

PAS >180 et /ou PAD >120mmHg
 Répéter mesure au calme, aux 2 bras
 Repos assis ou allongé
 Brassard taille adapté

Bilan systématique
 Examen clinique, interrogatoire
 ECG
 Iono Urée creat protide
 LDH haptoglobine schizocyte
 Proteinurie, creatinurie
 En fonction contexte : FO, tropo, BNP
 BHCG (PEC spécifique, ajout transaminase)

Recherche et correction facteurs déclenchants
 Douleur , attaque de panique
 RAU
 Prise de toxique

Recherche signe de gravité	
Atteinte d'organe	HTA maligne
AVC OAP/ dissection Ao/ SCA IRA (cause ou csq)	AEG associé à une atteinte diffuse subaiguë : Rétinopathie, microangiopathie thrombotique, encephalopathie, IRenale, proteinurie modérée

Patient asymptomatique sans atteinte d'organe
 Controle après 30 min,
 Pas de traitement à demivie courte type Loxen 20
 Explication RHD (film sur youtube *cardiomayotte*)
 Majorer ou introduire traitement (Suivre protocole HTA classique avec control externe TA et Bio)

Urgence vitale

Cible baisse de 25% en 1h
 Sauf si **AVC isch obj < 220/120** **AVC hémorragique 185/110**

VVP et traitement antihypertenseur IV
 Protocole nicardipine Loxen (inhi calcique) (50mg/50cc) 2 à 6mg/h (V2 à V6)
 Ou Protocole urapidil Eupressyl (α-) (250mg/50cc) 5 à 30mg/h (V1 à V6)
 Ou Protocol labetalol Trandate (β-) 0.1à 0.3mg/kg/h

Remplissage vasculaire SSI hors signe congestif
 PEC facteur favorisant : douleur, anxiété, globe

PEC spécifique	
OAP	Risordan, lasilix
Dissection aortique	Privilegier Betabloquant, prevenir Evasan au plus vite
éclampsie	Urgences gyneco (5541), Magnésium IV
MAT	Avis rea/ interniste ; FO pour diagnostique (cause ou csq)
renovasculaire	Avis nephro 71111

Ref : ESC/ESH guidelines 2018
 Rubin S et al Hypertens2018