

# **Hyperréflexie Autonome**

## **Rappels et prise en charge immédiate**

Dr Marianne de Sèze, MCU-PH  
Service MPR, département neuro-urologie  
CHU Pellegrin Bordeaux

*Forum du comité de Neuro-Urologie AFU 2008*



# Hyperreflexie autonome

- **Fréquente**
    - 30 à 85% des traumatisés médullaires > à D6
      - Après phase de choc spinal, parfois tardif
      - d'autant plus que lésion haute: (60% C, 20% T) et complet
    - Lésion médullaire non traumatique: tumeur, neurochirurgie, SEP
  - **Dangereuse**
    - Risque cardiovasculaire ++ et pronostic vital
    - Hémorragies cérébrales: 1,7 à 5%
    - Infarctus myocarde, FA, Encéphalopathie hypertensive, Œdème pulmonaire, Crise comitiale)
  - **Évitable**
    - Facteurs de risque connus : épine irritative sous lésionnelle, génito-urinaire++
- **Importance++ meilleure connaissance pour prévention et gestion immédiate...**

## Orage végétatif

Hyperactivité OS sous lésionnelle et hyperactivité PS sus lésionnelle réactionnelle

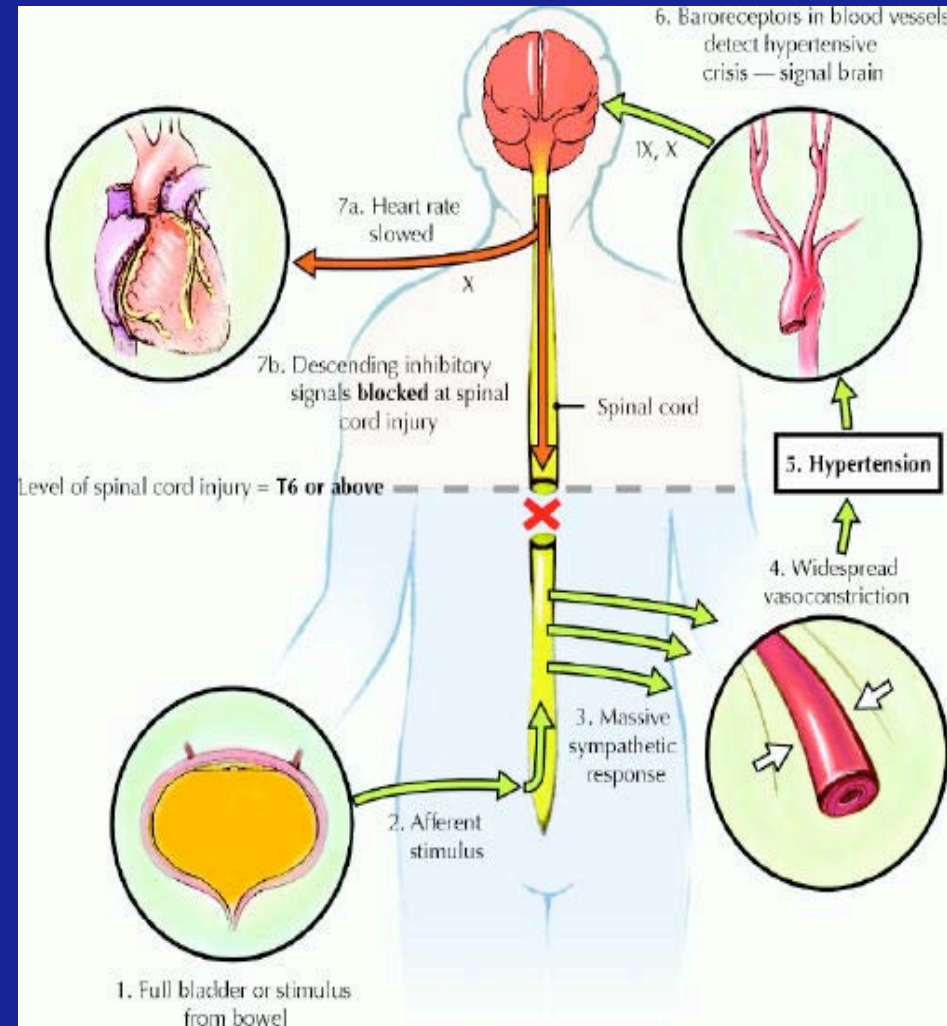
Stimulation afférente sous lésionnelle d'un système OS hyperreflexique:

hypersensibilité récepteurs  $\alpha$  périph et préganglionnaire:

⇒ libération massive cathécholamines (NE), vasoconstriction périphérique, et splanchnique si >D6 ⇒ HTA++.

Réponse inhibitrice des centres bulbaires sur l'activité OS sus lésionnelle  
+ Réponse compensatrice parasympathique sus lésionnelle

Perte tonus OS + hyperactivité PS relative  
⇒ vasodilatation et symptômes sus lésionnels  
⇒ bradycardie



## Symptomatologie de l'hyperreflexie autonome

Variable++, formes frustes ou complètes, formes asymptomatiques

- Symptôme cardinal: ↑ brutale de la tension artérielle systolo-diastolique
  - jusqu'à 300/200 mm HG, Risque vital++
  - hypotension artérielle chronique des blessés médullaires par lever tonus OS
- Le plus souvent associé à une bradycardie réflexe, parfois tachycardie.
  - Cortèges de signes associés traduisant vasodilatation sus-lésionnelle
    - Céphalées bilatérales, pulsatiles, (occipitales > bitemporales ou frontales)
    - Flush et sueurs sus lésionels, visage et cou++
    - Sensation chaleur partie supérieure du corps
    - +/- pilo-érection, pâleur, augmentation de la spasticité
    - Association fréquente de signes aspécifiques
      - Anxiété, panique, agitation
      - Vision trouble, congestion nasale, mydriase, hémorragies conjonctivales
      - Dyspnée, nausée, précordialgies, frissons, érections

## Etiologie de l'hyperreflexie autonome

- Epine irritative sous lésionnelle,
  - Nociceptif ou non, d'autant plus marquée que basse située [Bors 1952]: réactions max pour épines S2-S4: génito-urinaires++
- Causes génito-urinaires: 80 à 85% des causes
  - Hautes pressions détrusor et urètre:
    - Distension vésicale: 75 à 85 % des cas
      - sans corrélation  $\Delta$  TA/Volume, mais **lien ++ avec Pression détrusor et urètre**
    - Point départ urétral++,
      - Fréquence HRA si DVS
      - Cathétérisme urétral (sondage, BUD, cystoscopie+++),
  - Infection urogénitale, lithiase et lithotritie (percutanée, US), chirurgie
  - Stimulation de l'éjaculation , rapports sexuels, érection réflexes
  - Grossesse et accouchement

## Etiologie de l'hyperreflexie autonome

- Causes digestives
  - Distension intestinale ou rectale: fécalome+++
  - Flatulence, lavements et gestes endorectaux,
  - Abdomen aigu: attention+++ atypie symptomatologie
- Autres: lésions dermato, fractures, troubles thromboemboliques...., myélomalacie.
- Iatrogénie: alpha-stimulants

## Urgence thérapeutique

- Objectifs: Supprimer cause favorisante+gestion symptômes+traitement complications
- Mesure immédiates:
  - Assoir avec tête surélevée (favorise hypotension orthostatique et éviter ré↑ TA)
  - Oter vêtements serrés et bas/ceintures de contention
  - Monitoring TA et FC
  - Identifier et supprimer le facteur déclenchant
    - S'assurer de l'absence d'hyperdistension vésicale:
      - Patient sondé: vérifier positionnement et perméabilité du drainage
      - Patient non sondé: instillation gel urétral anesthésiant et sondage urinaire
    - Si persistance HTA, suspecter distension rectale:
      - Gel anesthésique intrarectal et TR pour évacuation ampoule rectale , après administration hypotenseur action rapide et courte si TA S> 150mm Hg

## Prise en charge thérapeutique immédiate de l'hyperreflexie autonome

- Si facteur déclenchant non identifié dès les premières minutes et persistance HTA:
  - Hypotenseur d'action rapide et courte:
    - » Nifedipine, 10 mg SL, glyceril trinitrate spray ou patch (attention CI avec sildenafil), captopril SL (25 mg), prazosine, clonidine
    - » Pas d'étude contrôlée comparant modalités thérapeutiques
  - Envisager pharmaco IV: hydralazine, diaxoside, si résistance
- Poursuivre recherche cause favorisante
  - Traitement précoce d'une infection urinaire
  - Dépistage causes abdomen aigu
  - ...

*Guide pratique de prise en charge de l'HRA*

*Consortium for SCI: Acute management of Autonomic dysreflexia*  
*Vétérans Américains: [www.pva.org](http://www.pva.org)*



## Education +++ patient, entourage, environnement médical

- Situations à risques, mesures préventives et surveillance avant geste sous lésionnel
  - Sondage urinaire, TR; BUD , cystoscopie, cystographie, traitement des lithiases, stimulation des éjaculations, endoscopie intestinale...
  - Eviction des épines irritatives (mode miction et exonération adéquat++)
  - +/- Port carte précisant susceptibilité HRA & modalité gestion immédiate [Shergill 2003]

## Gestion optimale geste invasif sous lésionnel

Monitoring TA et présence anesthésiste si atcd/risque HRA

Limiter caractère invasif des mesures thérapeutiques ou exploratoires sous lésionnelles

Anesthésiant local, matériel (cysto souple > rigide [Chancellor 1992]), mode anesthésie.

Eviter pose de matériel étranger sous lésionnel (endoprothèse urétrale)

## Prophylaxie

Avant exposition à risque: Nifedipine, 10 mg SL, 30 ' avant, patch clonidine...

Au long cours: Intérêt rapporté des alphabloquants: terazosine, prazosine

*Braddom 1991, Bycroft 2005, Chancellor 1994, Esmail 2002, Lindan 1985,  
[www.pva.org](http://www.pva.org)*

