# Prise en charge de l'HTA en Urgence

Cas cliniques interactifs

Olivier Capel
CHU Lyon

# CAS CLINIQUE N° 1

- Homme 63 ans
- Sans ATCD notable ni traitement
- Consulte aux urgences pour ***épistaxis*** et ne se plaint ce jour d' aucun autre symptôme
- A l'interrogatoire il décrit des épisodes de ***céphalées avec phosphènes et acouphènes*** qu' il attribue à une « Migraine comme sa voisine » non réellement diagnostiquée ni traitée et 3 mictions nocturnes (c' est la prostate à son âge…)
- A l' examen on ne retrouve aucun signe de mauvaise tolérance viscérale mais une tension artérielle à 220/140

## *Comment qualifier cette HTA?*

1 - C’est un accès hypertensif aigu grave

2 - C’est une poussée hypertensive sans urgence

3 - C’est une urgence hypertensive

4 - C’est une HTA maligne

5 - C’est une encéphalopathie hypertensive

## *Vous recherchez un facteur déclenchant et vous découvrez un globe vésical… d'après vous:*

1 - SAD, méchage et un traitement anti HTA d'urgence sont nécessaires

2 - SAD, méchage et mise au repos vont normaliser la pression artérielle sans anti HTA

3 - Dès normalisation, le patient peut ressortir des urgences sans traitement et devra consulter son médecin pour confirmer une HTA permanente

4 - Une hospitalisation est nécessaire pour un bilan du retentissement, étiologique et des FRCV

5 - En cas de confirmation d'HTA, un traitement oral sera mis en œuvre avant le bilan du retentissement , étiologique et des FRCV

# CAS CLINIQUE N° 2

- Femme de 30 ans
- Pas d' ATCD
- Consulte aux urgences pour AEG, amaigrissement, soif et polyurie
- A l' accueil par l' IAO les constantes sont:

FC 100, TA a 250/150, SaO2 a 98%, pas de fièvre

## *Votre examen clinique et le bilan paraclinique ne vous apportent pas d'autre élément, que demandez vous en plus aux urgences?*

1 - Un angioscanner abdominal à la recherche d'une lésion rénale

2 - Un fond d'œil malgré l'absence de signes visuels

3 - Un avis psychiatrique devant un tableau de potomanie et d'anxiété

4 - Un avis cardiologique à la recherche d'une cardiopathie pouvant expliquer l'HTA.

## *Le FO est réalisé en urgence et retrouve quelques hémorragies, exsudats et un œdème papillaire*

1 - Il s'agit d'une association de signes ophtalmologiques sans critères de gravité

2 - Il s'agit d'une rétinopathie hypertensive sévère dans le cadre d'une HTA maligne

3 - On peut parler d'encéphalopathie hypertensive

4 - Le fond d'œil affirme le diagnostic

5 - Il faut hospitaliser en USC pour ttt par vasodilatateurs IV

# *Le diagnostic d'HTA maligne est confirmée*

1 - Une surveillance rapprochée et un ttt anti HTA suffisent toujours

2 - Un remplissage est souvent nécessaire en rapport avec une hypovolémie secondaire à une polyurie par natriurèse de pression

3 - Le pronostic est lié à l'apparition d'une néphroangioslérose maligne avec insuffisance rénale aigue

4 - L'évolution est toujours favorable et ne nécessite jamais de dialyse

# CAS CLINIQUE N° 3

- Vous intervenez en SMUR pour un homme de 40 ans qui **convulse** pour la première fois,
- Le choix de l'envoi d'une équipe médicale a été motivé par des **céphalées intenses, nausées, vomissements et troubles visuels puis confusion et altération de la conscience.**
- A votre arrivée le patient est en phase post critique , la TA est 190/140 et sa femme vous signale que les premiers symptômes sont apparus progressivement depuis 24/48h avec des hématuries et l'impression de « gonfler »

## *Qu'est ce qui vous fait plutôt évoquer une encéphalopathie hypertensive plus qu'une hémorragie intracrânienne?*

1 - L'absence de traitement anti agrégant-plaquetaire ou AVK

2 - L'installation progressive des symptômes

3 - Une possible néphropathie glomérulaire aiguë

4 - Les valeurs de pression artérielle

## *Aux urgences, quelles sont les examens paracliniques compatibles avec votre diagnostic?*

1 - Un FO normal

2 - Un scanner cérébral normal

3 - Une IRM cérébrale avec leucoencéphalopathie parieto-occipitale

4 - Un EEG pathologique avec rythme alpha postérieur prédominant

5 - Une protéinurie, une insuffisance rénale aigue et une hyperglycémie

# CAS CLINIQUE N° 4

- Homme de 80 ans se plaignant de douleurs thoraciques mais aussi dorsales et abdominales
- A l' arrivée du SMUR on retrouve les mêmes douleurs et l' on relève les constantes suivantes: FC 98, TA 190/130 à dte et 150/110 a gche, un souffle carotidien , un souffle d' IA et un une hémiplégie hemicorporelle

# *Quel diagnostic retenez vous?*

1 - Un SCA

2 - Un AVC

3 - Une dissection de l'aorte

4 - Une poussée hypertensive

5 - Une encéphalopathie hypertensive

## *Quels sont les 2 examens de références aux urgences pour une dissection de l'Aorte?*

1 - Radio du thorax

2 - Echographie transoesophagienne

3 - Angioscanner thoracique

4 - Aortographie

5 - IRM

# *A propos du traitement médical initial:*

1 - Obtenir rapidement une PAS <100-110

2 - Rechercher uniquement un effet hypotensif

3 - Diminuer la force du flux pulsatile sur la paroi aortique

4 - Ne pas abaisser la TA avant la confirmation diagnostic en cas de forte présomption

5 - Utiliser le labetolol seul ou en association b bloquant (esmolol,labétolol) et vadodilatateur (nicardipine, urapidil)

# CAS CLINIQUE N° 5

- Homme de 45 ans présentant un

SCA ST+ en territoire inférieur

- A la prise en charge SMUR, la douleur existe depuis 40 min et vous êtes à 90 min de la salle de de coronarographie
- FC : 100, TA:180/90 , SaO2 98%

# *Dans le cadre d'un SCA avec HTA:*

1 - L'obtention d'une PAS inf a 180 permet la thrombolyse

2 - Les b bloquants peuvent être utilisés très largement

3 - L'emploi de dérivés nitrés est parfois justifié

4 - La morphine est souvent efficace

5 - Les vasodilatateurs purs sont toujours indiqués

# CAS CLINIQUE N° 6

- Femme de 80 présentant aux urgences un tableau d'OAP avec une TA à 210/140

# *L'accès hypertensif*

1 - Peut  être le facteur causal de l'OAP

2 - Ne peut pas être un facteur aggravant de l'OAP

3 - Augmente la post charge

4 - Le traitement de première intention repose sur  les diurétiques de l'anse

5 - Urapidil, Nicardipine et Nitropussiate peuvent être utilisés en cas de résistance au ttt initial

# CAS CLINIQUE N° 7

- Une femme enceinte se présente aux urgences pour des douleurs dentaires
- A son arrivée, l' IAO reléve les Ctes suivantes : TA 150/100 FC 70 SaO2 a 98% pas de fievre

# *Chez la femme enceinte, l'HTA:*

1 - Est définie quand PAS >140 ou PAD>90

2 - Est sévère quand PAD>110

3 - Est appelée HTA gravidique même quand elle existe avant la grossesse

4 - Rentre dans un tableau de prééclampsie si il existe une protéinurie associée

5 - Rentre dans un tableau d'éclampsie si le tableau est complété de tb visuels, convulsions, oligurie, insuf cardiaque congestive ou AVC

# Chez la femme enceinte:

1 - En l'absence de traitement, l'évolution n'est jamais fatale pour la mère

2 - En cas de prééclampsie il n'y a pas besoin d'hospitaliser la patiente

3 - En cas d'éclampsie,Il ne faut pas maintenir la PAD>90

4 - Il faut utiliser le labétolol, l'urapidil ou la nicardipine

5 - Le sulfate de Mg est le plus efficace pour prévenir et traiter les convulsions

# CAS CLINIQUE N° 8

- Un homme de 52 ans est adressé aux urgences directement par les sapeurs pompiers avec une hémiplégie G ainsi qu'une aphasie de Broca
- ATCD unique HTA équilibrée et traitée par Tenormine depuis 12 ans
- La TA est a 185/105 et l'ECG normal

# En cas d'AVC ischémique

1 - La perfusion cérébrale des zones de pénombre n'est pas dépendante de la TA

2 - L'HTA a un effet délétère sur l'évolution

3 - La TA diminue spontanément sans ttt progressivement dans les 10j

4 - Une 180< PAS >190 et une 100<PAD>120 sont tolérables dans la majorité des cas

5 - Mais une PAS >180 ou PAD>110 doit faire débuter un anti HTA avant une thrombolyse

# En cas d'AVC hémorragique

1 - Il n' a pas souvent d'élévation de la PIC

2 - L' HTA réflexe permet de maintenir la pression de perfusion qui est égale à la différence PAM-PIC

3 - La réduction rapide de la TA n'augmente pas la mortalité

4 - En l'absence d'Hgie ss arachnoïdienne, l'autorégulation cérébrale n'est pas altérée de façon supplémentaire par l'AVC