



Les urgences hypertensives pour les nuls

Dr Mounir Gazzah

Mise à jour 2018

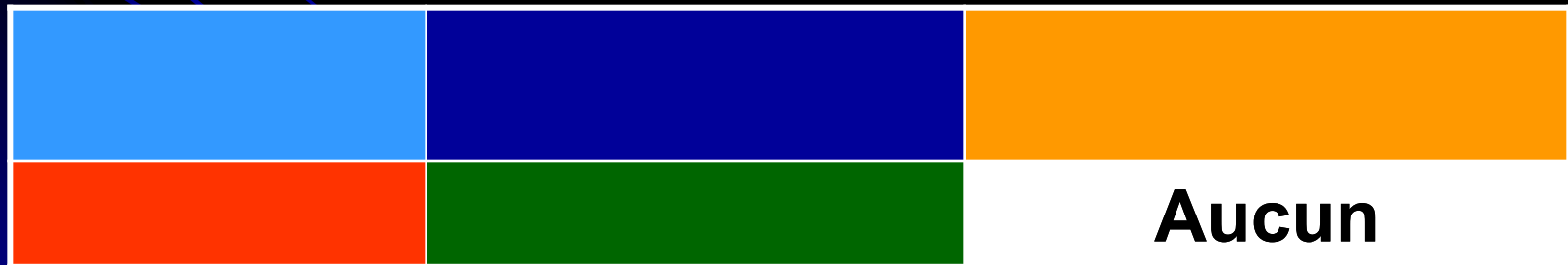
- Femme obèse, 52 ans
- **HTA chronique sous traitement**
- Consultation de routine : **TA 19/12**
- Adressée par son médecin aux urgences pour « **Pic hypertensif** »
- Signes fonctionnels : **aucun**
- Quel traitement injectable adopter ?



Loxen	Lasilix	Bêta bloquant
D. Nitrés	Clonidine	Aucun

Explication :

- Pas de souffrance vitale
- Traitement injectable non justifié



Définitions

- **HTA** : TA \geq 140 / 90 mmHg (ESC/ESH 2018)

- **HTA sévère** :

TA $>$ 180 / 110 mmHg

- *Soit asymptomatique*

- *Ou avec signes mineurs (= hypertensive urgencies)*

- **Urgence hypertensive** (= *hypertensive emergency*) :

TA $>$ 180 / 110 mmHg **ET** *Souffrance viscérale*

Urgences hypertensives : définition ESH/ESC 2007

- 1. encéphalopathie hypertensive**
- 2. insuffisance ventriculaire gauche hypertensive**
- 3. hypertension avec infarctus myocardique**
- 4. hypertension avec angor instable**
- 5. hypertension avec dissection aortique**
- 6. hypertension sévère lors d'hémorragie méningée ou d'AVC**
- 7. crise de phéochromocytome**
- 8. usage de stupéfiants : amphétamine, LSD, cocaïne, ecstasy,**
- 9. hypertension péri-opératoire**
- 10. pré-éclampsie sévère ou éclampsie**

Epidémiologie

Étude parisienne* en 2007

450.000 passages aux urgences

- 3,6 % Urgences hypertensives :
 - 92 % *urgencies*
 - 8 % *emergencies*

* J. Blacher (Hôtel Dieu, Paris) 28es journées de l'HTA, Paris, décembre 2008

Devant une HTA

- **1. Vérifiez la tension avec une bonne technique +++**
 - **Après 20 min de repos**
 - **Se méfier des appareils électroniques**
 - **Brassard adapté au bras (obèse !)**
 - **Patient dévêtu**
 - **Brassard au dessus du coude**
 - **Stéthoscope au pli du coude**
 - **Ambiance sonore adéquate**
 - **Mesure aux 2 bras**



Devant une HTA

2. Examen clinique complet

Recherchez une souffrance viscérale :

1.Cœur : OAP, SCA, Dissection de l'aorte

2.Cerveau : AVC, Encéphalopathie hypertensive

3.Reins : Néphropathie, Insuffisance rénale aiguë

4.Yeux : Rétinopathie hypertensive

5.Souffrance Fœtale (grossesse)

3. Recherchez les causes de cette TA élevée ?

HTA chronique :

- **Non observance ou TTT insuffisant** (cause fréquente)
- **Situations de STRESS** : douleur, fièvre, émotion forte,
- **Interaction médicamenteuse (AINS)(..)**
- **Hypoxémie (OAP)(BPCO)(Asthme)(..)**
- **Effet blouses blanches**

HTA de découverte récente :

S'agit-il d'une HTA secondaire ?

- **Toxémie gravidique**
- **Intoxications aiguës** (amphétamines, ..)
- **Néphropathie (GNA*)** (I. rénale)
- **Phéochromocytome**

* GNA : Glomérulonéphrite aigue

HTA sévère > 18 / 11

Trois situations à traiter en urgence

1. **Souffrance viscérale**
2. **HTA secondaire**
3. **HTA maligne** (exceptionnelle)



Pour les autres cas :

Traitement par voie orale

En ambulatoire

L'objectif du traitement est une baisse et non une normalisation :

- Une chute trop abrupte de pression peut entraîner une ischémie myocardique, cérébrale ou rénale.
- La baisse de la TA doit être progressive (▼ 25% en 2 heures).
- Le traitement de l'HTA en cas d'AVC ischémique doit être encore plus prudent.
- Exception : la dissection de l'aorte nécessite un traitement rapide,

Homme 45 ans,

- HTA connue et traitée
- Épistaxis
- Traité en ORL par méchage
- Adressé aux urgences pour **TA 19/11**
- Quel traitement injectable adopter ?



Loxen	Lasilix	Bêta bloquant
D. Nitrés	Clonidine	Aucun

HTA avec signes mineurs :

Céphalée peu intense, épistaxis, vertiges

1. Vérifiez la tension
2. Cherchez et Traiter la cause

- Anti hypertenseur per os
- Consultation médecin de famille

		Aucun

Homme, 64 ans,

- HTA chronique
- TA 21/13
- Dyspnée aiguë
- Orthopnée
- Râles crépitants
- Quels traitements prescrire ?



Loxen	Lasilix	Bêta bloquant
D. Nitrés	Clonidine	Aucun

Insuffisance cardiaque aiguë (OAP)

Pièges :

- HTA : cause de l'OAP ou conséquence de l'hypoxie ??
- ECG : éliminer un SCA ou Troubles du rythme

	Lasilix	
D. Nitrés	www.efurgences.net	

Un homme, âgé de 48 ans, consulte pour :

- **Céphalée en casque, intense, insomnie**
- **Vomissements**
- L'histoire remonte à 48 heures avec une évolution progressive
- Pas d'antécédents particuliers,
- Pas de traitement en cours.
- **TA élevée à 24/13**, symétrique et vérifiée après un repos au lit de 20 min.

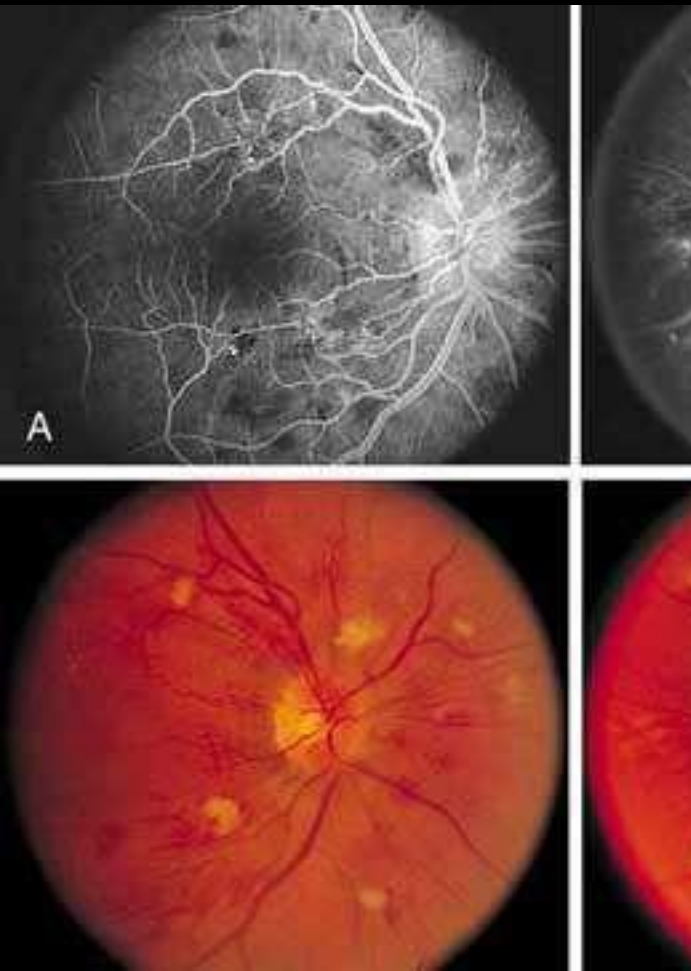
- L'examen initial trouve un patient **asthénique, confus**
- Température normale,
- **L'examen neurologique est normal :**
sans déficit moteur ni anomalie pupillaire,
les signes méningés sont absents.
- **Absence de signes d'insuffisance
cardiaque.**
- **ECG normal**

Quel est votre diagnostic ?

Encéphalopathie hypertensive

- **TDM cérébrale**
- **Fond d'œil ++**
- **Examens biologiques** : ionogramme, urée sanguine, créatininémie, protéinurie et hématurie, NFS (anémie, thrombopénie ?)

Le **scanner cérébral** est indiqué devant toute céphalée aiguë, intense, inhabituelle et lorsque la cause est non évidente.



- **Le fond d'œil peut à lui seul**, en association avec une HTA de grade 3 indiquer la nécessité d'un traitement immédiat et d'une hospitalisation.
 - **Sa réalisation demeure donc indispensable aux urgences**
- (Consensus HTA 2005
Recommandation grade B)**

Encéphalopathie hypertensive :

Quel traitement injectable prescrivez-vous chez ce patient ?

Loxen	Lasilix	Bêta bloquant
D. Nitrés	Clonidine	Aucun

Encéphalopathie hypertensive :

Nicardipine (Loxen)
En perfusion +++
Jamais en IV directe

~~1 CC en
IV~~

Loxen

Bêta bloquant

Nicardipine (Loxen®)

En injectable : urgences hypertensives seulement

Inhibiteur calcique à effet vasodilatateur artériel

Action rapide (5 - 10 min) - Durée d'action courte (45 min)

- Amp. 10 mg (1mg/ml)
- **TOUJOURS en PERFUSION PSE***
- Commencer par 3 à 5 mg/h pendant 15 min.
- Augmenter ensuite par palier de 0,5 ou 1 mg toutes les 15 minutes. Dose maximale : 15 mg/h.
- Quand la pression artérielle cible est atteinte, la dose doit être réduite progressivement, jusque généralement entre 2 et 4 mg/h, afin de maintenir l'efficacité thérapeutique
- **Relais per os 1 heure avant l'arrêt de perfusion**

* VIDAL notice rectifiée en avril 2015

- Le traitement de l'encéphalopathie hypertensive doit être urgent mais progressif.
- L'objectif reste une baisse et non une normalisation de la tension artérielle.
- Cette baisse doit être progressive sur plusieurs heures. **(consensus HTA)**

HTA + Syndrome coronarien aigu

- Loxen : risque de tachycardie, à éviter
- Lasilix : oui si signes d'OAP
- D. Nitrés : contre indiqués si IDM inférieur

		Bêta bloquant
D. Nitrés	www.efurgences.net	

HTA + AVC

- ► TDM cérébrale indiquée ++
- **Ischémie** : une baisse rapide ou trop importante de la pression artérielle peut aggraver les lésions cérébrales. Maintenir TA à 18 cmHg sauf si thrombolyse envisagée
- **Hémorragie** : objectif TA à 16 cmHg

Loxen		Bêta bloquant
	www.efurgences.net	

HTA + Dissection de l'aorte

- **Abaisser la TA rapidement**

- Le traitement antihypertenseur vise à éviter la rupture ou l'extension anévrysmale.
- Ajouter un antalgique.

Loxen		Bêta bloquant
	Catapressan	

HTA gravidique

- HTA sévère = PAS > 160 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg
- Pré-éclampsie = association HTA et protéinurie (> 0,3 g/24h) ± autres signes
- Éclampsie = survenue d'une crise convulsive tonico-clonique

Loxen		Bêta bloquant *
	Catapressan **	

(*) Labétalol 5-20 mg/H - (**) Clonidine 15-40 µg/H (si CI aux β-)
Hydralazine (Nepréssol) + Magnésium

HTA + Insuffisance rénale

* Lasilix à forte dose

Loxen	Lasilix *	

Une situation
très rare :

HTA maligne

- **Pression > 200/120 mm Hg,**
- Une asthénie intense, un amaigrissement, déshydratation,
- **Anomalies du fond d'œil :** stade III ou IV (œdème papillaire, ++ hémorragies en flammèches, exsudats),
- **syndrome de microangiopathie thrombotique (MAT) :** anémie hémolytique, thrombopénie, Coombs négatif
- **Signes cardiaques :** insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne,
- **Signes rénaux :** oligurie, élévation de l'urée et de la créatinine, hématurie, anurie. ++
- **Pronostic sombre**

HTA \geq 180/110

**Avec souffrance
viscérale**

**OAP
Dissection de
l'aorte
IDM
Éclampsie
HTA maligne
HTA secondaire**

**Traitement
en urgence**

**Signes
neurologiques**

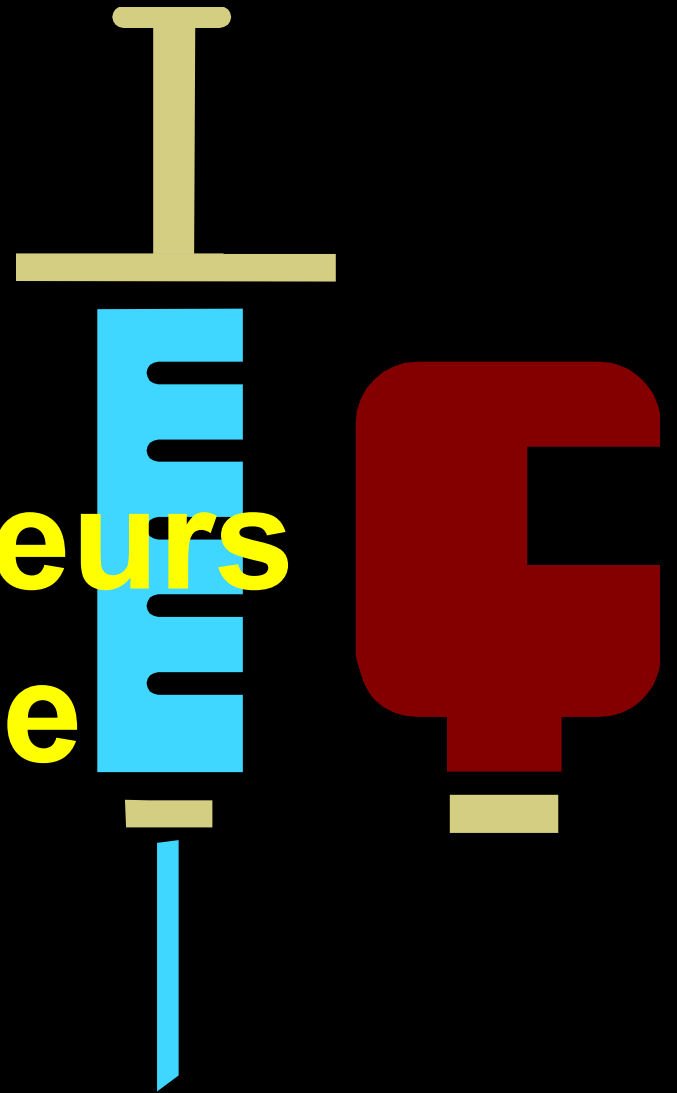
TDM cérébrale

www.efurgences.net

**Sans souffrance
Ou
Signes mineurs**

**Traitement
per os en
ambulatoire**

Antihypertenseurs de l'urgence



Injectables

Inhibiteur calcique	NICARDIPINE	LOXEN® 10 mg/10 ml NICARDIPINE® 10 mg/10 ml
Diurétiques	BUMÉTANIDE	BURINEX® 2 mg/4 ml
	FUROSÉMIDE	LASILIX® 20 mg/2 ml
Bêta Bloquants	ESMOLOL	BREVIBLOC® 10 mg/ml BREVIBLOC® 100 mg/10 ml ESMOLOL® 100 mg/10 ml
	LABÉTALOL	TRANDATE® 5 mg/ml
Action centrale	CLONIDINE	CATAPRESSAN® 0,15 mg/ml
Vasodilatateurs	NITROPRUSSIATE DE SODIUM	NITRIATE® pdre/solv p sol inj
	URAPIDIL	EUPRESSYL® 100 mg/20 ml EUPRESSYL® 25 mg – 50 mg URADIPIL® 100 mg/20 ml URADIPIL® 25 mg/5 ml URADIPIL® 50 mg/10 ml
	DIHYDRALAZINE MESILATE	NEPRESSOL® 25 mg/2 ml

Injectables

Les dérivés nitrés en perfusion sont recommandés en cas d'urgence hypertensive avec défaillance cardiaque.

Ils peuvent être associés soit à un diurétique de l'anse, soit à un antihypertenseur injectable.

Ils peuvent également être utiles en cas d'insuffisance coronarienne aiguë.

Dérivés nitrés	ISOSORBIDE DINITRATE	RISORDAN® 10 mg/10 ml
	TRINITRINE	NITRONAL® 1 mg/ml

**Par voie orale
(exemples)**

Inhibiteurs calciques	NICARDIPINE	LOXEN® Comp 20 mg 1 x 2 /j Gélule LP 50 mg 1 x/j
	NIFÉDIPINE	ADALATE RETARD® Comp LP 20 mg : 1 x/j
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion IEC	CAPTOPRIL	CAPTOPRIL ® LOPRIL® Comprimés à 25 mg ou 50 mg 50 à 150 mg/jour en 3 prises

Article en rapport : Hypertension et urgences hypertensives – Mise au point

<http://www.efurgences.net/seformer/cours/4-hta-et-urgences-hypertensives.html>

Références :

- **AFSSAPS 2002:** Poussées hypertensives de l'adulte : élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives - Recommandations de bonne pratique,
- **SFMU 2005 :** Actualisation de la 4ème conférence de consensus en médecine d'urgence, hypertension artérielle au service d'accueil et d'urgence,
- **ESH / ESC 2018 :** Guidelines for Management of Arterial Hypertension,
- **SFAR ,CNGOF, SFMP, SFNN, 2009 :** Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de pré-éclampsie, Recommandations formalisées d'experts communes
- **VAN DEN BORN BJ, et al.:** ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy 2018; Aug 25
- **WILBERT S. ARONOW :** Treatment of hypertensive emergencies. Annals of Translational Medicine, 2017; 5(Suppl 1):S5