

# Dysrèflexie autonome

## Reconnaître un grave problème courant chez les patients victimes d'une lésion médullaire

James Milligan MD CCFP Joseph Lee MD CCFP FCFP MCISc(FM) Colleen McMillan PhD RSW OCSW Hilary Klassen

### Résumé

**Objectif** Sensibiliser davantage les médecins de famille à la dysrèflexie autonome (DA) chez les patients victimes d'une lésion médullaire (LM) et proposer certaines interventions.

**Sources de l'information** On a fait une recension dans MEDLINE de 1970 à juillet 2011 à l'aide des expressions en anglais *autonomic dysreflexia* et *spinal cord injury*, ainsi que *family medicine* ou *primary care*. On a aussi passé en revue et utilisé d'autres ressources et guides de pratique pertinents.

**Message principal** Il arrive souvent que les médecins de famille ne se sentent pas confiants de traiter des patients ayant une LM dont les problèmes sont complexes et exigent beaucoup de temps. Les médecins de famille ont l'impression de n'avoir pas la formation nécessaire pour répondre à leurs besoins. Pourtant, ils offrent une composante essentielle des soins à de tels patients et il est important qu'ils comprennent les problèmes médicaux particuliers aux LM. La dysrèflexie autonome est un important et fréquent problème potentiellement sérieux que connaissent mal de nombreux médecins de famille. Cet article passe en revue les signes et les symptômes de la DA et présente certaines options de prise en charge aiguë, ainsi que des stratégies de prévention à l'intention des médecins de famille.

**Conclusion** Les médecins de famille devraient savoir quels patients traumatisés médullaires sont susceptibles d'avoir une DA et surveiller ceux qui sont touchés par ce problème. Une explication est donnée dans cet article quant à l'approche à suivre pour la prise en charge aiguë. Les médecins de famille jouent un rôle essentiel dans la prévention de la DA, notamment par l'éducation (du patient et des autres professionnels de la santé) et la consignation dans le dossier médical de stratégies comme les soins appropriés de la vessie, de l'intestin et de la peau, d'avertissements et de plans de prise en charge.

### Description du cas

Votre prochain patient est M. A., un homme quadriplégique à la suite d'une lésion médullaire (LM) qui s'est produite il y a 10 ans. Quand vous entrez dans la salle, il est à demi prostré sur la table d'examen, en détresse bien évidente. Son visage est rouge, des gouttes de sueur perlent à son front et il est essoufflé. Vous reconnaissez son malaise et l'infirmière vous dit que sa tension artérielle (TA) est de 150/80 mm Hg et sa fréquence cardiaque (FC) est de 60 battements à la minute. Un coup d'œil à son dossier vous révèle que sa TA se situe normalement autour de 100/60 mm Hg et que sa FC est habituellement de 76 battements à la minute. Ses jambes et ses pieds sont froids, la peau est pâle et couverte de chair de poule.

La plupart des médecins de famille signalent qu'ils n'ont pas assez d'information au sujet de la prise en charge des LM et se sentent mal à l'aise de traiter de tels patients<sup>1-8</sup>.

**POINTS SAILLANTS** Même si les médecins de famille sont la principale source des soins de santé aux patients ayant une lésion médullaire, ils se sentent mal préparés à répondre aux besoins médicaux de tels patients. Les professionnels des soins de santé primaires devraient être capables de reconnaître la dysrèflexie autonome (DA), un problème fréquent et sérieux qui survient chez les patients traumatisés médullaires. Cet article donne un aperçu de la DA et présente certaines stratégies pratiques pour la prendre en charge en phase aiguë. La dysrèflexie peut normalement se régler en éliminant le stimulus nuisible qui la produit. Il faut surveiller le patient pendant une période de 2 à 48 heures selon la gravité de l'épisode. Les patients devraient avoir une carte de portefeuille ou un bracelet MedicAlert signalant une DA. Une note bien visible devrait être consignée dans le dossier du patient, précisant les symptômes et le plan de prise en charge.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2012;58:e427-32

Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro.



The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the August 2012 issue on page 831.

Ce n'est pas un problème médical courant en pratique familiale, mais ses effets sont considérés comme complexes et demandent du temps. Il y a généralement peu de formation sur les LM durant les études prédoctorales et postdoctorales<sup>1,3,4,6,8,9</sup>. Les ouvrages spécialisés font valoir que les patients victimes d'une LM visitent fréquemment leurs médecins de famille et que ces derniers jouent un rôle essentiel dans leurs soins de santé<sup>3</sup>. Il importe donc que les médecins acquièrent certaines connaissances des problèmes courants qui touchent les personnes ayant une LM<sup>1,6,7</sup>.

La dysréflexie autonome (DA) compte parmi ces problèmes et bon nombre de médecins qui ne travaillent pas en réadaptation ou dans une spécialité neurologique n'en ont jamais entendu parler<sup>10</sup>. La DA est un problème médical sérieux qui affecte de nombreux patients ayant une LM<sup>5,11</sup>. C'est une urgence médicale qui exige un fort niveau de suspicion, une évaluation rapide et un traitement immédiat pour prévenir des complications, telles que des convulsions, un AVC, des problèmes cardiaques ou le décès<sup>5</sup>. On considère aussi que la DA est un problème qui nuit considérablement à la qualité de vie de nombreux patients victimes d'une LM<sup>12</sup>. Cet article vise à mieux faire connaître ce trouble aux médecins de famille et à présenter certaines techniques réalistes de prise en charge.

### Sources de l'information

On a fait une recension dans MEDLINE de 1970 à juillet 2011 à l'aide des expressions en anglais *autonomic dysreflexia* et *spinal cord injury*, ainsi que *family medicine* ou *primary care*. On a aussi passé en revue et utilisé d'autres ressources et guides de pratique pertinents.

### Message principal

**Pathophysiologie de la DA.** La dysréflexie autonome peut survenir chez des traumatisés médullaires au niveau T6 ou plus haut (circulation splanchnique principale de T6 à L2)<sup>11,13</sup>, mais on l'a observée dans des lésions d'un niveau aussi bas que T10<sup>14</sup>. On a signalé qu'elle s'était produite dans des lésions médullaires tant complètes (aucune fonction motrice ou sensorielle préservée dans les segments S4 à S5) qu'incomplètes (un certain degré de préservation sensorielle ou motrice dans les segments S4 à S5, ainsi qu'au-dessous du niveau neurologique), mais elle semble moins grave dans les lésions incomplètes<sup>11</sup>. La dysréflexie autonome est déclenchée par un stimulus nuisible inférieur à la lésion médullaire, qui active ensuite une activité sympathique sans opposition<sup>5,10,14</sup>. L'irritation de la vessie et de l'intestin sont les causes les plus fréquentes de la DA (**Encadré 1**)<sup>5,10,13</sup>. Le stimulus nuisible est transmis à la moelle épinière par des nerfs sensoriels intacts à un niveau inférieur à celui de la lésion médullaire et active les nerfs sympathiques, ce qui cause une vasoconstriction massive et

une TA accrue<sup>6,13</sup>. La TA accrue est captée par des barorécepteurs dans l'arc carotidien et aortique et active les nerfs parasympathiques au-dessus de la lésion pour contrer la réaction sympathique. Malheureusement, ceci ne règle pas la vasoconstriction, parce que la LM empêche ce processus (**Figure 1**)<sup>13</sup>. On croit que les symptômes particuliers de la DA sont attribuables aux facteurs sympathiques qui se situent sous le niveau de la LM et aux facteurs parasympathiques au-dessus de la blessure (**Encadré 2**). Il importe de faire remarquer qu'après une

#### Encadré 1. Causes fréquentes de la DA

##### Vessie

- Distension
- Infection des voies urinaires
- Cathétérisme
- Entortillement du tube de la sonde
- Calculs à la vessie ou au rein

##### Intestin

- Constipation
- Hémorroïdes
- Fissures
- Fragmentation digitale des fécalomes

##### Peau

- Points de pression
- Vêtements, bas ou ceintures trop serrés
- Ongle incarné
- Phlyctènes

##### Autres

- Stimulation sexuelle
- Compression du scrotum
- Accouchement

DA—dysréflexie autonome.

#### Encadré 2. Signes et symptômes de la DA chez les patients victimes d'une LM

La DA peut se caractériser par l'ensemble ou un certain nombre des signes suivants:

- TA de 20 à 40 mm Hg au-dessus de la TA normale au repos\*;
- mal de tête lancinant;
- bradycardie (par rapport à la FC normale du patient au repos);
- rougeur du visage;
- sueur abondante au-dessus du niveau de la lésion;
- pâleur et froideur de la peau et érection des poils au-dessous du niveau de la lésion;
- vision embrouillée;
- essoufflement;
- anxiété;
- congestion nasale.

DA—dysréflexie autonome, TA—tension artérielle, FC—fréquence cardiaque, LM—lésion médullaire.

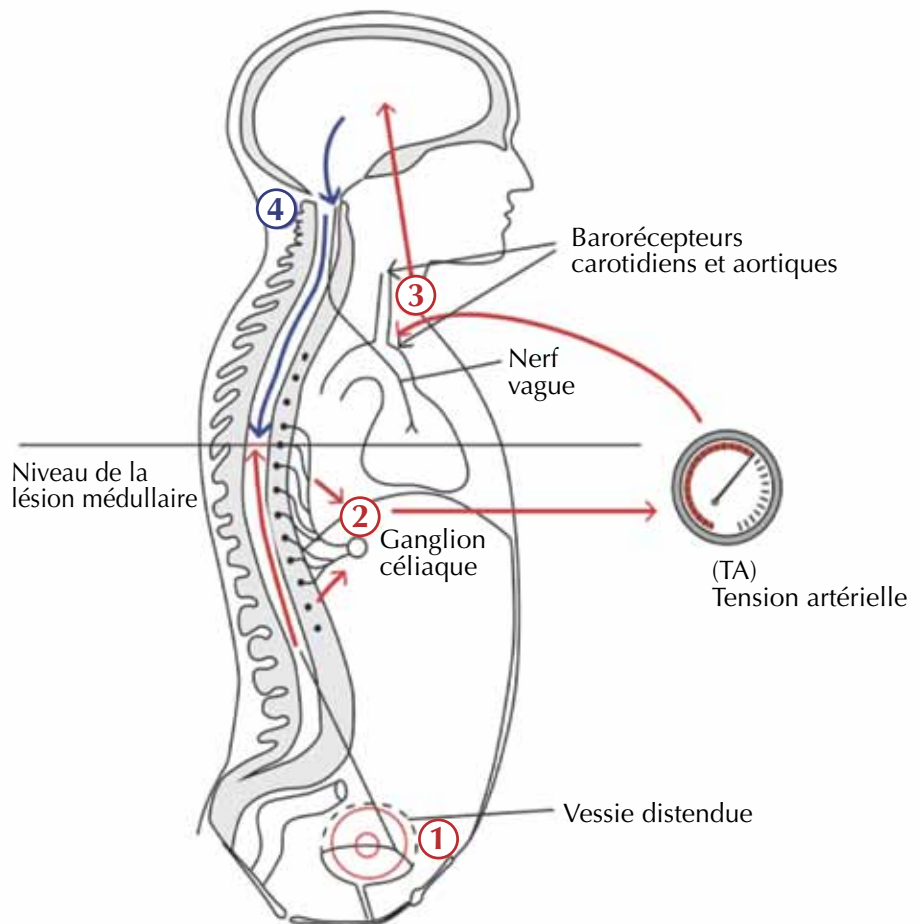
\*Les traumatisés médullaires ont souvent une TA basse au repos variant entre 90 et 110/60 mm Hg.

LM, la TA au repos est souvent plus basse que la normale, soit d'environ 90 à 110/60 mm Hg. La dysrèflexie autonome peut se produire avec une hausse de la TA aussi faible que 20 mm Hg<sup>5,11,13,14</sup>.

**Prise en charge de la DA en cabinet.** Une fois le problème reconnu, on peut prendre un certain nombre de mesures (Figure 2) au cabinet du médecin de famille pour régler le problème.

- Demander de l'aide et ne pas laisser le patient seul<sup>13</sup>.
- Demander au patient ou à son aidant si le patient a déjà eu une DA, ce qui aurait pu cette fois-ci déclencher la DA ou s'il a en sa possession une carte de portefeuille ou un bracelet MedicAlert à cet effet<sup>13</sup>.
- Vérifier la TA et la FC régulièrement, aux 2 à 5 minutes<sup>5,13</sup>.
- Faire redresser le patient en position assise et faire pendre ses jambes plus bas pour réduire la TA<sup>10,13</sup>.
- Enlever les vêtements, les ceintures, les bas et les chaussures trop serrés<sup>10,13</sup>.
- Chercher des stimuli nuisibles, en commençant par la vessie (la cause la plus fréquente de DA)<sup>6,10,13</sup>.
- Identifier la procédure des soins de la vessie du patient (p. ex. sonde intermittente, sonde sus-pubienne, sonde à demeure). S'il s'agit d'une sonde, chercher une irritation évidente, un entortillement, des sédiments ou une opacité de l'urine (indices d'une infection des voies urinaires) et vérifier la quantité de liquide dans la sonde par rapport à ce qui a été

**Figure 1. Pathophysiologie de la dysrèflexie autonome**



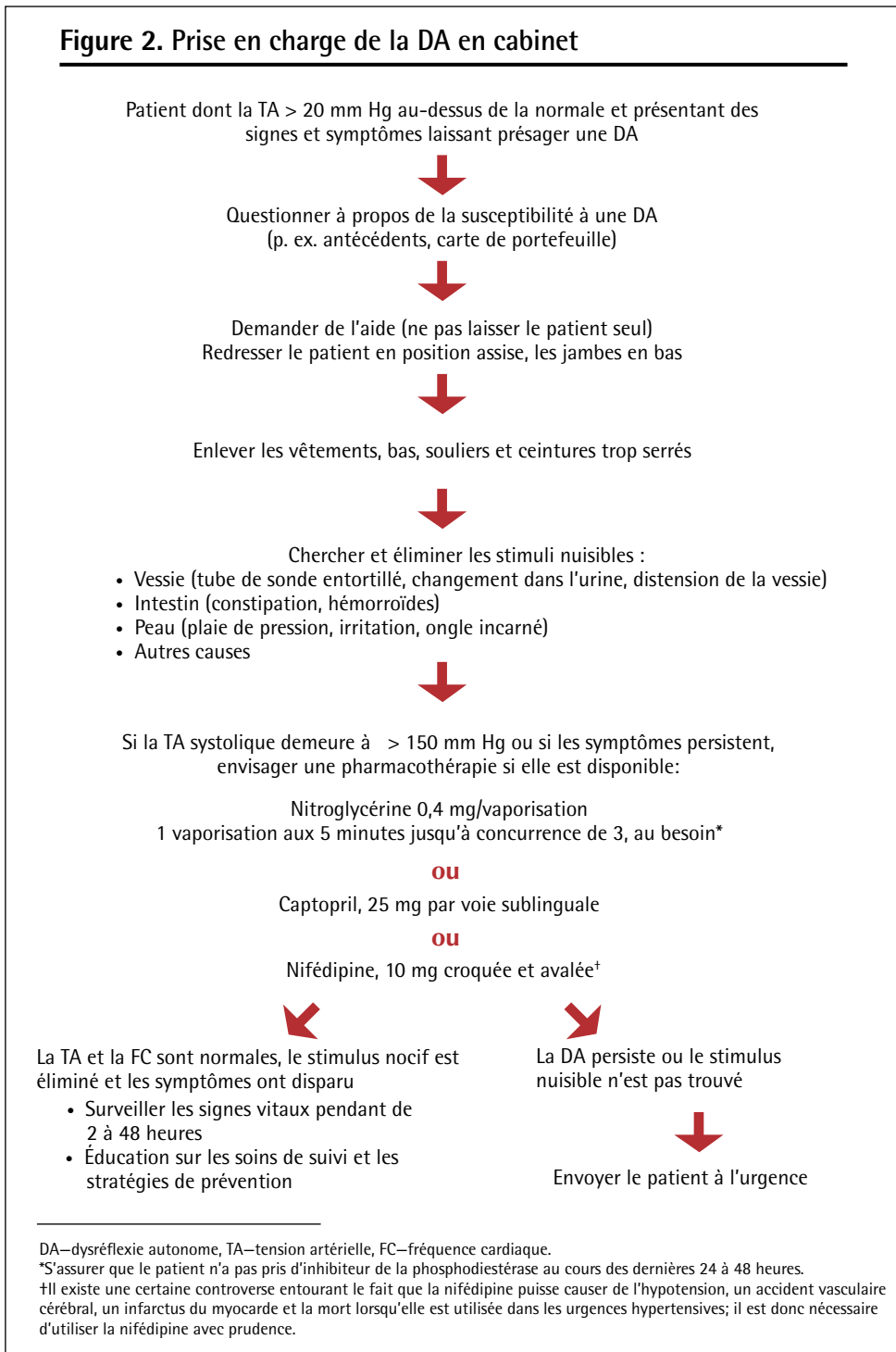
- 1 Un fort stimulus sensoriel provenant d'un niveau inférieur à la lésion (p. ex. vessie distendue) est transmis à la moelle épinière.
- 2 Les signaux transmis par la moelle épinière provoquent une activation massive des réflexes sympathiques, causant une vasoconstriction généralisée (impliquant les vaisseaux sanguins splanchniques) et se traduisant par une hypertension sévère.
- 3 Le cerveau détecte une hausse soudaine de la tension artérielle (par l'intermédiaire des signaux des barorécepteurs dans les vaisseaux aortiques et carotidiens acheminés dans les NC IX et X).
- 4 Le cerveau réagit et tente de contrôler la TA en envoyant des impulsions inhibitoires primaires descendantes du tronc cérébral par la moelle épinière (qui sont bloquées). Les impulsions qui passent par le nerf vague causent une bradycardie secondaire.

TA-tension artérielle, NC-nerfs crâniens.  
Reproduit avec l'autorisation de Middleton.<sup>13</sup> ©-Droit d'auteur-Agency for Clinical Innovation 2012.

consommé (ce qui pourrait donner une indication de rétention et de distension de la vessie).

- Questionner le patient à propos de ses habitudes intestinales pour savoir s'il y eu récemment des

**Figure 2. Prise en charge de la DA en cabinet**



Au début du processus, on ne recommande généralement pas de mesures pharmacologiques pour contrôler la TA, mais on peut y recourir pour réduire les symptômes et éviter des complications. Si l'élévation de la TA systolique persiste ou dépasse 150 à 170 mm Hg après avoir enlevé le stimulus nuisible, il faudrait alors faire baisser la TA de manière pharmacologique<sup>10</sup>. Des antihypertenseurs à action rapide et courte demi-vie sont recommandés. La nitroglycérine sublinguale (0,4 mg par vaporisation) serait un choix réaliste, puisque de nombreux médecins de famille gardent ce produit dans leur trousse d'urgence à leur bureau. On pourrait administrer une vaporisation aux 5 à 10 minutes jusqu'à concurrence de 3, au besoin<sup>13</sup>. Il faut d'abord s'assurer que le patient n'a pas pris d'inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 (sildénafil, tadalafil ou vardénafil) durant les 24 à 48 heures précédentes<sup>5,13,15,16</sup>. On pourrait utiliser aussi d'autres antihypertenseurs comme le captopril, 25 mg par voie sublinguale, ou la nifédipine, 10 mg croquée et avalée, dont l'utilisation est sécuritaire si le patient prend concurremment des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5. (Il y a

changements (plus précisément, des indices de constipation) pour déterminer si une distension intestinale serait à l'origine des symptômes.

- Vérifier d'autres sources de stimuli comme des points de pression sur la peau, des plaies ou des irritations (comme un ongle incarné).
- Éliminer si possible le stimulus nuisible. La DA peut souvent se résorber si le stimulus nuisible est soulagé.

une certaine controverse à l'effet que la nifédipine pourrait causer de l'hypotension, un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde et le décès lorsqu'elle est utilisée pour une urgence hypertensive, d'où la recommandation de l'utiliser avec une certaine prudence. Il y a un risque d'hypotension après un épisode de DA, quel que soit le type de pharmacothérapie utilisée; il est donc important de surveiller le patient<sup>5,16,17</sup>.) Ces médicaments

DA—dysrèflexie autonome, TA—tension artérielle, FC—fréquence cardiaque.

\*S'assurer que le patient n'a pas pris d'inhibiteur de la phosphodiesterase au cours des dernières 24 à 48 heures.

†Il existe une certaine controverse entourant le fait que la nifédipine puisse causer de l'hypotension, un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde et la mort lorsqu'elle est utilisée dans les urgences hypertensives; il est donc nécessaire d'utiliser la nifédipine avec prudence.

### Encadré 3. Autres ressources

Les ressources suivantes décrivent la prise en charge complète de la DA :

- Paralyzed Veterans of America. *Acute management of autonomic dysreflexia: individuals with spinal cord injury presenting to health-care facilities*. 2<sup>e</sup> édition. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America; 2001. Accessible aux fins de téléchargement à [www.pva.org](http://www.pva.org) sous Publications. Accédé le 19 juin 2012.
- Middleton J. *Treatment of autonomic dysreflexia for adults Et adolescents with spinal cord injuries. A medical emergency. Targeting health professionals*. Chatswood, NSW: NSW State Spinal Cord Injury Service; 2010. Accessible à: [www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/155149/Auto\\_Dysreflexia\\_Fact\\_sheet.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/155149/Auto_Dysreflexia_Fact_sheet.pdf). Accédé le 19 juin 2012.

Pour obtenir une carte de portefeuille sur la DA, visitez les sites web suivants :

- Paralyzed Veterans of America: [www.pva.org](http://www.pva.org), cliquez sur Get Support, Medical Services et Common Complications in Spinal Cord Injury
- Pages d'information sur les traumatismes médullaires: [www.sci-info-pages.com/ad\\_card.html](http://www.sci-info-pages.com/ad_card.html)

DA—dysrèflexie autonome.

pourraient être ajoutés dans la trousse d'urgence du cabinet ou prescrits aux patients ayant une LM pour usage en cas d'urgence. Si on ne peut pas trouver de stimulus nuisible et si la TA ne peut pas être contrôlée, il faut envoyer le patient à l'urgence en raison des issues potentiellement dangereuses<sup>10,16</sup>. Il importe de signaler qu'on a omis d'importantes étapes (p. ex. l'insertion d'une sonde urinaire, l'évacuation manuelle d'un fécalome suspecté) qui sont souvent mentionnées dans un traitement complet de la DA (**Encadré 3**) et ce, par souci de réalisme dans les options de prise en charge possibles dans un cabinet typique de médecin de famille.

Il vaut la peine de mentionner la population spéciale des femmes traumatisées médullaires qui sont susceptibles à une DA durant la grossesse. Les troubles hypertensifs durant la grossesse ne sont pas rares dans la population en général. Il est important de reconnaître que la cause de l'hypertension chez une femme ayant une LM pourrait être une DA. La dysrèflexie autonome peut se produire n'importe quand durant la grossesse, mais le travail et l'accouchement sont les périodes où le risque est le plus grand<sup>16</sup>. Les signes et les symptômes de la DA sont les mêmes durant la grossesse, mais pourraient être quand même difficiles à distinguer des autres causes d'une élévation de la TA (p. ex. prééclampsie)<sup>16</sup>. Il est recommandé d'impliquer un obstétricien et de bien informer l'équipe d'obstétrique au sujet de la DA.


**Soins de suivi et prévention.** Après un épisode de DA, il faut surveiller la TA pendant une période allant

de 2 à 48 heures selon la sévérité de l'épisode (la surveillance doit porter à la fois sur la récurrence de la DA et sur l'hypotension). La surveillance peut se faire à domicile (selon la gravité de l'épisode) par le patient ou un assistant et il faut dire au patient de consulter un médecin si la TA augmente. Il faut enseigner aux patients qui ont fait une DA ou y sont vulnérables des techniques de prise en charge. Ils devraient se munir au besoin de certaines fournitures à la maison (un sphygmomanomètre de la taille appropriée, des fournitures pour la sonde, de la nitroglycérine en vaporisateur, du captopril sublingual). Il y a lieu d'encourager le patient à se procurer une carte pour portefeuille sur la DA (**Encadré 3**) ou un bracelet MedicAlert. Il importe aussi d'inscrire une note bien visible dans le dossier du patient pour alerter les autres que le patient souffre de DA et préciser les symptômes, ainsi que le plan de prise en charge. De nombreux professionnels de la santé (médecins de famille, infirmières praticiennes, personnel à l'urgence et à l'hôpital) qui pourraient être appelés à traiter une DA de manière urgente ne sont pas familiers avec ce problème, surtout dans certains milieux (p. ex. en région rurale). Il est important que les patients et les professionnels des soins primaires fassent la promotion de la santé des patients traumatisés médullaires et communiquent les renseignements appropriés aux autres professionnels de la santé dans chaque milieu<sup>16</sup>. La prévention de la DA est la meilleure technique de prise en charge. Il est essentiel, en plus d'éduquer les patients, les aidants et les professionnels de la santé, d'établir des pratiques appropriées sur le plan des soins de la vessie, de l'intestin et de la peau<sup>10,15,16</sup>.

### Résolution du cas

M. A. vous dit qu'il souffre d'une DA et qu'il a une carte de portefeuille comportant des instructions sur la façon de prendre en charge le problème. Vous arrivez à le placer en position assise avec les jambes pendantes. Votre évaluation attentive de M. A. révèle que le tube de la sonde s'est entortillé durant le transfert sur la table d'examen. Après que vous ayez replacé le tube et surveillé régulièrement la TA et la FC, ses signes vitaux reviennent à ses niveaux normaux au repos et ses symptômes disparaissent.

### Conclusion

La dysrèflexie autonome est un problème médical fréquent et potentiellement dangereux qui touche de nombreux patients ayant une LM et qui peut être évité. Les médecins de famille doivent être conscients de ce problème et il existe certaines stratégies bien simples pour prévenir des issues néfastes. 

Dr Milligan est directeur clinicien de la Clinique de mobilité du Centre for Family Medicine (CFMF) à Kitchener, en Ontario, professeur clinicien agrégé au

Département de médecine familiale de la McMaster University à Hamilton, en Ontario, et professeur clinicien adjoint au Département de médecine familiale de la University of Western Ontario à London. **D<sup>r</sup> Lee** est directeur de l'Équipe de santé familiale du CFFM à Kitchener, et directeur de l'établissement de Kitchener-Waterloo du programme de résidence en médecine familiale de la McMaster University. **M<sup>me</sup> McMillan** est professeure adjointe à la Faculté du travail social du Renison University College à Waterloo, en Ontario, membre du corps professoral de la Faculté du travail social à la Wilfrid Laurier University à Waterloo, associée de recherche à la Clinique de mobilité du CFFM et elle participe à l'enseignement aux résidents en médecine familiale à l'établissement de Kitchener-Waterloo du Département de médecine familiale à la McMaster University. **M<sup>me</sup> Klassen** est étudiante en médecine à la McMaster University.

### Remerciements

**D<sup>r</sup> Milligan** reçoit du financement par l'intermédiaire de la Fondation ontarienne de neurotraumatologie.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Collaborateurs

**D<sup>r</sup> Milligan** est l'auteur principal, ce qui comporte la préparation du cas, la recherche documentaire et la rédaction de la majorité du manuscrit. **D<sup>r</sup> Lee** et **M<sup>me</sup> McMillan** ont participé considérablement à la recherche documentaire, à la rédaction et à la révision du manuscrit. **M<sup>me</sup> Klassen** a contribué à la recherche documentaire, ainsi qu'au processus de rédaction et de révision.

### Correspondance

**D<sup>r</sup> James Milligan**, Centre for Family Medicine, 10B Victoria St S, Kitchener, ON N2G 1C5; téléphone 519 783-0022; télécopieur 519 783-0032; courriel [james.milligan@medportal.ca](mailto:james.milligan@medportal.ca)

### Références

1. Fondation ontarienne de neurotraumatologie. Primary healthcare delivery. Where should we go from here? *NeuroMatters* 2010;(10):6-7. Accessible à: [www.onf.org/newsletter/NeuroMattersIssue10Final\(2\).pdf](http://www.onf.org/newsletter/NeuroMattersIssue10Final(2).pdf). Accédé le 9 juillet 2012.
2. McColl MA, Forster D, Shortt SE, Hunter D, Dorland J, Godwin M et collab. Physician experiences providing primary care to people with disabilities. *Health Policy* 2008;4(1):e129-47.
3. Donnelly C, McColl MA, Charliufé S, Glass C, O'Brien P, Savic G et collab. Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a comparison of three countries. *Spinal Cord* 2007;45(1):25-36. Cyberpub. du 30 mai 2006.
4. Bowers B, Esmond S, Lutz B, Jacobson N. Improving primary care for persons with disabilities: the nature of expertise. *Disabil Soc* 2003;18(4):443-55.
5. Blackmer J. Rehabilitation medicine: 1. Autonomic dysreflexia. *CMAJ* 2003;169(9):931-5.
6. Middleton J, Leong G, Mann L. Management of spinal cord injury in general practice—part 1. *Aust Fam Physician* 2008;37(4):229-33.
7. Mann L, Middleton JW, Leong G. Fitting disability into practice—focus on spinal cord injury. *Aust Fam Physician* 2007;36(12):1039-42.
8. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med* 2008;40(9):645-51.
9. Marks MB, Teasell R. More than ramps: accessible health care for people with disabilities. *CMAJ* 2006;175(4):329 (ang), 331 (fr).
10. Krassioukov A, Warburton DE, Teasell R, Eng JJ; Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. A systemic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(4):682-95.
11. Karlsson AK. Autonomic dysreflexia. *Spinal Cord* 1999;37(6):383-91.
12. Anderson KD. Targeting recovery: priorities of the spinal cord-injured population. *J Neurotrauma* 2004;21(10):1371-83.
13. Middleton J. *Treatment of autonomic dysreflexia for adults & adolescents with spinal cord injuries. A medical emergency targeting health professionals*. Chatswood, NSW: NSW State Spinal Cord Injury Service; 2010. Accessible à: [www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/155149/Auto-Dysreflexia\\_Fact\\_sheet.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/155149/Auto-Dysreflexia_Fact_sheet.pdf). Accédé le 19 juin 2012.
14. Moeller BA Jr, Scheinberg D. Autonomic dysreflexia in injuries below the sixth thoracic segment [lettre]. *JAMA* 1973;224(9):1295.
15. Rabchevsky AG, Kitzman PH. Latest approaches for the treatment of spasticity and autonomic dysreflexia in chronic spinal cord injury. *Neurotherapeutics* 2011;8(2):274-82.
16. Paralyzed Veterans of America. *Acute management of autonomic dysreflexia: individuals with spinal cord injury presenting to health-care facilities*. 2<sup>e</sup> éd. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America; 2001.
17. Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, Kowey P. Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? *JAMA* 1996;276(16):1328-31.

\*\*\*