



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

CRISE HYPERTENSIVE AIGÜE



DEFINITION :

Hypertension artérielle sévère : élévation répétée > 180 mm Hg pour la PAS et / ou > 110 mm Hg pour la PAD, chez un sujet dont la PA est habituellement $< 140 / 90$ mm Hg

→ PEC thérapeutique **rapide**

Urgence hypertensive : idem avec atteinte viscérale (encéphalopathie hypertensive, OAP ou décompensation cardiaque, AVC, DA, SCA, IR ou éclampsie) mettant en jeu le pronostic vital → PEC thérapeutique **immédiate**

DIAGNOSTIC :

Signes cliniques :

Céphalées

Troubles visuels, vertiges, acouphènes

Asthénie

Chiffres tensionnels systolique et diastolique

Signes de gravité :

Agitation et / ou altération des fonctions supérieures, coma

Convulsions

Vomissements

Insuffisance cardiaque congestive

Syndrome coronarien aigu

PIEGES :

Mesures répétées

HTA compensatrice de l'hypertension intracrânienne

TRAITEMENT :

Repos strict, rassurer le patient

Symptomatique

En fonction de l'étiologie :

- **Encéphalopathie hypertensive** : objectif = faire baisser la PAD < 105 mm Hg

Loxen[®] IV administrer 1 mg / min en bolus jusqu'à objectif (max 10 mg)

relais au PSE, débiter 1 mg / h et augmenter par paliers de 1 mg / h si nécessaire

ou

Eupressyl[®] IVL 25 mg en 20 s, à répéter à 5 min si nécessaire si

insuffisant 50 mg en 20 s à 10 min relais au PSE 9 -

30 mg / h

- **AVC ischémique et hémorragique** : respecter l'HTA, sauf si $> 230 / 140$ mm Hg ou mauvaise tolérance cardiaque associée

Loxen[®] 0,5 mg / h à adapter par paliers de 0,5 mg / h, objectif : PAS > 120 mm Hg

- **Hémorragie sous-arachnoïdienne** : baisse progressive de la TA dans les premières heures avec PAS = **160 - 180 mm Hg** et PAD **< 105 mm Hg**

Loxen[®] PSE débiter à 1 mg / h, puis augmenter par paliers de 1 mg / h

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux

Position : demi-assise ou décubitus dorsal

ORIENTATION :

UHCD, soins continus ou réanimation