

Def : PAS>160 ou PAD>90

PHYSIOPATHOLOGIE

- 1 – **Hyper réactivité sympathique** (a la douleur par exemple)
- 2 – Modification du systeme capacitif = **baisse de la volémie**
- 3 – Altération de la fonction diastolique = (cmh) = **tolère mal les baisse du RV**, les tachycardies et les ACFA...
- 4 – **Régulation du DSC très pression dépendant** (habitué a des pressions élevées, déplacement des seuils des barorécepteurs)

DSC et DCor très dépendants de la PA

RISQUES : HTA par hyper réactivité sympathique (douleur, réveil, intubation, incision)
Hypota : Hypovolémies mal tolérées

ANESTHESIE

Préop : stabilisation de la PA (Cs cardio...), bilan clinique (comorbidité)

Perop : Prévention des hypota lors de l'induction (Préremplissage++ 10/15ml/kg, choix des AA)

Bonne protection NV (analgésie ++)

Entretien AAH+N2O

ALR : Préremplissage +++ & éphédrine

TTT des poussées d'HTA (Loxen®, Eupressyl®)

HTA : approfondir AG, Analgésie, Loxen titration par 0.5mg

Hypota : Alléger AG, remplissage, trendélembourg, éphédrine

POINTS CLES

*Hyperréactivité sympathique = AG profonde, Analgésie ++++

*Préremplissage (vaisseaux toujours serrés donc hypo volémie relative a l'induction)

*Patient habitués a des TA levées (DSC, DCor....) Respecter les chiffres habituels

*Loxen, Ephédrine

Préremplir, et endormir profondement