



# Urgences hypertensives



**Djennane. A**

urgences MC  
CHU Batna





# CAS 1

- **Femme obèse, 52 ans**
  - **HTA chronique sous traitement**
  - **Consultation de routine : TA 20/12**
  - **Adressée par son médecin aux urgences pour « *Pic hypertensif* »**
  - **Signes fonctionnels : aucun**
- 
- **Quel traitement injectable donner ?**

<b>Loxen</b>	<b>Lasilix</b>	<b>Bêta bloquant</b>
<b>D. Nitrés</b>	<b>Clonidine</b>	<b>Aucun</b>



## CAS 2

- **Homme 45 ans,**
- **HTA connue et traitée**
- **Épistaxis**
- **Traité en ORL par méchage**
- **Adressé aux urgences pour TA 19/11**
- **Quel traitement injectable donner ?**

<b>Loxen</b>	<b>Lasilix</b>	<b>Bêta bloquant</b>
<b>D. Nitrés</b>	<b>Clonidine</b>	<b>Aucun</b>



- **En 1994 : La première conférence de consensus (hypertension artérielle au service d'accueil et d'urgence) était publiée par la société française de médecine d'urgence**
- **2005: actualisée , avec une enquête**  
le consensus de 1994 est connu de **68%** des urgentistes  
n'a modifié leur pratique que dans **40%** des cas.  
**65%** des urgentistes continuent à donner un traitement antihypertenseur sur un chiffre de tension artérielle systolique supérieur à 180 mmHg
- D'autres sociétés savantes publient régulièrement des recommandations concernant l'HTA, dont les plus récentes celles de l'American Heart Association (AHA) en 2017 et des sociétés européennes ESC/ESH en 2018 .

## HTA



- **1 ère maladie chronique dans le monde**
- **> 1 milliard d'hypertendus**
- **7,5 millions de décès /an**
  
- **en Algérie :**
  - **9 millions hypertendus (SAHA)**



- au PU

France (2007)

**3,6 % Urgences hypertensives :**

**92 % *relatives***

**8 % *absolues***

- accès hypertensif,
- crise hypertensive
- Poussée hypertensive, Pic hypertensif,
- **urgence** relative ou **absolue**.



- **L'urgence hypertensive absolue(emergencies) =**

**élévation soudaine de la PA**

**+ souffrance viscérale aiguë**

**nécessitant une réduction immédiate et progressive de la PA**

- **l'urgence « relative » (*urgencies*): pas de souffrance viscérale**

le traitement peut être différée.

quelques heures ou jours( par voie orale)

**situations les plus fréquentes**

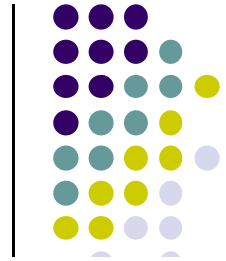


- **Le mdcmnt idéal :**
  - **délai d'action et une durée de vie brefs,**
  - **délivré en doses fractionnées ou en perfusion intraveineuse**
  
- **si réduction importante de PA :**
  - **altération rénale,**
  - **ischémie cardiaque,**
  - **atteintes cérébrales,**
  - **occlusion artérielle de la rétine avec cécité brutale**



# Physiopathologie

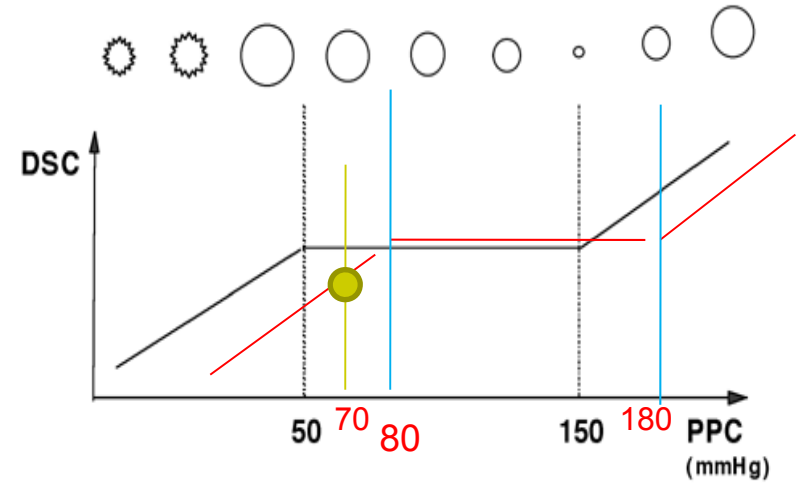
## retentissement de HTA



### le cerveau:

**1- fonctionnel**

**modification de l'autorégulation**





**1- déterminer les situations où le trt est urgent  
(pc vital , et/ou fonctionnel)**

**2- choisir le mdct adapté à la situation**

# urgences hypertensives relatives



- **PAS  $\geq$  180 mm Hg et/ou PAD  $\geq$  110 mm Hg**

**ou signes fonctionnels associés  
sans souffrance viscérale.**

**Douleur, anxiété, non observance du trt, arrêt du trt**

- **Ainsi, en urgence, l'élément principal,  
non pas le chiffre de PA, qui même élevé, peut ne pas  
représenter de menace à court terme,**



## Cas 3

- **Un homme, âgé de 48 ans, consulte pour :**
- **Céphalée en casque, intense, insomnie**
- **Vomissements**
- **L'histoire remonte à 48 heures avec une évolution progressive**
- **Pas d'antécédents particuliers,**
- **Pas de traitement en cours.**
- **TA élevée à 24/13, symétrique et vérifiée**
- **après un repos au lit de 20 min.**



## Cas 3

- **L'examen initial trouve un patient asthénique, confus**
- Température normale,
- **L'examen neurologique est normal** : sans déficit moteur ni anomalie pupillaire, les signes méningés sont absents.
- **Absence de signes d'insuffisance cardiaque.**
- **ECG normal**
  
- **Quel est votre diagnostic ?**



- **TDM cérébrale**
- **Fond d'oeil ++**
- **Examens biologiques : ionogramme, urée sanguine, créatininémie, protéinurie et hématurie, NFS (anémie, thrombopénie ?)**
- **Le scanner cérébral est indiqué devant toute céphalée aiguë, intense, inhabituelle et lorsque la cause est non évidente.**



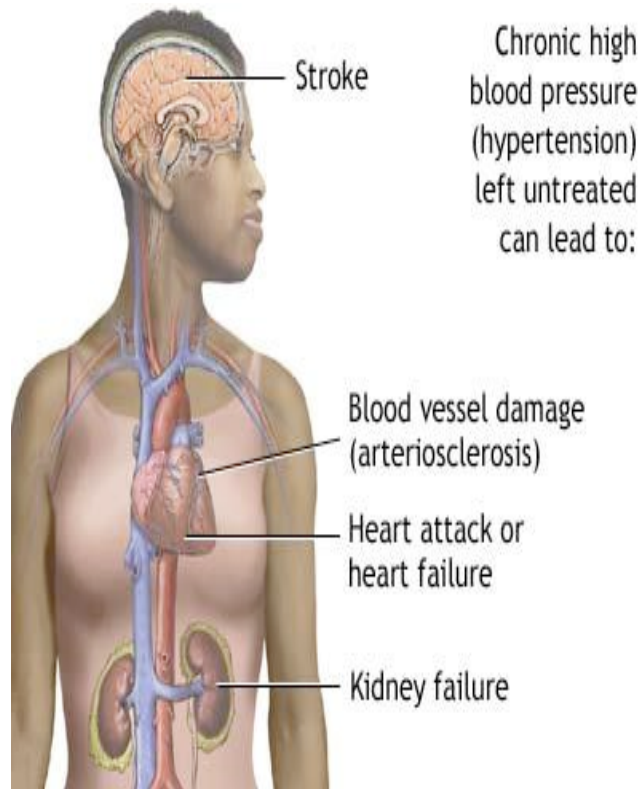
- **Le fond d'oeil peut à lui seul, en association avec une HTA de grade 3, indiquer la nécessité d'un traitement immédiat et d'une hospitalisation.**
- **Sa réalisation demeure donc indispensable aux urgences  
(Consensus HTA 2005 Recommandation grade B)**
- **Quel traitement injectable prescrivez-vous chez ce patient ?**

<b>Loxen</b>	<b>Lasilix</b>	<b>Bêta bloquant</b>
<b>D. Nitrés</b>	<b>Clonidine</b>	<b>Aucun</b>

# Urgences Hypertensives absolues



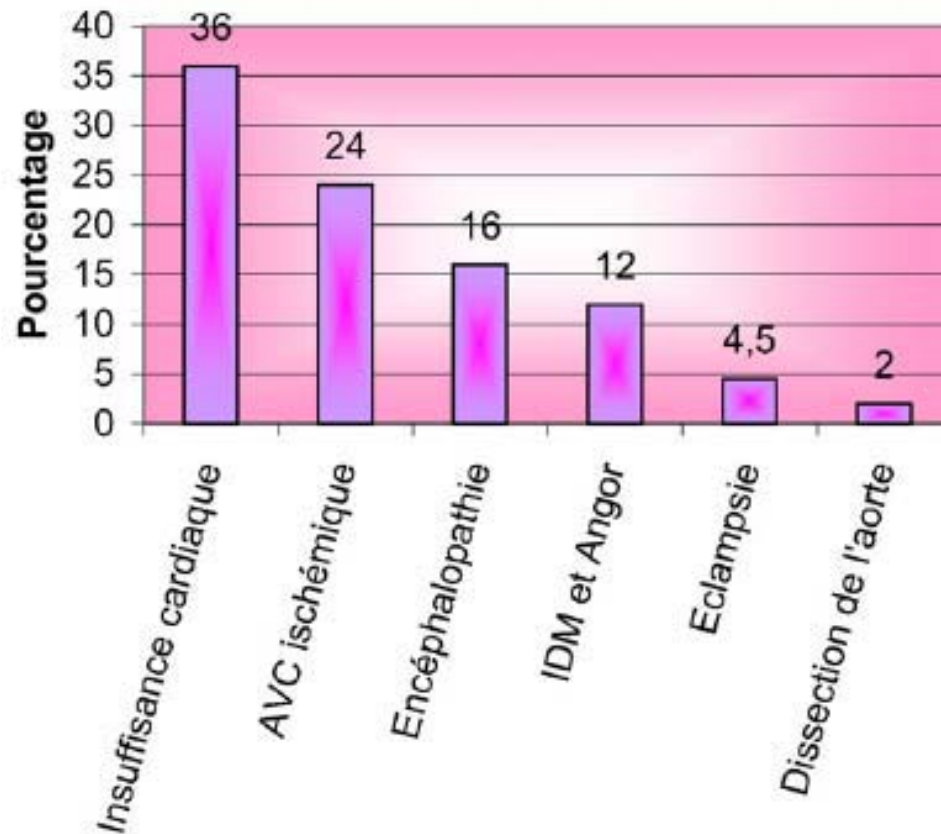
**PAS  $\geq$  180 mm Hg et/ou PAD  $\geq$  110 mm Hg  
avec souffrance viscérale :**



1. encéphalopathie hypertensive
2. insuffisance ventriculaire gauche hypertensive
3. hypertension avec infarctus myocardique
4. hypertension avec angor instable
5. hypertension avec dissection aortique
6. hypertension + AVC
7. crise de phéochromocytome
8. usage de stupéfiants : amphétamine, LSD, cocaïne, ecstasy,
9. hypertension péri-opératoire
10. pré-éclampsie sévère ou éclampsie



# Urgences hypertensives absolues



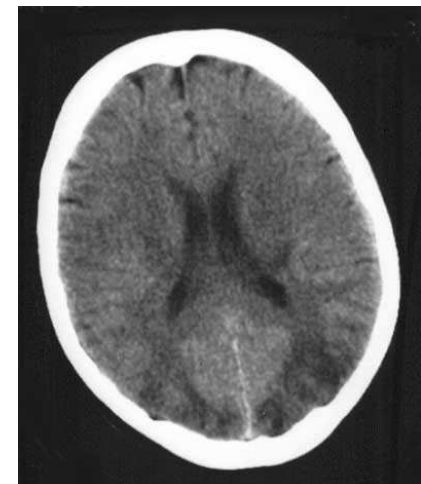
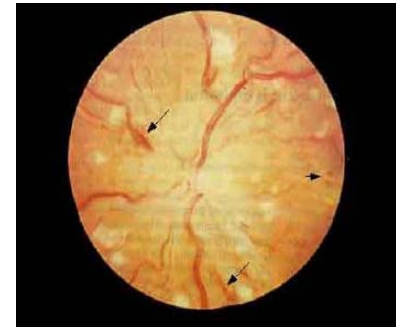


## encéphalopathie hypertensive

- troubles de la conscience : confusions, coma
  - céphalées intenses.
  - signes HIC;
  - convulsions généralisées,
  - rétinopathie stade 4 (FO)
- 
- Réversibles avec la diminution de PA
  - Pas de signes de localisation en général
  - tte tendance l'aggravation suggère AVC
  - la présence de raideur méningé = hgie méningé

## encéphalopathie hypertensive:

- Diagnostic à évoquer au FO et confirmé par l'imagerie
- **FO:** rétinopathie stade III (hémorragie, exsudats) ou IV (idem plus œdème papillaire) (peut être normal)
- **Scanner cérébral:** œdème cérébral diffus



## Cas 4



- AF agée 66ans, hypertendue (atenor,fludon)
- Hémiplégie, paralysie faciale ( 3h avant l'admission)
- TA: 19/11
- TDM: RAS ( 2h après l'admission)= 5h
- **CAT: loxen SE**

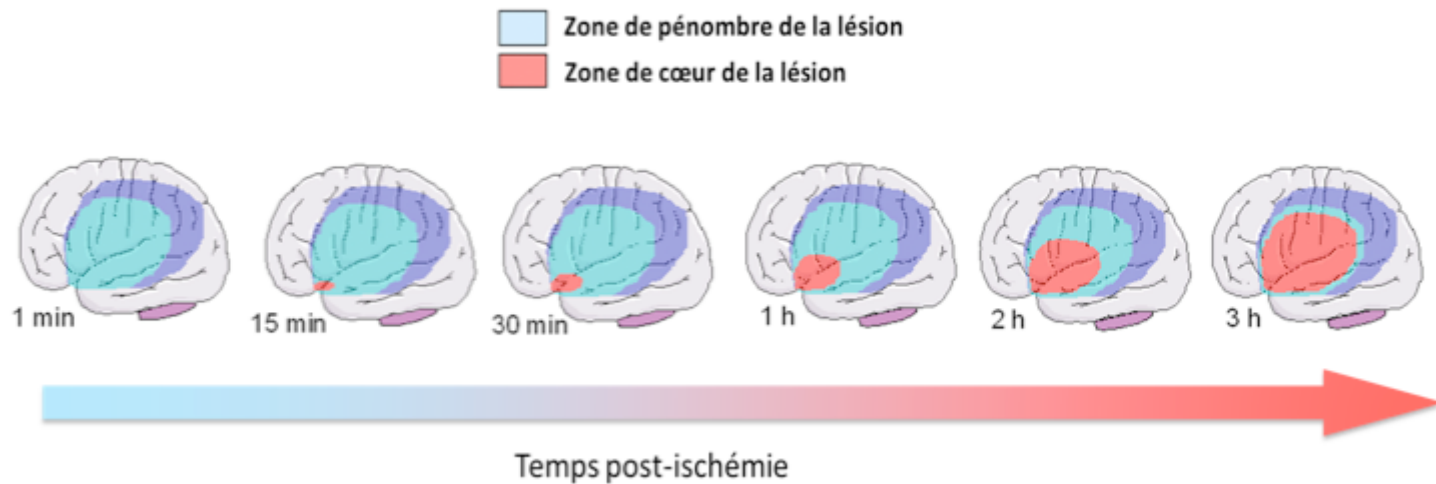
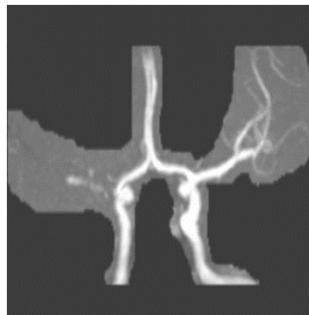
## Cas 5



- AD agée 46ans, sans ATCDs
- Obnubilation, Hémiplégie, dysarthrie ( 3h avant l'admission)
- TA: 22/12
- TDM: RAS ( 2h après l'admission)= 5h
- CAT: loxen 1CC dilué
- TA 16/9

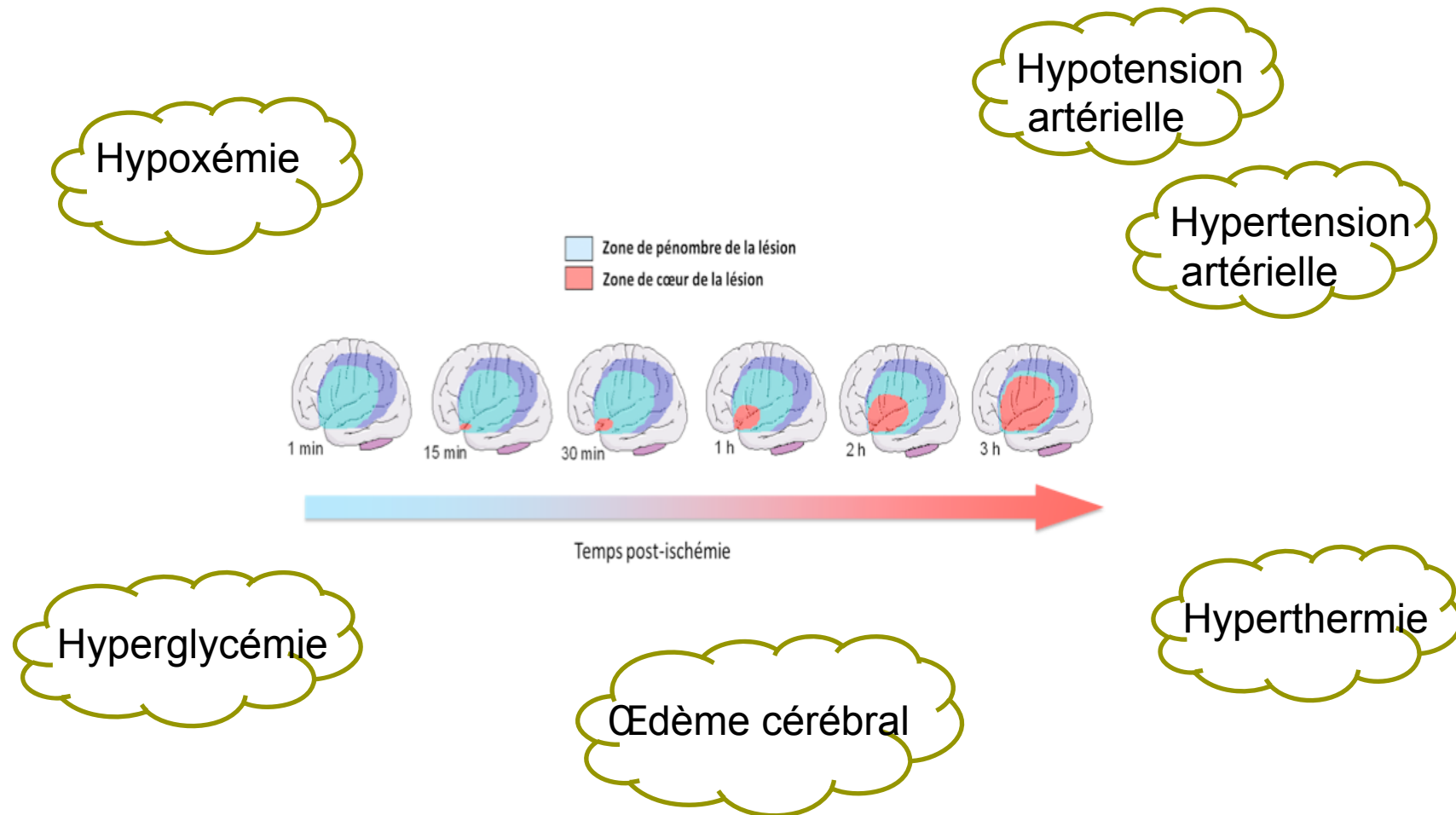


## AVC: Patients hors délai: la PEC dès 48 premières heures

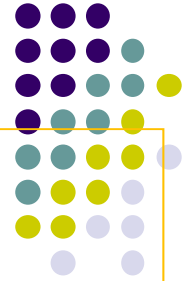


- Lutter contre les facteurs favorisant la progression de la pénombre en ischémie
- Eviter les récives précoces AAP/Anticoagulation

# Les facteurs aggravants la progression de la pénombre en infarctus



# Hypertension artérielle & hypotenseurs



- En absence de thrombolyse IV
- En absence d'IC sévère, ou dissection Ao ou d'encéphalopathie hypertensive
- Pas de preuve scientifique, ni clinique suffisante pour établir le bénéfice d'une baisse de la TA.

**NE TRAITER que si PAS > 220 ou PAD > 120 mm Hg.  
Baisse de 15% dans les 24H**

Class I; Level of Evidence C. (Revised from the previous guideline 13)

**Réintroduction du traitement hypotenseur chez les patients aux ATCD d'HTA est raisonnable après les 24 premières heures, chez les patients neurologiquement stable et en dehors de contre indication spécifique.**

Class IIa; Level of Evidence B. (Revised from the previous guideline 13)

**Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke:**





## Retentissement cardiaque

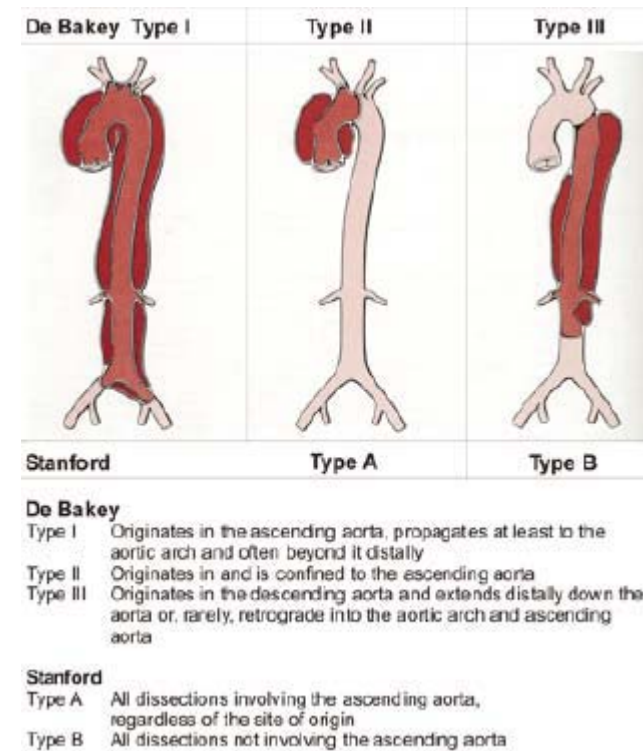
- IVG : galop , OAP
- angor et infarctus du myocarde.
  
- ECG:- HVG(Se 5 à 10%): **indice cornell**:  $SV3 + RVL > 28 \text{ mm (H)}$   
 $> 20 \text{ mm F}$ 
  - troubles du rythme
  
- R(x) thorax: HVG concentrique
- échocoeur : HVG(Se 30%), cinétique et fonction ventriculaire
- IRM +++ (HVG)

# Dissection de l'Aorte

- **Véritable urgence médico-chirurgicale**
- Complication la plus rapidement fatale de la crise hypertensive
- Mortalité élevée
  - 1 à 2 % par heure pour le type A
  - 10 % à 30 jours pour le type B

Intérêt de diminuer la TA et la fréquence cardiaque

- **TA ↗ + DI thoracique irradiant au dos**
- **Asymétrie de pouls, ou de la TA**
- **Confirmation : ETO, angio-scanner, angio-IRM**



# Cas 6

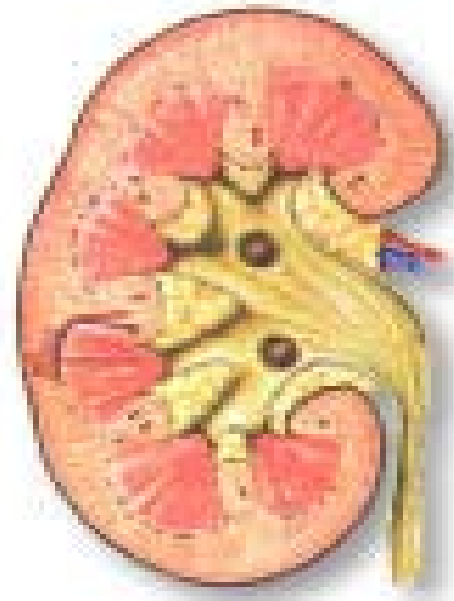


- Mme N., 29 ans, primigeste, est adressée à 33 SA pour des céphalées violentes, des douleurs en barre épigastriques  
La grossesse s'est déroulée normalement jusque-là.
- pression systolique 170 mm Hg, diastolique 110 mm Hg,
- poids = 65 kg (51 kg avant la grossesse) avec une prise de poids de 3 kg depuis une semaine, hauteur utérine = 25 cm,
- trois croix d'albuminurie à la bandelette.
- protéinurie = 5 700 mg/l, uricémie = 453  $\mu\text{mol/l}$ ,
- retard de croissance intra-utérin sévère avec poids foetal estimé à 1 400 g (normale à 33 SA : environ 2 000 g),
- oligoamnios.

Loxen	Lasilix	Bêta bloquant
D. Nitrés	Clonidine	Aucun

## Retentissement rénal

- Oligo-anurie.
- hématurie, protéinurie.
- Confirmation biologique



# que faire ?



## **1-la confirmation des valeurs élevées:**

- **après au moins cinq minutes de repos**
- **Se méfier des appareils électroniques**
- **Brassard adapté au bras (obèse !)**
- **Patient dévêtu**
- **Brassard au dessus du coude**
- **Stéthoscope au pli du coude**
- **Ambiance sonore adéquate**
- **Mesure aux 2 bras**



## **A- L'anamnèse :**

**Atcds HTA, trt suivis.**

***circonstances de survenue:***

***1 - hypertendu connu et traité:***

- arrêt du trt (coût , effets Il aires, mauvaise prescription)***
- survenue d'une complication( sténose artère rénale....)***
- stress, douleur, syndrome fébrile***
- interactions avec les mdcts anti HTA***

## **A- L'anamnèse :**

### ***2- HTA découverte lors de la consultation***

- **S'agit-il d'une HTA secondaire ?**
- **Toxémie gravidique**
- **Intoxications aiguës (amphétamines, ..)**
- **Néphropathie (GNA\*) (l. rénale)**
- **Phéochromocytome**



## ***B- Un examen clinique***



***complet et rapide*** doit permettre d'apprécier :

- **le retentissement de HTA sur les organes cibles**
- des éléments suggestifs d'une hypertension secondaire,  
  
un souffle abdominal ou lombaire,  
sujet jeune  
sueurs, palpitations





## ***C- Les examens paracliniques***

- urée sanguine, créatinine, glycémie, iono, bandelette urinaire...

- ECG

- La radiographie pulmonaire,

- TDM cérébrale,

- une échographie cardiaque

**en fonction des signes d'appel**

# traitement



- Dans la mesure du possible
  - Unité neurovasculaire en cas d'atteinte focale
  - Chirurgie cardiovasculaire si dissection probable
  - Maternité de niveau 3 dans la prééclampsie/éclampsie
  - USIC si OAP ou angor instable avec HTA
  
- A défaut, au service d'urgence le plus proche

# traitement



## A-Règles de base

- **Toute chute de la PA brutale et prolongée est à proscrire.**
- **exception:**  
**la dissection aortique représente la seule** car pour des raisons mécaniques, un abaissement rapide de la pression artérielle doit être assurée.
- **AVC ischémique avant thrombolyse**

# traitement



## B- Objectifs

**abaissement de 25 % de la PAM en 2 heures**

**L'entretien est assuré par un relais per os aussitôt le but fixé atteint,  
le plus souvent après 6-12 heures.**

# traitement



## C-Médicaments disponibles en urgence

### **Inhibiteurs calciques** **Nicardipine- Loxen ®**

Blocage de de l'entrée du calcium dans la cellule par les canaux voltage-dépendants et donc vasodilatation, sans effet inotrope négatif ou chronotrope négatif

Délai d'action de 5 à 10 min. Pendant 30 min à 1 h.

Posologies : Titration 1 mg toutes les min. : max 10 mg

Perfusion de 0,5 à 5 mg/h en augmentant par palier de 0,5 mg toutes les 15 min.

Effets secondaires : Tachycardie, Céphalées, Hypotension, Nausées, Vomissements,



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH



**Lettre aux professionnels de santé**

**Avril 2015**

**Nicardipine par voie intraveineuse : modifications des indications, des modalités d'utilisation et des conditions de prescription et de délivrance**

*Information destinée aux médecins urgentistes, médecins SAMU, anesthésistes-réanimateurs, cardiologues, gynécologues-obstétriciens et pharmaciens hospitaliers.*



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH



A l'issue d'une réévaluation européenne du rapport bénéfice/risque des spécialités injectable de nicardipine, **l'EMA (Agence européenne du médicament) recommande de restreindre les indications de la nicardipine par voie intraveineuse (IV) :**

• **au traitement de l'hypertension aiguë menaçant le pronostic vital, en particulier en cas :**

- d'hypertension artérielle maligne/encéphalopathie hypertensive,
- de dissection aortique, quand le traitement par des bêta-bloquants à courte durée d'action n'est pas approprié, ou en association avec un bêta-bloquant quand le blocage des récepteurs bêta seul n'est pas efficace,
- de pré-éclampsie sévère, quand d'autres agents antihypertenseurs administrés par voie intraveineuse ne sont pas recommandés ou sont contre-indiqués,

• **au traitement de l'hypertension post-opératoire.**



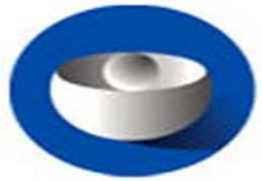
EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH



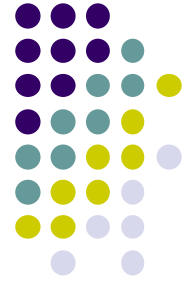
**PAR CONSÉQUENT ET COMPTE-TENU DE DONNÉES DISPONIBLES  
INSUFFISANTES, LA NICARDIPINE INJECTABLE NE DOIT PLUS ÊTRE  
UTILISÉE:**

- dans les hypotensions contrôlées lors d'anesthésies,
- pour la maîtrise de l'hypertension survenant au cours d'une intervention chirurgicale,
- dans le traitement de l'hypertension sévère aiguë s'accompagnant d'une décompensation ventriculaire gauche et d'un œdème pulmonaire [OAP].





EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH



Par ailleurs, la nicardipine doit être administrée **uniquement en perfusion intraveineuse continue** par des spécialistes dans un environnement médical bien contrôlé, tel que les hôpitaux et unités de soins intensifs, avec une surveillance continue de la pression artérielle.

La vitesse d'administration doit être précisément contrôlée à l'aide d'un pousse-seringue électronique ou d'une pompe volumétrique. La pression artérielle et la fréquence cardiaque doivent être surveillées au minimum toutes les 5 minutes pendant la perfusion, puis jusqu'à stabilisation des signes vitaux et au moins pendant 12 heures après la fin de l'administration de nicardipine.

Chez les adultes, le traitement doit commencer par **une administration continue de nicardipine à la vitesse de 3-5 mg/h pendant 15 min. La vitesse peut être augmentée par palier de 0,5 ou 1 mg toutes les 15 minutes, sans dépasser 15 mg/h.**



<b>Clévidipine CLEVIPREX®</b>	<b>Inhibiteur calcique, vasodilatateur artériel</b>	<b>2–3 min 5–15 min</b>	<b>2 mg/h, à augmenter tous les 2 min par 2 mg/h jusqu'à la TA cible (moyenne 4-6 mg/h)</b>

## Vasodilatateur $\alpha_1$ bloquant – Urapidil ,Eupressyl <sup>®</sup>



Effet périphérique par réduction des résistances vasculaires par blocage des R.  
 $\alpha_1$  post-synaptiques

Effet central par baisse du tonus sympathique

Pas d'action sur le débit cardiaque ni sur la fréquence

Action rapide en 5 min avec demi-vie de 3h

Posologie : 25 mg renouvelables puis entretien de 10 à 30 mg/h IVSE.

Bonne tolérance +++



## $\alpha$ et $\beta$ bloquant -Labétalol Trandate ®

Action principale  $\beta$  bloquante non cardiosélective.

Effet  $\alpha$  adrénoLytique post-synaptique.

Intérêt pour diminuer la TA et ralentir la fréquence cardiaque : +++ pour la dissection aortique.

Posologie : Bolus de 20 mg à renouveler 10 min plus tard, puis entretien IVSE de 60 à 120 mg/h.

Surveillance scopée 3h après l'administration du fait du risque accru d'hypotension.



## $\beta$ bloquant – Esmolol- Brévibloc ®

$\beta$  bloquant cardiosélectif

Action rapide en 60s et brève pendant 10 à 20 min

Hydrolyse rapide par des estérases plasmatiques ne contre-indiquant pas son utilisation en cas d'insuffisance rénale ou hépatique.

Posologie : bolus de 0,5 à 1 mg/kg suivie de 5 à 20 mg/kg/h.

Effets secondaires : nausées, BAV I, douleur au site d'injection.



## Dérivés nitrés (**Lénital<sup>®</sup>**, **Risordan<sup>®</sup>**)

Action vasodilatatrice artérielle et veineuse.

Permettent de diminuer la précharge cardiaque en diminuant le retour veineux.

Peuvent induire une tachycardie réflexe.

Intérêt dans l'insuffisance cardiaque gauche en thérapeutique adjuvante

2 à 4 mg/h

.

## $\alpha$ adrénergique central – Clonidine- Catapressan ®



Stimule les récepteurs  $\alpha_2$  centraux pré-synaptiques qui inhibent l'activité sympathique.

Réduction de l'activité rénine plasmatique.

Posologie : 100 à 300 microgrammes en IVL avec une dose maximale de 900 microgrammes par 24H.

En seconde intention car maniabilité difficile du fait risque d'effet rebond à l'arrêt du traitement.



## Vasodilatateur -Fenoldopam Corlopam ® : non commercialisé en France

Seul agoniste dopaminergique : vasodilatation par action directe sur les récepteurs dopaminergiques périphériques.

Action en 5 min avec une réponse maximale en 15 min, pendant une durée de 30 à 60 min.

Pas de rebond tensionnel à l'arrêt du traitement.

Augmente la clairance de la créatinine et l'excrétion de sodium.

Marik,CHEST2007



## Nitroprussiate sodique (Nipride®)

- vasodilatateur artériel et veineux.
- inconvénient : toxicité (production de thiocyanate).
- indication: l'encéphalopathie hypertensive, et lorsque les autres traitements ne sont pas disponibles (une fonction rénale et hépatique normale).
- durée de traitement courte sans dépasser  $2 \text{ g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}$



## Phentolamine

- suspicion d'excès de catécholamines comme le phéochromocytome..

## Diazoxide

- vasodilatateur artériel puissant de tolérance médiocre,
- dangereux chez les coronariens ou en cas d'anévrisme disséquant par la tachycardie qu'il induit.

## D- Indications thérapeutiques



### Dissection de l'aorte thoracique :

- Le traitement médicamenteux, administré en unité de soins intensifs, doit contrôler la douleur et la PA.
- l'objectif d'une **PAS < 110-120** mmHg peut être visé, en fonction de la tolérance du patient, et ceci dans les **10 mn**
- un bêtabloquant (**labetolol**) + (**Nicardipine**) de manière à limiter la vitesse et la force de l'éjection ventriculaire
- Traitement chirurgical : à discuter selon le cas

# Œdème pulmonaire hémodynamique :



- la prescription de **dérivés nitrés** injectables est recommandée (Grade B).
- Elle peut être associée soit à un **diurétique de l'anse** soit à un médicament antihypertenseur injectable
- **Réduction PAS\* <140 mm hg**

# Syndromes coronariens aigus (angor instable, IDM )



- Réduction PAS\* <140 mmhg
- Labétalol, Dérivés nitrés
- Un **antagoniste calcique** à courte durée d'action **ne doit pas être utilisé, car la stimulation réflexe** du système nerveux sympathique accélère la fréquence cardiaque
- Le risque d'hémorragie cérébrale après fibrinolyse augmente si la PA est > 180/110 mmHg.
- Il est recommandé de réduire la PA avant la fibrinolyse ou de ne pas la pratiquer si la PA est > 180/110 mmHg et si le risque lié à l'infarctus est faible

# Accidents vasculaires cérébraux



- **Chez un patient ayant un déficit neurologique aigu, il est recommandé de ne pas faire baisser la pression artérielle lors de la prise en charge initiale (Grade A).**  
↓ PA risque donc de ↓ PPC dans les zones de « pénombre » (ischémie potentiellement (réversible) et d'aggraver le déficit neurologique
- **médicaments hypotenseurs d'urgence: pas indiquée si l'imagerie (scanner, IRM) n'a pas montré la nature hémorragique de l'accident.**
- **Elle est contre-indiquée s'il s'agit d'un accident ischémique ou si l'imagerie n'est pas disponible.**

# Seuils de traitement: AVC



- HSA: PAs > 180 mmHg et/ou PAm  $\geq$  130 mmHg

Broderick J et al. *Stroke*. 2007; 38: 2001-23

- AVC ischémique: PAs > 220 mmHg et/ou PAd > 120 mmHg  
(> 185/110 mmHg si thrombolyse)

Ringleb PA et al. 2009

Adams HP et al. *Stroke*. 2007; 38: 1655-1711

- 1er choix= labétalol IV (Trandate®)
- nicardipine

# Encéphalopathie hypertensive



- **A l'inverse de l'accident vasculaire cérébral, la PA doit être diminuée rapidement.**
- **Tout antihypertenseur ajustable peut être utilisé.**
- **L'encéphalopathie guérit en quelques heures à quelques jours.**

# Pré-éclampsie, éclampsie :



- **Le labétalol et l'hydralazine** sont les antihypertenseurs recommandés
- Un antagoniste calcique de la famille des dihydropyridines (nicardipine, nifédipine) peut être utilisé, mais ces médicaments inhibent la contraction utérine et peuvent provoquer une hypotension grave en association avec le sulfate de magnésium.
- Les IEC , les diurétiques sont contre-indiqués.
- Le sulfate de magnésium est utile pour prévenir les convulsions.
- L'accouchement est éventuellement pratiqué prématurément



# élevations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate : situations les plus fréquentes



- Un traitement hypotenseur **injectable** ou un traitement hypotenseur **d'action rapide** administré par voie orale **n'est pas justifié** (Grade B) car :
  - une rapide baisse tensionnelle initiale n'améliore pas le contrôle tensionnel à long terme.
  - une hypotension brutale peut s'accompagner de **complications neurologiques graves**.
- **Le repos,**
- **Une surveillance et trt d'un fr déclenchant**
- **Traitement par voie orale**
- **une réévaluation à court terme .**

# Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting.

[Patel KK<sup>1</sup>](#), [Young L<sup>1</sup>](#), [Howell EH<sup>2</sup>](#), [Hu B<sup>3</sup>](#), [Rutecki G<sup>1</sup>](#), [Thomas G<sup>4</sup>](#), [Rothberg MB](#)

[JAMA Intern Med.](#) 2016 Jul 1;176(7):981-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1509.<sup>1</sup>

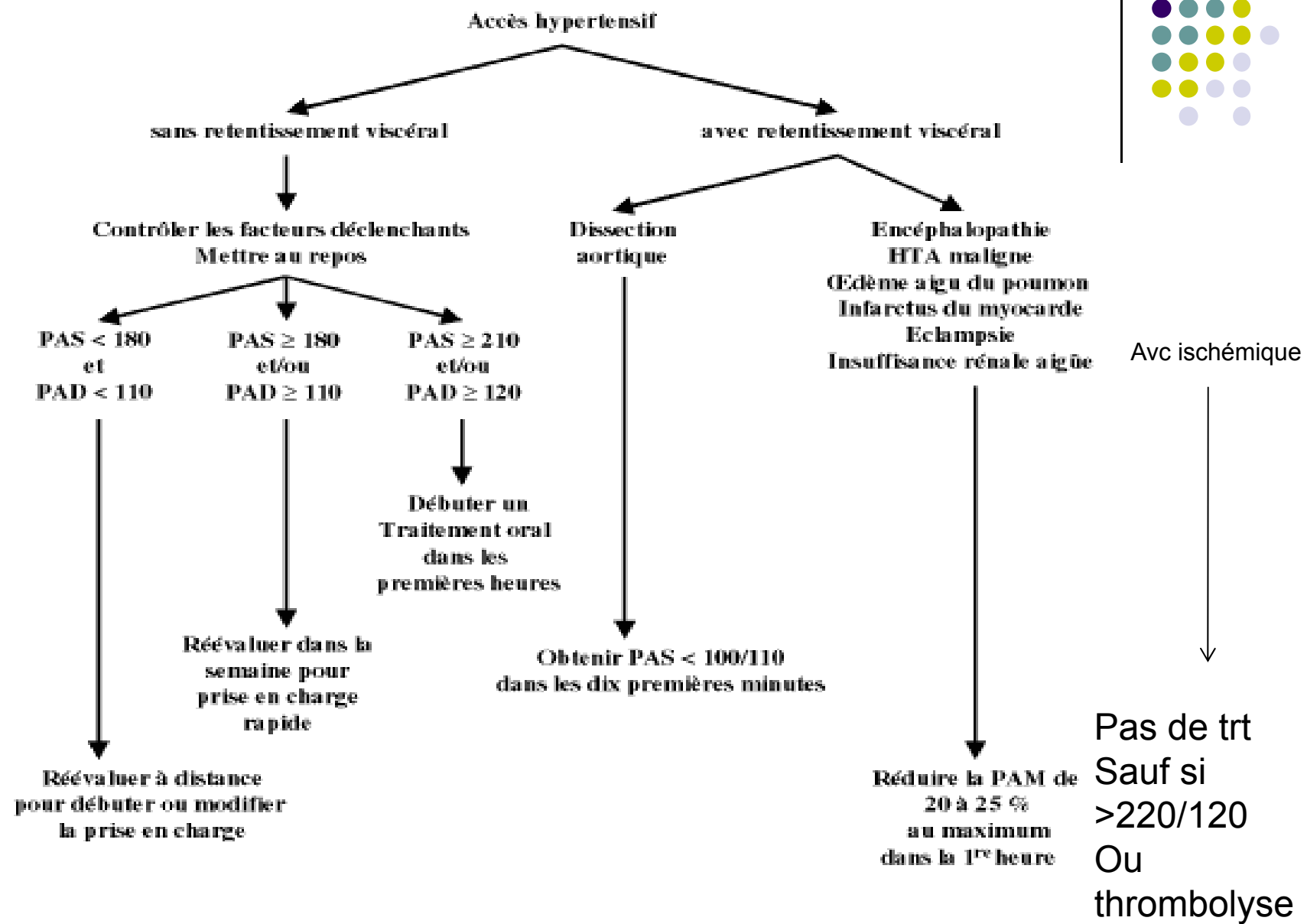


## Buts:

- Prévalence , devenir, caractéristiques des patients avec urgence HTA isolée
- Avantage de hospitalisation vs trt ambulatoire
- large cohorte de **58 000** patients 2008-2013 (**rétrospective**)  
99,3% renvoyé chez eux VS 0,7% gardés à hopital

## Résultats:

- Le taux d'évènements CVx majeurs à court terme est très faible (**<1% à 6mois**)
- La consultation au urgences est associé à des hospitalisations plus importantes avec utilisation des ressources de santé , **sans diminution des évènements CVX majeurs**
- **Absence d'atteinte d'organe : ces patients peuvent être traité d'une façon sûre en ambulatoire**



# conclusion



- **Distinguer urgence hypertensive absolue et urgence relative.**

**présence ou non de souffrance viscérale aigue**

- **en dehors de la dissection aortique, l'objectif du TTT est une baisse de la PA (au plus 25%) dans les 2 premières heures**

MERCI

