

Dyspnée et hypertension artérielle

Pr MICHEL BURNIER^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 201-2

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est reconnue comme faisant partie des «maladies silencieuses» au même titre que les dyslipidémies, l'intolérance au glucose ou la surcharge pondérale. C'est pour cette raison qu'elle est souvent découverte par hasard, par exemple lors d'un contrôle médical de routine, et que beaucoup de patients hypertendus ne savent pas que leur pression est trop élevée et que cela représente un risque pour leur santé. Ce n'est que lorsque la pression artérielle (PA) est très élevée, par exemple une pression diastolique > 110 mmHg ou une systolique > 170-180 mmHg, que les patients signalent plus fréquemment des symptômes tels que des maux de tête, des vertiges, une fatigue, des acouphènes, des saignements de nez, voire des troubles visuels sous forme de taches noires devant les yeux.

Les troubles respiratoires, et en particulier la dyspnée, ne font pas partie des symptômes fréquents de l'HTA. Toutefois, lorsqu'une dyspnée apparaît chez une personne hypertendue, qu'elle soit traitée ou non, il est important de s'en inquiéter et d'en rechercher la cause. En effet, la dyspnée reflète souvent la survenue d'une complication importante de l'HTA parmi lesquelles une insuffisance cardiaque décompensée, une insuffisance rénale, voire une sténose sévère des artères rénales. Dans cet article, nous allons succinctement décrire quelques situations cliniques d'HTA dans lesquelles la dyspnée est un signal d'alarme qu'il ne faut ni ignorer ni sous-estimer. Cet article ne couvrira pas les aspects spécifiques de l'HTA pulmonaire qui constitue une entité clinique tout à fait différente.

DYSPNÉE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET INSUFFISANCE CARDIAQUE

Les complications cardiaques de l'HTA se caractérisent par une augmentation de la masse ventriculaire gauche conduisant à l'hypertrophie ventriculaire gauche, à une dysfonction diastolique, à des anomalies du flux coronarien et finalement à une insuffisance cardiaque, complication cardiaque majeure de l'HTA.¹ L'hypertrophie ventriculaire gauche touche environ 20% des patients hypertendus et elle augmente significativement le risque de maladie coronarienne et d'insuffisance cardiaque, mais aussi d'accident vasculaire cérébral, de troubles du rythme, comme la fibrillation auriculaire, et de mort subite. L'HTA non traitée ou mal contrôlée est la première cause d'insuffisance cardiaque diastolique, forme d'insuffisance cardiaque qui est la conséquence d'un muscle cardiaque épaissi, rigidifié qui ne peut

envoyer en périphérie qu'un volume réduit de sang, donc d'oxygène.

La dyspnée est le premier symptôme tangible de l'insuffisance cardiaque, qui peut se péjorer avec le temps sous la forme d'une dyspnée d'effort puis d'une dyspnée au repos selon la gravité de l'insuffisance cardiaque. Chez un patient connu pour une hypertension, la PA doit être mesurée immédiatement en cas de dyspnée d'apparition récente et si elle est élevée, la première mesure thérapeutique sera de la réduire à < 140/90 mmHg. Le contrôle de la PA est l'approche la plus efficace pour traiter l'insuffisance cardiaque d'un patient hypertendu. Pour ce faire, on utilisera avant tout les bloqueurs du système rénine-angiotensine, les diurétiques (y compris l'aldactone) et les bêtabloquants si nécessaire.²

DYSPNÉE, HYPERTENSION ET ŒDÈME AIGU DU POUMON

Une forme grave de dyspnée observée parfois chez des patients hypertendus est associée à un œdème aigu du poumon subit (*flash pulmonary edema*) qui peut survenir en quelques heures. La cause en est, bien entendu, une décompensation cardiaque aiguë souvent liée à une HTA non contrôlée. Cette situation n'est pas rare chez les patients qui ont une cardiopathie hypertensive et qui interrompent leur traitement diurétique. L'arrêt des diurétiques induit une hypervolémie et une surcharge du ventricule gauche qui peuvent mener à la décompensation cardiaque.

Si les épisodes d'œdèmes aigus flash du poumon se répètent chez le même patient, il faut absolument exclure une *sténose bilatérale des artères rénales* qui est trouvée chez 45% des patients avec des œdèmes pulmonaires flash.³ En effet, au contraire d'une sténose unilatérale des artères rénales qui est une situation d'HTA rénine-dépendante, le contexte clinique d'une sténose bilatérale est une HTA très volume-dépendante. Dès lors, toute augmentation marquée de la volémie, due par exemple à une surcharge hydrosodée, à la prise d'AINS ou à l'interruption d'un traitement diurétique, peut conduire à une insuffisance cardiaque sévère avec œdème aigu du poumon. Dans cette circonstance, la dyspnée sera bien sûr au premier plan de la clinique et le traitement de base consistera à intensifier le traitement diurétique. Un examen radiologique des artères rénales devra être effectué car il s'agit d'une situation dans laquelle la dilation d'une artère rénale avec la pose d'un stent peut s'avérer très efficace pour prévenir les récurrences d'œdème aigu du poumon. La sténose ostiale des artères rénales avec œdème aigu du poumon constitue une bonne indication à la dilatation et à la pose d'un stent dans les artères rénales.

^a Service de néphrologie et hypertension, CHUV, 1011 Lausanne
michel.burnier@chuv.ch

DYSPNÉE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET INSUFFISANCE RÉNALE

Avec le diabète, l'HTA est l'une des causes principales d'insuffisance rénale chronique. En outre, toute insuffisance rénale chronique s'accompagne à un moment ou à un autre de son évolution, d'une HTA. Comme cette dernière, l'insuffisance rénale chronique peut rester très longtemps sans symptômes et ce n'est que dans les stades très avancés (stades 4 et 5) qu'apparaîtront les premiers symptômes.

Dans la séquence d'apparition des complications de l'insuffisance rénale chronique, l'HTA est la première.⁴ Mais la deuxième complication à se manifester est l'anémie, avec pour symptôme clinique une dyspnée, une fatigue excessive et une diminution des capacités à l'effort. La mesure régulière de la créatinine et l'examen des urines font partie des recommandations de prise en charge des patients hypertendus. Lorsque la fonction rénale décline, il est important de vérifier périodiquement l'hémoglobine et l'hématocrite ainsi que le bilan du fer, de manière à pouvoir corriger rapidement une anémie qui s'installe et se manifeste par une dyspnée. En cas d'anémie avérée, la prise en charge débutera par la correction de toute anomalie du bilan martial et ce n'est que dans un deuxième temps que l'on envisagera l'administration d'érythropoïétine pour corriger l'hémoglobine avec une cible thérapeutique fixée entre 110 et 120 g/l.

DYSPNÉE, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET MÉDICAMENTS ANTIHYPERTENSEURS

Parmi les médicaments antihypertenseurs utilisés régulièrement pour le traitement de l'HTA, ce sont les bêtabloquants qui sont le plus souvent associés à une dyspnée. En effet, ni les diurétiques ni les antagonistes calciques ne sont reconnus pour causer une dyspnée. L'effet secondaire principal des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) de l'angiotensine est une toux sèche qui touche environ 10% des patients. L'angio-œdème est beaucoup plus rare (0,68% des patients sous IEC). Il touche principalement la bouche (96% des cas), la langue (72% des cas) et le larynx (13% des cas). Il peut être à l'origine d'une dyspnée aiguë grave, potentiellement mor-

telle, nécessitant presque toujours une intervention rapide et parfois une intubation.⁵

Pour ce qui concerne les bêtabloquants, il faut faire la différence entre ceux de la première génération qui ne sont pas cardio-sélectifs (propranolol, pindolol...) et qui sont très bronchoconstricteurs et peuvent induire une dyspnée chez certains patients souffrant de problèmes pulmonaires chroniques, et des molécules plus récentes qui sont beaucoup plus cardio-sélectives (aténolol, métoprolol, bisoprolol, bétaxolol...) et ont moins d'effets pulmonaires.⁶ Les plus récents, comme le nébivolol, ont même des effets vasodilatateurs en produisant de l'oxyde nitrique. Le céliprolol (Selectol) est particulièrement utile chez les hypertendus qui souffrent d'asthme ou d'un syndrome broncho-obstructif chronique, car cette molécule est non seulement cardio-sélective mais elle a aussi des propriétés bêta₂-agonistes et alphabloquantes. Des études cliniques ont démontré la bonne tolérance du céliprolol chez les hypertendus asthmatiques et/ou un syndrome broncho-obstructif chronique.

CONCLUSION

Bien que n'étant pas un symptôme majeur de l'HTA, l'apparition d'une dyspnée chez un patient hypertendu doit être prise au sérieux, car elle est souvent un marqueur de la péjoration de la fonction d'un organe cible de l'HTA, soit le cœur ou le rein.

1 Kannan A, Janardhanan R. Hypertension as a risk factor for heart failure. *Curr Hypertens Rep* 2014;16:447.

2 Mancia G, Fagard R. Guidelines for the management of hypertension and target organ damage: reply. *J Hypertens* 2013;31:2464-5.

3 McMahon CJ, Hennessy M, Boyle G, Feely J, Meaney JF. Prevalence of renal artery stenosis in flash pulmonary oedema: determination using gadolinium-enhanced MRA. *Eur J Intern Med* 2010;21:424-8.

4 Stevens LA, Coresh J, Greene T,

Levey AS. Assessing kidney function-measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006;354:2473-83.

5 Makani H, Messerli FH, Romero J, et al. Meta-analysis of randomized trials of angioedema as an adverse event of renin-angiotensin system inhibitors. *Am J Cardiol* 2012;110:383-91.

6 Fares H, Lavie CJ, Ventura HO. Vasodilating versus first-generation beta-blockers for cardiovascular protection. *Postgrad Med* 2012;124:7-15.