

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — CARDIOLOGIE & MTEV · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-CAR-HTA · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

POUSSÉE HYPERTENSIVE & HTA MALIGNE — conduite à tenir

Objet

Distinguer une élévation tensionnelle simple d'une urgence hypertensive (avec souffrance viscérale) et adapter la prise en charge.

CAT diagnostique

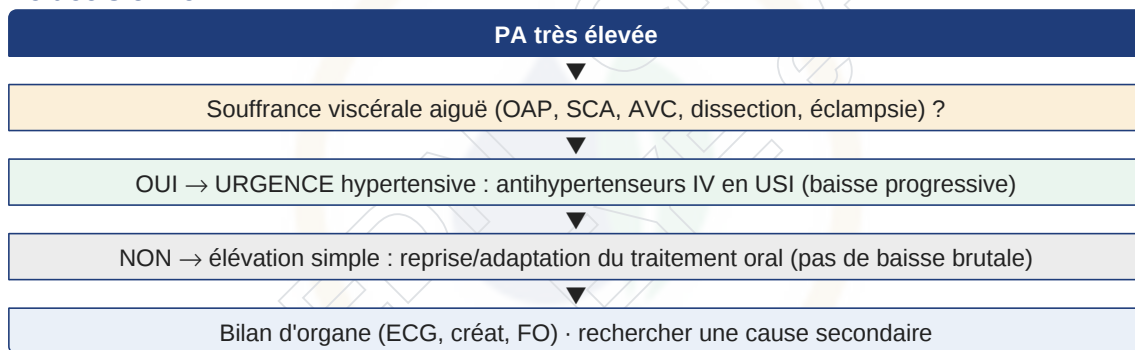
1. Signes cliniques

- PA très élevée (souvent $\geq 180/110$) ; rechercher des **signes de souffrance d'organe** : céphalées/convulsions (encéphalopathie), **OAP, SCA, dissection aortique**, déficit neurologique (AVC), éclampsie.
- **HTA maligne** : PA très élevée + rétinopathie hypertensive (stade III–IV) $\pm$ insuffisance rénale rapidement progressive.
- Élévation tensionnelle **simple** (sans atteinte d'organe) : souvent asymptomatique.

2. Signes paracliniques

- **Bilan de retentissement** : **ECG** (ischémie/HVG), **créatinine**, bandelette urinaire/protéinurie, **fond d'œil**, troponine, imagerie (TDM si dissection/AVC).
- Rechercher une cause secondaire dans les formes sévères/jeunes.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Urgence hypertensive vraie** (atteinte d'organe) : **antihypertenseurs IV** (nicardipine, urapidil, labétalol) **en USI**, baisse **progressive** et contrôlée (objectifs selon l'organe atteint).
- **Cas particuliers** : dissection (bêtabloquant + vasodilatateur, PA basse), AVC (cibles spécifiques), éclampsie (sulfate de magnésium + antihypertenseur).
- **Élévation tensionnelle simple** : repos, **reprise/optimisation du traitement oral** ; éviter la baisse brutale ; rechercher l'inobservance.
- Bilan et traitement d'une cause secondaire si suspectée.

Surveillance

- PA (cible progressive), état neurologique, diurèse, ECG ; tolérance des antihypertenseurs.
- Suivi et optimisation du traitement de fond.

Points de vigilance

- **Ne pas faire baisser la PA trop vite** (risque d'ischémie cérébrale/coronaire), sauf dissection/OAP.
- Distinguer urgence vraie (atteinte d'organe) de l'élévation simple (prise en charge différente).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Recherche clinique de l'atteinte d'organe (ECG, bandelette, FO) pour trier urgence vraie vs simple.
- Antihypertenseurs IV en USI pour les urgences ; reprise du traitement oral pour les élévations simples.
- Éducation à l'observance (cause fréquente de poussée) ; dépistage de l'HTA secondaire dans les formes sévères.