

Les urgences hypertensives

I. Introduction

· 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

· 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.

Définitions

Crise aiguë hypertensive = « élévation rapide de la tension artérielle au-dessus des chiffres habituels » avec, en pratique, une PAS > 180 mm Hg et/ou une PAD > 110 mm Hg chez un patient habituellement normo-tendu (spontanément ou sous l'effet d'un traitement antihypertenseur).

– La gravité d'un accès hypertensif aigu tient davantage à la présence de signes de souffrance viscérale qu'aux valeurs absolues de pression artérielle atteintes.

_Les principales urgences hypertensives sont représentées par **la dissection aortique, l'encéphalopathie hypertensive, l'ischémie coronaire aiguë, l'œdème aigu pulmonaire, l'éclampsie et l'insuffisance rénale aiguë.**

L'hypertension artérielle maligne est une urgence hypertensive particulièrement grave en raison du risque de cécité et d'insuffisance rénale irréversibles. Il s'agit de l'association de chiffres tensionnels très élevés et d'une rétinopathie hypertensive sévère. Il s'agit donc d'une forme particulière d'urgence hypertensive.

_Ainsi, dans le cadre de l'urgence, l'élément principal permettant de distinguer l'urgence relative de l'urgence absolue est, non pas le chiffre de PA, qui même élevé, peut ne pas représenter de menace à court terme, mais l'association d'une augmentation brutale de la PA avec des signes de souffrance viscérale aiguë.

II. Diagnostiquer

Avant même de parler d'accès hypertensif et de réagir en conséquence, il faut s'assurer que la mesure de la pression artérielle a été réalisée dans des conditions correctes.

Le bilan clinique et paraclinique a pour but essentiel d'individualiser l'urgence hypertensive absolue, c'est-à-dire de rechercher des signes traduisant des dysfonctions d'organe.

L'*anamnèse* précise les antécédents d'hypertension, d'accès hypertensifs et les traitements suivis. Une attention particulière doit être portée plus spécifiquement à la prise occasionnelle ou non de drogues de type cocaïne, amphétamines, phencyclidine.

Un examen clinique complet et rapide doit permettre d'apprécier :

- ✓ Le retentissement de l'hypertension sur les organes cibles : un fond d'œil doit faire partie de l'examen clinique initial (recherche d'un œdème papillaire) au même titre que l'évaluation neurologique, cardiaque, respiratoire ou abdominale
- ✓ L'existence d'une hypertension artérielle secondaire : phéochromocytome, dissection aortique, hypertension rénovasculaire, néphropathie, prééclampsie.

Les examens paracliniques font le bilan des répercussions rénales (urée sanguine, créatinine, glycémie, bandelette urinaire...) et vasculaires (NFS...). L'électrocardiogramme est évidemment indispensable à la recherche de signes en faveur d'une souffrance coronarienne, d'un trouble du rythme. La radiographie pulmonaire, un examen TDM cérébral, une échographie cardiaque compléteront le bilan en fonction des signes cliniques d'appel.

Les manifestations cliniques des urgences hypertensives sont celles entraînées par le retentissement d'organes.

Retentissement cérébral

Les troubles de la conscience sont très fréquents ainsi que les céphalées. Les autres manifestations observées sont les crises convulsives généralisées, l'hypertension intracrânienne et l'encéphalopathie hypertensive associant céphalées, nausées et coma.

Il est important ici de poser le problème du diagnostic différentiel représenté par l'hypertension associée à des signes neurologiques. En effet, l'encéphalopathie hypertensive ainsi que l'hémorragie cérébroméningée nécessitent un traitement parentéral en urgence, alors qu'inversement l'hypertension avec accident vasculaire cérébral ischémique doit être respectée.

Retentissement cardiaque

La défaillance ventriculaire gauche avec œdème pulmonaire est la plus souvent observée. Etat de mal angineux et infarctus du myocarde peuvent également se voir.

Retentissement rénal

Il traduit principalement l'ischémie rénale avec destruction des artéioles glomérulaires, cela peut expliquer la possible survenue d'une oligurie ou d'une anurie au décours de ces urgences hypertensives, associées parfois à une hématurie.

Retentissement oculaire

Il s'observe dans l'encéphalopathie hypertensive, où le fond d'œil révèle une rétinopathie avec changements artériolaires, hémorragies, exsudats, et œdème papillaire.

Éclampsie

L'hypertension induite par la grossesse peut prendre différentes formes, de gravité variable. Cliniquement, les manifestations dans les formes graves associent déficit visuel, céphalées, convulsions, troubles de la

conscience, accidents cérébrovasculaires, douleur abdominale type épigastalgies, insuffisance cardiaque congestive et oligurie. Dans cette pathologie, l'abaissement de la PA n'est pas une fin en soi, car seul l'accouchement permettra de mettre fin au processus. L'antihypertensive de choix reste le magnésium (MGSO₄)

En l'absence de traitement l'évolution peut être fatale pour la mère.

Dissection aortique aiguë

Le diagnostic doit être évoqué chez tout malade se plaignant de douleurs thoracique, dorsale ou abdominale, associées à des chiffres tensionnels élevés. L'examen clinique recherche une asymétrie des pouls ou de la pression artérielle, un souffle sur un trajet vasculaire, un souffle d'insuffisance aortique, une ischémie cérébrale ou de membre.

Les deux examens de référence sont l'angioscanner thoracique et l'échographie transoesophagienne.

III. Traiter

L'objectif du traitement n'est pas la normalisation immédiate des chiffres tensionnels mais plutôt un abaissement de la pression artérielle jusqu'à un certain niveau de sécurité, car la diminution brutale est souvent plus dangereuse que l'hypertension elle-même.

La réduction trop brutale de la pression artérielle risque d'induire des accidents ischémiques graves, infarctus du myocarde, insuffisance rénale aiguë, etc. En conséquence, en présence d'une urgence hypertensive, la plupart des experts recommandent de ne pas abaisser la PAM de plus de 20 % dans un délai de quelques minutes à quelques heures.

Les médicaments proposés pour le traitement de l'urgence hypertensive doivent répondre à plusieurs critères :

- utilisation par voie intraveineuse,
- rapidité d'action,
- titrabilité aisée,
- demi-vie courte permettant un maniement plus souple.

Parmi ces médicaments, on peut insister sur :

Nicardipine

La nicardipine est un inhibiteur des canaux calciques de la famille des dihydropyridines. C'est un vasodilatateur artériel dépourvu d'activité inotrope négative. Cette molécule, par sa rapidité d'action, sa simplicité de prescription (posologie indépendante du poids) et par les preuves de son efficacité est devenue **le traitement de première intention des urgences hypertensives.**

Son autorisation de mise sur le marché (AMM) permet son utilisation dans les situations suivantes : toute urgence hypertensive, hypertension périopératoire, hypertension de la grossesse.

Ses inconvénients proviennent de la tachycardie réflexe devant rendre son emploi prudent chez le patient coronarien et du risque de saignement gastro-intestinal.

Pour un contrôle rapide de la PA, il est recommandé de commencer à 3 à 5 mg/h durant 15 min augmenter par palier : 0,5 à 1 mg/15 min selon la TA sans dépasser 10mg/h

Diurétiques Furosémide(Lasilix®)

Diurétique de l'anse, ne sont indiqués qu'en cas d'œdème pulmonaire cardiogénique ou insuffisance cardiaque congestive

_A éviter en cas de grossesse sauf si OAP. Risque d'hypokaliémie

Dérivés nitrés (Lénitral®, Risordan®)

Ils sont utiles dans l'HTA avec œdème pulmonaire, avec angor symptomatique, dans les suites de chirurgie coronaire ou dans la dissection aortique.

En perfusion 1 à 2mg/H pour Nitrocine et 2 à 4mg/H pour Risordan.

Contre- indications: infarctus postéro diaphragmatique

Labétalol (Trandate®)

C'est un Alpha et bêta-bloquant, dont les modalités d'administration sont les suivantes : Dose de charge 1mg/Kg en IVL puis perfusion 0,1 à 0,3 mg/H. Sa tolérance est bonne et les contre-indications sont celles de tous les bêtabloquants. Il est particulièrement indiqué dans le cas de syndrome coronarien aigu ou en cas de dissection aortique car il permet en plus de réduire la fréquence cardiaque.

Enalapril (Rénitec®) et lopril (captopril)

Ce sont des inhibiteurs de l'enzyme de conversion utiles en cas d'insuffisance cardiaque congestive.

Phentolamine

Elle est réservée aux suspicions d'excès en catécholamines comme le phéochromocytome. Même dans cette indication, elle peut être remplacée par le labétalol ou le nitroprussiate.

Fenoldopam

C'est un agoniste dopaminergique 1, d'action rapide et qui augmente le débit sanguin rénal et l'excrétion de sodium, d'où une amélioration de la diurèse et de la natriurèse. Il ne nécessite aucun ajustement thérapeutique en cas d'insuffisance rénale ou hépatique. Il est donc utilisable dans toutes les urgences hypertensives et la seule précaution d'emploi relative à son utilisation est le glaucome

IV. Conclusion

- *L'accès hypertensif aigu est défini par l'élévation brutale de la pression artérielle systolique (PAS) à une valeur supérieure à 180 mmHg et /ou de la pression artérielle diastolique (PAD) à une valeur supérieure à 110 mm Hg.*
- *La gravité d'un accès hypertensif aigu tient davantage à la présence de signes de souffrance viscérale qu'aux valeurs absolues de pression artérielle atteintes.*
- *La prise en charge thérapeutique des urgences hypertensives nécessite un traitement antihypertensif intraveineux et un monitoring hémodynamique. Elle est au mieux entreprise en unité de soins intensifs.*