Gestion d'une poussée hypertensive (hypertension aiguë sévère) asymptomatique chez l'adulte

La découverte d'une pression artérielle très élevée doit conduire à rechercher des signes de souffrance viscérale.
En cas de souffrance d'organe, l'urgence médicale est moins de faire baisser un chiffre que de traiter cette souffrance d'organe.
En l'absence de signe de souffrance d'organe, il s'agit de suivre les recommandations habituelles pour l'hypertension artérielle (commencer, reprendre ou intensifier un traitement), sans urgence particulière.
La mauvaise observance d'un traitement de fond antihypertenseur est l'une des principales causes de poussée hypertensive.

Définition	**Objectif à court terme**	**Objectif à long terme**
Tension artérielle ≥180/≥110-120 mmHg	<160/<100 mmHg	<140/<90 mmHg (hors cas particulier)
Population d'intérêt	**Délai recommandé pour atteindre l'objectif à court terme**	**Options thérapeutiques**
Patients à haut risque de survenue imminente d'un événement cardiovasculaire	Quelques heures, avec diminution d'au plus 25-30% de la valeur initiale durant les 2-4 premières heures	Repos et relaxation (>30 minutes) Nitroglycérine sublinguale (plusieurs fois dans l'heure si besoin)
Patients sans risque identifié	1 à 2 jours	Repos et relaxation (>30 minutes) Débuter*, reprendre ou intensifier un traitement antihypertenseur per os **Préférer une monothérapie*
Patients âgés	≥ 1 semaine	

Tableau 1. Synthèse des principales recommandations de prise en charge d'une poussée hypertensive asymptomatique

Utilisation des inhibiteurs calciques en gynécologie-obstétrique pour l'hypertension et la tocolyse pendant la grossesse : voir dossier ComMed de novembre 2018, consultable en ligne *(« Suppression de Adalat® CR comprimés retard 30mg »).*

***

Quelle est la définition d'une poussée hypertensive ?

Une poussée hypertensive est une élévation importante de la pression artérielle au repos, qui expose à des complications neurologiques, rénales ou cardiovasculaires. Elle se définit généralement par une pression artérielle **systolique ≥180 mmHg et/ou** une pression artérielle **diastolique ≥110**-120 **mmHg** (1,2).

Comment distinguer poussée hypertensive asymptomatique et urgence hypertensive?

Une poussée hypertensive avec signes évocateurs d'une **souffrance d'organe** est une **urgence** qui justifie une prise en charge en soins intensifs/continus avec des traitements administrés par voie injectable, dont l'objectif sera de traiter la souffrance d'organe bien plus qu'un chiffre de pression. Pour mémoire, on retrouve parmi ces **signes de gravité** les signes évocateurs (3,4) :

- d'une insuffisance cardiaque aiguë ;
- d'une insuffisance coronarienne aiguë ;
- d'une dissection aortique ;
- d'une hypertension intracrânienne ;
- d'une encéphalopathie hypertensive ;
- d'une hypertension artérielle maligne ;
- d'une néphropathie maligne.

En dehors de ces situations, une poussée hypertensive ne constitue ni une menace vitale immédiate, ni un danger imminent pour la fonction d'un organe puisque ne dépassant pas les mécanismes d'autorégulation du flux sanguin. Ainsi, des **céphalées**, une **épistaxis**, une **dyspnée légère**, une **oppression thoracique**, des **vertiges** ou encore des **bourdonnements d'oreille** ne sont **pas** en soi des signes de gravité s'ils sont isolés (4,5).

Délai d'intervention : heures, jours ou semaine ?

Quelle que soit la cause de la poussée hypertensive, l'objectif du traitement antihypertenseur est d'abaisser **progressivement** la pression artérielle, car une baisse trop rapide expose les patients à des événements ischémiques (AVC, infarctus du myocarde) ou à une insuffisance rénale aiguë (3,4).
En pratique, le rapport bénéfice/risque individuel guide le choix du délai optimal pour atteindre l'objectif de pression artérielle (3) (voir tableau 1) :

- lorsque cela semble raisonnable, une baisse de la pression artérielle **sur 1 à 2 jours** est à privilégier ;
- les patients jugés à haut risque de survenue imminente d'un événement cardiovasculaire (incl. anévrisme aortique ou intracrânien connu) doivent voir leur pression artérielle baisser sur une période de **quelques heures**[1] ;
- à l'inverse, chez les **patients âgés**, l'objectif de pression artérielle devrait être atteint beaucoup plus lentement, sur **plusieurs jours (≥ 1 semaine)**.

Quel est l'objectif de pression artérielle ?

A court terme, l'objectif est de ramener la tension artérielle sous le seuil de **<160 mmHg/<100 mmHg**. En pratique, la priorité étant de ne pas provoquer de baisse brutale de la pression artérielle, il faut viser une diminution d'**au plus 25-30%** de la valeur initiale durant les **2-4 premières heures** (3,4).

Sur le plus **long terme**, l'objectif tensionnel est le même que pour tout patient hypertendu (hors cas particulier) : **<140 mmHg/<90 mmHg**.

Comment prendre en charge une poussée hypertensive ?

Etape 1 : prendre du recul et se donner le temps de comprendre

Lors d'une poussée hypertensive sans signe évocateur de complication, le **repos** (au moins 30 minutes), le traitement d'une cause éventuelle (par exemple : **douleurs** intenses, **rétention urinaire**) et des mesures visant à diminuer l'**angoisse** du patient sont souvent suffisants pour abaisser la pression artérielle (3,4,6).

La **mauvaise observance** d'un traitement antihypertenseur habituel est l'une des **principales** causes de poussée hypertensive (2,3,7,8). L'**arrêt brutal** de certains médicaments **antihypertenseurs** (principalement les antihypertenseurs d'action centrale et les bêtabloquants) peut entraîner un **effet rebond**, notamment lorsqu'ils sont prescrits à doses élevées ou qu'ils ont une courte demi-vie (ex : clonidine, propranolol). Selon une étude prospective monocentrique allemande ayant évalué l'observance de manière directe (dosages urinaires) chez des patients admis aux urgences pour une poussée hypertensive, l'**observance** était **mauvaise ou nulle** chez plus de la moitié des patients, notamment chez ceux dont le traitement comprenait un **alpha-bloquant** ou **≥3 antihypertenseurs** (9).

L'anamnèse peut également être contributive pour identifier la prise d'un médicament ou d'une substance ayant un **effet hypertenseur** (3,4) (voir tableau 2). Dans l'étude décrite précédemment (9), la consommation d'**AINS** (fréquemment obtenus **sans** prescription) et de **caféine** était très fréquente chez les patients inclus (respectivement 41% et 92%).

Anti-inflammatoires	**AINS**, corticoïdes
Antidépresseurs	IRSNa (venlafaxine, duloxétine), bupropion, IMAO
Vasoconstricteurs	Triptans Sympathomimétiques utilisés comme décongestionnants nasaux
Oestroprogestatifs	Contraceptifs, traitements hormonaux substitutifs
Substances excitantes	**Caféine**, cocaïne, amphétamines, phencyclidine

*Tableau 2. Médicaments et substances pouvant avoir un effet hypertenseur (**gras** : les plus fréquemment impliqués)*

Etape 2a : si la pression artérielle doit être réduite sur une période de quelques heures

Il n'existe pas de recommandation forte dans cette situation. Parmi les options décrites (2,3,6), on retrouve notamment :

- les dérivés nitrés (en liste)
- le labétalol (en liste)
- la clonidine (en liste)
- le captopril (hors commerce en Suisse)

En pratique, dans ces situations, nous recommandons de privilégier l'**administration sublinguale de nitroglycérine**, en sachant que son action sera très ponctuelle (durée d'action courte) et qu'il peut être nécessaire de **répéter** l'administration à plusieurs reprises dans l'heure.

[1] Dans certains centres, cela peut être nécessaire lorsque la pression artérielle doit être abaissée en dessous d'un seuil arbitraire avant que le patient puisse quitter les urgences, pratique discutable en termes de rapport bénéfice-risque

Avant d'être renvoyé à domicile, le patient doit être gardé en **observation** pendant quelques heures pour s'assurer d'une baisse de la pression artérielle de l'ordre de 20 à 30 mmHg. Un traitement **antihypertenseur de fond** et un **suivi** doivent également être **instaurés** (voir étapes 2b et 3).

L'utilisation de la nifédipine sublinguale est formellement contre-indiquée dans cette situation *car elle peut entraîner une baisse imprévisible et incontrôlée de la pression artérielle, ainsi que de graves complications ischémiques (infarctus, AVC, insuffisance rénale aiguë)* (2,3).

L'utilisation de l'amlodipine dans cette situation n'est d'aucun intérêt*, compte tenu de ses propriétés pharmacocinétiques (pic de concentration après seulement 6 à 12 heures, délai d'action de plusieurs jours)* (10).

Etape 2b : si la pression artérielle doit être réduite sur une période de quelques jours

Une poussée hypertensive qui ne cède pas après quelques heures de repos ou une antalgie efficace justifie le plus souvent de **débuter**, de **reprendre** ou d'**intensifier** un traitement antihypertenseur par voie orale, mais **sans urgence** (11). Les principes de choix des médicaments antihypertenseurs sont **les mêmes** qu'en cas d'hypertension artérielle essentielle (comorbidités, contre-indications, préférences du patient). De plus, on évaluera la possibilité d'**arrêter** un éventuel médicament ayant un effet hypertenseur (voir tableau 2).

Chez un patient qui ne prenait aucun traitement antihypertenseur, **instaurer** un traitement antihypertenseur par voie orale est le plus souvent justifié. Hors hypertension sévère (grade 2 ou 3 avéré), il est préférable de commencer par une **monothérapie** pour plusieurs raisons :

- l'efficacité d'un traitement s'évalue après plusieurs jours ;
- échelonner les introductions facilite l'imputabilité d'un éventuel effet indésirable ;
- l'observance est un enjeu, or elle est inversement proportionnelle au nombre de médicaments à prendre.

Chez un patient qui prenait déjà un traitement antihypertenseur, les options sont :

- de **reprendre** un traitement qui aurait été interrompu, en prenant le temps de renforcer l'observance ;
- d'**augmenter** la dose du traitement antihypertenseur en cours s'il était pris correctement ;
- d'**ajouter** un nouvel antihypertenseur si le traitement en cours était pris correctement et déjà prescrit à la dose maximale tolérée.

Etape 3 : instaurer un suivi

Les patients présentant un risque élevé d'**événement cardiovasculaire aigu** (par exemple, diabète ancien, maladie coronarienne connue, antécédent d'AVC) devraient probablement être **hospitalisés**.
Dans les autres cas, le patient renvoyé à domicile devra être revu après **1 semaine** pour évaluer l'**observance** du traitement introduit, ainsi que son **efficacité** et sa **tolérance** (2,3,11). Comme pour tout patient hypertendu, un **suivi de long terme** est requis.

Quelles sont les conséquences sur le long terme ?

Même en l'absence de souffrance d'organe directe, la survenue d'épisodes de poussée hypertensive semble associée à des **complications cardiovasculaires** sur le long terme (2). En pratique, la survenue de ces épisodes est probablement moins un facteur de risque *per se* qu'un **marqueur** du risque cardiovasculaire de long terme des patients, qui révèle la gravité de l'atteinte cardiovasculaire et/ou la mauvaise observance du traitement antihypertenseur. En effet, après **ajustement** (sexe, âge, comorbidités), cette association **disparaît** (11,12).

Références

1. Wolf SJ, Lo B, Shih RD, Smith MD, Fesmire FM, American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure. Ann Emerg Med. 2013;62(1):59-68.
2. Peixoto AJ. Acute Severe Hypertension. N Engl J Med. 2019;381(19):1843-52.
3. Up-to-date. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults (online version 02.2021).
4. Poussée hypertensive chez un adulte. Revue Prescrire. Décembre 2019.
5. Clerc D, Wuerzner G, Burnier M. [When should a patient with severe hypertension be referred to the emergency ward?]. Rev Med Suisse. 2010;6(259):1530-2.
6. Gauer R. Severe Asymptomatic Hypertension: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2017;95(8):492-500.
7. Up-to-date. Withdrawal syndromes with antihypertensive drug therapy (online version 02.2021).
8. Overgaauw N, Alsma J, Brink A, Hameli E, Bahmany S, Peeters LEJ, et al. Drug nonadherence is a common but often overlooked cause of hypertensive urgency and emergency at the emergency department. J Hypertens. 2019;37(5):1048-57.
9. Wallbach M, Lach N, Stock J, Hiller H, Mavropoulou E, Chavanon M-L, et al. Direct assessment of adherence and drug interactions in patients with hypertensive crisis-A cross-sectional study in the Emergency Department. J Clin Hypertens. 2019;21(1):55-63.
10. Swissmedicinfo.ch (version online).
11. McAlister FA, Youngson E, Rowe BH. Elevated Blood Pressures Are Common in the Emergency Department but Are They Important? A Retrospective Cohort Study of 30,278 Adults. Ann Emerg Med. 2021;77(4):425-32.
12. Lee S, You C-Y, Kim J, Jo YH, Ro YS, Kang S-H, et al. Long-term cardiovascular risk of hypertensive events in emergency department: A population-based 10-year follow-up study. PloS One. 2018;13(2):e0191738.