



Quand référer aux Urgences un patient présentant une élévation sévère de la pression artérielle ?



Rev Med Suisse 2010; 6: 1530-4

D. Clerc
G. Wuerzner
M. Burnier

Dr David Clerc
Service des urgences
Dr Grégoire Wuerzner
Pr Michel Burnier
Service de néphrologie
et d'hypertension
CHUV, 1011 Lausanne
David.Clerc@chuv.ch
Gregoire.Wuerzner@chuv.ch
Michel.Burnier@chuv.ch

When should a patient with severe hypertension be referred to the emergency ward ?

When a severe elevation of blood pressure occurs in conjunction with failure of a target organ, immediate referral of the patient to hospital is an easy decision for the primary care physician. However, when severe elevation of blood pressure is observed in the absence of any significant symptom, it is a much more difficult decision to take. Indeed, if some clinical situations require an immediate and aggressive anti-hypertensive therapy, such a treatment can be clearly deleterious for a number of other cases.

This paper attempts to clarify in which situations the primary care physician should refer hypertensive crisis to the emergency department.

Lorsqu'une élévation aiguë de la pression artérielle s'accompagne d'une défaillance patente d'un organe cible, l'urgence hypertensive ne pose guère de difficulté d'orientation pour le médecin de premier recours. Il n'en est pas de même, toutefois, lorsqu'une élévation sévère de la pression artérielle demeure pauci-symptomatique. Tandis qu'un nombre limité de situations cliniques justifient une baisse rapide de la pression artérielle et doivent par conséquent être référées impérativement à un centre d'urgence, il reste difficile de trouver un consensus quant aux modalités de traitement et de suivi de l'hypertension artérielle sévère asymptomatique. Il est par contre largement admis à l'heure actuelle qu'un traitement antihypertenseur agressif dans ce type de situation fait courir un risque inacceptable pour le patient, tout en conduisant à des admissions hospitalières inutiles.

INTRODUCTION

En raison de sa prévalence dans la population générale, l'hypertension artérielle (HTA) est une problématique à laquelle le médecin de premier recours est régulièrement confronté dans sa pratique quotidienne. La survenue d'une crise hypertensive touche environ 1% des patients hypertendus,¹ le plus fréquemment à la faveur d'une mauvaise observance thérapeutique,² avec une prévalence plus élevée chez les hommes âgés et/ou de race noire (tableau 1).¹

De manière générale, il est bien démontré qu'un contrôle tensionnel insuffisant en ambulatoire constitue à lui seul un facteur de risque indépendant d'admission hospitalière pour hypertension.^{1,2}

S'agissant d'HTA légères à modérées, leur prise en charge est bien codifiée par le biais de recommandations internationales régulièrement mises à jour.^{3,4} Face à des valeurs tensionnelles sévèrement élevées, la stratégie de prise en charge diffère et les options thérapeutiques concernant le patient asymptomatique posent parfois des difficultés, conduisant, d'une part, à des prises en charge hospitalières inutiles, et d'autre part à des risques de complications iatrogènes par excès de traitement.⁵ Loin de n'être qu'une histoire de chiffres, c'est avant tout la présentation clinique qui doit dicter la stratégie de prise en charge des patients sévèrement hypertendus, en identifiant parmi eux ceux dont le pronostic est engagé (tableau 2).

Entité physiopathologique bien particulière, l'urgence hypertensive vraie (*hypertensive emergency*) s'accompagne de manifestations cliniques liées à une atteinte des organes cibles et constitue une réelle urgence de prise en charge dont dépend le pronostic du patient. L'urgence hypertensive différée (*hypertensive urgency*) ne constitue ni une menace vitale immédiate, ni un danger imminent pour la fonction d'un organe puisque ne dépassant pas les mécanismes d'autorégulation du flux sanguin. Elle regroupe un collectif vaste et hétérogène de situations cliniques au sein duquel la littérature internationale peine à trouver un consensus, tant de terminologie que de prise en charge, même s'il est désormais largement



Tableau 1. Etiologies des crises hypertensives

(Adapté selon réf. 1).

- Mauvaise observance thérapeutique
- Interruption brusque d'antihypertenseurs à action centrale (par exemple: clonidine)
- Néphropathies parenchymateuses
- Sténose d'une artère rénale
- Psychostimulants (cocaïne, amphétamines)
- Collagénoses (lupus, sclérodermie)
- Maladie de Cushing
- Phéochromocytome
- Prééclampsie et éclampsie
- Période postopératoire

Tableau 2. Hypertension artérielle sévère: définitions et présentation clinique

(D'après réf. 14).

Élévation sévère de la pression artérielle ou hypertension de grade 3 «hypertensive crisis»:
tension artérielle (TA) systolique ≥ 180 mmHg et/ou TA diastolique ≥ 110 mmHg^{1,3}

Urgence hypertensive «hypertensive emergency»	Crise hypertensive ou urgence hypertensive différée «hypertensive urgency»
<p>Atteinte d'un (ou plusieurs) organe(s) cible(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système nerveux central: accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique (24,5%), encéphalopathie hypertensive (16,3%), hémorragie cérébrale intraparenchymateuse ou sous-arachnoïdienne (4,5%) • Cœur et gros vaisseaux: OAP (22,5%), infarctus myocardique/ angor instable (12%), dissection aortique (2%) • Reins: oligo-anurie 	<p>Absence d'atteinte des organes cibles</p> <p>Symptômes fréquents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées légères à modérées (22%) • Epistaxis (17%) • Dyspnée légère (9%) • Anxiété/agitation légère (10%) • Douleurs thoraciques (9%)

accepté qu'une baisse tensionnelle rapide dans ce contexte n'apporte aucun bénéfice, puisqu'au contraire possiblement délétère.⁵

URGENCES HYPERTENSIVES (HYPERTENSIVE EMERGENCIES) (tableau 3)

Elles représentent approximativement un quart de toutes les urgences liées à l'HTA.¹ Ce sont les manifestations cliniques liées à la défaillance d'un ou de plusieurs organes cibles qui permettent au clinicien d'établir ce diagnostic, la tension artérielle (TA) diastolique se situant alors rarement en dessous de 130 mmHg (à l'exception de l'enfant ou de la femme enceinte).¹ Les atteintes cérébrovasculaires et l'œdème pulmonaire aigu en sont les manifestations les plus courantes. La rapidité d'ascension de la TA joue certainement un rôle en dépassant les mécanismes adaptatifs d'autorégulation de perfusion propres à chaque organe. Dans le cas de l'encéphalopathie hypertensive, la perte d'autorégulation du flux sanguin conduit à une hyperperfusion et à un œdème cérébral.⁶ D'un point de vue physiopathologique, des phénomènes thrombotiques impliquant

Tableau 3. Sémiologie des urgences hypertensives

(D'après réf. 9,10).

- Encéphalopathie hypertensive
- Hypertension artérielle (HTA) associée à:
 - Dissection aortique
 - Œdème pulmonaire aigu
 - Infarctus myocardique
 - Angor instable
- Accident vasculaire cérébral (ischémique, hémorragique, hémorragie sous-arachnoïdienne)
- HTA liée à une prise de toxiques (cocaïne, amphétamines)
- HTA liée à une hémorragie sévère
- HTA postopératoire
- Prééclampsie sévère, éclampsie
- Insuffisance rénale aiguë (glomérulonéphrites, collagénoses)
- Microangiopathies thrombotiques

des micro-agrégats plaquettaires secondaires à une altération endothéliale (micro-angiopathie thrombotique), contribuent également à la présentation clinique de ce type de pathologie. Qu'il s'agisse d'une HTA essentielle non ou insuffisamment traitée, d'une HTA secondaire non diagnostiquée ou d'une complication liée à une prise de toxiques (cocaïne par exemple), l'urgence hypertensive vraie impose une prise en charge hospitalière urgente, un traitement anti-hypertenseur parentéral devant être instauré déjà durant la phase préhospitalière.

Par contre, l'HTA que l'on observe généralement à la phase aiguë d'un AVC ischémique constitue probablement plus un mécanisme adaptatif qu'un élément causal; dès lors toute intervention consistant à baisser la TA comporte un risque d'aggravation du déficit neurologique. En effet, par perte de capacité d'autorégulation du flux artériel, la zone de pénombre ischémique potentiellement viable est particulièrement vulnérable à toute baisse de la TA. Toutefois, il est recommandé d'instaurer prudemment un traitement lorsque la TA est $\geq 220/120$ mmHg ou TA moyenne (TAM) > 150 mmHg et de viser une TA $< 185/105$ mmHg si le patient est éligible pour une thrombolyse.^{6,8} Les recommandations générales concernant les objectifs tensionnels à atteindre sont résumées dans le **tableau 4**.

URGENCES HYPERTENSIVES DIFFÉRÉES (HYPERTENSIVE URGENCIES)

Lors d'une crise d'HTA, une céphalée modérée isolée est courante, et en l'absence d'autres manifestations neurologiques (y compris troubles de la vigilance), n'est pas la traduction d'une encéphalopathie hypertensive. La démarche clinique doit s'attacher à passer en revue les principaux systèmes menacés. Cette catégorie regroupe en fait un collectif très hétérogène de patients, en termes de risque cardiovasculaire mais également de présentation clinique, puisqu'une dyspnée légère, une oppression thoracique ou une épistaxis bénigne ne constituent pas à proprement parler des atteintes d'organes cibles justifiant un contrôle agressif de la TA. A cet égard, certains auteurs distinguent deux catégories de patients dans le collectif classique de l'urgence hypertensive différée (**tableau 5**).

Tableau 4. Recommandations générales et spécifiques concernant les objectifs tensionnels dans l'urgence hypertensive

- Réduction de 20 à 25% de la tension artérielle moyenne (TAM) durant la première heure puis 160/110-100 mmHg durant les prochaines deux à six heures^{10,11}
- Réduction de 10-15% de la tension artérielle diastolique (TAD) durant les 30 à 60 premières minutes (cible environ 110 mmHg)^{9,10}
- Dissection aortique: TA systolique (TAS) cible: < 120 mmHg durant les 20 premières minutes, TAM < 80 mmHg.¹⁰ Viser une fréquence cardiaque à 60/min
- Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique: traitement prudent pour TA ≥ 220/120 mmHg ou TAM > 150 mmHg. Viser une TAS < 185 et/ou une TAD < 110 mmHg si critères de thrombolyse^{6,8}
- Encéphalopathie hypertensive: réduction de 25% de la TAM durant les huit premières heures de prise en charge⁶
- Hémorragie cérébrale intraparenchymateuse:
 - Augmentation de la pression intracrânienne (PIC): maintenir une TAM < 130 mmHg et/ou une TAS < 180 mmHg durant les premières 24 heures⁶
 - Absence d'élévation de la PIC: maintenir une TAM < 110 mmHg et/ou une TAS < 160 mmHg durant les premières 24 heures⁶
- Insuffisance cardiaque aiguë/œdème aigu du poumon (dysfonction systolique et diastolique): traitement vasodilatateur parentéral en vue d'une TAS < 140 mmHg⁷

PRISE EN CHARGE DES URGENCES HYPERTENSIVES DIFFÉRÉES

Il est difficile de trouver un consensus de prise en charge concernant l'hypertension sévère peu ou pas symptomatique, ce qui n'est pas sans causer certaines difficultés en médecine ambulatoire et d'autant plus lorsque la prise en charge a lieu au domicile du patient. Une fois diagnosti-

quée de manière adéquate, la planification du traitement d'une élévation sévère de la TA doit intégrer des éléments cliniques, mais également des données relatives à la vulnérabilité cardiovasculaire du patient (atteinte préalable des organes cibles) qui vont influencer le délai de normalisation du profil tensionnel mais également l'intensité du suivi ambulatoire.

De manière générale, en l'absence de traduction clinique menaçante, ces HTA seront traitées par voie orale, de préférence avec une molécule à longue durée d'action à dose d'entretien. Au besoin, un traitement préalable peut être reconduit ou renforcé selon le contexte. Certains auteurs recommandent l'instauration d'un traitement dans un délai de 24-48 heures en cas de risque cardiovasculaire élevé, d'une semaine dans le cas contraire, pour autant que les valeurs enregistrées se confirment.^{10,11} Un traitement immédiat est recommandé pour des TA systoliques (TAS) ≥ 200 mmHg et/ou TA diastoliques (TAD) ≥ 120 mmHg, toujours avec une dose d'entretien, en visant une baisse graduelle de la TA sous surveillance durant les premières heures.¹⁵ Le suivi du patient et l'adhésion thérapeutique sont capitaux dans ce type d'urgence, une admission hospitalière doit par conséquent être discutée lorsque l'un ou l'autre de ces aspects de prise en charge ne peut être garanti.

CONCLUSIONS

Le médecin de premier recours est régulièrement confronté à des situations dans lesquelles il est difficile d'évaluer le risque lié à l'élévation sévère de la TA, notamment lorsque le patient n'est pas totalement asymptomatique et que l'examen clinique s'avère normal. La question de l'admission hospitalière se pose inévitablement. Une céphalée légère, une oppression thoracique, une dyspnée, une sensation vertigineuse non systématisée ou une épistaxis, justifient raisonnablement l'introduction d'un traitement immédiat. L'évolution de la symptomatologie doit

Tableau 5. Recommandations concernant les urgences hypertensives différées

Auteurs	Définitions	Prise en charge
Shayne et al. ¹¹	«Hypertensive urgency» Tension artérielle (TA) > 180/115-120 mmHg, patient à haut risque de défaillance d'un organe cible	Traitement oral, baisse de la TA sur 24-48 h. Surveillance brève avant retour à domicile. Suivi dans les sept jours
	«Uncontrolled severe hypertension» Absence d'atteinte préalable des organes cibles	Pas de traitement en urgence, instauration d'un traitement au long cours dans un délai d'une semaine
Hebert et al. ¹²	«Hypertensive urgency» TA > 180/110 mmHg et céphalées et/ou dyspnée importantes Absence de défaillance marquée d'organe cible	Baisse de la TA sur 24-72 h. Traitement oral avec molécules à action rapide. Surveillance brève avant retour à domicile. Suivi dans les 24-72 h
	«Severe hypertension» TA > 180/110 mmHg, pas d'autre symptôme qu'une céphalée légère	Baisse de la TA dans un délai de plusieurs jours avec des molécules à longue demi-vie. Suivi dans les trois à sept jours
Kessler et al. ¹³	«Hypertensive urgency» TA > 180/110 mmHg et facteurs de risque pour une détérioration progressive des organes cibles	Traitement dans les 24-48 h. Traitement oral immédiat sans dose de charge pour tension artérielle systolique (TAS) ≥ 200 mmHg et/ou tension artérielle diastolique (TAD) ≥ 120 mmHg. Surveillance brève avant retour à domicile
	«Severe uncontrolled hypertension» TA > 180/110 mmHg. Absence de facteurs de risque	Traitement et suivi dans un délai d'un à sept jours. Traitement immédiat oral sans dose de charge pour TAS ≥ 200 mmHg et/ou TAD ≥ 120 mmHg. Retour à domicile



être suivie en abaissant graduellement la TA, une cible arbitraire d'environ 160/100 mmHg sur les premières six heures offrant un bon compromis en termes de sécurité. Si cette surveillance clinique n'est pas réalisable en ambulatoire ou si l'évolution n'est pas satisfaisante, le patient doit être référé à un centre d'urgence. ■

Implications pratiques

- > Une mauvaise adhérence thérapeutique est fréquemment à l'origine d'une élévation sévère de la pression artérielle (> 180/110 mmHg) chez le patient hypertendu
- > La stratégie de prise en charge dépend de l'évaluation clinique globale du patient et non des valeurs tensionnelles seules
- > L'atteinte d'un organe cible impose une prise en charge hospitalière et un traitement parentéral urgent
- > En l'absence de traduction clinique, une baisse trop rapide de la tension artérielle (TA) est risquée, surtout si l'hypertension artérielle est présente de longue date. Le patient peut être suivi ambulatoirement en visant une baisse graduelle de la TA au moyen d'un traitement d'entretien par voie orale
- > Une TA systolique > 200 mmHg et/ou une TA diastolique > 120 mmHg persistante, même asymptomatique, justifie un traitement immédiat par voie orale et une surveillance clinique initiale
- > Des symptômes légers sans anomalie de l'examen clinique ne traduisent pas une défaillance d'organe cible. L'instauration d'un traitement par voie orale et un suivi clinique paraissent cependant raisonnables avant le retour à domicile

Bibliographie

- 1 ** Rodriguez MA, Kumar SK, De Caro M. Hypertensive crisis. *Cardiol Rev* 2010;18:102-7.
- 2 Tisdale JE, Huang MB, Borzak S. Risk factors for hypertensive crisis: Importance of out-patient blood pressure control. *Fam Pract* 2004;21:420-4.
- 3 Mancia G, De Backer G, et al. 2007 ESH-ESC Practice guideline for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007;25:1751-62.
- 4 Chobanian AV, Bakris GL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003;289:2560-72.
- 5 Zeller KR, Von Kuhnert L, et al. Rapid reduction of severe asymptomatic hypertension. *Arch Intern Med* 1989;149:2186-9.
- 6 Pancioli AM. Hypertension management in neurologic emergencies. *Ann Emerg Med* 2008;51:S24-7.
- 7 Diercks DB, Ohman EM. Hypertension with acute coronary syndrome and heart failure. *Ann Emerg Med* 2008;51:S34-6.
- 8 Recommandations générales pour AIT/AVC. Service de neurologie CHUV, 2008.
- 9 ** Marik PE, Varon J. Hypertensive crises. *Chest* 2007;131:1949-62.
- 10 Varon J. Treatment of acute severe hypertension. *Drugs* 2008;68:283-97.
- 11 * Shayne PH, Pitts S. Severely increased blood pressure in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2003;41:513-29.
- 12 Hebert CJ, Vidt DG. Hypertensive crises. *Prim Care Clin Office Pract* 2008;35:475-87.
- 13 * Kessler CS, Joudeh Y. Evaluation and treatment of severe asymptomatic hypertension. *Am Fam Physician* 2010;81:470-6.
- 14 Zampaglione B, Pascale C, et al. Hypertensive urgencies and emergencies: Prevalence and clinical presentation. *Hypertension* 1996;27:144-7.
- 15 Slovis CM, Reddi AS. Increased blood pressure without evidence of acute end organ damage. *Ann Emerg Med* 2008;51:S7-9.

* à lire

** à lire absolument