

**POUSSEES HYPERTENSIVES DE L'ADULTE :
ELEVATION TENSIONNELLE SANS SOUFFRANCE VISCERALE IMMEDIATE
ET URGENCES HYPERTENSIVES**

RECOMMANDATIONS

L'hypertension artérielle est définie par une élévation de la pression artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg pour la systolique et/ou 90 mmHg pour la diastolique.

La présente recommandation s'intéresse aux situations d'élévation tensionnelle supérieure ou égale 180 mmHg pour la systolique et/ou supérieure ou égale 110 mmHg pour la diastolique, rencontrées chez l'adulte ; celles-ci définissent une hypertension sévère ou de grade 3. Une élévation tensionnelle rapide en deçà de ces valeurs peut cependant constituer une urgence hypertensive s'il existe une souffrance viscérale, en particulier chez la femme enceinte.

En l'absence du recul permettant d'affirmer que l'hypertension est permanente, une pression artérielle supérieure à ces valeurs recouvre des situations cliniques de gravité différente car certaines mettent en jeu le pronostic vital à très court terme alors que d'autres ne menacent pas le pronostic vital à court terme.

La recherche des signes cliniques d'une atteinte cardiaque, neurologique ou vasculaire associée à l'élévation tensionnelle permet de distinguer deux situations :

- l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate, qui ne met pas en jeu le pronostic vital à court terme ;
- l'urgence hypertensive avec souffrance viscérale mettant en jeu le pronostic vital à très court terme.

La prise en charge thérapeutique de ces deux situations cliniques est différente :

- l'une doit conduire à prescrire un traitement antihypertenseur oral, ambulatoire, visant à un contrôle progressif de la pression artérielle en quelques semaines ;
- l'autre est une urgence thérapeutique qui justifie l'hospitalisation et requiert souvent la prescription de médicaments hypotenseurs par voie injectable dans le but d'abaisser la pression artérielle en quelques heures.

La baisse des chiffres de la pression artérielle n'est qu'un critère intermédiaire de l'efficacité du traitement. L'objectif de la prise en charge est la prévention et/ou le traitement des souffrances viscérales associées à l'élévation tensionnelle.

En cas d'élévation tensionnelle à 180-110 mmHg ou au-delà, il est recommandé :

- de confirmer ce niveau élevé de pression artérielle ;
- de rechercher les signes d'une souffrance viscérale : si l'examen clinique met en évidence les signes d'une complication viscérale grave et récente mettant en jeu le pronostic vital à court terme, il s'agit d'une urgence hypertensive. La présence de ces signes cliniques doit conduire à l'hospitalisation pour confirmer le diagnostic et mettre en place le traitement.

- *Elévation tensionnelle sans souffrance viscérale*

La présence de symptômes comme des céphalées d'intensité modérée, une épistaxis, des sensations pseudo-vertigineuses, des bourdonnements d'oreilles, s'il n'y a pas de signe objectif de souffrance viscérale, n'est pas un signe de gravité et n'est pas associée à une évolution défavorable.

Un traitement hypotenseur injectable ou un traitement hypotenseur d'action rapide administré par voie orale n'est pas justifié dans la prise en charge de l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate (Grade B) car :

- une rapide baisse tensionnelle initiale n'améliore pas le contrôle tensionnel à long terme.
- une hypotension brutale peut s'accompagner de complications neurologiques graves.

Le repos conduit à une baisse de la pression artérielle. Une surveillance et une réévaluation à court terme (quelques heures) sont nécessaires. Au terme de cette surveillance, si les valeurs de la pression artérielle restent élevées, les recommandations usuelles pour la prise en charge de l'hypertension artérielle s'appliquent.

- *Urgence hypertensive :*

L'examen clinique initial permet de conclure à la présence d'une souffrance viscérale : un accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque congestive, la décompensation aiguë d'une cardiopathie ischémique, une dissection aortique, une éclampsie.

Le patient doit être hospitalisé pour mettre en place une surveillance semi-continue de la pression artérielle, un abord veineux pour la perfusion éventuelle de solutés ou de médicaments, pour la pratique d'un ECG (s'il n'est pas déjà réalisé) et d'un fond d'œil (recherche d'un flou papillaire, d'hémorragies, d'exsudats), pour un prélèvement de sang et d'urines (ionogramme et créatinine plasmatiques, recherche de protéines et de sang dans les urines) et pour les examens biologiques ou d'imagerie motivés par le type de défaillance viscérale observée.

Le traitement de l'urgence hypertensive est mis en route avant ou après transfert dans un service adapté au type de défaillance viscérale rencontrée. En particulier :

- Chez un patient ayant un déficit neurologique aigu, il est recommandé de ne pas faire baisser la pression artérielle lors de la prise en charge initiale (Grade A). La prescription de médicaments hypotenseurs d'urgence n'est indiquée que si l'imagerie (scanner, IRM) a montré la nature hémorragique de l'accident. Elle est contre-indiquée s'il s'agit d'un accident ischémique ou si l'imagerie n'est pas disponible. Il est souhaitable de contacter un service d'urgence neurovasculaire, notamment si le déficit neurologique date de moins de 6 heures.
- Chez un patient ayant une insuffisance cardiaque congestive, un œdème aigu du poumon ou la décompensation aiguë d'une cardiopathie ischémique, la prescription de dérivés nitrés injectables est recommandée (Grade B). Elle peut être associée soit à un diurétique de l'anse soit à un médicament antihypertenseur injectable. Il est souhaitable de contacter un service de soins intensifs cardiologiques.
- Chez un patient ayant des signes de dissection aortique aiguë, la baisse de la pression artérielle par un médicament antihypertenseur injectable est justifiée en attendant le transfert en chirurgie.
- Une femme enceinte ayant des signes d'éclampsie déclarée (hypertension, protéinurie, convulsions) ou imminente (hypertension, protéinurie, céphalées, douleurs abdominales, hyper-réflexie) est généralement traitée par du sulfate de magnésium IV en attendant le transfert pour extraction de l'enfant, de préférence dans un établissement disposant d'une réanimation néonatale.

**ARBRE DECISIONNEL DE PRISE EN CHARGE
D'UNE POUSSEE HYPERTENSIVE**

