



Mini module d'autoapprentissage : Les urgences hypertensives

Rania AMMAR ZAYANI

Les urgences hypertensives

Docteur Rania AMMAR ZAYANI

Maitre de conférences agrégé en réanimation médicale

Mail : rania.ammarzayani@gmail.com

Année universitaire 2025-2026

Public cible : DCEM3

Avant de commencer ce mini-module d'auto-apprentissage, le pré-requis nécessaire comporte :

Physiologie de la pression artérielle et les mécanismes de régulation

Table des matières

Objectifs pédagogiques	3
<i>Prétest : urgences hypertensives</i>	4
1 Introduction.....	6
2 Définition et classification	6
3 Physiopathologie de l'urgence hypertensive.....	7
4 Evaluation diagnostique devant une suspicion d'urgence hypertensive	8
5 Traitement	11
5.1 Prise en charge des urgences hypertensives	11
5.1.1 Principes généraux.....	11
5.1.2 Prise en charge spécifique selon le type d'urgence hypertensive	12
5.1.3 Sélection de l'agent thérapeutique lors d'une urgence hypertensive	13
5.2 Prise en charge de l'HTA sévère en l'absence d'atteinte aiguë d'organe cible	14
6 Conclusion :.....	16
<i>Post-Test : urgences hypertensives</i>	17



Mini module d'autoapprentissage : Les urgences hypertensives

Rania AMMAR ZAYANI

Objectifs pédagogiques

A la fin de ce mini-module d'autoapprentissage, l'apprenant devrait être capable de :

1. Distinguer urgence hypertensive vraie et poussée hypertensive sans atteinte viscérale.
2. Reconnaître les tableaux cliniques d'atteinte aiguë des organes cibles.
3. Prescrire les explorations initiales prioritaires en contexte d'urgence.
4. Élaborer une stratégie thérapeutique adaptée (molécule, voie, vitesse de baisse de PA).

Prétest : urgences hypertensives

QCM 1 – On parle d'urgence hypertensive lorsqu'il existe :

- A. Une TA $\geq 180/110$ mmHg quel que soit le contexte
- B. Une élévation aiguë de la TA avec céphalées isolées sans autre anomalie
- C. Une élévation marquée de la TA associée à une atteinte aiguë d'organe cible
- D. Une HTA ancienne mal contrôlée sans symptôme
- E. Une TA $\geq 160/100$ mmHg chez un hypertendu connu

Bonne réponse : C

Explication : Une urgence hypertensive = élévation marquée de la PA avec atteinte aiguë d'organe cible (AOC), imposant une réduction rapide mais contrôlée, le plus souvent IV et en milieu monitoré.

QCM 2 – Laquelle des propositions suivantes caractérisent le mieux une poussée hypertensive ?

- A. HTA sévère avec encéphalopathie hypertensive
- B. HTA sévère sans atteinte aiguë d'organe cible
- C. HTA sévère avec OAP aigu
- D. HTA sévère avec hémorragie intracérébrale
- E. HTA sévère nécessitant obligatoirement un traitement IV en USI

Bonne réponse : B

Explication : La poussée hypertensive correspond à une HTA sévère sans AOC aiguë. Le risque vital immédiat est moindre, la prise en charge est souvent ambulatoire, avec traitement oral et baisse plus progressive de la PA.

QCM 3 – Parmi les propositions suivantes, quels sont les principaux organes cibles des urgences hypertensives (AOC aiguë) ?

- A. Poumon, foie, pancréas, rate
- B. Cerveau, cœur, rein, rétine
- C. Foie, rate, os, peau
- D. Cœur, poumon, intestin, peau
- E. Cerveau, thyroïde, rate, rein

Bonne réponse : B

Explication : Les principaux organes cibles dans les urgences hypertensives sont :

- Cerveau (AVC, encéphalopathie hypertensive)

Mini module d'autoapprentissage : Les urgences hypertensives

Rania AMMAR ZAYANI

- Cœur (SCA, OAP)
- Rein (insuffisance rénale aiguë)
- Rétine (rétinopathie hypertensive aiguë).

QCM 4 – Devant une élévation sévère de la PA aux urgences, la première étape recommandée est :

- A. Administrer immédiatement un antihypertenseur IV à forte dose
- B. Confirmer l'HTA par des mesures répétées après repos, avec technique correcte
- C. Réaliser systématiquement un scanner cérébral en urgence
- D. Donner un anxiolytique et laisser sortir le patient
- E. Hospitaliser en réanimation sans autre évaluation

Bonne réponse : B

Explication : Toute valeur très élevée de PA doit d'abord être confirmée :

- Repos \geq 15–30 min
- Brassard adapté, position correcte
- Mesures répétées
avant de conclure à une véritable HTA sévère et de rechercher une AOC

QCM 5 – Concernant la prise en charge d'une urgence hypertensive avec AOC confirmée, quelle affirmation est la plus juste ?

- A. Normaliser la TA le plus vite possible, en quelques minutes
- B. Utiliser de préférence des traitements oraux à action lente
- C. Réduire la PA de façon rapide mais contrôlée, par voie IV, en milieu monitoré
- D. Ne pas traiter la PA pour éviter l'hypoperfusion
- E. Traiter uniquement la douleur, la TA baissera spontanément

Bonne réponse : C

Explication : En cas d'UH avec AOC, la prise en charge repose sur :

- Baisse rapide mais contrôlée de la PA (éviter la chute brutale)
- Voie intraveineuse avec drogues titrables (ex. labétalol, nicardipine)
- Milieu disposant d'un monitoring hémodynamique continu (USI/soins intensifs).

1 Introduction

- ✓ Les urgences hypertensives (UH) se définissent par une élévation marquée de la pression artérielle (PA) associée à une atteinte aiguë d'organe cible (AOC), nécessitant une réduction tensionnelle rapide et contrôlée.
- ✓ Elles doivent être distinguées de l'hypertension artérielle (HTA) sévère sans AOC, fréquente en milieu aigu et souvent contextuelle, ne nécessitant pas de traitement intraveineux immédiat. L'évaluation initiale repose sur la confirmation de l'HTA, l'identification de signes cliniques ou para cliniques d'AOC et la recherche d'un facteur déclenchant.
- ✓ La prise en charge des UH implique un traitement intraveineux titrable, adapté au contexte clinique, avec surveillance hémodynamique continue.

2 Définition et classification

La classification des élévations sévères de la PA repose sur la présence ou non d'une atteinte organique. Les recommandations actuelles des différentes sociétés savantes insistent sur l'abandon de certains termes historiques, sources de confusion, et sur l'adoption d'une terminologie standardisée qui est représentée dans la figure 1.

Définition :

- Poussée hypertensive (HTA sévère sans retentissement aigu)
- Urgence hypertensive (HTA + atteinte aiguë d'organe cible)

4 organes cibles : cerveau, cœur, rein, rétine.

Classification et terminologie des urgences hypertensives	
Tab. 1	
Urgence hypertensive	élévation sévère (grade III) de la PA (PAS \geq 180 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) associée à une atteinte d'organe aiguë menaçant le pronostic vital (encéphalopathie hypertensive, AVC ischémique ou hémorragique, dissection aortique, syndrome coronarien aigu, insuffisance cardiaque aiguë avec OAP, microangiopathie thrombotique). A noter qu'en cas de grossesse (éclampsie) les valeurs tensionnelles critiques peuvent être plus basses (grade II).
Hypertension sévère asymptomatique	élévation marquée de la PA (grade III) sans signe clinique ni biologique d'atteinte d'organe cible.
Hypertension maligne	Forme particulière d'HTA sévère définie par une rétinopathie hypertensive de stade III ou IV (hémorragies, exsudats, \pm œdème papillaire), souvent associée à une atteinte rénale, cardiaque ou neurologique. Historiquement considérée comme une urgence au pronostic très sombre, cette définition est jugée aujourd'hui trop restrictive car l'atteinte oculaire peut manquer. Différents auteurs ainsi que la Task Force de l'ESH estime que ce terme est probablement dépassé et qu'il conviendrait d'envisager des alternatives (2,5).
Microangiopathie hypertensive aiguë (acute hypertensive microangiopathy)	terme proposé par la Task Force de l'ESH comme une alternative possible à l'HTA maligne, cette appellation met l'accent sur l'atteinte microvasculaire systémique (rein, cerveau, petits vaisseaux), indépendamment de la rétinopathie qui est parfois absente (jusqu'à 30 % des cas d'HTA maligne). Elle reflète mieux la physiopathologie mais reste encore à valider (6).
HTA-MOD (Hypertension with Multiple Organ Damage)	Concept proposé par certains auteurs et repris par la Task Force ESH comme autre alternative, définissant une HTA sévère compliquée d'une atteinte microvasculaire concomitante d'au moins trois organes cibles (reins, cœur, cerveau, petits vaisseaux) (7). Cette redéfinition identifie mieux les formes de très haut risque et pourrait être plus utile cliniquement pour stratifier les patients.
Termes obsolètes	les notions de «hypertensive urgency» et «crise hypertensive» ne sont plus retenues dans les recommandations car elles induisent une confusion et peuvent conduire à des traitements inappropriés (6).

Figure 1: Classification des urgences hypertensives

3 Physiopathologie de l'urgence hypertensive

La physiopathologie de l'UH reste mal caractérisée. Elle résulte d'un enchaînement complexe et multifactoriel dont voici les principaux éléments : l'hypothèse la plus largement admise repose sur une défaillance aiguë des mécanismes d'autorégulation vasculaire, entraînant une augmentation brutale des résistances vasculaires systémiques. Cette cascade induit des lésions microcirculatoires diffuses, une activation exacerbée du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), une vasoconstriction marquée ainsi qu'une natriurèse induite par la pression, aboutissant à une déplétion volémique. Cet ensemble s'inscrit dans un cercle vicieux auto-entretenu, responsable d'une élévation rapide et persistante de la PA.

Sur le plan cérébral, l'exposition prolongée à une HTA non-contrôlée provoque un remodelage structurel et fonctionnel du lit artériel de résistance, déplaçant vers des valeurs plus élevées le seuil supérieur d'autorégulation. Ainsi, certains patients peuvent tolérer des pressions artérielles moyennes nettement supérieures aux valeurs physiologiques sans manifestation clinique immédiate. Cette adaptation, réversible à moyen terme sous traitement, est un enjeu majeur puisqu'elle explique le

risque d'hypo perfusion et d'ischémie en cas de réduction tensionnelle trop rapide, notamment au niveau cérébral et cardiaque (figure 2).

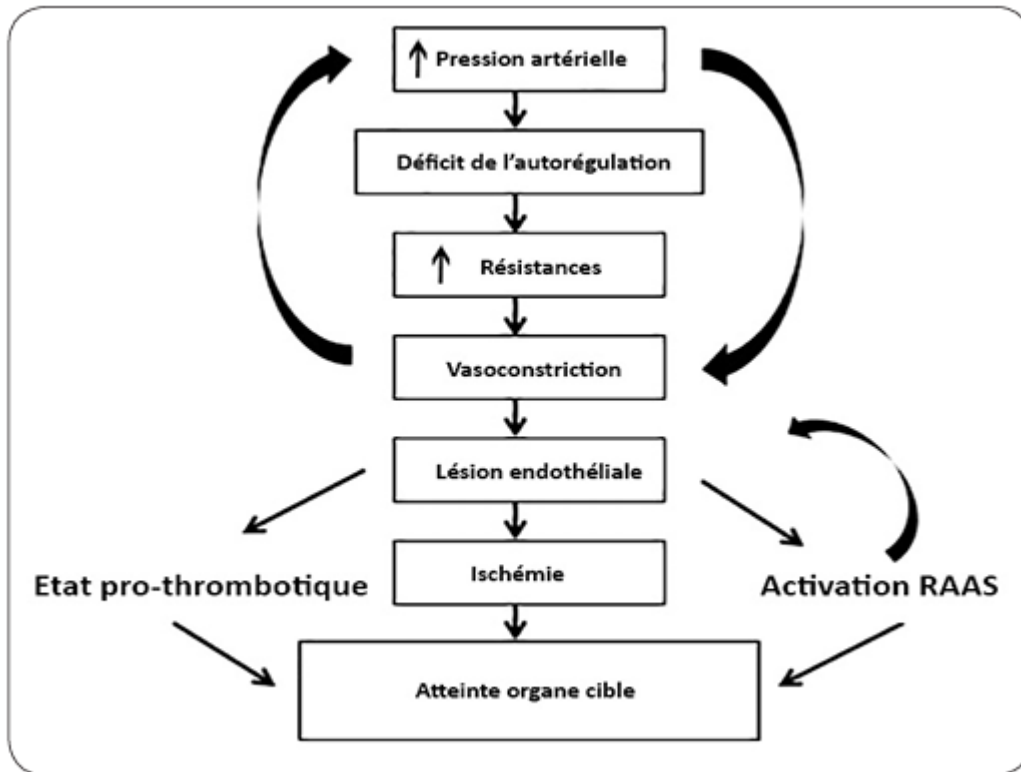


Figure 2: Physiopathologie de l'urgence hypertensive

4 Evaluation diagnostique devant une suspicion d'urgence hypertensive

L'évaluation d'un patient présentant une élévation tensionnelle sévère (HTA de grade III), que cela soit en cabinet ou aux urgences, doit impérativement débiter par la confirmation qu'il s'agit bien d'une réelle HTA. En effet, une élévation sévère de la PA peut être classiquement observée en contexte aigu, en raison de multiples facteurs contextuels tels que des erreurs techniques dans la mesure de la PA, un environnement stressant, la douleur ou un effet blouse blanche. Aux urgences, ces élévations tensionnelles sont fréquentes et, bien qu'associées à un risque CV accru à long terme, elles ne correspondent pas le plus souvent à une véritable urgence vitale.

Des données démontrent même qu'une proportion significative des situations d'élévation de la PA retrouvée aux urgences est spontanément résolutive après 30 minutes de repos. C'est pour ces raisons

Rania AMMAR ZAYANI

que les recommandations actuelles insistent fortement sur la nécessité de répéter les mesures après une période de repos, d'utiliser une méthodologie standardisée (brassard adapté, position correcte, patient au repos depuis ≥ 15 min) et, si possible, une mesure automatisée non supervisée afin de limiter l'influence du soignant.

Une fois l'HTA sévère confirmée et persistante, la seconde étape consiste donc à distinguer une véritable UH d'une HTA sévère sans AOC, distinction déterminante pour la stratégie thérapeutique et le pronostic (Fig. 3).

En effet, l'UH impose une hospitalisation immédiate, la mise en route d'un traitement antihypertenseur intraveineux titrable adapté au type d'UH et une surveillance hémodynamique continue. En revanche, l'HTA sévère sans AOC peut, dans la majorité des cas, être prise en charge en ambulatoire, avec une réduction tensionnelle progressive par traitement oral et un contrôle rapproché par le médecin traitant.

Dans ce but, il faut suivre une démarche diagnostique qui repose sur un interrogatoire ciblé et un examen clinique systématique visant à identifier des signes ou symptômes évocateurs d'une atteinte neurologique, CV, rénale ou ophtalmologique dont les principaux éléments sont résumés dans la figure 4. Il s'agira également de réaliser des examens complémentaires urgents, adaptés au contexte, permettant de confirmer une AOC et d'identifier une cause déclenchante dont les détails sont représentés dans la figure 5.

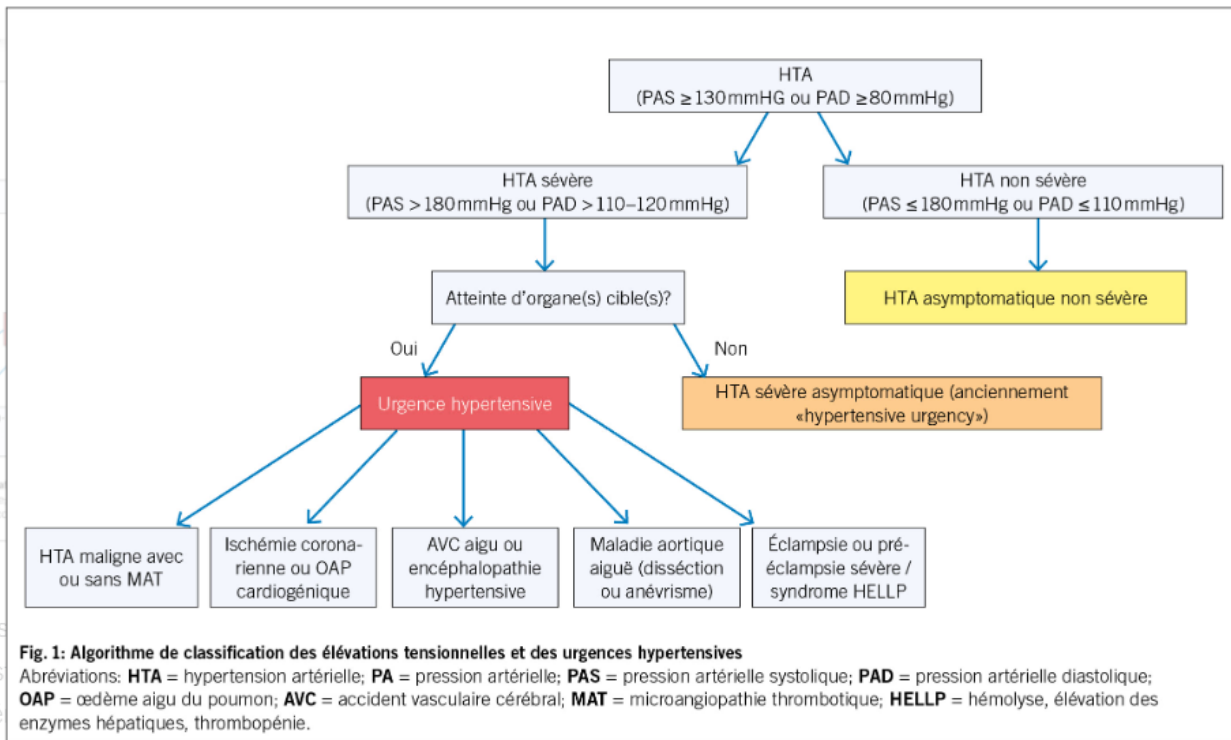


Figure 3: Algorithme de classification des élévations attentionnelles et des urgences hypertensives

Anamnèse en cas de suspicion d'urgence hypertensive	
Tab. 2	
Le tableau résume les principaux éléments anamnestiques recherchés en cas de suspicion d'urgence hypertensive	
Symptômes	Éléments anamnestiques complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Système nerveux central: léthargie, somnolence, céphalée, crise épileptique, vertige, syncope, troubles visuels, état confusionnel, trouble sensitif ou moteur, nausée, vomissements • Cœur et gros vaisseaux: douleur rétrosternale ou transfixiante, syncope, dyspnée, œdème, œdèmes des membres inférieurs, prise pondérale • Reins: sensation de soif, polyurie, hématurie, urines mousseuses (signe de protéinurie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'HTA (personnels et familiaux) ou de maladies CV • Durée de l'HTA • Adhérence au traitement antihypertenseur • Prise de traitements favorisant l'HTA (corticostéroïdes, AINS, ciclosporine, anti-VEGF) • Prise de toxiques (alcool, cocaïne, amphétamines) • Grossesse au décours
VEGF: facteur de croissance de l'endothélium vasculaire; AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens. Adapté de la référence (26).	

Figure 4: Anamnèse en cas de suspicion d'urgence hypertensive

Rania AMMAR ZAYANI

Tab. 3	Bilan diagnostique devant une suspicion d'urgence hypertensive
Examens courants	
Fond d'œil	
ECG 12 dérivations	
Hémogramme, numération plaquettaire, fibrinogène, frottis sanguin périphérique	
Créatinine, DFG estimé, électrolytes, LDH, haptoglobine	
UACR, analyse d'urine à la recherche d'hématies, leucocytes et/ou cylindres	
Test de grossesse chez la femme en âge de procréer	
Examens spécifiques	
Troponine, NT-proBNP (en cas de suspicion d'insuffisance cardiaque et/ou de syndrome coronarien aigu)	
Radiographie thoracique ou échographie pulmonaire (congestion pulmonaire, surcharge hydrique)	
Échocardiographie (insuffisance cardiaque, ischémie myocardique, dissection aortique)	
Angioscanner thoracique et/ou abdominal si suspicion de dissection aortique	
Scanner ou IRM cérébral (atteinte neurologique)	
Échographie-doppler rénale (insuffisance rénale ou suspicion de sténose de l'artère rénale)	
Analyse d'urines pour dépistage de cocaïne ou méthamphétamine	
Abréviations: DFG = débit de filtration glomérulaire; LDH = lactate déshydrogénase; UACR = rapport albumine/créatinine urinaire; NT-proBNP = N-terminal pro-B-type natriuretic peptide; IRM = imagerie par résonance magnétique. Adapté de la référence (2).	

Figure 5: Bilan diagnostique en cas d'urgence hypertensive

5 Traitement

5.1 Prise en charge des urgences hypertensives

5.1.1 Principes généraux

En présence d'une AOC, la baisse tensionnelle doit être rapide dans la plupart des cas (hormis dans l'AVC ischémique), contrôlée, préférentiellement par voie intraveineuse avec des agents titrables (p. ex labetalol, nicardipine) et se faire en milieu disposant d'un monitoring hémodynamique continu (urgences, soins intermédiaires ou intensifs). La vitesse et l'ampleur de la réduction dépendent du

contexte : diminution rapide dans l'œdème pulmonaire ou la dissection aortique, prudence extrême dans l'AVC ischémique, approche individualisée dans l'hémorragie intracrânienne.

Comme mentionné ci-dessus, dans ces prises en charge, il est impératif de toujours prendre en considération le risque d'hypoperfusion lié à une réduction excessive qui impose de respecter les principes d'autorégulation cérébrale et rénale. En effet, plusieurs études démontrent que des réductions excessives (> 50 % de la PA moyenne) et/ou trop rapides de la PA, en particulier dans les situations avec atteinte centrale (encéphalopathie hypertensive ou AVC ischémique) ont été corrélées à une augmentation du risque d'AVC ischémique, de cécité et de mortalité.

5.1.2 Prise en charge spécifique selon le type d'urgence hypertensive

La figure 6 récapitule les cibles et la vitesse de réduction de la PA recommandées selon le type d'UH, ainsi que les traitements de première ligne, sur la base des recommandations les plus récentes de la Société européenne d'hypertension de 2023. Ces éléments constituent la base de la prise en charge et permettent d'adapter le traitement à chaque contexte clinique.

Urgences hypertensives nécessitant une réduction immédiate de la PA par traitement intraveineux			
Présentation clinique	Délai et objectif tensionnel	Traitement de première intention	Alternative
HTA maligne avec ou sans insuffisance rénale aiguë	Quelques heures Réduire la PAM de 20–25 %	Labetalol* ou Nicardipine	Nitroprussiate, Urapidil
Encéphalopathie hypertensive	Réduire immédiatement la PAM de 20–25 %	Labetalol* ou Nicardipine	Nitroprussiate
Syndrome coronarien aigu	Réduire immédiatement la PAS < 140 mmHg	Nitroglycérine ou Labetalol*	Urapidil
Œdème pulmonaire cardiogénique aigu	Réduire immédiatement la PAS < 140 mmHg	Nitroprussiate ou Nitroglycérine (avec diurétique de l'anse)	Urapidil (avec diurétique de l'anse)
Dissection aortique aiguë	Réduire immédiatement la PAS < 120 mmHg et FC < 60 bpm	Esmolol ET Nitroprussiate ou Nicardipine	Labetalol* ou Métoprolol
Éclampsie et prééclampsie sévère/ HELLP	Réduire immédiatement la PAS < 160 mmHg et PAD < 105 mmHg	Labetalol* ou Nicardipine ET Sulfate de magnésium	Envisager l'accouchement

*Non disponible dans certains pays.
Abréviations: HTA = hypertension artérielle; PAM = pression artérielle moyenne; PAS = pression artérielle systolique; PAD = pression artérielle diastolique; FC = fréquence cardiaque; HELLP = hémolyse, élévation des enzymes hépatiques, thrombopénie. Adapté de la référence (2).

Figure 6: La prise en charge selon le type d'urgence hypertensive

5.1.3 Sélection de l'agent thérapeutique lors d'une urgence hypertensive

Le choix des agents antihypertenseurs dépend étroitement du contexte clinique et de la disponibilité locale. Les plus utilisés sont le labetalol (α et β -bloquant), souvent privilégié en première intention, notamment dans les urgences neurologiques et les dissections aortiques, et la nicardipine, antagoniste calcique largement employé et bien toléré, y compris en cas d'insuffisance rénale. D'autres options, telles que l'esmolol (β -bloquant à très courte durée d'action), la nitroglycérine (en particulier en cas d'œdème pulmonaire ou de syndrome coronarien aigu) ou le nitroprussiate de sodium, dont l'utilisation doit être évitée en cas d'hypertension intracrânienne, peuvent être envisagées selon l'indication. En pratique, la sélection de la molécule repose sur la situation clinique, les comorbidités, l'expertise de l'équipe en charge et les capacités de monitoring. Il convient de se référer à la figure 7 pour le détail des caractéristiques pharmacologiques et pratiques de chaque agent.

Médicaments utilisés dans le traitement des urgences hypertensives: délai d'action, durée, posologie, contre-indications et effets indésirables					
Médicament	Délai d'action	Durée d'action	Posologie	Contre-indications	Effets indésirables
Esmolol	1 min	10–30 min	0.5–1 mg/kg IV bolus; 50–300 µg/kg/min IV perfusion	BAV 2 ^e ou 3 ^e degré, insuffisance cardiaque systolique, asthme, bradycardie	Bradycardie
Metoprolol	1–2 min	5–8 h	2.5–5 mg IV bolus sur 2 min, répétable toutes les 5 min jusqu'à 15 mg	BAV 2 ^e ou 3 ^e degré, insuffisance cardiaque systolique, asthme, bradycardie	Bradycardie
Labetalol*	5–10 min	3–6 h	10–20 mg IV bolus en 1 min; répéter toutes les 10 min jusqu'à 80 mg ou perfusion IV 1–2 mg/min (max 300 mg)	BAV 2 ^e ou 3 ^e degré, insuffisance cardiaque systolique, asthme	Bronchoconstriction, bradycardie foetale
Fenoldopam	5–15 min	30–60 min	0.1–0.3 µg/kg/min IV, augmenter toutes les 15 min de 0.1 µg/kg/min jusqu'à objectif	Prudence si glaucome	–
Clevidipine	2 min.	10 min	1–2 mg/h IV, augmenter toutes les 2 min par petites incréments jusqu'à objectif	Insuffisance hépatique	Céphalées, tachycardie réflexe
Nicardipine	5–15 min	4–6 h	5–15 mg/h IV, augmenter toutes les 15–30 min de 2.5 mg jusqu'à objectif (max 15 mg/h)	Insuffisance hépatique	Céphalées, tachycardie réflexe
Nitroglycérine	1–5 min	5–10 min	5–200 µg/min IV, augmenter toutes les 5 min	–	Céphalées, tachycardie réflexe
Nitroprussiate	Sofort	1–3 min	0.3–0.5 µg/kg/min IV, augmenter jusqu'à max 10 µg/kg/min	Insuffisance hépatique/rénale	Intoxication au cyanure
Enalaprilate	5–15 min	4–6 h	0.625–1.25 mg IV bolus toutes les 6 h	Antécédent d'angio-œdème	–
Urapidil	3–5 min.	4–6 h	12.5–25 mg IV bolus; 5–40 mg/h perfusion continue	–	Hypotension, vertiges
Clonidine	30 min	6–10 h	0.2–0.5 µg/kg/min IV	–	Sédation, rebond hypertensif
Phentolamine	1–2 min	10–15 min	1–5 mg IV bolus ou perfusion IV 0.5–20 µg/kg/min	–	Tachyrythmie, douleur thoracique

* Non disponible dans plusieurs pays.
Abréviations: **BAV** = bloc auriculo-ventriculaire; **IV** = intraveineux; **min** = minute(s); **h** = heure(s). Adapté de la référence (2).

Figure 7: Les médicaments utilisés lors des urgences hypertensives

5.2 Prise en charge de l'HTA sévère en l'absence d'atteinte aiguë d'organe cible

Il est important de se rappeler qu'indépendamment de toute atteinte aiguë d'organe cible, un épisode d'HTA sévère s'accompagne d'un surcroît de mortalité CV à long terme et ne doit pas être banalisé. Par ailleurs, les élévations tensionnelles sévères rencontrées aux urgences ou au cabinet du praticien sont très fréquentes et représentent une opportunité unique pour dépister une HTA chronique jusque-là méconnue, présente chez près de la moitié des patients consultant aux urgences pour une élévation sévère de la PA. Ainsi, après avoir écarté une UH, le deuxième temps consiste à apprécier la probabilité d'une HTA chronique sous-jacente: celle-ci est d'autant plus probable que l'élévation de la PA persiste sur des mesures répétées réalisées au repos, avec brassard adapté et positionnement correct. Il faut se souvenir que la non-adhérence aux traitements antihypertenseurs prescrits est une

Rania AMMAR ZAYANI

cause très fréquente d'hypertension sévère. En cas de probabilité élevée d'HTA chronique sous-jacente – en particulier chez les patients peu susceptibles d'assurer un suivi ou sans médecin de premier recours – il convient d'envisager l'initiation d'un traitement antihypertenseur et d'organiser un suivi ambulatoire rapproché. Pour les patients non-adhérents, le traitement peut être réinitié en tenant compte des raisons de la non-adhérence (effets secondaires, intolérance, ...). Une collaboration étroite avec le médecin traitant dans un délai assez court est essentielle.

Comme mentionné plus haut, dans ces situations, il n'existe pas de seuil tensionnel clairement défini dans la littérature au-delà duquel une réduction immédiate de la PA s'imposerait. Il semble par contre claire qu'en l'absence d'AOC, une réduction rapide de la PA aux urgences n'a pas démontré de bénéfice clinique et peut même générer des effets délétères en compromettant la perfusion d'organe. Ceci a notamment été démontré avec la nifédipine sublinguale, dont l'usage entraîne des baisses tensionnelles imprévisibles, parfois dangereuses (AVC ou cécité aiguë), sans bénéfice pronostique documenté. En dehors des situations obstétricales (prééclampsie/éclampsie), son utilisation est désormais déconseillée par les sociétés savantes, bien qu'encore trop souvent employée en première intention. Il en va de même pour des antihypertenseurs à action rapide comme certains vasodilatateurs.

Se pose alors la question du choix thérapeutique aux urgences. Actuellement, il n'existe pas de recommandations clairement établies spécifiques à ce contexte. Néanmoins, l'initiation ou l'adaptation d'un traitement aux urgences paraît sûre et efficace : dans l'étude de Brody et al., la prescription aux urgences est associée à une baisse significative de la PAS au suivi ambulatoire à court terme, sans augmentation des effets indésirables et sans réduction tensionnelle au-delà de seuils potentiellement délétères. En l'absence de recommandations spécifiques, les principes de traitements sont extrapolés de la prise en charge de l'HTA chronique en accord avec les recommandations actuelles.

Selon ces dernières, ces patients ne requièrent habituellement pas d'hospitalisation. La réduction de la PA doit être obtenue par voie orale, de manière progressive sur 24–48 heures, soit par la réintroduction ou l'intensification du traitement antérieur, soit par l'instauration d'un nouveau schéma.

Rania AMMAR ZAYANI

Chez un patient non-traité, un inhibiteur calcique de type dihydropyridine de longue durée est suggéré en première intention (peu de contre-indications, n'interfère pas avec le bilan d'HTA secondaire). Il est également possible d'initier d'autres associations orales à longue durée d'action, par exemple un bloqueur du système rénine-angiotensine-aldostérone avec un inhibiteur calcique de longue durée d'action et/ou un diurétique thiazidique.

Comme mentionné précédemment, les traitements intraveineux ou les agents oraux à action rapide ne doivent pas être utilisés dans ce contexte. Une brève période de surveillance en unité d'observation avant la sortie est généralement indiquée. Étant donné que la PA peut rester élevé après la sortie des urgences, des mesures ultérieures en cabinet et hors cabinet (MAPA) sont nécessaires. Un suivi ambulatoire rapproché est donc fondamental pour évaluer l'efficacité, la tolérance et l'adhérence au traitement. Pour finir, puisqu'il s'agit d'une HTA sévère, il conviendra également d'organiser le dépistage d'une HTA d'origine secondaire en accord avec les recommandations actuelles.

6 Conclusion :

- ✓ Les urgences hypertensives se définissent par une élévation sévère de la pression artérielle associée à une atteinte aiguë d'organe cible, et non par les chiffres tensionnels seuls.
- ✓ Le choix du traitement, la vitesse et l'ampleur de la réduction tensionnelle doivent être adaptés au type d'organe atteint et au contexte clinique.
- ✓ Les antihypertenseurs intraveineux titrables sont indiqués uniquement dans les urgences hypertensives, sous surveillance hémodynamique continue.
- ✓ L'hypertension sévère sans atteinte d'organe cible ne justifie pas un traitement intraveineux ; une prise en charge orale progressive en ambulatoire est recommandée.
 - ✓ Le suivi rapproché après un épisode d'hypertension sévère, avec ou sans atteinte d'organe, est essentiel pour assurer le contrôle tensionnel et prévenir les complications cardiovasculaires à long terme.

Post-Test : urgences hypertensives

Cas clinique 1 : Homme de 58 ans, HTA connue, mal équilibrée, tabagique.

Arrive aux urgences pour céphalées intenses, vomissements, troubles visuels depuis 6 h. TA : 230/130 mmHg, FC 92/min, FR 20/min, SpO₂ 98 %.

Examen neuro : agitation, confusion, ROT vifs, pas de déficit focal net.

Fonds d'œil : hémorragies rétinienne, exsudats flous, œdème papillaire.

Créat 150 μmol/L, ECG : HVG, pas de signe d'ischémie.

QCM1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Poussée hypertensive sans atteinte d'organe
- B. Urgence hypertensive : encéphalopathie hypertensive
- C. Urgence hypertensive : AVC ischémique
- D. HTA de blouse blanche
- E. Migraine avec aura

Réponse : B

Justification : TA très élevée + signes neurologiques diffus réversibles + AOC (neurologique et rétinienne) → encéphalopathie hypertensive.

Q2. Quelle conduite à tenir est la plus appropriée ?

- A. Le renvoyer en consultation externe avec bithérapie orale
- B. Diminuer la TA d'environ 50 % en 30 minutes
- C. Diminuer la PAM de 20–25 % dans les 1–2 premières heures
- D. Normaliser la TA (120/80) en moins de 2 heures
- E. Ne pas traiter la TA les premières 24 h

Réponse : C

Justification : Urgence hypertensive hors AVC ischémique → baisse contrôlée, progressive : –20/25 % de la PAM en 1–2 h pour éviter l'hypoperfusion.

Rania AMMAR ZAYANI

QCM3. Quel traitement antihypertenseur IV est le plus adapté en première intention ?

- A. Nicardipine IV
- B. IEC per os
- C. Labetalol IV
- D. Furosemide IV seule
- E. Clonidine per os

Réponses : A ou C

Justification : Nicardipine et labetalol sont recommandés en première ligne, titrables, en milieu monitoré. On choisit souvent nicardipine en pratique (bonne tolérance, insuff. rénale possible).

QCM4. Quel examen complémentaire est PRIORITAIRE dans ce contexte ?

- A. Scanner cérébral sans injection
- B. IRM cérébrale avec injection
- C. Écho-doppler des TSA
- D. Holter tensionnel
- E. EFR

Réponse : A

Justification : Signes neuro + HTA sévère → éliminer un AVC hémorragique/is-chémique avant de poursuivre la stratégie thérapeutique.

QCM5. Quelle affirmation est FAUSSE concernant les urgences hypertensives ?

- A. Elles associent HTA sévère et atteinte aiguë d'organe cible
- B. Elles nécessitent un traitement IV titrable en milieu monitoré
- C. Une baisse trop rapide de la TA peut entraîner une ischémie cérébrale
- D. Le traitement peut être purement ambulatoire si patient asymptomatique
- E. Elles nécessitent une évaluation clinique et paraclinique systématique

Réponse : D

Justification : En cas d'urgence hypertensive, hospitalisation et traitement IV monitoré sont obligatoires. L'ambulatoire concerne l'HTA sévère sans AOC.

Cas clinique 2 : Femme de 32 ans, 30 SA, sans antécédents, consulte pour céphalées, phosphènes, douleur épigastrique.

Rania AMMAR ZAYANI

TA : 190/115 mmHg, FC 100/min, œdèmes MI.

BU : protéinurie +++.

Plaquettes à 105 000/mm³, ASAT/ALAT ×2 N, LDH élevée.

Pas de déficit neurologique focal.

QCM1. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. HTA gravidique simple
- B. Prééclampsie sévère compliquée
- C. Eclampsie
- D. Poussée hypertensive essentielle
- E. Dissection aortique

Réponse : B

Justification : HTA sévère + protéinurie importante + signes viscéraux (douleur épigastrique, cytolyse, thrombopénie) → prééclampsie sévère.

QCM2. Cette situation est classée comme :

- A. HTA sévère sans AOC
- B. Urgence hypertensive obstétricale
- C. Urgence hypertensive uniquement si convulsions
- D. Situation ne nécessitant pas de baisse rapide de TA
- E. Simple indication d'augmentation de la posologie orale

Réponse : B

Justification : HTA + atteinte aiguë d'organe (foie, reins, placenta) → urgence hypertensive spécifique de la grossesse.

QCM3. Quel est l'objectif initial de baisse de la TA ?

- A. TA < 120/70 mmHg d'emblée
- B. TA ≈ 160/100–105 mmHg
- C. TA ≈ 140/90 mmHg en 30 minutes
- D. Aucune baisse de TA en phase initiale
- E. Baisse de la PAM > 50 %

Réponse : B

Justification : Dans les urgences hypertensives de la grossesse, on vise TA ≈ 150–160/100–105 mmHg pour protéger mère et fœtus sans hypoperfusion.

Rania AMMAR ZAYANI

QCM4. Quel traitement antihypertenseur est recommandé en première ligne chez la femme enceinte (en IV ou PO rapide selon protocole) ?

- A. IEC (énalapril)
- B. Sartans
- C. Nicardipine ou labetalol
- D. Inhibiteur direct de la rénine
- E. Spironolactone

Réponse : C

Justification : Nicardipine et labetalol sont utilisables et recommandés dans les urgences hypertensives de la grossesse. IEC, ARA2, inhibiteurs de la rénine sont contre-indiqués.

QCM5. Quel autre traitement est INDISPENSABLE dans cette situation ?

- A. Héparinothérapie à dose curative d'emblée
- B. Corticoïdes à forte dose systématique
- C. Magnésium sulfate pour prévention/traitement de l'éclampsie
- D. AINS pour la douleur
- E. Aucune autre thérapeutique spécifique

Réponse : C

Justification : Sulfate de magnésium indiqué pour prévenir/traiter les convulsions dans la prééclampsie sévère/éclampsie.