du pouls et de signe ischémique (coronaire, neurologique, périphérique). Une telle suspicion doit conduire à adresser le patient en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) ou mieux, directement en chirurgie cardiovasculaire où auront lieu la confirmation du dia-

gnostic par angioscanner ou IRM ou échocardiographie transoesophagienne (ETO) et le traitement chirurgical. Actuellement il existe des structures recevant toute suspicion de dissection aortique 24 heures sur 24 (exemple, SOS aorte à l'hôpital européen Georges Pompidou, Paris). En attendant le transfert, il faut abaisser la pression artérielle pour obtenir une systolique entre 100 et 120 mmHg (Tableau I).

4. Une dyspnée aiguë avec polypnée, orthopnée, râles crépitaux diffus évoquent d'emblée un *œdème aigu du poumon* (OAP), surtout s'il existe une cardiopathie connue, le patient doit alors être adressé enUSIC ou, à défaut, au service d'urgences le plus proche, en administrant au préalable des diurétiques de l'anse et des dérivés nitrés.

5. Une douleur thoracique angineuse typique et des signes ischémiques à l'ECG font redouter un *syndrome coronaire aigu* (SCA). Là aussi, le patient doit être adressé enUSIC ou, à défaut, au service d'urgences le plus proche et le traitement anti-hypertenseur repose sur les dérivés nitrés, associé aux autres prescriptions pré-hospitalières du SCA à mettre en route avant le transfert (Tableau I).

6. Un contexte de grossesse (3^e trimestre) et l'association hypertension sévère – protéinurie évoquent une *pré-éclampsie* et font redouter l'évolution vers l'*éclampsie* (convulsions, 2^e cause de mortalité gravidique) justifiant d'orienter la patiente en urgence en maternité niveau 3 et de débuter un traitement pré-hospitalier par labétalol ou, en cas de contre-indication, clonidine.

Tableau I - Principaux médicaments de l'urgence hypertensive et leurs indications.

	Poussée Hypertensive simple	Suspicion d'AVC	HTA maligne	Suspicion de Dissection aortique	OAP	SCA	Pré-éclampsie Eclampsie
Isosorbide dinitrate	0	0	-	-	SL (relai IV)	SL (relai IV)	0
Furosémide	0	0	PO ou IVD	-	PO ou IVD	Si IC associée	0
Nicardipine (NB la nifédipine est contre indiquée)	0	0	PO (relai IVL) (relai IVSE à adapter sur PA)	PO (relai IVL)		---	PO (relai IV)
Bêta-Bloquants	0	0	0	+	0	+	Labétalol PO (relai IVSE)
Clonidine	0	0		+		0	(IVSE si bêta-bloquants contre indiqués)

AVC, accident vasculaire cérébral; HTA, hypertension artérielle; IC, insuffisance cardiaque; IV, intraveineuse (D, direct ; L, lente; SE, seringue électrique); OAP, œdème aigu pulmonaire; PO, per os ; SL, sublingual ; SCA, syndrome coronaire aigu.

Prise en charge thérapeutique

Autant que possible en cas d'urgence hypertensive avec signes de souffrance viscérale en médecine de ville, un électrocardiogramme (ECG) et une bandelette urinaire doivent donc être réalisés. Si possible aussi, notamment en cas de troubles visuels, un examen du fond d'œil. Le médecin de ville doit pouvoir administrer de la nicardipine per os en l'absence de contre indication, de l'isosorbide dinitrate en sublingual ou du furosémide, selon les cas (Tableau I). En fonction de son équipement et de sa formation, le médecin de ville peut être amené aussi à injecter des vasodilatateurs par voie intra-veineuse en attendant la prise en charge par le SAMU. Soulignons à ce sujet que la nifédipine 10 mg en capsule n'a plus l'AMM depuis 1996.

Poussée hypertensive simple

Confirmer le diagnostic

La mesure de la pression artérielle (PA) doit se faire dans de bonnes conditions : le patient doit être assis ou couché depuis au moins cinq minutes au calme, le brassard doit être positionné correctement sur le bras dévêtu et il doit être de taille adaptée à celle du bras (risque de surestimation si le brassard est trop petit), la PA doit être mesurée aux deux bras, et les mesures de PA doivent être concordantes : il faut pratiquer au moins deux mesures, à 1 ou 2 minutes d'intervalle, et savoir répéter les mesures si les deux premières sont très différentes.

Des symptômes non spécifiques

Des symptômes non spécifiques tels que des céphalées, des épistaxis, des acouphènes, sont très fréquents, même en dehors de tout contexte d'HTA. Il n'y a aucun parallélisme entre la sévérité d'une HTA et son caractère symptomatique ou non. De tels signes sont souvent la cause (par réaction d'alerte anxieuse) et non la conséquence de la poussée hypertensive. C'est d'ailleurs pour cela qu'il est déconseillé aux patients de mesurer leur pression artérielle par automesure au moment des symptômes. Le traitement symptomatique améliore rapidement le niveau de pression artérielle.

Rechercher et corriger les facteurs déclenchants

Une poussée hypertensive telle que définie plus haut peut être secondaire à l'un des facteurs suivants qu'il faudra rechercher par l'interrogatoire et l'examen clinique :

- rétention aiguë d'urines,
- douleur aiguë intense,
- crise d'anxiété ou d'angoisse, attaque de panique, seule circonstance où l'administration d'un anxiolytique s'accompagnera d'une baisse, voire d'une normalisation des chiffres tensionnels,
- arrêt ou modification récente d'un traitement anti-hypertenseur en cours,
- prise de toxiques sympathomimétiques (vasoconstricteurs nasaux, cocaïne, LSD, amphétamines),
- prise de médicaments limitant l'efficacité d'un traitement anti-hypertenseur en cours (AINS, pansements gastriques).

Prise en charge

En l'absence de souffrance viscérale manifeste, aucun traitement intraveineux ou per os ne doit être administré en urgence : la conduite à tenir immédiate repose sur la correction des facteurs déclenchants si elle est possible, et sur le repos pendant 15 à 30 minutes tout en rassurant le patient puis sur la réévaluation des chiffres tensionnels. En cas d'HTA persistante, ou si les objectifs tensionnels ne sont pas atteints, le traitement doit être ambulatoire, progressif et par voie orale. Le patient doit donc être revu quelques jours plus tard, ou, s'il est déjà sous polythérapie et difficile à équilibrer, adressé au cardiologue ou à l'hypertensiologue pour adaptation thérapeutique et éventuellement recherche d'une HTA secondaire.

En conclusion

En l'absence de signes viscéraux soigneusement éliminés par l'interrogatoire et l'examen clinique, il n'y a pas d'indication à un traitement parentéral mais, selon les cas, il faudra mettre rapidement en place ou renforcer un traitement oral, au besoin en adressant le patient au spécialiste.

Les urgences hypertensives, elles, sont des HTA sévères avec complication viscérale menaçant le pronostic vital qui justifient d'hospitaliser le patient dans un centre adapté. La décision peut être prise avec l'aide du régulateur du SAMU qui assurera à la fois l'orientation, l'organisation du transport après mise en condition et la stratégie thérapeutique pré-hospitalière.