

QUAND LA PRESSION MONTE...

23 h. Bip-bip! Bip-bip! Votre téléavertisseur sonne encore. L'infirmière de M. Tremblay, 75 ans, hospitalisé pour une fracture de la hanche, note une pression artérielle de 195 mmHg/100 mmHg.

Ce dernier mentionne une légère céphalée, qui ne l'empêche toutefois pas de dormir (ce qui n'est pas votre cas). L'infirmière vous demande ce que vous souhaitez lui prescrire.

Judith Dallaire-Pelletier et Gabrielle Létourneau-Laroche

		VRAI	FAUX
1.	L'urgence hypertensive se différencie de la poussée hypertensive par une pression systolique dépassant 180 mmHg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Il est toujours nécessaire de prescrire un bilan paraclinique en cas de poussée hypertensive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	La crise hypertensive est le plus souvent attribuable à un problème endocrinien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Il est adéquat de réduire la pression artérielle sur quelques jours en cas de poussée hypertensive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	La clonidine devrait être évitée chez les patients âgés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Les agents par voie orale ne devraient pas servir au traitement des urgences hypertensives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	L'encéphalopathie hypertensive est associée à une céphalée d'apparition brutale et à des déficits neurologiques focaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	On doit diminuer rapidement la pression en cas de signes ou de symptômes d'accident vasculaire cérébral ischémique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	L'hydralazine est adéquate dans le traitement des urgences hypertensives avec atteinte cardiaque.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La D^{re} Judith Dallaire-Pelletier, omnipraticienne, pratique à l'Hôpital Charles-Le Moyne, à Greenfield Park, et est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke. La D^{re} Gabrielle Létourneau-Laroche, omnipraticienne, exerce au CISSS des Laurentides, à Sainte-Agathe-des-Monts.

TABLEAU I

**ATTEINTES D'ORGANES CIBLES
ASSOCIÉES AUX URGENCES
HYPERTENSIVES**

Type d'atteinte	Fréquence
Accident vasculaire ischémique	39 %
Œdème aigu du poumon	25 %
Accident vasculaire hémorragique	17 %
Infarctus aigu du myocarde	8 %
Angine instable	5 %
Éclampsie	4 %
Hémorragie sous-arachnoïdienne	2 %
Encéphalopathie hypertensive	Aucun cas répertorié dans l'étude

Adapté de: Martin JF, Higashiyama E, Garcia E et coll. Hypertensive crisis profile, prevalence and clinical presentation. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83 (2): 131-6; 125-30. Reproduction autorisée.

1. L'URGENCE HYPERTENSIVE SE DIFFÉRENCIE DE LA POUSSÉE HYPERTENSIVE PAR UNE PRESSION SYSTOLIQUE DÉPASSANT 180 mmHG. FAUX

La crise hypertensive se définit par une pression artérielle systolique de plus de 180 mmHg ou par une pression artérielle diastolique de plus de 120 mmHg ainsi que par un risque imminent d'atteinte d'organes cibles¹. Elle se divise en poussée (*urgency*) et en urgence (*emergency*). L'expression « hypertension maligne » est, quant à elle, appelée à disparaître. Elle est apparue, en 1928, après plusieurs décès chez des patients atteints d'hypertension importante et de papilloedème qui menait inexorablement vers la mort, d'où le qualificatif de « malin »².

L'urgence hypertensive se distingue de la poussée hypertensive par la présence d'organes en souffrance (tableau I³). Bien qu'aucune valeur seuil ne soit établie, l'urgence hypertensive est rare lorsque la pression diastolique est inférieure à 130 mmHg, sauf chez les enfants et les femmes enceintes⁴. C'est donc la rapidité d'installation ainsi que la différence par rapport à la pression habituelle du patient qui risquent de créer une souffrance viscérale.

2. IL EST TOUJOURS NÉCESSAIRE DE PRESCRIRE UN BILAN PARACLINIQUE EN CAS DE POUSSÉE HYPERTENSIVE. FAUX

Peu d'études montrent que le bilan paraclinique courant, qui comprend un bilan de base (formule sanguine, électrolytes, créatinine, urée, glucose), un électrocardiogramme et une radiographie des poumons, change la conduite du médecin traitant ou améliore le pronostic à court terme^{5,6}.

Une fois la valeur de la pression confirmée, il est important de questionner et d'examiner adéquatement le patient à la recherche d'organes en souffrance (figure 1^{4,7}). Il faut également vérifier les multiples facteurs propres au milieu hospitalier qui peuvent augmenter la pression (figure 2^{4,7-9}). Par ailleurs, il est faux de croire que les patients en poussée hypertensive n'ont aucun symptôme. En effet, ils peuvent avoir entre autres des céphalées légères (44,3 %) et des étourdissements (29,3 %), bien qu'aucun organe ne soit touché. Les patients en urgence hypertensive présenteront, quant à eux, plus fréquemment de la dyspnée (48,3 %) et des déficits neurologiques focaux (24,7 %)³.

À la lumière de cette évaluation, un bilan paraclinique ciblé pourra être prescrit selon les signes cliniques existants.

3. LA CRISE HYPERTENSIVE EST LE PLUS SOUVENT ATTRIBUABLE À UN PROBLÈME ENDOCRINIEN. FAUX

La cause la plus fréquente d'une crise hypertensive est l'hypertension chronique non maîtrisée, à laquelle s'ajoute souvent un facteur précipitant⁷. L'hypertension artérielle touche 47 % des personnes de plus de 65 ans au Québec¹⁰. Comme 1 % des hypertendus feront une crise hypertensive au cours de leur vie¹¹, il n'est pas surprenant de rencontrer ce phénomène lors d'une garde à l'hospitalisation.

Ne pas prescrire les antihypertenseurs usuels et oublier un soluté constituent des causes iatrogéniques non négligeables de crise hypertensive. Plusieurs facteurs peuvent faire augmenter la pression chez un patient hospitalisé dont la pression était bien maîtrisée à domicile (figure 2). Il faut, par conséquent, s'abstenir d'ajuster le traitement antihypertenseur courant du patient en l'absence de crise hypertensive. Un suivi rapproché de la pression devrait être fait en externe par le médecin traitant⁸.

Enfin, les causes d'hypertension secondaire, notamment d'origine endocrinienne, sont présentes chez seulement de 5 % à 10 % des personnes en crise hypertensive⁷. Elles devraient donc faire l'objet d'une évaluation ciblée uniquement en cas de signes cliniques évocateurs.

4. IL EST ADÉQUAT DE RÉDUIRE LA PRESSION ARTÉRIELLE SUR QUELQUES JOURS EN CAS DE POUSSÉE HYPERTENSIVE. VRAI

Selon les données scientifiques les plus récentes, il faut abaisser graduellement la pression artérielle dans un délai de 24 à 48 heures. Bien qu'aucune valeur cible ne soit clairement établie dans la littérature, il semble préférable d'atteindre une pression de moins de 160 mmHg/110 mmHg⁷ chez un patient sans symptômes. Un suivi externe est nécessaire pour s'assurer que le patient retrouve une pression normale à long terme, soit moins de 140 mmHg/90 mmHg au cabinet et moins de 135 mmHg/85 mmHg à la maison.

Contrairement à la maîtrise de l'hypertension chronique, aucune donnée probante n'a clairement montré qu'une baisse de la pression artérielle en poussée hypertensive entraînait un bienfait pour le patient^{8,12}. De plus, une diminution rapide de plus de 20 % de la pression artérielle comporte un risque réel d'ischémie cérébrale ou myocardique, surtout dans la population âgée¹³. C'est pour cette raison que la nifédipine sublinguale ne doit plus être utilisée dans le traitement des crises hypertensives, car elle provoque des chutes de pression très rapides⁴.

Le tableau II^{9,12-14} présente quatre molécules efficaces dans le traitement de la poussée hypertensive. Les doses doivent être ajustées à la baisse selon les particularités du patient : insuffisance rénale ou âge avancé, par exemple.

Enfin, même si elles sont souvent négligées, les mesures non pharmacologiques peuvent aussi être efficaces pour abaisser la pression. Ainsi, dans plus de 30 % des cas, le simple fait de déplacer un patient en poussée hypertensive dans une chambre calme peut abaisser sa pression de 10 mmHg à 20 mmHg en seulement 30 minutes¹³.

5. LA CLONIDINE DEVRAIT ÊTRE ÉVITÉE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS. VRAI

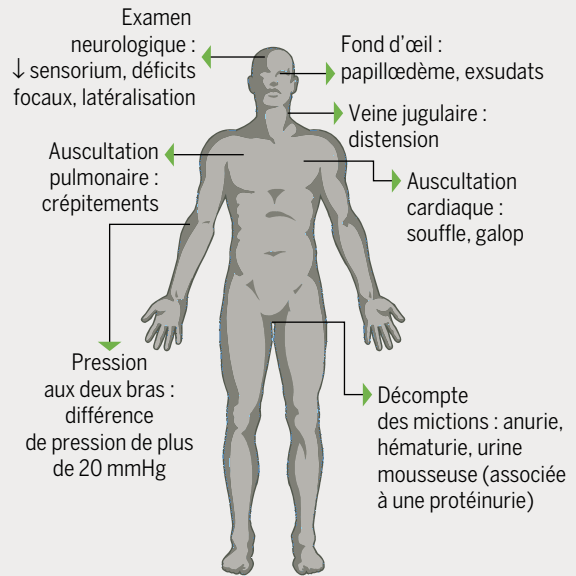
La clonidine a une activité agoniste alpha-adrénergique centrale qui s'apparente à celle d'un anticholinergique. Ses principaux effets indésirables sont la xérostomie (40 %), la somnolence (35 %), les étourdissements (16 %) et la constipation (10 %). Il est important de l'employer avec prudence en présence d'anomalies cardiaques et de risque de bradycardie. C'est pourquoi elle doit particulièrement être évitée chez un patient âgé¹⁴. De plus, lorsqu'elle est prise de façon régulière, elle peut engendrer une hypertension de rebond. Les autres options thérapeutiques indiquées dans le tableau II^{9,12-14} sont donc à privilégier¹².

6. LES AGENTS PAR VOIE ORALE NE DEVRAIENT PAS SERVIR AU TRAITEMENT DES URGENCES HYPERTENSIVES. VRAI

Certains agents par voie orale sont très efficaces pour réduire la pression, mais ne permettent pas de le faire suffisamment rapidement et de façon graduelle. Dès l'atteinte d'un organe cible confirmée, le patient doit être dirigé vers une unité offrant un suivi continu des signes vitaux. Un antihypertenseur à action rapide administré par voie intraveineuse et dont on peut facilement ajuster les doses devrait alors être commencé. La pression artérielle moyenne ne devrait pas être réduite de plus de 20 % à 25 % dans les deux premières heures, car des baisses plus importantes peuvent causer une ischémie rénale, cérébrale et coronarienne. Ces recommandations ne s'appliquent pas en cas de dissection aortique ou d'accident vasculaire cérébral^{4,7,9}. Lorsque l'on soupçonne une dissection aortique, la pression artérielle

FIGURE 1

SIGNE D'ATTEINTE D'ORGANES CIBLES À RECHERCHER À L'EXAMEN PHYSIQUE^{4,7}



systolique devrait être diminuée le plus rapidement possible en dessous de 100 mmHg¹⁵.

La plupart des recommandations sur les agents administrés par voie intraveineuse sont tirées d'avis d'experts, car il existe peu d'études à répartition aléatoire sur le sujet¹². L'agent sera sélectionné en fonction de l'organe atteint et des antécédents du patient : insuffisance rénale, asthme grave, grand âge, etc.

7. L'ENCÉPHALOPATHIE HYPERTENSIVE EST ASSOCIÉE À UNE CÉPHALÉE D'APPARITION BRUTALE ET À DES DÉFICITS NEUROLOGIQUES FOCaux. FAUX

L'encéphalopathie hypertensive se présente habituellement par une céphalée d'installation progressive en quelques heures à quelques jours. S'ensuivront des nausées, des vomissements et de la confusion. Si la pression n'est pas réduite, il existe un risque de convulsion et de coma. L'encéphalopathie hypertensive constitue un diagnostic d'exclusion, souvent posé *a posteriori* lorsque l'état du patient s'améliore une fois la pression abaissée. Si vous soupçonnez ce phénomène, vous devrez prescrire un examen d'imagerie cérébrale, idéalement une résonance magnétique, afin d'éliminer un autre problème intracrânien. Il est important de distinguer l'encéphalopathie hypertensive de l'accident vasculaire, car son traitement est différent et exige une diminution rapide de la

FIGURE 2 | DIFFÉRENCE ENTRE LA POUSSÉE HYPERTENSIVE ET L'URGENCE HYPERTENSIVE^{4,7-9}

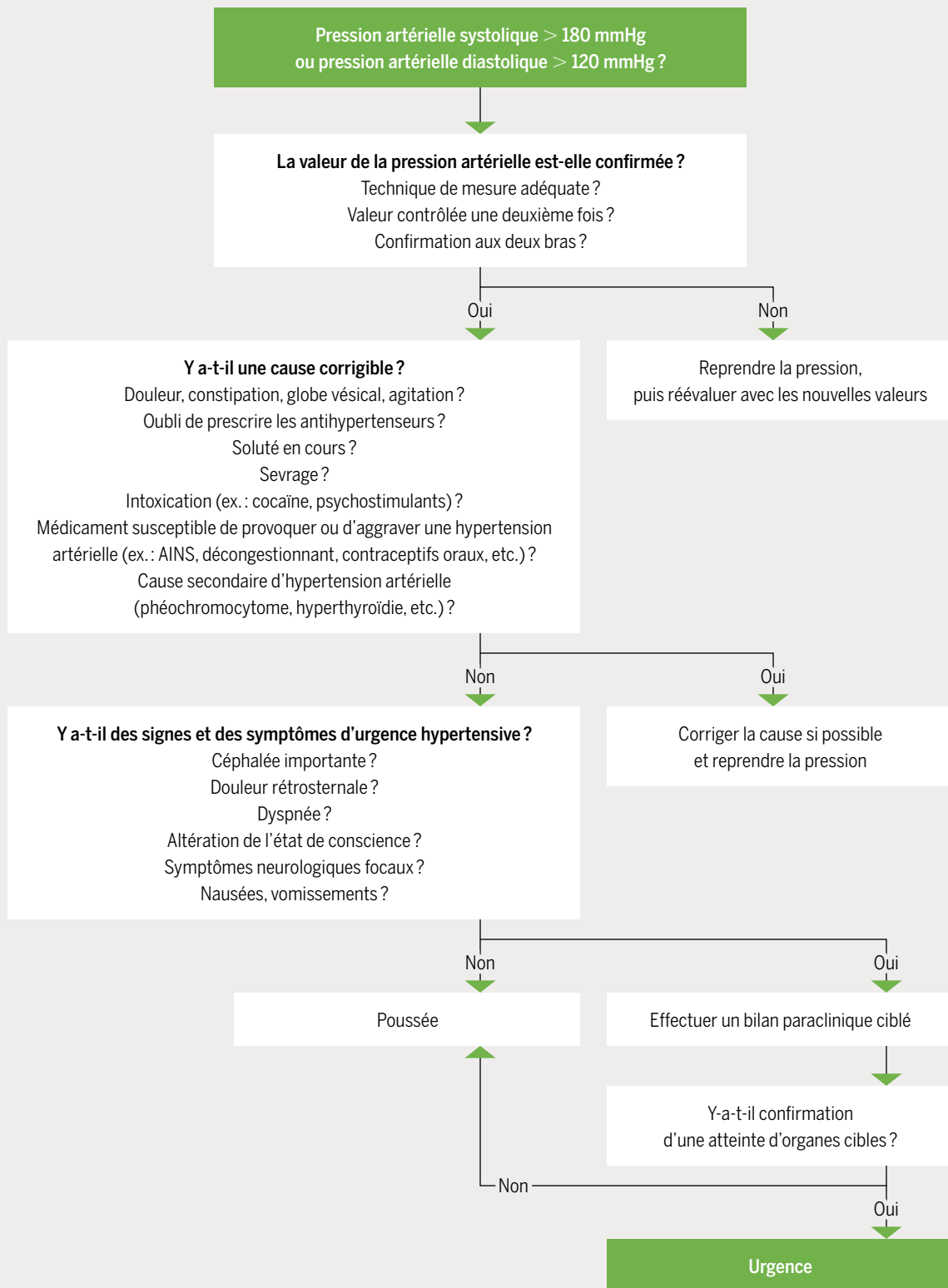


TABLEAU II | MOLÉCULES UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT D'UNE POUSSÉE HYPERTENSIVE^{7,9,12-14}

Molécules par voie orale	Début d'action (min)	Pic d'action (h)	Durée d'action (h)
Amlodipine, 5 mg	De 30 à 60	De 6 à 12	24
Captopril, 25 mg	De 15 à 60	De 1 à 1,5	De 6 à 12
Périndopril, 4 mg	Environ 60	De 3 à 7	24
Labétalol, 200 mg	De 20 à 120	De 2 à 4	De 8 à 24

pression sous une surveillance étroite. L'administration par voie intraveineuse d'un agent permettant de préserver le débit sanguin cérébral, comme le labétalol, est recommandée¹⁵.

8. ON DOIT DIMINUER RAPIDEMENT LA PRESSION EN CAS DE SIGNES OU DE SYMPTÔMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE. FAUX

Une réduction trop rapide de la pression chez un patient ayant fait un accident vasculaire cérébral ischémique dans les 72 dernières heures peut augmenter les dommages neurologiques en diminuant l'irrigation des zones ischémiques. Ainsi, une baisse de pression de 15 % dans les 24 premières heures est à envisager si la pression du patient dépasse le seuil de 220 mmHg/120 mmHg. Par contre, chez un candidat à la thrombolyse, le seuil s'établit plutôt à 185 mmHg/110 mmHg. Le labétalol par voie intraveineuse est un agent de choix¹⁵. L'avis d'un consultant est souvent nécessaire de même que le transfert vers une unité offrant un suivi régulier des signes vitaux.

9. L'HYDRALAZINE EST ADÉQUATE DANS LE TRAITEMENT DES URGENCES HYPERTENSIVES AVEC ATTEINTE CARDIAQUE. FAUX

La crise hypertensive accroît les besoins en oxygène du myocarde et peut provoquer une ischémie. En cas d'infarctus, les antihypertenseurs sélectionnés doivent, par conséquent, diminuer la demande en oxygène. Le labétalol ou la nitroglycérine sont donc à privilégier tandis que les molécules causant une tachycardie réflexe, telles que l'hydralazine, doivent être évitées^{9,15}. Un œdème aigu du poumon peut aussi survenir, particulièrement chez les personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. La nitroglycérine représente alors aussi un bon

choix. L'addition d'un diurétique de l'anse, comme le furosémide, aide à abaisser le surplus volémique et la pression⁴.

Le nitroprusside, auparavant employé très fréquemment dans les urgences hypertensives, peut engendrer de multiples effets indésirables : intoxication par le cyanure, élévation de la pression intracrânienne, réduction du débit sanguin cérébral et augmentation des dommages cardiaques post-infarctus. Il ne devrait donc être administré que si les autres options ne sont pas disponibles ou sont contre-indiquées⁴.

Après quelques brèves questions au téléphone, vous comprenez que M. Tremblay a toujours de la douleur depuis sa fracture de la hanche. Après vous être assuré que votre patient ne présente pas d'atteinte d'organe cible, vous ajustez son analgésie. Lors du contrôle des signes vitaux, sa pression a diminué à 140 mmHg/90 mmHg. Belle réussite ! Vous pouvez maintenant vous rendormir. //

Date de réception : le 21 décembre 2014

Date d'approbation : le 25 janvier 2015

La D^{re} Judith Dallaire-Pelletier et la D^{re} Gabrielle Létourneau-Laroche n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et coll. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 2003 ; 289 (19) : 2560-71.
- Norman M, Keith MD, Henry P et coll. The Syndrome of Malignant Hypertension. *Arch Intern Med* 1928 ; 41 (2) : 141-88.
- Martin JF, Higashiyama E, Garcia E et coll. Hypertensive crisis profile, prevalence and clinical presentation. *Arq Bras Cardiol* 2004 ; 83 (2) : 131-6 ; 125-30.
- Marik PE, Varon J. Hypertensive crises: Challenges And Management. *Chest* 2007 ; 131 (6) : 1949-62.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- Société québécoise d'hypertension artérielle. *Hypertension – Guide thérapeutique*. 4^e éd. Montréal : la Société 2012. Site Internet : www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=323 (Date de consultation : mars 2015).

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Une fois la pression confirmée, il est important de questionner et d'examiner adéquatement le patient à la recherche d'organes en souffrance.
- ▶ Lors d'une poussée hypertensive, il est recommandé d'abaisser graduellement la pression du patient dans un délai de 24 à 48 heures, préférablement sous 160 mmHg/110 mmHg.
- ▶ Dès l'atteinte d'un organe cible confirmée, diriger le patient vers une unité offrant un suivi continu des signes vitaux.

- Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ et coll. Utility of routine testing for patients with asymptomatic severe blood pressure elevation in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2008; 51 (3): 231-9.
- Kessler C, Joudeh Y. Evaluation and Treatment of Severe Asymptomatic Hypertension. *Am Fam Physician* 2010; 81 (4): 470-6.
- Rodriguez MA, Kumar SK, De Caro M. Hypertensive crisis. *Cardiol Rev* 2010; 18 (2): 102-7.
- Sharma P, Shrestha A. *Inpatient hypertension management*. Philadelphie: ACP Hospitalist; 2014. Site Internet : www.acphospitalist.org/archives/2014/08/expert.htm [Date de consultation : le 9 novembre 2014].
- Sarafidis PA, Georgianos PI, Malindretos P et coll. Pharmacological management of hypertensive emergencies and urgencies: focus on newer agents. *Expert Opin Investig Drugs* 2012; 21 (8): 1089-106.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Statistiques de santé et bien-être selon le sexe*. Québec : le Ministère; 2011. Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Taux-de-prevalence-de-lhypertension-selon-lage-et-selon-le-sexe&PHPSSESSID=fde7d2b862e78b8c4f682e31080269f2. [Date de consultation : le 12 octobre 2014].
- Varon J. Treatment of acute severe hypertension: current and newer agents. *Drugs* 2008; 68 (3): 283-97.
- Kaplan NM, Victor RG. *Kaplan's Clinical Hypertension*. 10^e éd. Philadelphie : Lippincott, Williams & Wilkins; 2010. p. 469.
- Grassi D, O'Flaherty M, Pellizzari M et coll. Hypertensive Urgencies in the Emergency Department: Evaluating Blood Pressure Response to Rest and to Antihypertensive Drugs with Different Profiles. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10 (9): 662-7.
- Rx Vigilance. *Amlodipine, Captopril, Clonidine, Perindopril, Labetalol*. Repentigny : Vigilance Santé; 2015. Site Internet : www.vigilance.ca/rx-vigilance-mobile/ [Date de consultation : le 13 octobre 2014].
- Van Den Born BJ, Beutler JJ, Gaillard CA et coll. Dutch guideline for the management of hypertensive crisis – 2010 revision. *Neth J Med* 2011; 69 (5): 248-55.



FORMATIONS EN LIGNE RÉCENTES ET À VENIR

PRÉSENTATIONS DU CONGRÈS SUR LA THÉRAPEUTIQUE

HTA : BONNES PRATIQUES À CONSERVER

D^r George N. Honos, cardiologue
1 heure de crédit

LES GÉNÉRIQUES QUI CHANGENT TOUS LES MOIS : SÛRS POUR NOS PATIENTS ?

D^r George N. Honos, cardiologue
1 heure de crédit

TRAITEMENT PERSONNALISÉ DU DIABÈTE ET NOUVEAUX MÉDICAMENTS

D^{re} Sylvie Bertrand, endocrinologue
1 heure de crédit

LES NOUVEAUX ANTIPLAQUETTES : ON SE DÉMÊLE!

D^r Matthieu Touchette, interniste
1 heure de crédit

PRÉSENTATION DU CONGRÈS SUR LA PÉDIATRIE

LE CALENDRIER DE VACCINATION

D^{re} Chantal Sauvageau, spécialiste en médecine
communautaire
1 heure de crédit

À partir du 3 juillet, le rythme estival sera
d'une formation mise en ligne par semaine.

Retrouvez les nouveautés chaque vendredi
dans la rubrique « Coups de Cœur »
du portail Caducée.

caducee.fmoq.org

Caducée, le portail de la formation en ligne

Consultez nos tarifs à l'arrière de la revue.