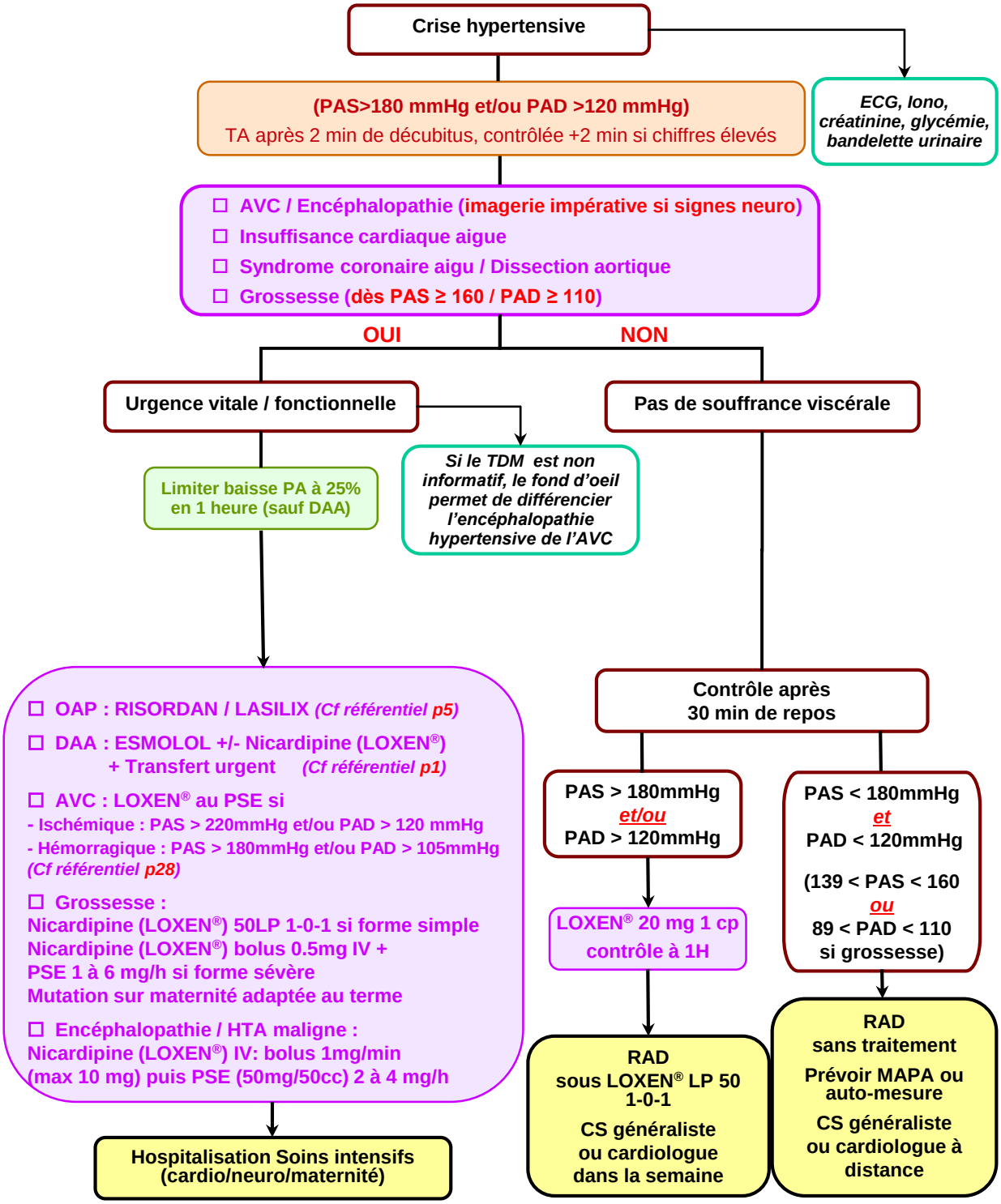
Crise hypertensive
(PAS>180 mmHg et/ou PAD >120 mmHg)
TA après 2 min de décubitus, contrôlée +2 min si chiffres élevés
ECG, Iono, créatinine, glycémie, bandelette urinaire
AVC / Encéphalopathie (imagerie impérative si signes neuro)
Insuffisance cardiaque aigue
Syndrome coronaire aigu / Dissection aortique
Grossesse (dès PAS ≥ 160 / PAD ≥ 110)
OUI
NON
Urgence vitale / fonctionnelle
Pas de souffrance viscérale
Limiter baisse PA à 25% en 1 heure (sauf DAA)
Si le TDM est non informatif, le fond d'oeil permet de différencier l'encéphalopathie hypertensive de l'AVC
OAP : RISORDAN / LASILIX (Cf référentiel p5)
DAA : ESMOLOL +/- Nicardipine (LOXEN®) + Transfert urgent (Cf référentiel p1)
AVC : LOXEN® au PSE si
- Ischémique : PAS > 220mmHg et/ou PAD > 120 mmHg
- Hémorragique : PAS > 180mmHg et/ou PAD > 105mmHg
(Cf référentiel p28)
Grossesse :
Nicardipine (LOXEN®) 50LP 1-0-1 si forme simple
Nicardipine (LOXEN®) bolus 0.5mg IV + PSE 1 à 6 mg/h si forme sévère
Mutation sur maternité adaptée au terme
Encéphalopathie / HTA maligne :
Nicardipine (LOXEN®) IV: bolus 1mg/min (max 10 mg) puis PSE (50mg/50cc) 2 à 4 mg/h
Hospitalisation Soins intensifs (cardio/neuro/maternité)
Contrôle après 30 min de repos
PAS > 180mmHg et/ou PAD > 120mmHg
PAS < 180mmHg et PAD < 120mmHg
(139 < PAS < 160 ou 89 < PAD < 110 si grossesse)
LOXEN® 20 mg 1 cp contrôle à 1H
RAD sous LOXEN® LP 50 1-0-1
CS généraliste ou cardiologue dans la semaine
RAD sans traitement
Prévoir MAPA ou auto-mesure
CS généraliste ou cardiologue à distance