



L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE

(femmes enceintes et enfants de moins de 15 ans exclus)

Quatrième Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales

Nancy, 15 avril 1994

Résumé

Jury du Consensus : Président : Dr F. Carpentier (Grenoble), A.M. Bouvier (Clichy), J.P. Fournier (Nice), B. Lechevalier (Caen), Ph. Lestavel (Lille), B. Priolet (Nanterre), D. Van der Roost (Bruxelles).

Bureau du Consensus de la SFUM : G. Tempelhoff (Roanne), B. Bedock (Annonay), R. Ducluzeau (Lyon), N. Bertini (Bourg-en-Bresse), G. Four-nier (Lyon), B. Blettery (Dijon), A. Davido (Paris), L. Divorne (Genève).

L'hypertension artérielle (HTA) peut se définir, selon l'OMS et le Joint National Committee (JNC), par une élévation de la tension artérielle systolique (TAs) supérieure à 140 mmHg et/ou de la tension artérielle diastolique (TAd) supérieure à 90 mmHg, à condition bien sûr de s'assurer de la permanence de cette hypertension artérielle par la répétition des mesures dans des conditions satisfaisantes.

La mesure de la tension artérielle (TA) doit faire partie de l'examen clinique de tout patient admis dans un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) et l'interprétation des chiffres obtenus doit tenir compte des circonstances de la mesure, souvent très éloignées des recommandations usuelles. Sans négliger la constatation de chiffres tensionnels élevés, un diagnostic par excès d'HTA et un traitement antihypertenseur potentiellement dangereux doivent être évités.

L'objectif de la quatrième Conférence de Consensus de la Société Francophone des Urgences Médicales qui s'est tenue à Nancy le 15 avril 1994 était de préciser les modalités de mesure de la TA au SAU et d'identifier les situations cliniques pouvant justifier d'explorations para-cliniques et d'un traitement antihypertenseur au SAU.

Quelles sont les modalités de la mesure de la pression artérielle ? Méthodes, circonstances, type de matériel

La qualité de la mesure est primordiale et requiert une méthodologie rigoureuse, tout en gardant à l'esprit que la fluctuation des chiffres tensionnels impose une interprétation prudente..

Type de matériel

Si la mesure invasive par cathéter artériel reste la méthode de référence, la mesure de la tension artérielle par un sphygmomanomètre à mercure est la plus fiable des méthodes habituelles. La commercialisation d'appareils semi-automatiques de type Dinamap (*Device for Non Invasive Mean Arterial Pressure*) peut faciliter la mesure de la tension artérielle pour les patients admis aux urgences. Leur utilisation est recommandée dès lors qu'une surveillance tensionnelle est nécessaire (situations pathologiques, procédure thérapeutique).

Méthode

Les modalités idéales sont décrites pour la mesure de la TA par sphygmo-manomètre à mercure :

- 1 - Patient confortablement installé depuis au moins 5 min.
 - 2 - Taille adaptée du brassard et de la chambre à air (largeur bras-sard = 40 % de la circonférence du bras et longueur de la chambre à air = 2 fois la largeur du brassard.
 - 3 - Colonne de mercure située à hauteur des yeux du soignant.
 - 4 - Expulsion de l'air du brassard avant utilisation.
 - 5 - Bord inférieur du brassard situé 3 cm au-dessus du pli du coude.
 - 6 - Artère humérale repérée par palpation.
 - 7 - Chambre à air centrée sur l'artère humérale.
 - 8 - Augmentation de la pression rapide et en une seule fois.
 - 9 - Palpation de l'artère humérale au cours du gonflement du brassard.
 - 10 - Stéthoscope placé sur l'artère humérale, hors brassard.
 - 11 - Pression diminuée à la vitesse de 2 mmHg par seconde.
- La tension est prise la première fois à chaque bras et par la suite au bras présentant les valeurs les plus élevées.

Comment interpréter des chiffres tensionnels élevés au Service d'Accueil et d'Urgence ? Y a-t-il des chiffres limites ?

La découverte de chiffres élevés de TA dans le contexte de l'urgence nécessite une analyse méthodique selon la procédure suivante (*Fig. 1*).

- 1 - S'assurer de la réalité de l'HTA après plusieurs mesures dans des conditions optimisées ;
 - 2 - Évaluer la pertinence d'une décision diagnostique et/ou thérapeutique par rapport à la pathologie constatée (*Tabl. 1*) :
- pathologies aiguës avec HTA susceptibles d'en aggraver la morbidité et la mortalité,
 - HTA maligne responsable d'une souffrance viscérale et nécessitant un contrôle thérapeutique en urgence.

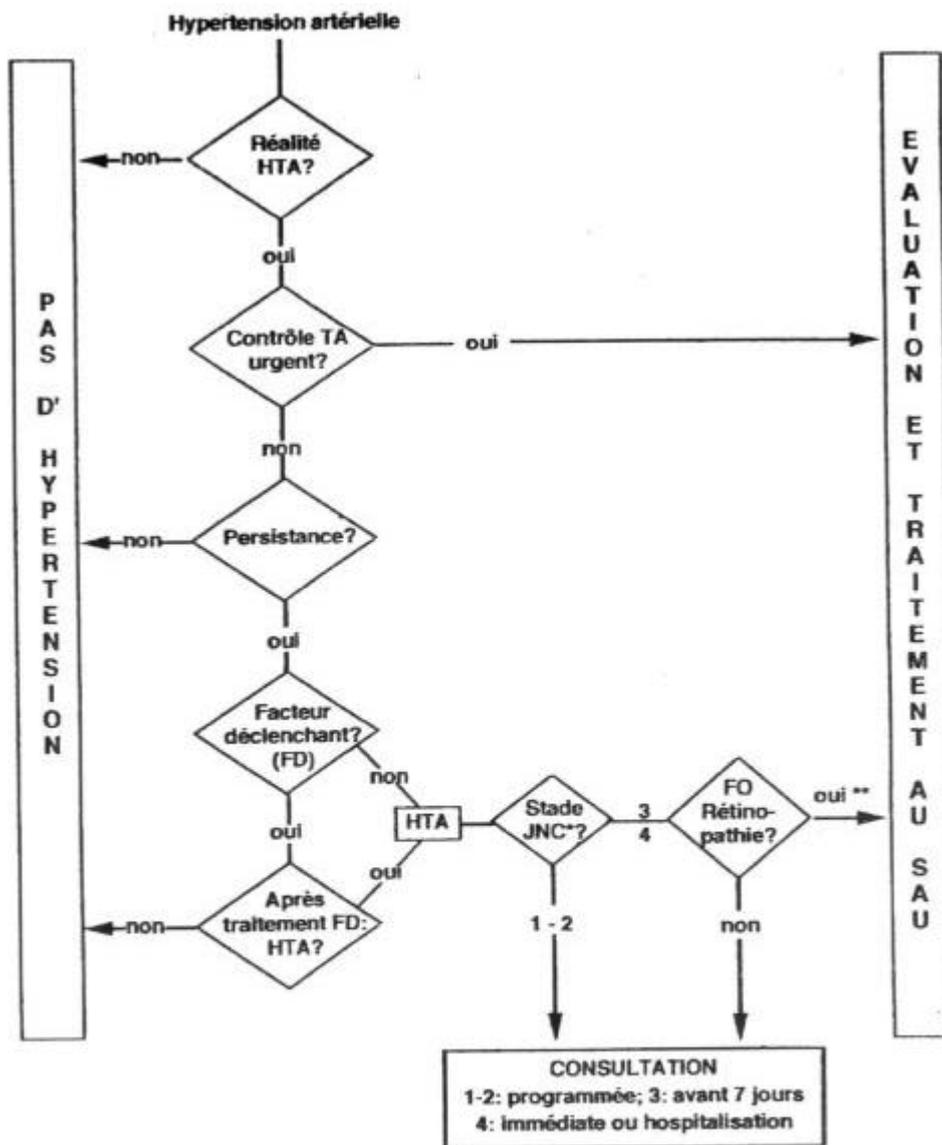


Fig. 1 : Stratégie de la prise en charge d'une hypertension artérielle (HTA) dans un service d'accueil et d'urgences.

* JNC : classification de l'HTA selon le *Joint National Committee* en quatre stades.

** Classe II et III de la classification des lésions de rétinopathie hypertensive selon Kirkendall.

Ni l'importance de l'HTA, ni la présence de signes satellites non spécifiques (céphalées, épistaxis...) ne nécessitent de traitement médicamenteux urgent.

3 - S'assurer du caractère permanent de l'hypertension artérielle en sachant qu'un grand nombre de facteurs peuvent favoriser ou induire une HTA (effet " blouse blanche ", douleurs, angoisse...), et ne considérer le patient comme un hypertendu que devant la persistance de l'HTA pendant plus d'une heure et après correction d'éventuels facteurs déclenchants.

TABLEAU I Situations cliniques et contrôle tensionnel urgent	
1 - Pathologies dont la morbidité peut être influencée par une HTA :	
1.	Cardio-vasculaire : OAP <ul style="list-style-type: none"> ○ Infarctus du myocarde, Syndrome de menace ○ Dissection aortique
2.	Accident neuro-vasculaire aigu
3.	Intoxication : Cocaïne, Amphétamine, LSD, Phénylpropanolamine, Phencyclidine
2 - Hypertension artérielle maligne	

Quelles sont les HTA nécessitant une prise en charge immédiate ?

Toute HTA confirmée au SAU doit être prise en charge selon des modalités et des objectifs adaptés à chaque situation clinique.

HTA sans retentissement clinique

Une HTA isolée légère ou modérée (stade I ou II - Tabl. II) nécessite une prise en charge minimale visant d'une part à affirmer l'HTA et d'autre part à en informer le patient et/ou son entourage afin d'organiser une surveillance médicale.

TABLEAU II Classification manométrique de l'hypertension artérielle selon les recommandations du <i>Joint National Committee V</i> (1993)			
	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)	Délai de Prise en charge
Hypertension			
– Stade 1 (légère)	140-159	90-99	Programmé
– Stade 2 (modérée)	160-179	100-109	
– Stade 3 (sévère)	180-209	110-119	1 semaine
– Stade 4 (très sévère)	> ou = 210	> ou = 120	Immédiat

Une HTA sévère ou très sévère (stade III ou IV) n'est dite isolée qu'après réalisation du fond d'oeil permettant d'éliminer une rétinopathie hypertensive attestant d'une souffrance viscérale et imposant alors une consultation en urgence.

HTA et défaillance viscérale

HTA et souffrance cérébrale

HTA et accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques et hémorragiques

Si le contrôle tensionnel au cours des AVC est une nécessité, l'HTA ne représente pas un facteur de surmortalité et de nombreux arguments tentent de démontrer qu'une diminution de la TA peut être délétère en entraînant une chute du débit cérébral sanguin. Il est de règle aujourd'hui de ne pas traiter l'HTA au cours des AVC, excepté si l'HTA est très sévère et/ou si elle est associée à une défaillance viscérale.

HTA et hémorragie sous-arachnoïdienne

A la phase initiale, le risque est dominé par l'existence d'une hémorragie intracérébrale ou d'une hydrocéphalie aiguë, une diminution de la tension artérielle risque d'être délétère. Après la 48 e heure, la survenue d'un vasospasme étant le risque majeur, le contrôle tensionnel doit être réalisé en milieu spécialisé.

HTA et défaillance cardiovasculaire

HTA et insuffisance cardiaque

L'HTA, cause ou conséquence de la défaillance cardiaque, justifie un traitement en urgence avec, pour objectif thérapeutique, un retour progressif de la TA aux valeurs habituelles du patient.

HTA et insuffisance coronaire

L'HTA, augmentant la consommation myocardique en oxygène, peut entraîner ou entretenir l'insuffisance coronaire. Un traitement de l'HTA doit être entrepris.

HTA et suspicion de dissection aortique

Le traitement antihypertenseur vise à éviter la rupture ou l'extension anévrysmale.

HTA au cours d'intoxication

Les complications neurologiques et cardiovasculaires de l'HTA secondaire à des produits "toxiques" justifient un traitement.

HTA maligne et encéphalopathie hypertensive

Cette situation, exceptionnelle de nos jours, représente une urgence thérapeutique absolue en raison du risque de coma, de convulsions, de défaillance multiviscérale, et nécessite le transfert du malade en réanimation.

Quel est le bilan clinique et quels sont les examens complémentaires indispensables à réaliser au Service d'Accueil et d'Urgence ?

Lorsque l'HTA est confirmée pour un patient au SAU, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de préciser l'ancienneté et le retentissement viscéral de l'HTA, la nécessité ou non d'examens complémentaires, de traitement et/ou d'hospitalisation. Schématiquement, quatre situations sont différenciées :

- HTA connue, stable, traitée, sans complication récente et HTA asymptomatique (stades I et II) : pas d'investigation ;
- HTA induite ou aggravée par l'absorption de certains médicaments ou toxiques : bilan adapté au(x) substance(s) en cause ;
- HTA sans retentissement clinique, stades III et IV : fond d'oeil à la recherche d'une rétinopathie hypertensive, ionogramme, urée sanguine, créatinémie, ECG, recherche d'une protéinurie ou d'une hématurie ;
- HTA avec défaillance viscérale imposant de compléter le bilan par des examens paracliniques selon les situations cliniques.

Quel traitement et quelle surveillance au Service d'Accueil et d'Urgence ? Quels patients doivent être hospitalisés : critères et filières de soins ?

Objectifs, moyens et surveillance du traitement

Les produits utilisables au SAU doivent répondre aux critères suivants (*Tabl. III*) :

- maniabilité (utilisation facile, titrable et sans effet rebond),
- action immédiate,
- bonne tolérance, en particulier par les circulations régionales.

La diminution de la TA doit être progressive en commençant par une dose minimale, la voie veineuse continue semble donc préférable sous surveillance tensionnelle. Cette surveillance sera appliquée avec la même rigueur si un traitement par voie orale (inhibiteur calcique) est décidé.

Indications

La prise en charge clinique et thérapeutique d'une HTA doit seulement être guidée par le contexte pathologique et non par de simples chiffres.

HTA et souffrance cérébrale

La réduction intempestive de la TA peut aggraver l'ischémie et le déficit neurologique. Si la TA reste très élevée en association ou non à une défaillance cardiovasculaire et/ou si la TA est supérieure à 140 mmHg, une diminution de la tension artérielle par la nicardipine, de façon progressive et sans dose de charge, peut être indiquée. La TA ne doit pas descendre au-dessous de 110 mmHg.

HTA et défaillance cardiovasculaire

- Insuffisance cardiaque

L'objectif thérapeutique est de diminuer la post-charge et/ou la précharge pour améliorer l'état cardiorespiratoire du patient et ramener les chiffres tensionnels à leurs valeurs habituelles. Les dérivés nitrés, les diurétiques et/ou les inhibiteurs calciques représentent le meilleur choix thérapeutique.

TABLEAU III Produits antihypertenseurs utilisables par voie intraveineuse au SAU en fonction des objectifs de traitement

Produit	Durée action	Posologie IV*	Indications	Contre-indications
Nicardipine Loxen ®	90 min	En bolus* : 1 mg par min jusqu'à 10 mg, puis 0,5 à 5 mg/h	Toutes, sauf ischémie myocardique	Ischémie myocardique
Urapidil Mediatensyl ® Eupressyl ®	5 h	En bolus* : 25 mg, puis 10 à 30 mg/h	Toutes, mais manque d'évaluation	Aucune
Labétalol Trandate ®	3-6 h	En bolus* : 1 mg/kg puis 0,1 à 0,3 mg/kg/h	Dissection aortique, HTA maligne, Phéochromocytome, Intoxication à la cocaïne et aux anorexigènes	Bronchospasme BAV IVG
Clonidine Catapressan ®	4 h	En bolus* en 10 min : 0,15 mg puis 1,2 à 7,2 µg/min	Moins utilisée depuis l'apparition des autres molécules	
Trinitrine Lénital ®	10 min	1 à 3 mg/h	OAP, Ischémie coronaire	
Nitroprussiate de sodium Nipride ®	1-2 min	1 à 2 µg/kg/min en augmentant rogressivement sans dépasser 10 µg/kg/min	Dissection aortique	Insuffisance rénale anurique

* Le bolus est contre-indiqué en cas d'accident vasculaire cérébral.

- Insuffisance coronarienne

Le but thérapeutique étant de diminuer la consommation en oxygène du myocarde tout en préservant la pression de perfusion coronarienne, les dérivés nitrés sont indiqués, associés ou non à un b-bloquant. Il n'est pas souhaitable d'abaisser la TAd en dessous de 80 mmHg pour maintenir la circulation coronaire.

- Dissection aortique

L'analgésie, première mesure thérapeutique, peut réduire l'HTA. La TAs doit être maintenue autour de 120 mmHg par prescription de nicardipine ou de labétalol en intraveineux. Le nitroprussiate de sodium, étant certes plus rapidement efficace, impose confirmation diagnostique et surveillance invasive de la pression artérielle.

- Hypertension artérielle maligne (HTAM) et HTA induite par les toxiques

En l'absence de traitement, une défaillance multiviscérale avec convulsions et coma pouvant survenir, le traitement doit être rapidement instauré par l'utilisation préférentielle de la nicardipine ou, en cas d'échec, du nitroprussiate de sodium.

Une HTA stade IV avec rétinopathie au fond d'oeil (stade II ou III) bénéficie du même traitement antihypertenseur.

- Hypertension artérielle avec manifestations rénales

Le traitement antihypertenseur n'est indiqué que s'il existe des manifestations cardiovasculaires et n'est pas conditionné par la découverte d'une insuffisance rénale biologique. Cette dernière, si elle n'est pas antérieurement connue, doit être rapidement explorée.

Conclusions

La découverte au SAU de chiffres tensionnels élevés impose de ne pas porter par excès le diagnostic d'HTA et d'éviter les prescriptions médicamenteuses compulsives. La prise en charge de tels patients nécessite :

- rigueur dans la méthode de mesure de la TA ;
- contrôle répété de la mesure avant de porter le diagnostic d'HTA ;
- évaluation clinique des manifestations viscérales associées à l'HTA ;
- réalisation d'un fond d'oeil lors d'HTA sévère (stade III et IV) ;
- définition des objectifs thérapeutiques et surtout du niveau tensionnel souhaitable adapté à chaque situation clinique.

Lorsqu'un traitement antihypertenseur est nécessaire, l'administration intraveineuse continue est souhaitable, assortie d'une surveillance clinique rapprochée dans une unité de soins adaptée aux circonstances cliniques (hospitalisation de courte durée, soins continus, soins intensifs de cardiologie, réanimation...).