

**Création :** Octobre 2003  
**Auteurs :** B. Guillon (Nantes)  
 M. Zuber (Ste-Anne - Paris)  
 Y. Samson (Salpêtrière - Paris)  
 F. Woimant (Lariboisière - Paris)  
 T. Moulin (Besançon)

## PRISE EN CHARGE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE À LA PHASE AIGÜE D'UN AVC

**Modification :**

**En règle générale, l'hypertension artérielle doit être respectée à la phase aiguë d'un AVC, qu'il s'agisse d'un accident ischémique ou d'un accident hémorragique.**

Les recommandations sont le fait d'un consensus professionnel ; il n'y a pas de preuves scientifiques (de niveau élevé) du bénéfice d'une intervention sur la pression artérielle (PA), ni d'étude permettant de définir le seuil d'intervention sur la PA ou la cible thérapeutique.

### Surveillance de la PA à la phase aiguë

- La surveillance de la PA doit être effectuée toutes les heures au cours des 24 premières heures, puis toutes les 3 à 4 heures les jours suivants. La PA doit être prise initialement aux deux bras.
- Toujours rechercher un facteur favorisant l'HTA : globe vésical, douleur, céphalées, anxiété.
- L'arrêt d'un traitement antihypertenseur antérieur à l'hospitalisation est rarement nécessaire et doit être discuté au cas par cas. Se rappeler que les  $\beta$ -bloquants ne doivent pas être arrêtés brutalement.

### Élévation de la PA à la phase aiguë des infarctus cérébraux

- L'HTA à la phase aiguë d'un AIC est fréquente, et il est recommandé de ne pas la faire baisser, afin de maintenir une pression de perfusion adéquate. L'élévation de la PA doit être respectée sous surveillance, sauf :
  - persistance à 2 mesures répétées à 10 min d'intervalle d'une PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg ;
  - pathologie associée requérant une prise en charge spécifique : OAP, dissection aortique, infarctus du myocarde, encéphalopathie hypertensive.
- Lorsqu'un traitement fibrinolytique est envisagé, la PA doit impérativement être abaissée en dessous de 185/110 mmHg au préalable (cf. *fiche correspondante*).
- La décision d'instaurer un traitement antihypertenseur se fait au cas par cas, tenant compte de l'âge du patient, des antécédents d'HTA, du type et du mécanisme de l'accident vasculaire, du retentissement hémodynamique intracérébral, des possibilités de surveillance du patient.
- Modalités de réduction de la PA (au cours des premières 48 heures) :

#### • Objectifs :

En cas de traitement : maintenir la pression artérielle < 220/120 mmHg. La baisse de la PA ne doit pas excéder 25 % des chiffres initiaux par 24 h (ces seuils sont le fait d'un consensus de professionnels et non de données scientifiques).

#### • Moyens :

Si une réduction de la PA est nécessaire, la **voie IV** est recommandée :

	Dose initiale	Remarques
<b>Urapidil</b> EUPRESSYL	Débuter à 5 mg/h à la seringue électrique	Contre-indication : rétrécissement aortique, association aux alpha-1 bloquants
<b>Nicardipine</b> LOXEN	Débuter à 1 mg/h à la seringue électrique	Précautions en cas d'insuffisance coronaire
<b>Labétalol</b> TRANDATE	0,1 mg/kg/h à la seringue électrique	Contre-indication propre aux $\beta$ -bloquants (asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, BAV, bradycardie) et en association à l'amiodarone. Nécessite une surveillance ECG

Les inhibiteurs calciques par voie orale ou sublinguale et la clonidine SC ou IM sont à proscrire (car leur action n'est pas contrôlable).

#### • Surveillance :

- de la PA : toutes les 15 min jusqu'à atteinte de l'objectif, puis toutes les 30 min pendant 6 h, puis toutes les h ;
- neurologique : intensité du déficit, vigilance, pupilles toutes les h ;
- toute aggravation neurologique impose l'arrêt du traitement.

## Élévation de la PA à la phase aiguë des hématomes intracérébraux

- L'HTA à la phase aiguë d'une hémorragie cérébrale est fréquente.
- L'élévation de la pression artérielle doit être maintenue sous surveillance, sauf :
  - persistance à 2 mesures répétées à 10 min d'intervalle ;
  - d'une PAS > 185 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg.

Il n'existe toutefois pas de preuve scientifique à l'appui de cette différence de seuil comparativement à l'AVC ischémique.

### ■ Modalités de traitement

- En cas de traitement de l'hypertension artérielle, il est recommandé d'utiliser préférentiellement la perfusion intraveineuse (IV) pour un ajustement tensionnel précis. Les voies intramusculaire et sublinguale sont à éviter. L'utilisation préférentielle de l'urapidil, du labétalol ou de la nicardipine à la seringue électrique est recommandée, en évitant les doses de charge (**accord professionnel selon les recommandations de l'ANAES**).  
(cf. *tableau des doses : chapitre "Infarctus cérébraux"*).
- D'autres protocoles de traitements peuvent être utilisés selon les recommandations de l'*American Heart Association* 1999<sup>1</sup>. Il est reproduit à titre d'exemple (gradation des thérapeutiques selon les niveaux tensionnels).
  - Si PAS > 230 mmHg ou PAD > 140 mmHg sur 2 relevés à plus de 5 min d'intervalle,  
→ débuter nitroprusside (0,5-10 mg/kg/min au PSE) ;
  - Si PAS > 180 et < 230 mmHg, PAD > 105 et < 140 mmHg, ou PAM > 130 mmHg sur 2 relevés à + de 20 min d'intervalle,  
→ débuter : labétalol 5-100 mg/h par bolus de 10-40 mg intermittents ou (2-8 mg/min),  
ou énalapril 0,625-1,2 mg/6 h à adapter aux chiffres de la PA,  
ou nicardipine 0,5-3 mg/h au PSE à adapter aux chiffres de la PA ;
  - Si PAS < ou = 180 mmHg et PAD < ou = 105 mmHg,  
→ un traitement antihypertenseur ne doit pas être débuté (surveillance toutes les 20 min).
- **Surveillance :**
  - de la PA : toutes les 15 min jusqu'à atteinte de l'objectif, puis toutes les 30 min pendant 6 h puis toutes les h ;
  - neurologique : intensité du déficit, vigilance, pupilles toutes les h.

- Si l'on dispose d'un monitoring de la pression intracrânienne, l'objectif est de maintenir une pression de perfusion cérébrale > 70 mmHg.

## PA basse et manifestations ischémiques d'origine hémodynamique

Des manifestations ischémiques d'origine hémodynamique peuvent s'observer si la perfusion cérébrale est insuffisante, soit en aval d'une sténose serrée ou d'une occlusion artérielle sans élévation de la PA systémique réactionnelle, soit en cas de perturbation de la circulation systémique.

Manifestations cliniques : aggravation progressive des fluctuations du déficit en rapport avec un mécanisme hémodynamique.

### Conduite pratique :

- Rechercher des signes de choc (cardiogénique, hémorragique, hypovolémique, septique).
- Mesures thérapeutiques (en l'absence du traitement spécifique d'un état de choc) :
  - Ne reposent actuellement sur aucune étude validée.
  - Maintenir le patient en décubitus, surélévation de la partie inférieure du lit (inclinaison).
  - Arrêt des antihypertenseurs.
  - Perfusion de sérum physiologique (1 litre en 1 heure), éventuellement à renouveler,
    - En respectant les contre-indications (âge et cardiopathie).
  - Rarement,
    - Perfusion d'amines pressives : dopamine 2,5 µg/kg/min en IV à la seringue électrique, à moduler en fonction de la clinique et de la PA (jusqu'à 10 µg/kg/min ; au-delà de cette dose, une surveillance de la PVC est nécessaire) ;
  - Surveillance tous les 10 min de la tension artérielle jusqu'à stabilisation de l'état neurologique, puis toutes les 30 min pendant 6 h puis toutes les h.

## RÉFÉRENCES

- Hacke W, Kaste M, Skyhoj Olsen T, et al. Acute treatment of ischemic stroke. European Stroke Initiative (EUSI). *Cerebrovasc Dis.* 2000;10(suppl3):22-33.
- Adams HP, Brott TG, Crowell RM, et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke.* 1994;25:1901-1914.
- Broderick JP, Adams HP, Jr, Barsan W, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association *Stroke.* 1999;30:905-915.