

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