

URGENCES HYPERTENSIVES

(en dehors de la grossesse)

Rédacteurs : Emmanuelle Vial

Relecteur : Sébastien Rubin, Philippe Rieu

1. Points clés – à ne pas manquer

- Rechercher les **atteintes d'organes cibles**
- Distinguer les **3 situations suivantes** : Crise hypertensive, Urgence hypertensive (non HTA maligne) et HTA maligne

2. Définition

HTA aiguë sévère (>180/110 mmHg) associée à une atteinte d'organe.

3. Évaluation de l'atteinte des organes cibles au cours d'une HTA aiguë sévère

Cerveau	Devant tout signe neurologique (signes focaux, confusion ...) : IRM cérébrale en urgence
Œil	Recherche de flou visuel . Fond d'œil : rétinopathie hypertensive maligne
Cœur	• <i>Dissection aortique</i> ○ Douleur thoracique ○ Asymétrie tensionnelle membres inférieurs, pouls ○ AngioTDM en urgence • <i>OAP</i> • <i>Syndrome coronarien aigu</i> • <i>Hypertrophie ventriculaire gauche sévère (ECG, onde RavL > 1 cm)</i>
Rein	• Insuffisance rénale aiguë • Insuffisance rénale chronique terminale • Syndrome néphritique
Atteinte hématologique	Micro-angiopathie thrombotique.
Grossesse	Désordre hypertensif de la grossesse (cf. fiche dédiée). → Orienter vers la maternité et traitement IV (Labetalol, Urapidil, Nicardipine)

!! La présence d'une atteinte d'un organe cible ci-dessus nécessite l'hospitalisation du patient et une prise en charge urgente de l'HTA.

4. Différentier 3 situations différentes

Crise hypertensive sans atteinte d'organe	
Urgences hypertensives vraies (Non HTA maligne)	• Œdème aigu pulmonaire (OAP) • Dissection aortique • Syndrome coronarien aigu (SCA) • Accident vasculaire cérébral (AVC) • HTA sévère de l'insuffisance rénale sévère (IRA ou IRC chronique terminale) • HTA sévère du syndrome néphritique
HTA maligne	HTA sévère avec atteinte aiguë ischémique des organes cibles 1. Rétinopathie hypertensive maligne (exsudats, hémorragies, œdème papillaire) 2. Ou atteinte de 3 organes cibles parmi les 4 suivants ○ Neurologique : diagnostic par IRM ▪ PRES : <i>Posterior Regressive Encephalopathy Syndrome</i> ▪ Leucopathie vasculaire extensive si patient < 60 ans ▪ « Microbleeds » si patient < 60 ans ○ Hématologique : Microangiopathie thrombotique ○ Néphrologique : Insuffisance rénale <u>aiguë</u> ○ Cardiologique : Souffrance myocardique : troponinémie, HVG sévère, dysfonction systolique à l'ETT

5. Prise en charge

Crise hypertensive sans atteinte d'organe		Prise en charge ambulatoire :
		- Prévoir Automesure Tensionnelle rapide - Adressage au médecin traitant dans les 7 jours
Urgence hypertensive vraie (Non HTA maligne)	Œdème aigu pulmonaire	- Réduction immédiate de PAS <140 mmHg - Diurétiques de l'anse, dérivés nitrés
	Dissection aortique	- Réduction immédiate PAS <120 mmHg et fréquence cardiaque < 60bpm - ESMOLOL (Brevibloc) ou LABETALOL (Trandate) ET dérivés nitrés ou NICARDIPINE IV
	Syndrome coronarien aigu	- Réduction immédiate de PAS <140 mmHg - LABETALOL IV (Trandate) ou URAPIDIL
	AVC	Prise en charge spécifique en Unité Neuro Vasculaire
	HTA sévère de l'insuffisance rénale aiguë/chronique	- Déplétion hydrosodée : diurétiques de l'anse ou dialyse
	HTA sévère du syndrome néphritique	- Déplétion hydrosodée : diurétiques de l'anse et anti-hypertenseurs conventionnels

6. HTA maligne

L'HTA maligne est un syndrome regroupant de multiples étiologies. La prise en charge consiste à traiter l'hypertension artérielle et à en rechercher l'étiologie.

Prise en charge de l'hypertension artérielle dans les premières heures :

- Objectif : réduction de 20-25% de la PAS et en maintenant une PAS >160 mmHg.
- Expansion volémique (500 ml de NaCl 0,9% en 20-30 minutes) afin de corriger l'hypovolémie induite par la natriurèse de pression (*sauf si OAP* ou œdèmes)
- Traitement IV : LABÉTALOL ou NICARDIPINE (veinotoxique et contre-indiqué si traitement par Anticalcineurines, interaction pharmacologique) ou URAPIDIL (*cf tableau*)
- Blocage du Système Rénine Angiotensine à débiter après expansion volémique et titration rapide

Exemple du ramipril : Débiter à petite dose (2,5 mg) et doubler toutes les 6h jusqu'à Ramipril 10-20 mg/j en surveillant quotidiennement créatinine et kaliémie

Prise en charge de l'HTA après 48 heures

- À ce stade, le traitement IV est interrompu
- Si PA >140/90 mmHg
 - Ajouter Inhibiteur calcique
 - Puis ajouter un diurétique thiazidique
 - Puis ajouter un bêta bloquant
 - Puis ajouter spironolactone

Évaluation du retentissement

- IRM cérébrale (si non faite à la phase initiale) : recherche de lésions de la substance blanche, atteinte du petit vaisseau cérébral
- Échographie cardiaque : évaluation HVG et fonction systolique
- Recherche d'une albuminurie et évaluation de la récupération de la fonction rénale.
 - ✓ Biopsie à discuter après la phase aiguë en l'absence de récupération rénale ou persistance d'albuminurie.

Évaluation étiologique de l'HTA maligne

- Recherche d'une Maladie Rénale : Échographie, fonction rénale, albuminurie, hématurie ± biopsie.
- Recherche d'une Sténose de l'artère rénale : doppler des artères rénales.
- Recherche de causes hormonales (bilan rénine/aldostérone, recherche de phéochromocytome et de paragangliome à faire à distance de la phase aiguë)
- En présence de MAT : recherche une MAT primitive (*cf fiche MAT*).
- Recherche de la prise de toxique (cocaïne)

7. Bibliographie

1. Boulestreau, R., van den Born, B.H., Lip, G.Y.H., and Gupta, A. (2022). Malignant Hypertension: Current Perspectives and Challenges. *Journal of the American Heart Association* 11, e023397. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.023397>.
2. McEvoy, J.W., McCarthy, C.P., Bruno, R.M., Brouwers, S., Canavan, M.D., Ceconi, C., Christodorescu, R.M., Daskalopoulou, S.S., Ferro, C.J., Gerdts, E., et al. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal* 45, 3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>.
3. Cremer, A., Amraoui, F., Lip, G., Morales, E., Rubin, S., Segura, J., Van Den Born, B.J., and Gosse, P. (2016). From malignant hypertension to hypertension-MOD: a modern definition for an old but still dangerous emergency. *Journal of Human Hypertension* 30, 463–466. <https://doi.org/10.1038/jhh.2015.112>.
4. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 34, 2159–2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs151>.
5. Rubin, S., Cremer, A., Boulestreau, R., Rigother, C., Kuntz, S., and Gosse, P. (2019). Malignant hypertension: Diagnosis, treatment and prognosis with experience from the Bordeaux cohort. *Journal of Hypertension* 37, 316–324. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001913>.