

Courrier des lecteurs

Prise en charge de la crise hypertensive relative: se poser les bonnes questions, choisir le bon traitement

Courrier des lecteurs relatif à: Bopp A, Herren T, Matter H, Wyder D, Rudiger A. La crise hypertensive. Forum Med Suisse. 2021;21(41-42):702-11.

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'article récemment publié dans le *Forum Médical Suisse* au sujet de la crise hypertensive [1]. Le chapitre consacré à la prise en charge des crises hypertensives relatives nous semble mériter plusieurs commentaires.

Des facteurs déclenchants à ne pas sous-estimer

Une fois la crise hypertensive absolue écartée, l'algorithme présenté en figure 1 de l'article mentionne clairement l'importance de compléter la démarche diagnostique par la recherche d'un facteur déclenchant. Parmi ces facteurs, les auteurs citent sans s'y attarder «une mauvaise observance». Nous souhaitons insister sur ce facteur dont la littérature montre qu'il est en fait l'une des principales causes de poussée hypertensive [2, 3]. Selon une étude prospective monocentrique allemande ayant évalué l'observance de manière directe (par des 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 au moins 3 antihypertenseurs [4].

Les auteurs mentionnent comme autre facteur déclenchant possible la prise d'un médicament ou d'une substance ayant un effet hypertenseur. Il nous semble important de compléter les exemples listés, car des substances et médicaments beaucoup plus courants ne sont pas cités (tab. 1 ci-dessous). Dans l'étude décrite précédemment [4], la consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (fréquemment obtenus sans prescription) et

de caféine était très fréquente chez les patients inclus (respectivement 41% et 92%).

Enfin, les auteurs soulignent l'importance de traiter rapidement des facteurs déclenchants spécifiques tels que la douleur, l'anxiété et les nausées. De ce point de vue, l'hypnose constitue selon nous un outil important à intégrer à la prise en charge, en complément des traitements pharmacologiques habituels. Si son intérêt dans la prise en charge ambulatoire de l'hypertension essentielle est établi depuis longtemps, l'hypnose peut aussi se montrer efficace lors de la prise en charge d'une crise hypertensive relative [5, 6].

Inhibiteurs calciques pour faire baisser rapidement la pression: des risques certains, une utilité douteuse

Afin de garantir la sécurité des patients, nous souhaitons également mettre en garde les cliniciens contre le commentaire concernant la nifédipine dans le tableau 2 de l'article, qui indique que les comprimés de nifédipine à libération prolongée peuvent être écrasés pour permettre une administration via une sonde gastrique.

Il est en effet possible d'écraser ces comprimés, mais avec pour conséquence de détruire leur formulation retard. On administre alors une forme à libération immédiate, avec un risque important d'hypotension, suivi d'un possible effet rebond avec tachycardie [7].

Or la littérature est unanime pour déconseiller formellement l'utilisation de la nifédipine à libération immédiate dans cette situation car elle peut entraîner une baisse imprévisible et incontrôlée de la pression artérielle, ainsi que de graves complications ischémiques (infarctus, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale aiguë) [2, 8, 9]. Cette précaution est d'ailleurs évoquée dans l'article à propos de la forme sublinguale: «La nifédipine sublinguale ne devrait pas être utilisée, car elle n'est ni sûre ni efficace».

A l'inverse, et bien que cela ne soit pas précisé, il est intéressant de noter que la plupart des al-

ternatives présentées dans le tableau 2 de l'article (carvédilol, labétalol, clonidine, énalapril) peuvent être écrasées sans risque pour permettre une administration par sonde [7].

Sur le fond, on peut s'interroger sur la mention d'un inhibiteur calcique parmi les options thérapeutiques à considérer pour soulager rapidement un patient symptomatique. Comme indiqué dans le tableau 2 de l'article, le début de l'effet de la nifédipine peut se manifester après seulement plusieurs heures suite à la prise d'un comprimé retard. De la même manière, après l'administration orale d'une dose unique d'amlodipine (pratique fréquente dans notre environnement), l'absorption devient seulement détectable après 30 minutes à 1 heure; le début de l'effet se manifeste en moyenne après 2 heures; et le pic de concentration du médicament n'est atteint qu'après 6 à 12 heures [10, 11]. Lorsqu'une baisse rapide de la pression artérielle est recherchée avec un médicament, l'administration d'une dose de dérivé nitré d'action immédiate (push ou comprimé à croquer) nous semble une option à la fois plus efficace (délai d'action de quelques minutes) et plus sûre (durée d'action courte, risque limité d'effets indésirables), en attendant de pouvoir initier ou renforcer un traitement de fond.

Dr pharm. Lucien Roulet^a, PhD,
Dr pharm. Emmanuel Benoit^a, PhD,
Dr méd. Monica Pagin^b

^aPharmacie des Hôpitaux du Nord-Vaudois et de la Broye, Yverdon-les-Bains

^bService des urgences, Etablissements hospitaliers du Nord-Vaudois (eHnv), Yverdon-les-Bains

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- Bopp A, Herren T, Matter H, Wyder D, Rudiger A. La crise hypertensive. Forum Med Suisse. 2021;21(41-42):702-11.
- Peixoto AJ. Acute Severe Hypertension. N Engl J Med. 2019;381(19):1843-52.
- Overgaauw N, Alsmas 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.
- 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.
- Friedman H, Taub HA. The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension. Int J Clin Exp Hypn. 1977;25(4):335-47.

Tableau 1: Médicaments et substances courants pouvant avoir un effet hypertenseur (gras: les plus fréquemment impliqués selon Wallbach et al [4]).

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

AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens; IMAO: inhibiteurs de la recapture de la monoamine oxydase; IRSNa: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

- 6 Deabler HL, Fidel E, Dillenkoffer RL, Elder ST. The use of relaxation and hypnosis in lowering high blood pressure. *Am J Clin Hypn*. 1973;16(2):75–83.
- 7 Universitätsspitalbasel, Spital-Pharmazie. Zermörsbarkeit und Verabreichungshinweise von Tabletten, https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Querschnittsfunktionen/Spital-Pharmazie/Zermörsbarkeit_Tabletten.pdf (dernier accès le 11 janvier 2022)
- 8 Levy PD, Mahn JJ, Miller J, Shelby A, Brody A, Davidson R, et al. Blood pressure treatment and outcomes in hypertensive patients without acute target organ damage: a retrospective cohort. *Am J Emerg Med*. 2015;33(9):1219–24.
- 9 van den Born BH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2019;5(1):37–46.
- 10 Faulkner JK, McGibney D, Chasseaud LF, Perry JL, Taylor IW. The pharmacokinetics of amlodipine in healthy volunteers after single intravenous and oral doses and after 14 repeated oral doses given once daily. *Br J Clin Pharmacol*. 1986;22(1):21–5.
- 11 Meredith PA, Elliott HL. Clinical pharmacokinetics of amlodipine. *Clin Pharmacokinet*. 1992;22(1):22–31.

Replik

Wir danken unseren Kolleg:innen aus Yverdon-les-Bains herzlich für ihr Interesse und die hilfreichen, ausführlichen Kommentare und Ergänzungen zu unserem Artikel [1].

Wir gehen mit Roulet et al. einig, dass eine schlechte Medikamentencompliance ein häufiger Grund einer unzureichend eingestellten Hypertonie ist. Es gibt aber andere, die sich einer Empfehlung der Proff. Noll und Ruschitzka (universitäres Herzzentrum, Universitätsspital Zürich) folgend, mit dem Akronym RADIO4 zusammenfassen lassen:

- office Resistance (Weisskittelhypertonie);
- Adherence (mangelnde Compliance);
- Drug Interference (nichtsteroidale Antirheumatika u.a.);
- Obesity;
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom;
- Other causes wie Hyperaldosteronismus oder renovaskuläre respektive renal parenchymatöse Erkrankungen;
- Optimize therapy (Kombination ACE-Hemmer, Kalziumkanalblocker und Diuretikum in maximal tolerierter Dosis, schliesslich Viertlinientherapie).

Die tabellarische Darstellung von Medikamenten, die mit einer medikamentösen Blutdruckeinstellung interferieren, ist korrekt. Erwähnen könnte man noch die Lakritze-Bonbons, die via eine mineralokortikoide Wirkung den Blutdruck steigern. Allerdings ist sehr umstritten, ob der Genuss von koffeinhaltigen Getränken, insbesondere Kaffee, zu erhöhten Blutdruckwerten führt [2].

Die Nifedipin retard 20 mg Tabletten der Firma Mepha können bei Patient:innen, die via Magensonde ernährt werden müssen, in Wasser aufgeschlemmt (nicht gemörsert) werden. Die Retardierung entsteht durch schlechte Wasserlöslichkeit des Wirkstoffes, nicht durch ein galenisches Retardierungsprinzip der Tablette. Weil der Wirkstoff lichtempfindlich ist, sollten die aufgeschlemmten Tabletten rasch verabreicht werden. Wir danken den Autor:innen für die Bestätigung unserer Empfehlung, sublinguales Nifedipin nicht zu verwenden, weil dadurch ein zu rascher und zu starker Blutdruckabfall zu erwarten ist.

Der unkritische Einsatz von Nitroglycerinpräparaten sollte unseres Erachtens vermieden werden. Nitroglycerin senkt vor allem die Vorlast und unterliegt einer Tachyphylaxie. Nitroglycerin ist sinnvoll bei der Behandlung von Patient:innen mit arterieller Hypertonie und akutem koronarem Syndrom. In allen übrigen Fällen empfehlen wir die in der Tabelle 2 unseres Artikels angegebenen Varianten. Nur bei Vorliegen eines hypertensiven Notfalls kommen rascher wirk-

same, intravenös applizierte Medikamente zum Zug.

*Prof. Dr. med. Alain Rudiger^a,
Dr. med. Annina Bopp^b,
KD Dr. med. Thomas Herren^c*

^a Chefarzt, Medizinische Klinik, Spital Limmattal, Schlieren

^b Assistenzärztin, z.Z. Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

^c Leitender Arzt, Kardiologie, Spital Limmattal, Schlieren

Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

- 1 Roulet L, Benoit E, Pagin M. Prise en charge de la crise hypertensive relative: se poser les bonnes questions, choisir le bon traitement. *Swiss Med Forum*. 2022;22(17–18):303–4.
- 2 Steffen M, Kuhle C, Hensrud D, Erwin PJ, Murad MH. The effect of coffee consumption on blood pressure and the development of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2012;30(12):2245–54.

Erratum

Concernant: Sendi P, Hasse B, Frank M, Flückiger U, Boggian K, Guery B, et al. Endocardite infectieuse: prévention et prophylaxie. *Forum Med Suisse*. 2021;21(05–06):84–9.

Un cardiologue attentif nous a signalé une faute de frappe dans l'article «Endocardite infectieuse: prévention et prophylaxie» dans le numéro 05–06/2022 du *Forum Médical Suisse*. Dans le paragraphe «Indications pour la prophylaxie antibiotique chez les patients à haut risque» sous le point 2, au lieu de «2. Patients porteurs de prothèse valvulaire (mécanique ou biologique, y. c. implantation d'une prothèse

valvulaire aortique transcathéter [«transcatheter valve implantation»]), ou patients chez lesquels du matériel prothétique a été utilisé pour la reconstruction valvulaire aortique.» il faudrait lire: «..., ou patients chez lesquels du matériel prothétique a été utilisé pour la reconstruction valvulaire.» (sans «aortique» à la fin). L'erreur a été corrigée dans l'article en ligne (<https://doi.org/10.4414/fms.2021.08717>). Nous nous excusons pour toute erreur d'impression dans la version imprimée et remercions le collègue qui a eu l'amabilité de nous la signaler.

Prof. Dr méd. Parham Sendi