

Urgences Hypertensives

Jean-François RENUCCI

Médecine Vasculaire

Service de Médecine Vasculaire et Hypertension Artérielle

Pr Gabrielle SARLON

Hôpitaux TIMONE / NORD - MARSEILLE

Urgences Hypertensives

Définitions

- Urgences hypertensives vraies : **30 %**
 - Avec souffrance viscérale.
- élévation aiguë de la PA : **70 %**
 - Poussée isolée, HTA sévère, pseudo urgence !

Définition : niveau tensionnel

- Recommandations (AFSSAPS 2002) :
pas de seuil tensionnel définissant l'urgence hypertensive.
Préfèrent insister sur l'association à une souffrance viscérale.
- Recommandations USA (ACC 2017) :
PA \geq 180 et / ou 120 mm Hg

Définition : niveau tensionnel

Blood Pressure Categories



BLOOD PRESSURE CATEGORY	SYSTOLIC mm Hg (upper number)		DIASTOLIC mm Hg (lower number)
NORMAL	LESS THAN 120	and	LESS THAN 80
ELEVATED	120 – 129	and	LESS THAN 80
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 1	130 – 139	or	80 – 89
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 2	140 OR HIGHER	or	90 OR HIGHER
HYPERTENSIVE CRISIS (consult your doctor immediately)	HIGHER THAN 180	and/or	HIGHER THAN 120

Physiopathologie

Vasoconstriction aigue massive
et/ou rétention hydrosodée

- Douleur intense
- Anxiété majeure
- Glomérulonéphrite aigue
- Toxiques (cocaïne) ...

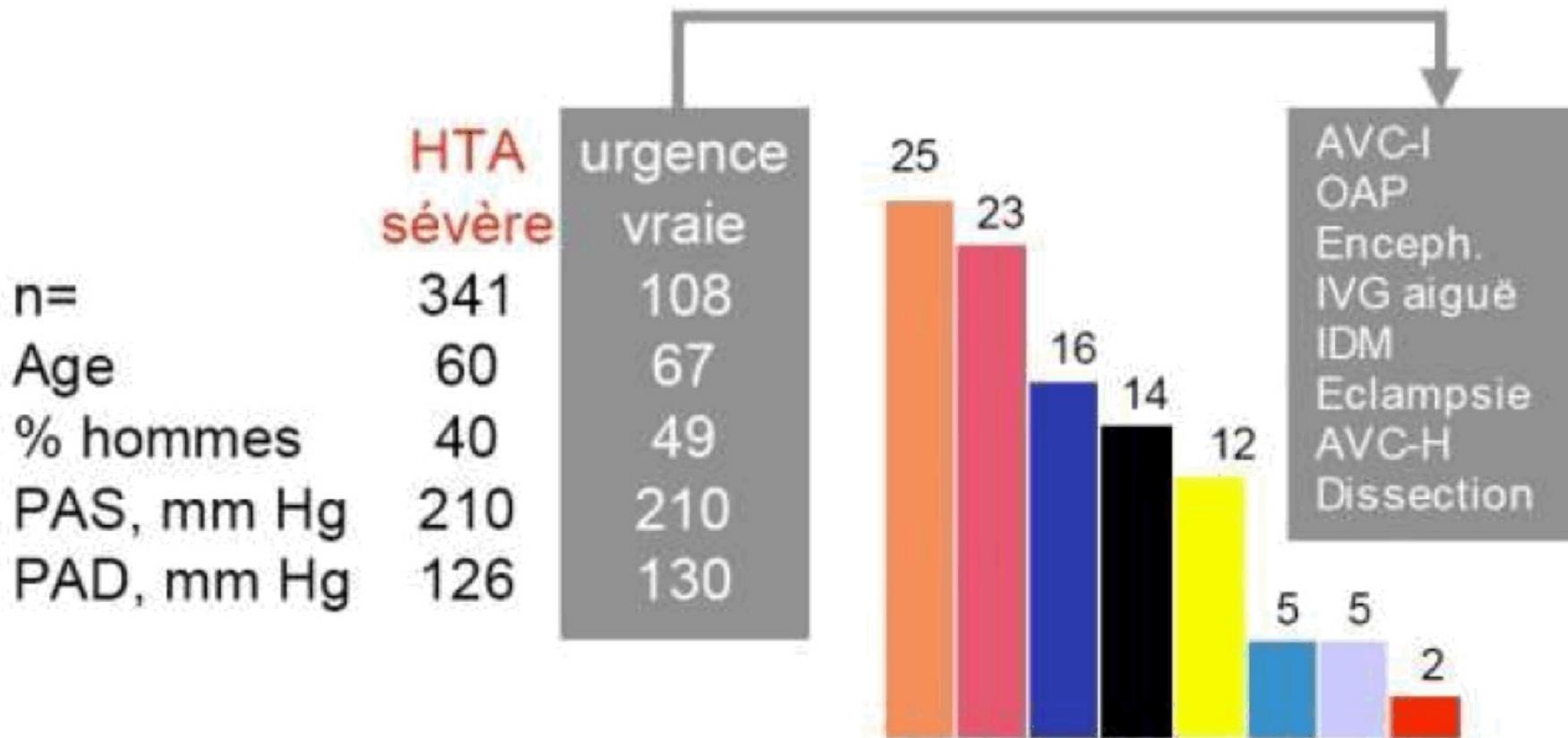
Types d'urgences hypertensives

- Cérébrale : encéphalopathie hypertensive, AVC ischémique ou hémorragique
- Rétinienne : rétinopathie stade 4
- Cardiaque : SCA, OAP
- Dissection aortique
- Éclampsie
- HTA maligne

Urgences Hypertensives

Répartition

HTA sévère et Urgences HTA : Distribution



Urgences Hypertensives

Répartition

Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies

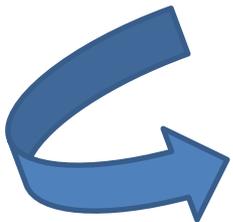
Haythem Guiga MD¹ | Clémentine Decroux MD² | Pierre Michelet MD, PhD^{2,3} |
Anderson Loundou⁴ | Dimitri Cornand MD¹ | François Silhol MD¹ |
Bernard Vaisse MD¹ | Gabrielle Sarlon-Bartoli MD, PhD^{1,5} 

Type of hypertensive emergencies

Hypertensive emergencies (n = 385)	No. (%)
Acute pulmonary edema	144 (37.4)
Ischemic stroke	128 (33.7)
Intracerebral or subarachnoid hemorrhage	44 (11.4)
Acute coronary syndrome	53 (13.8)
Aortic dissection	7 (1.8)
Malignant hypertension	5 (1.3)
Others	4 (1)

Urgences Neurologiques

- AVC ischémique
- AVC hémorragique
- Encéphalopathie hypertensive
Convulsions,
FO : œdème papillaire, protéinurie
- Hémorragie cérébro méningée :
Céphalées intenses, déficit neurologique



Respecter la PA dans les jours post AVC +++

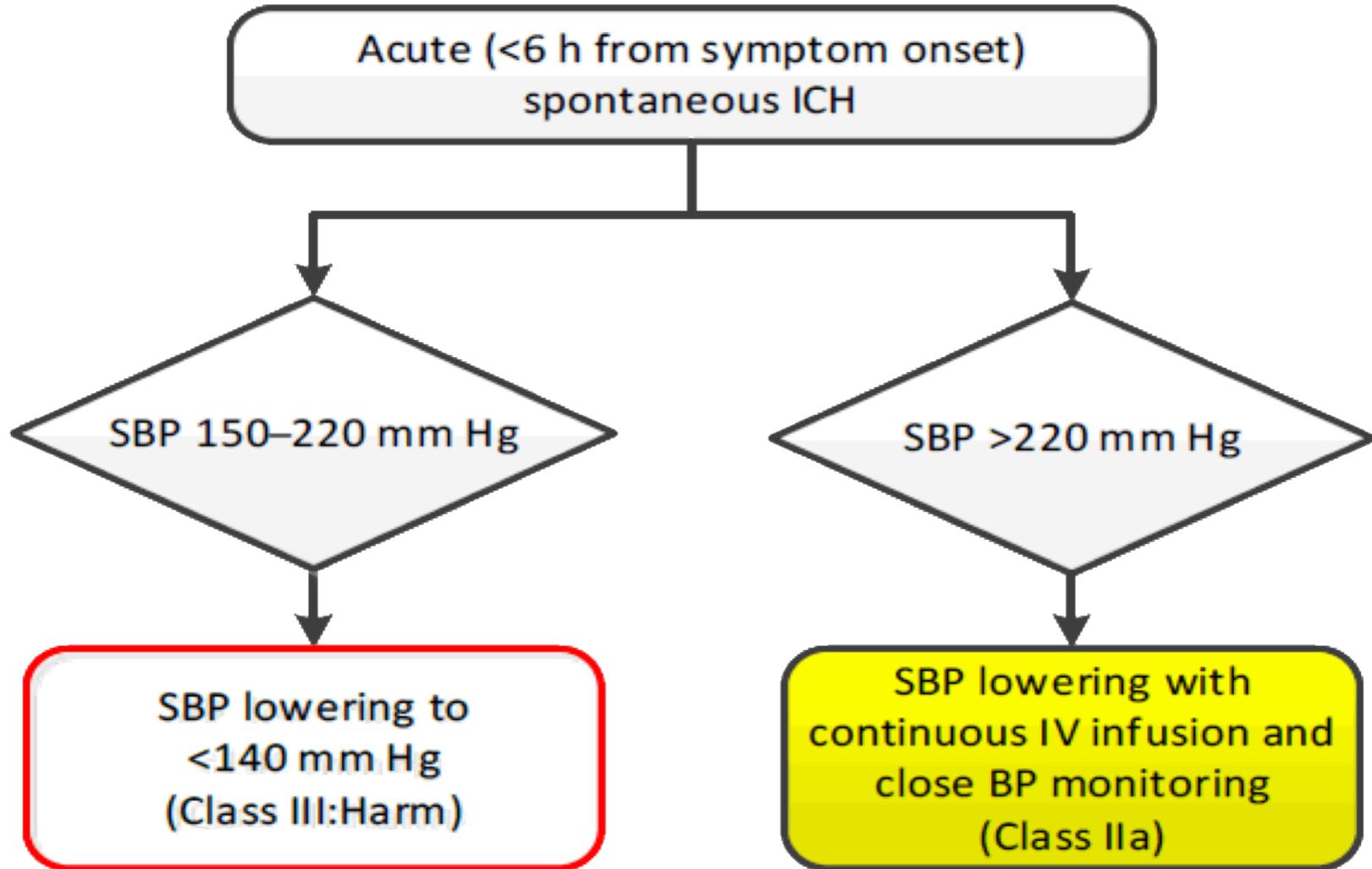
Urgences Neurologiques

Recommandations dans l'AVC en phase aigue

- Un bénéfice de la réduction de la PA est possible dans l'AVC hémorragique, douteux dans l'AVC ischémique.
- Un scanner ou une IRM sont nécessaires pour affirmer un AVC hémorragique ou ischémique.
- AFSSAPS : Pas de réduction tensionnelle avant une imagerie cérébrale.
- ANAES et *American Stroke Association* :
Respecter l'HTA **sauf si PA > 220 - 120**
si PA > 185 - 110 mm Hg
chez un candidat à la thrombolyse
ou si dissection ou IDM associé.

AVC Hémorragique

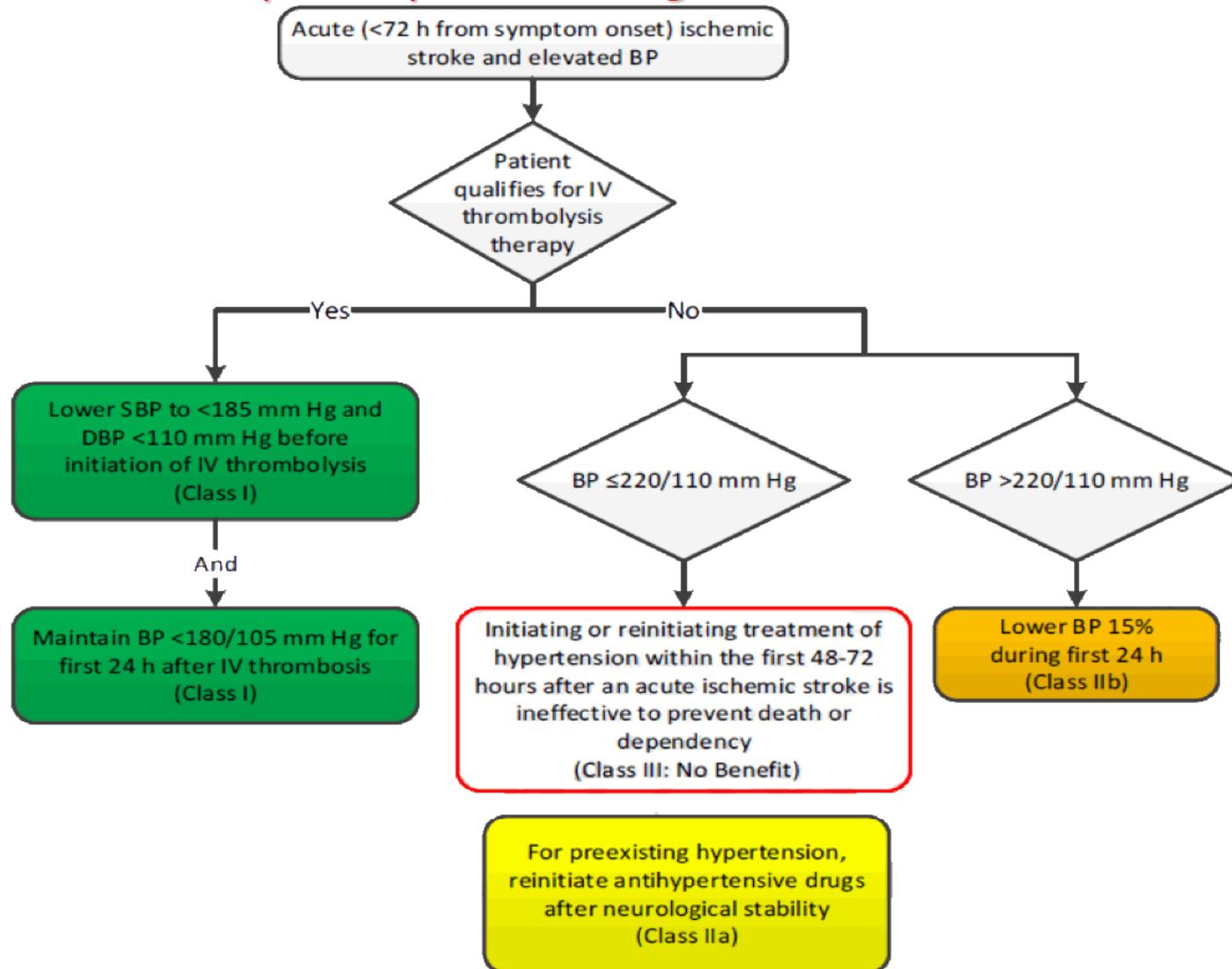
Recommandations pour la prise en charge de la Pression Artérielle



Urgences Hypertensives

AVC Ischémique

Recommandations pour la prise en charge de la Pression Artérielle



HTA Maligne

- HTA sévère
- Encéphalopathie par œdème cérébral
- Rétinopathie stade 4
- IVG 10 %
- Néphroangiosclérose maligne

- < 1 %, sujet jeune, homme, fumeur, race noire
- Drogues (cocaïne, amphétamines)
- Phéochromocytome : Libération A ou NA

- Grave : mortalité 25 % à 5 ans

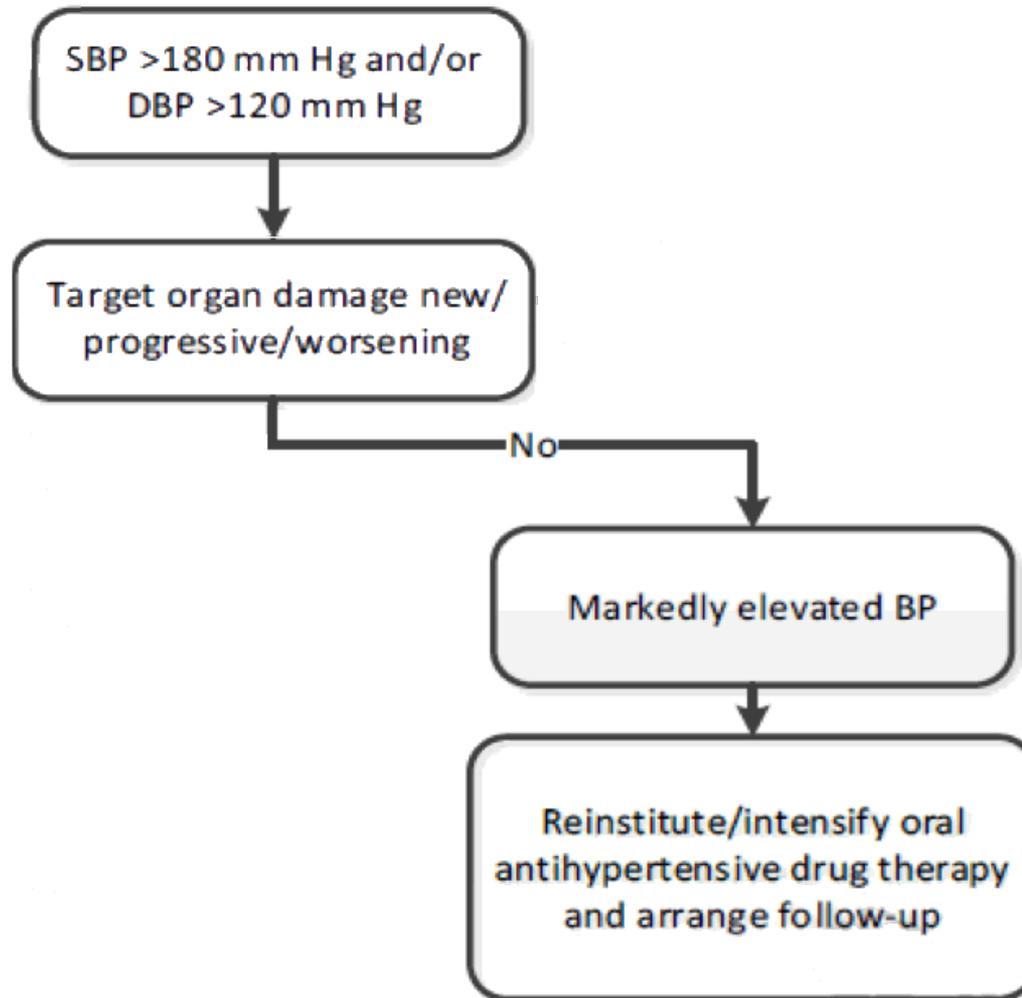
HTA Sévère

- Traitement ambulatoire et progressif
Mise en place progressive du traitement oral
- Risque d'effets secondaires si traitement oral trop intense
- Elévation de la PA « *physiologique* »
en cas de douleur physique ou morale

Urgences Hypertensives

HTA Sévère

Recommandations pour la prise en charge de la Pression Artérielle



PEC - Technique de mesure

- Mesure correcte de la PA
- Plusieurs mesures au calme...
- Appareil automatique
- Brassard huméral adapté

PEC - Signes de souffrance

- Recherche des signes de souffrance viscérale
- Troubles de conscience, convulsions, déficit neurologique, céphalées
- Orthopnée
- Douleur violente thoraco abdominale
- ECG, ionogramme sanguin, créatininémie, BU

PEC - Enquête thérapeutique

- Traitement anti hypertenseur antérieur :
 - Type, nombre, arrêt intempestif ?
- Traitements vasopresseurs :
 - AINS, corticoïdes, pilule oestroprogestative, EPO...
- Cocaine, amphétamine, alcool

Comment traiter ?

Traitement(s) de première intention : Voie IV

PREMIÈRE DOSE

ENTRETIEN

- *Nicardipine* : **LOXEN**® : 1 mg / min / 10 min 2 à 4 mg / h
- *Urapidil* : **EUPRESSYL**® : 2 mg / min 9 à 30 mg / h
- *Labétalol* : **TRANDATE**® : 1 mg / kg en 1 min 0,1 mg / kg / h

PREMIÈRE DOSE

ENTRETIEN

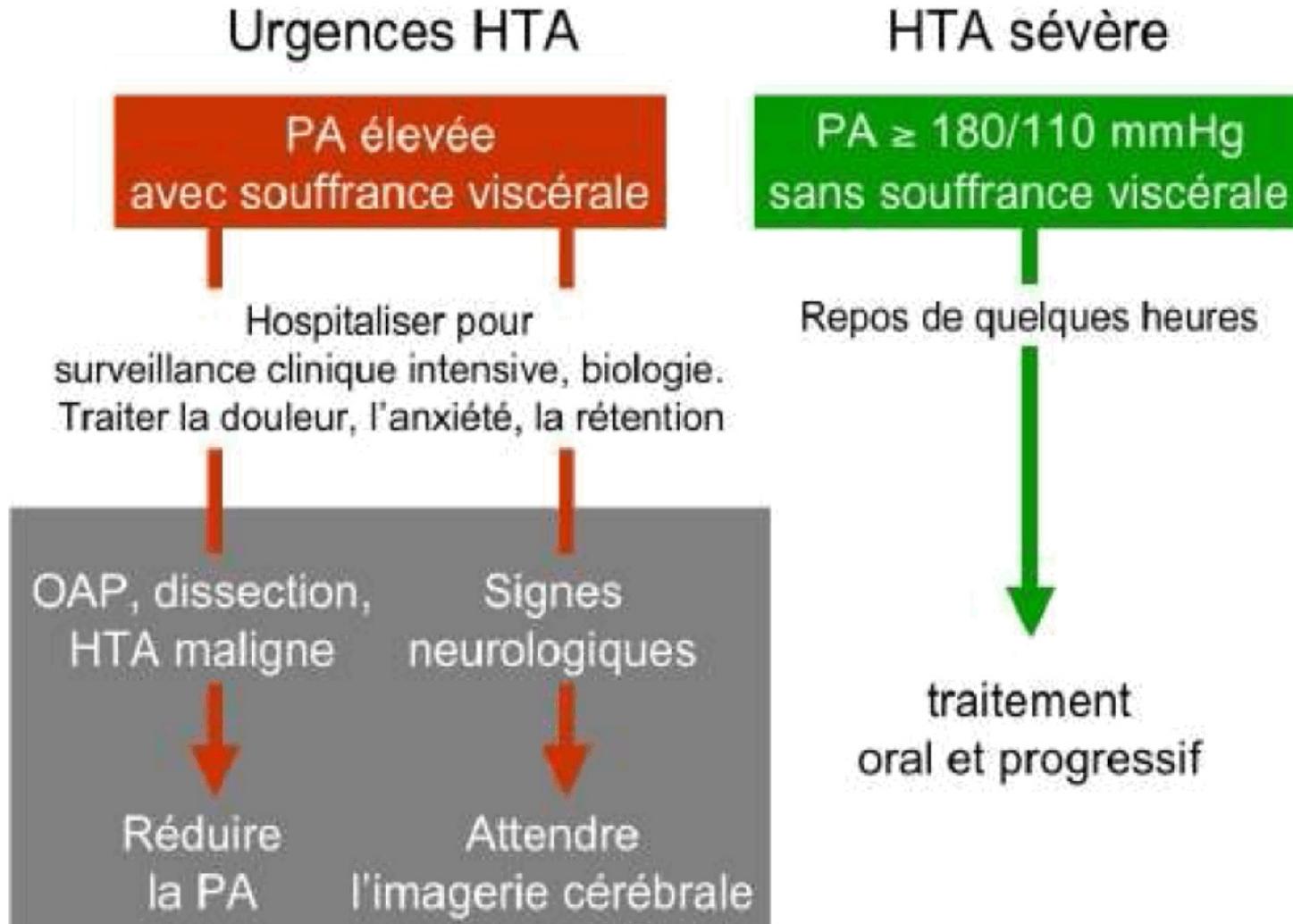
- *(OAP) Furosémide* : **LASILIX**® : 20 à 40 mg
- *(OAP) Isosorbide dinitrate* : **RISORDAN**® : 2 à 15 mg / h *idem*
- *(ÉCLAMPSIE) Mg SO₄* : **MAGNÉSIUM**® : 4 g 1 g / h

Objectifs tensionnels

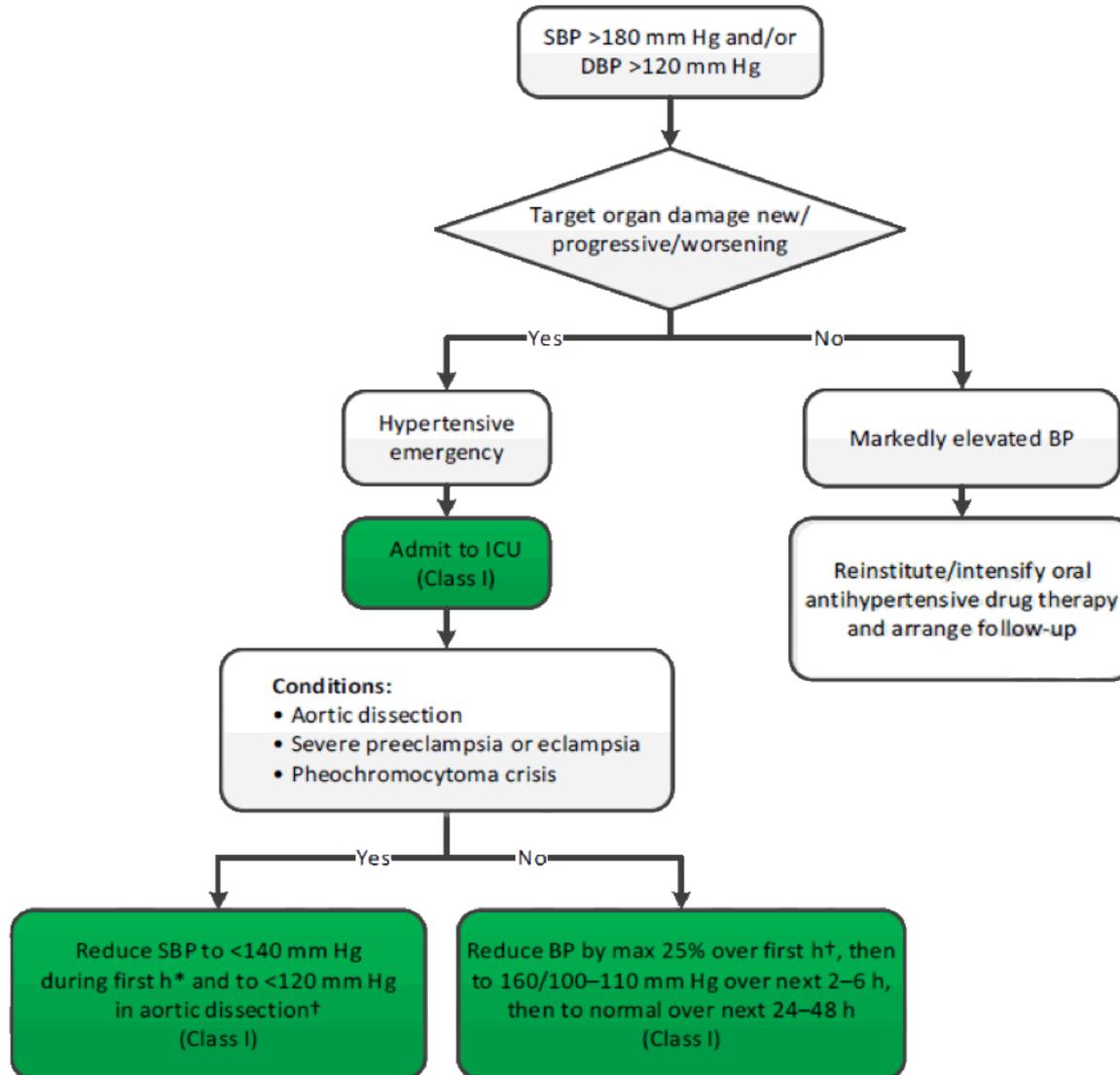
- **Baisse maximum de 25 % de la PA en 2 H**
- < 160 - 100 mm Hg
- Une baisse précipitée de la PA peut induire une ischémie cérébrale, rétinienne, rénale ou myocardique

PEC en pratique

Conduite à tenir dans les 2 situations distinctes



Algorithme thérapeutique



Spécificité selon type d'urgence

Comorbidity	Preferred Drug(s)	Comments
Acute aortic dissection	Esmolol labetalol	Requires rapid lowering of SBP to ≤ 120 mm Hg. Beta blockade should precede vasodilator (e.g., nicardipine or nitroprusside) administration, if needed for BP control or to prevent reflex tachycardia or inotropic effect; SBP ≤ 120 mm Hg should be achieved within 20 min.
Acute pulmonary edema	Clevidipine, nitroglycerin nitroprusside	Beta blockers contraindicated.
Acute coronary syndromes	Esmolol labetalol nicardipine nitroglycerin	Nitrates given in the presence of PDE-5 inhibitors may induce profound hypotension. Contraindications to beta blockers include moderate-to-severe LV failure with pulmonary edema, bradycardia (<60 bpm), hypotension (SBP <100 mm Hg), poor peripheral perfusion, second- or third-degree heart block, and reactive airways disease.
Acute renal failure	Clevidipine fenoldopam nicardipine	N/A
Eclampsia or preeclampsia	Hydralazine labetalol nicardipine	Requires rapid BP lowering. ACE inhibitors, ARBs, renin inhibitors, and nitroprusside contraindicated.
Perioperative hypertension (BP $\geq 160/90$ mm Hg or SBP elevation $\geq 20\%$ of the preoperative value that persists for >15 min)	Clevidipine esmolol nicardipine nitroglycerin	Intraoperative hypertension is most frequently seen during anesthesia induction and airway manipulation.
Acute sympathetic discharge or catecholamine excess states (pheochromocytoma)	Clevidipine nicardipine phentolamine	Requires rapid lowering of BP.

Expérience Timone

Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies

Haythem Guiga MD¹ | Clémentine Decroux MD² | Pierre Michelet MD, PhD^{2,3} |
Anderson Loundou⁴ | Dimitri Cornand MD¹ | François Silhol MD¹ |
Bernard Vaisse MD¹ | Gabrielle Sarlon-Bartoli MD, PhD^{1,5} 

Short- and long-term outcomes

Outcome	All patients (N = 670), No. (%)	Hypertensive emergencies (n = 385), No. (%)	Hypertensive urgencies (n = 285), No. (%)	P value
Hospitalization	443 (66.1)	377 (98)	66 (23.2)	.001
Hospital mortality	53 (7.9)	48 (12.5)	5 (1.8)	.001
Neurovascular emergencies		34 (70.8, n = 48)		
Cardiovascular emergencies		14 (29.1, n = 48)		
12-mo mortality excluding hospital mortality	53 (17.3, n = 307)	48 (24.1, n = 199)	5 (4.6, n = 108)	
Total 12-mo mortality	106 (29.4, n = 360)	96 (38.9, n = 247)	10 (8.9, n = 113)	.001
Neurovascular emergencies		58 (60.4, n = 96)		
Cardiovascular emergencies		38 (39.6, n = 96)		

Un constat inquiétant à 1 an !

Points clés

Différencier poussées hypertensives
et urgences : souffrance viscérale

Pas de baisse trop rapide de la PA
notamment si signes neurologiques

Mortalité à 1 an : 30 % !

d'où la Consultation Post-Urgences

MERCI !

Pour votre attention

