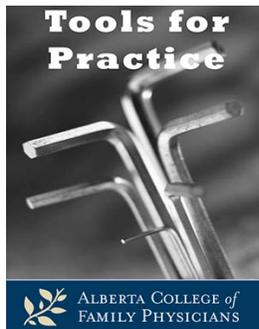


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP), organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

Le 20 mars 2017



## Qu'y a-t-il de si urgent dans une urgence hypertensive?

**Question clinique : Quels risques courent les personnes asymptomatiques qui présentent une tension artérielle anormalement élevée?**

**Conclusion : Les personnes qui ont une tension artérielle (TA) particulièrement élevée (tension moyenne de 186/121 mm Hg) ont environ 40 % de risque de développer une maladie cardiovasculaire dans les 18 mois suivant ce résultat si elles ne sont pas traitées. Le risque diminue pour les personnes traitées : il va de 14 % après un mois de traitement à 1,2 % après six mois. Les résultats dépendent de la TA à l'admission (et de l'exactitude de la mesure), des comorbidités, du suivi médical, de la situation socio-économique et de l'origine ethnique de la personne. Chez la plupart des personnes asymptomatiques ayant une TA supérieure à 180/110 mm Hg, l'ajout ou l'administration d'agents oraux à l'admission et un suivi étroit en clinique externe est raisonnable.**

### Données probantes

- Essai clinique randomisé (ECR) (en 1967) :
  - 143 hommes hospitalisés (TA moyenne de 186/121 mm Hg) randomisés, à qui on a administré de l'hydrochlorothiazide, de la réserpine, de l'hydralazine et un placebo<sup>1</sup>.
    - Après 18 mois, l'incidence de décès, de maladie cardiovasculaire, d'hémorragie intracérébrale ou rétinienne était de 3 % comparativement à 39 % (patients ayant reçu un placebo). Le nombre de sujets à traiter (NST) est de 3.
- Études par cohortes de patients traités :
  - 58 535 patients externes américains (TA moyenne de 185/96 mm Hg); 73 % avaient une hypertension préexistante, environ 60 % prenaient au moins deux

- médicaments pour contrôler la TA, environ 25 % avaient une maladie cardiovasculaire préexistante<sup>2</sup>.
- Après six mois, l'incidence de maladie cardiovasculaire, d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire était de 1,2 %.
    - On ne note aucune différence entre la gestion des patients hospitalisés et celle des patients externes.
  - Limites : 4,6 % d'environ 2 millions de patients ayant consulté en cabinet avaient une TA plus élevée que 180/110 mm Hg – on soupçonne des inexactitudes dans la mesure de la TA.
  - 384 Autrichiens (TA supérieure à 220/120 mm Hg) recrutés après avoir reçu un traitement oral au service d'urgence<sup>3</sup>. Les patients ont fait l'objet de nombreuses investigations/visites de suivi.
    - Après quatre ans, l'incidence de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance cardiaque ou de fibrillation auriculaire était de 23 %.
  - 164 patients suisses recevant des soins primaires en clinique externe (TA moyenne de 198/101 mm Hg)<sup>4</sup>. 90 % étaient des patients asymptomatiques ou « urgents » (ils avaient des symptômes non spécifiques : p. ex. céphalée, étourdissement).
    - Après un an, l'incidence de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance cardiaque ou de maladie vasculaire périphérique était de 12,8 %.
    - Limite : Des médecins traitants ont déclaré les résultats.
  - 91 patients afro-américains/hispano-américains des quartiers centraux de la ville admis au service d'urgence (TA moyenne de 209/128 mm Hg)<sup>5</sup>. Environ 66 % d'entre eux avaient des symptômes non spécifiques (p. ex. céphalée, étourdissement) et 50 % avaient une maladie cardiovasculaire préexistante. La majorité ont reçu des agents oraux (clonidine), et la plupart n'ont pas eu de suivi.
    - Après un mois, l'incidence de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance cardiaque, ou d'encéphalopathie était de 14 %.

### Contexte

- La définition d'une urgence hypertensive varie d'une étude à l'autre.
- Bien que l'on ne connaisse pas la vitesse optimale d'abaissement de la TA<sup>6</sup>, on déconseille une réduction rapide chez les patients asymptomatiques<sup>7</sup>.
- La plupart des urgences hypertensives surviennent chez des personnes qui ont une hypertension préexistante<sup>2, 4, 8, 9</sup>, et elles sont souvent attribuables au non-respect du traitement<sup>2, 5, 10</sup>.
- L'hypertension accompagnée de dysfonction aiguë des organes vitaux (p. ex. maladie cardiovasculaire, dissection aortique, encéphalopathie)<sup>11</sup> nécessite des soins intraveineux immédiats<sup>9</sup>.

### Auteurs

Cian Hackett, B. Sc., M.D., Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.

### Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, JAMA, 1967, 202(11):1028-1034.
2. Patel K, Young L, Howell E, *et al.*, JAMA Intern Med, 2016, 176(7):981-988.
3. Vlcek M, Bur A, Woisetschlager C, *et al.*, J Hypertens, 2008, 26(4):657-662.
4. Merlo C, Bally K, Tschudi T, *et al.*, Swiss Med Wkly, 2012, 142:w13507.

5. Preston R, Baltodano N, Cienki J, *et al.*, *J Hum Hypertens*, 1999, 13:249-255.
6. Cherney D, Straus S, *J Gen Intern Med*, 2002, 17:937-945.
7. Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, *et al.*, *JAMA*, 1996, 276:1328-1331.
8. Levy PD, Mahn JJ, Miller J, *et al.*, *Am J Emerg Med*, 2015, 33: 1219-1224.
9. Marik PE, Varon J, *CHEST*, 2007, 131:1949-1962.
10. Saguner AM, Dür S, Perrig M, *et al.*, *Am J Hypertens*, 2010, 23:775-780.
11. Daskalopoulou SS, Rabi DM, Zarnke K, *et al.*, *Journal canadien de cardiologie=Can J Cardiol*, 2015, 31:549-568.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.