

**RESCUe**

RESeau Cardiologie Urgence



**FMC**

# L'HTA aux Urgences

**HTA et/ou AVC**

**PSE et/ou TDM ?**

FMC RESCUe 21/02/2013

Dr S. CAKMAK – Dr E. ROUSSEL

- Femme de 76 ans ; droitère ; autonome à domicile
- Adressée au SAU par son MT : « poussée hypertensive symptomatique à 200/110 »
- Atcd : HTA sévère mal contrôlée ; épilepsie ; cure de hernie discale (2002) ; pose d'un neurostimulateur (2005) ; arthrose diffuse ; insuffisance vertébrobasilaire
- Traitement :
  - AMLOR 5 – COTAREG 160/12,5 – AVLOCARDYL 160
  - KARDEGIC 75
  - DEPAKINE 500 CHRONO – NEURONTIN
  - MATRIFEN 12 – CORTANCYL 5 - PARACETAMOL

# PEC INITIALE

- Arrivée le 29/01/2013 à 19h
- Apparition brutale le jour même à 16h00 de vertiges, diplopie, instabilité à la marche, sensation de plénitude de l'oreille D puis secondairement de céphalées
- PEC IOA :
  - G15 ; FC=80 ; 215/110 ; 36°6 ; SaO2=100% (AA) ; EN=4
  - Pas de déficit moteur évident ; pas d'anomalie du visage

L'IOA souhaite réaliser un test FAST pour repérer un AVC.  
Quel élément clinique supplémentaire doit-elle rechercher ?

1 - L'existence de troubles de l'élocution

2 - L'existence d'un RCP en extension

3 - Réalisation du score NIHSS

# FAST

- **F = Face (visage)** : le visage parait-il inhabituel ?  
Demander à la personne de sourire
- **A = Arm (bras)** : un des bras reste pendant ?  
Demander à la personne de lever les 2 bras
- **S = Speech (parole)** : la personne parle  
bizarrement ? Demander à la personne de répéter  
une phrase simple
- **T = Time (durée, dans le sens urgence)** ; si on  
observe un de ces symptômes, activation  
immédiate de la chaîne des secours

- « Urgence vitale » : Examen rapide par l'urgentiste :
  - Pas de notion de fièvre ou de traumatisme
  - Céphalées diffuses, prédominance occipitale
  - Auscultation CP normale ; Abdo : RAS
  - Pas de déficit SM ou facial
  - Diplopie dans le regard latéral
  - Dysmétrie à l'épreuve « doigt-nez » à D
  - Vertiges avec station debout et marche instables
  - Discret élargissement du polygone de sustentation
  - ROMBERG en rétropulsion +/- latéralisé à D ; Index = Nystagmus = 0
  - Score NIHSS=1 (ataxie MSD)
- VVP + Bilan bio
- ECG en RSR à 76/mn

**Lesquels de ces diagnostic pouvez-vous envisager ?**

1 - **Poussée hypertensive sévère**

2 - **AVC cérébelleux**

3 - Névrite vestibulaire

4 - Hémorragie méningée

5 - Tous ces diagnostics

## Quelle CAT choisissez-vous ?

- 1 - Mise en route d'un PSE de NICARDIPINE
- 2 - Réalisation d'un Angio TDMc
- 3 - Réalisation d'une IRM
- 4 - PSE de NICARDIPINE + IRM
- 5 - Echo doppler des TSA
- 6 - ACETYLLEUCINE + Cs ORL



- Angio TDMc + TSA terminé à 20h (H4) :
  - Pas de saignement intra cérébral
  - Pas d'argument pour une lésion ischémique débutante
  - Athérome diffus vertébro carotidien sans lésion sténosante significative ; hypoplasie de l'a. vertébrale D
- Nouvel examen clinique par le neurologue : inchangé par rapport à l'admission
- Tableaux du même type en 2007 et 2011 contemporains de poussées hypertensives ; bilan complet négatif en 2011

# HYPOTHESE

Dans l'hypothèse d'un AVC ischémique de l'hémisphère cérébelleux D,  
quelle aurait été votre attitude :

- 1 - Thrombolyse
- 2 - AAP + HBPM à doses préventives
- 3 - Respect de l'HTA (dans une limite fixée à 220/120)
- 4 - PSE de NICARDIPINE (objectif TA à 180/110)
- 5 - Abstention thérapeutique

# EVOLUTION

- Régression progressive de la symptomatologie avec le traitement de l'HTA
- Bilan complémentaire :
  - Iono, dépakinémie, ammoniémie, bilan lipidique et glycémie N
  - EEG : tracé sans anomalie significative
  - EDTSA : athérome diffus sans lésion sténosante significative
  - Holter TA : HTA persistante permanente
  - ETT : IM minime ; valve aortique discrètement épaissie
  - Cs ORL : RAS
  - Cs ophtalmo : cataracte débutante bilatérale

- Sortie à J5
- Diagnostic : poussée hypertensive symptomatique
- Augmentation de la posologie d'AMLODIPINE
- Arrêt progressif des corticoïdes
- ACETYLLLEUCINE + Kiné d'aide à la marche

- Intérêt des scores (FAST ; NIHSS)
- Eliminer une atteinte organique si HTA symptomatique
  - Respect des CI pour l'IRM et la thrombolyse
- « Presque » toutes les HTA sévères doivent être traitées