

Crise Hypertensive

Dr B. Boujon



Le degré d'urgence

- Il dépend essentiellement du risque de souffrance viscérale de la crise hypertensive : l'hospitalisation en urgence avec transfert par ambulance spécialisée (SAMU) est nécessaire en cas de signes de retentissement viscéral aigu.
- Des chiffres de PA diastolique supérieurs à 115 mmHg sont habituels mais ne font pas partie de la définition de l'urgence hypertensive car c'est la souffrance viscérale et non les chiffres de PA que l'on traite.
- L'accès hypertensif simple se manifestant uniquement par des signes neurosensoriels (céphalées, phosphènes), peut être traité à domicile. Il en est de même en cas d'œdème pulmonaire s'améliorant vite sous traitement (crise diurétique), en particulier chez le sujet âgé.



Les messages

- L'HTA maligne est rare mais elle met en jeu le pronostic vital (cerveau, cœur, reins) et nécessite un traitement et un transfert rapide en milieu de réanimation.
- L'HTA purement systolique du sujet âgé ne nécessite habituellement pas de traitement, car elle est essentiellement liée à la rigidité artérielle et réfractaire au traitement. Toutefois, une pression systolique supérieure à 250 mmHg peut avoir de fâcheuses conséquences, entre autres neurologiques, et doit être abaissée dans la mesure du possible.
- En cas de crise hypertensive inaugurale, il est essentiel de revoir le patient afin d'affirmer le diagnostic d'HTA permanente ou non.
- En cas d'HTA modérée, asymptomatique, il n'y a pas d'urgence à traiter, il est préférable de se faire une idée du profil tensionnel, entreprendre le bilan de l'HTA, choisir le traitement le mieux adapté au long cours.
- En cas d'HTA connue et traitée, si les crises hypertensives se répètent, il faut savoir modifier le traitement et surtout entreprendre l'enquête étiologique (sténose artérielle rénale, phéochromocytome).
- Dans tous les cas, ne pas méconnaître un facteur iatrogène : œstrogènes, anorexigènes, vasoconstricteurs (nasal ou oculaire), anti-inflammatoires stéroïdiens ou non, consommation de réglisse, d'alcalins. Arrêt brutal d'un traitement antihypertenseur.



Les médicaments, le matériel

À domicile

- **Loxen** (cp à 20 mg).
- **Lasilix** (amp inj IM, IV à 20 mg).
- **Catapressan** (cp à 150 mg).
- **Natispray fort** 0,3 mg.

À l'hôpital

- **Loxen** (amp inj IV à 5 ou à 10 mg).
- **Eupressyl** (cp à 60 mg ou amp inj IV à 25 ou 50 mg).



4

La confirmation clinique du diagnostic

- Pression artérielle diastolique supérieure à 115 mmHg : elle doit être mesurée aux deux bras et à plusieurs reprises, en décubitus dorsal ou assis, après 10 minutes de repos.
- Noter les signes de retentissement : céphalées, retentissement neurosensoriel, épistaxis.
- Rechercher les signes de gravité (HTA maligne) :
 - cérébrale : signes neurologiques en foyer, altération de la conscience, raideur méningée,
 - myocardique : œdème pulmonaire aigu, insuffisance coronarienne aiguë,
 - rénale : oligo-anurie,
 - ophtalmologique : baisse de l'acuité visuelle.
- La recherche d'une étiologie est d'autant plus importante que l'HTA est sévère.



5

Le protocole de traitement

En cas d'accès hypertensif simple, la prise en charge se fait à domicile.

- La poussée hypertensive asymptomatique ne nécessite habituellement pas de traitement médicamenteux urgent : bien souvent le repos dans un environnement calme et confortable est suffisant, la prise en charge de l'HTA se faisant en dehors du contexte d'urgence.
- Lorsque l'on veut abaisser les chiffres tensionnels (signes de retentissement, diastolique supérieure classiquement à 115 mmHg), il faut le faire progressivement car une chute trop rapide de la TA peut aboutir à un accident ischémique cérébral ou myocardique dramatique. L'utilisation d'**Adalate** 10 mg sublingual est de ce fait désormais proscrite.
- On peut se fixer comme premier objectif une baisse d'environ 20 % de la systolique en ramenant la diastolique en dessous de 105 mmHg. La surveillance tensionnelle doit être rapprochée afin de s'assurer que la TA ne baisse pas trop brutalement.
- On peut utiliser :
 - **Loxen** 20 mg ou **Eupressyl** 60mg, 1 cp per os, à renouveler éventuellement après 1/2 heure. La baisse tensionnelle sera obtenue en 15 à 20 minutes et sera d'autant plus importante que la TA initiale était élevée,
 - éventuellement **Catapressan** 1 cp per os actif en 30 minutes environ,
 - **Lasilix** 40 mg per os particulièrement en cas d'insuffisance cardiaque associée (en corrigeant une éventuelle hypokaliémie), voire **Lasilix** 20 mg 2 amp IV, oxygénothérapie, **Natispray** sublingual en cas d'OAP.

En cas d'HTA maligne

- **À domicile** : en attendant le SAMU, 2 cp de **Loxen** 20 mg ou 1cp d'**Eupressyl** 60 mg, **Lasilix** IV et **Natispray**, en cas d'œdème pulmonaire et oxygène dès que possible.
- **En SAMU puis en USI** : **Loxen** 1 à 8 mg/h à la seringue électrique ou **Eupressyl IV** 15 à 60 mg/h, éventuellement bêtabloquants IV, toujours sous surveillance continue de la PA (**Dynamap**), puis enUSIC, voire réanimation polyvalente en cas de complication rénale et/ou neurologique.
- Le choix du traitement antihypertenseur ultérieur n'est pas une question d'urgence : sept classes thérapeutiques sont disponibles (cf. texte « Surveillance d'un patient hypertendu » dans « Surveillances »).



6

Les premiers examens paracliniques

- Non indispensables à la prise en charge de la crise, ils ont un double but :
 - apprécier son retentissement : électrocardiogramme, fond d'œil, urée, créatinine plasmatique, radiographie thoracique. Et selon la gravité : EEG en cas d'encéphalopathie, gazométrie artérielle en cas d'OAP, recherche d'hémolyse, échocardiographie,

- rechercher une étiologie : ionogramme sanguin (hypokaliémie orientant vers un hyperaldostérone primaire ou secondaire), calcémie, protidémie, fonction rénale, protéinurie et hématurie à la bandelette.



7

Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter

Les trucs

- Attention à la taille du brassard : un brassard trop petit (chez l'obèse) entraînerait une surestimation de la TA. Il est parfois préférable de prendre la TA à l'avant-bras au niveau de l'artère radiale.
- Chez le vieillard : réduire les posologies d'antihypertenseur de moitié et se méfier d'une hypotension orthostatique post-thérapeutique (garder le patient allongé).
- Chez la femme enceinte : les valeurs limites de la TA sont plus basses (environ de 20 mmHg), éviter les diurétiques.

Les pièges

- Une élévation tensionnelle est banale et transitoire au cours des situations de stress (catécholamines) : par exemple syndrome algique, période post-opératoire, habituellement il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement antihypertenseur.
- Dans les HTA paroxystiques contemporaines de la constitution d'un accident vasculaire cérébral ischémique, il ne faut pas abaisser la TA car cela peut aggraver des lésions cérébrales.
- Ne pas se contenter d'attribuer une céphalée ou des vertiges aigus à une poussée d'HTA mais rechercher systématiquement une autre cause en particulier neurologique (AVC en cours de constitution), l'HTA n'est bien souvent qu'un épiphénomène.
- En cas de douleur thoracique accompagnant la crise hypertensive, il faut penser à l'insuffisance coronaire aiguë, mais aussi à la dissection aortique.
- Vérifier les chiffres de TA prise en automesure car, bien souvent, elle n'aura pas été effectuée dans des conditions basales ou l'appareil automatique aura été pris à défaut (rythme irrégulier par exemple).