Quand introduire un hypotenseur après AVC ?

H. ABBOUD, P. AMARENCO
Service de Neurologie,
Hôpital Bichat-Claude Bernard, PARIS.

Les bénéfices du traitement de l'hypertension artérielle (HTA) sur la diminution du risque de récidive de l'accident vasculaire cérébral (AVC) sont bien établis, y compris chez les sujets normotendus. En effet, après un AVC, l'association perindopril-indapamide (PROGRESS) chez le patient qui a une hypertension contrôlée ou qui est normotendu diminue le risque relatif de refaire un AVC de 28 % (IC : 17-38) à 5 ans, quel que soit le sous-type d'AVC (50 % pour l'hémorragique et 24 % pour l'ischémique).

Les résultats très favorables du traitement hypotenseur et sa bonne tolérance constituent une information majeure et devront nous conduire à introduire ou à renforcer un traitement hypotenseur après un AVC. Toutefois, bien que la pression artérielle soit élevée dans 75 % des cas et s'amende progressivement pendant la première semaine de l'AVC, il reste difficile de fixer une date à partir de laquelle un traitement antihypertenseur sera instauré.

INFARCTUS CEREBRAL

Certaines situations au stade aigu de l'évolution de l'infarctus cérébral (***fig. 1***) (24 premières heures) où existe un retentissement général de l'hypertension artérielle nécessitent que soit discuté le recours à un traitement antihypertenseur en urgence. On retient surtout l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale aiguë sévère, un infarctus du myocarde, une dissection aortique et une encéphalopathie hypertensive. Il est de même conseillé de traiter les premières heures les hypertensions systoliques supérieures à 220 mmHg persistant après plusieurs mesures ou les hypertensions diastoliques excédant 120 mmHg. Dans ces situations particulières, une surveillance tensionnelle et neurologique est souhaitable.

Fig. 1 : *Patient de 62 ans ayant présenté brutalement un déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps gauche. Le scanner cérébral montre une hypodensité frontale droite évoquant un infarctus cérébral.*

Par ailleurs, dans d'autres cas d'AVC, il est préférable de maintenir une pression artérielle élevée ou même de l'augmenter afin de maintenir la pression de perfusion cérébrale et ainsi sauver une partie de la pénombre ischémique et éviter la nécrose cellulaire. Un exemple caractéristique est celui de l'occlusion ou la sténose serrée artérielle avec retentissement hémodynamique intracrânien sévère.

A distance de la phase aiguë, seulement un tiers des patients restent hypertendus le 10e jour. A ce stade, on peut introduire un antihypertenseur afin de diminuer progressivement la pression artérielle. Cependant, la pression artérielle optimale après un AVC demeure inconnue, même si l'OMS conseille une pression artérielle cible inférieure à 140/90 mmHg. A la lumière des résultats de l'étude PROGRESS, un objectif tensionnel ≤ 130/85 mmHg peut être fixé. Il faut veiller à ce que cette baisse tensionnelle soit bien tolérée, car l'hypotension ortho-

POINTS FORTS

Quand faut-il introduire un traitement antihypertenseur après un AVC ?

Principes généraux	Cas particuliers
Respecter la pression artérielle les premiers jours.	Insuffisance cardiaque.
Instaurer un antihypertenseur à partir de la première semaine.	Insuffisance rénale aiguë sévère.
L'objectif tensionnel sera atteint progressivement sur plusieurs jours.	Infarctus du myocarde.
Eviter les hypotensions aiguës.	Encéphalopathie hypertensive.
	Dissection aortique.
	AVC hémorragique avec PAS > 185 mmHg.
	Thrombolyse cérébrale.

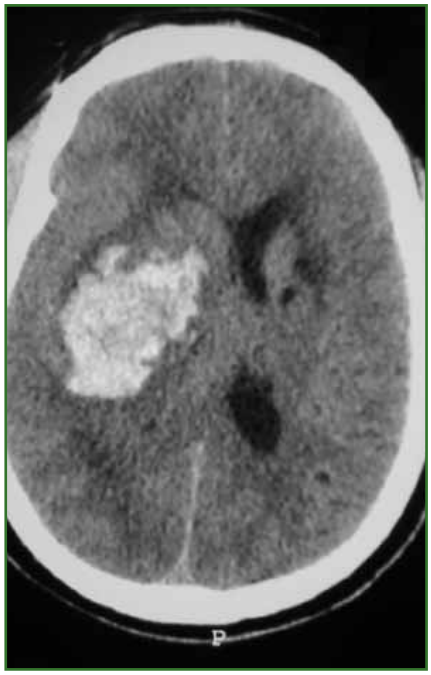

Fig. 2 : *Patient de 56 ans, hypertendu chronique, ayant présenté brutalement un déficit sensitivo-moteur de l'hémicorps gauche. Le scanner cérébral montre un hématome profond.*

statique est également un facteur de risque d'infarctus cérébral.

AVC HEMORRAGIQUE

Etant donné que l'hypertension artérielle reste la cause la plus fréquente de l'hémorragie cérébrale (***fig. 2***) et majore le risque de resaignement les trois premiers jours, une surveillance étroite de la pression artérielle est préconisée afin de limiter l'extension de l'hémorragie cérébrale mais en respectant une hypertension artérielle dite physiologique, pour maintenir une pression de perfusion cérébrale suffisante. Il est recommandé de traiter l'HTA à ce stade si la pression artérielle systolique est ≥ 185 mmHg et/ou diastolique ≥ 110 mmHg.

A partir de la première semaine, il faut introduire un antihypertenseur avec un objectif tensionnel identique à celui de l'infarctus cérébral. L'abaissement de la pression artérielle est le moyen de prévention de récidive d'hémorragie cérébrale le plus efficace. Le risque de survenue d'AVC hémorragique est étroitement corrélé au niveau de la pression artérielle. ■

Bibliographie

Progress Collaborative group. Randomized trial of a perindopril-based blood pressure lowering regimen among 6 105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet*, 2001 ; 358 : 1 033-41.

Willmot M, Leonardi-Bee J, Bath PM. High blood pressure in acute stroke and subsequent outcome : a systematic review. *Hypertension,* 2004 ; 43 : 18-24.

Zanchetti A. Evidence-based medicine in hypertension : what type of evidence ? *J Hypertens,* 2005 ; 23 : 1 113-20.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt.