

Diminution rapide de la pression artérielle chez les patients avec une hémorragie cérébrale aiguë

du 27/03/2014



La gestion de l'hypertension artérielle (HTA) lors des accidents vasculaires cérébraux est un sujet particulièrement débattu ces dernières années. Les études récentes ont tenté d'éclaircir la prise en charge de l'HTA et en particulier pour les AVC hémorragiques.

Pour rappel, concernant les AVC ischémiques, il est nécessaire de faire une différence de prise en charge en fonction du recours ou non à la fibrinolyse. L'étude INWEST (Intravenous Nimodipine West European Stroke Trial) avait démontrée une augmentation du risque de décès et de dépendance physique du patient avec une stratégie agressive sur le niveau de pression artérielle¹. Ceci s'explique par la nécessité de maintenir une pression artérielle suffisante pour maintenir un débit de perfusion cérébrale. A l'inverse, il a été démontré que dans l'AVC fibrinolyté, il existe un intérêt de maintenir un objectif tensionnel entre 140 et 160 mm Hg, confirmé par une courbe en U de la mortalité en fonction du niveau de pression artérielle chez 11080 patients analysés dans le registre SITS-ISTR²

La pression artérielle (PA) s'élève immédiatement après un AVC hémorragique. Ainsi la PA est en cause comme effet pro-hémorragique et deviendra un facteur prédictif de l'évolution final. Dans ce sens, l'étude INTERACT (INTensive, blood pressure Reduction in Acute Cerebral hemorrhage trial), étude pilote menée sur 404 patients, est l'une de premières études à avoir démontré que la diminution de la pression artérielle permet une diminution de la taille de l'hématome en fonction du délai de prise en charge sans augmentation des évènements délétères à 90 jours^{3,4}.

INTERACT 2, est un essai international, multicentrique, prospectif, randomisé et ouvert réalisé dans 140 centres dans le monde, qui vient de livrer ses résultats⁵. L'objectif de cette étude, réalisée chez 2800 patients environ, était de comparer une prise en charge intensive, avec un objectif à 140 mmHg à la stratégie recommandée par l'AHA, où un traitement était requis au-delà de 180 mmHg de systolique. La pression moyenne après une heure était de 150 mmHg dans le groupe intensif, avec 33,4% des patients traités atteignant l'objectif tensionnel, contre 164 mmHg dans le groupe contrôle.

Le critère principal, mortalité et incapacité (handicap) majeure, est survenu chez 52% des patients du groupe intensif contre 55,6% du groupe contrôle (p=0,06). Plus en détail, la mortalité est similaire dans les deux groupes (12%). La différence est en revanche significative sur les critères secondaires d'incapacité (p=0,04) et de qualité de vie (p=0,002). A la différence de l'étude pilote, il n'est pas retrouvé de différence sur la taille de l'hématome et son évolutivité.

Cette étude de grande d'ampleur pour le traitement intensif de l'hypertension artérielle dans l'AVC hémorragique montre une amélioration du pronostic fonctionnel sans pouvoir diminuer la survenue d'évènements majeurs. De plus, cette publication va à l'encontre d'une littérature conséquente et ancienne qui avait démontré que les patients hypertendus, lors d'une «agression cérébrale», avait un risque accru à développer une ischémie cérébrale si on diminuait de façon intense la pression artérielle par perte d'autorégulation du flux vasculaire cérébral.

Toutefois, comme Hill et Muir⁶ le commentent dans leur critique d'INTERACT 2, un biais d'interprétation des résultats peut exister compte tenu du faible pourcentage de patients à l'objectif de 140 mmHg en une heure dans le groupe intensif⁶. En effet, bien que la diversité des protocoles de traitements intraveineux aient permis de généraliser les résultats aux différents centres, ils ont potentiellement créé une hétérogénéité des effets et un non respect des objectifs des deux groupes.

En conclusion, le traitement intensif et rapide visant à diminuer la pression artérielle en phase aiguë chez un patient ayant fait un AVC hémorragique dans cette étude n'a pas démontré une réduction significative de décès et/ou instabilité clinique. Cette étude permet toutefois de conclure que diminuer la pression artérielle pour un objectif de 140 mmHg est applicable et d'après leurs résultats sans danger apparent, mais les bénéfices modérés et essentiellement fonctionnels doivent conduire à de nouveaux essais.

1. Wahlgren, N. G., MacMahon, D. G., De Keyser, J., Indredavik, B. & Ryman, T. Intravenous Nimodipine West European Stroke Trial (INWEST) of Nimodipine in the Treatment of Acute Ischaemic Stroke. *Cerebrovasc. Dis.* 4, 204-210 (1994).
2. Ahmed, N. *et al.* Relationship of blood pressure, antihypertensive therapy, and outcome in ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis: retrospective analysis from Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-International Stroke Thrombolysis Register (SITS-ISTR). *Stroke J. Cereb. Circ.* 40, 2442-2449 (2009).
3. Anderson, C. S. *et al.* Intensive blood pressure reduction in acute cerebral haemorrhage trial (INTERACT): a randomised pilot trial. *Lancet Neurol.* 7, 391-399 (2008).
4. Anderson, C. S. *et al.* Effects of Early Intensive Blood Pressure-Lowering Treatment on the Growth of Hematoma and Perihematomal Edema in Acute Intracerebral Hemorrhage The Intensive Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Haemorrhage Trial (INTERACT). *Stroke* 41, 307-312 (2010).
5. Anderson, C. S. *et al.* Rapid blood-pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage. *N. Engl. J. Med.* 368, 2355-2365 (2013).
6. Hill, M. D. & Muir, K. W. INTERACT-2 Should Blood Pressure Be Aggressively Lowered Acutely After Intracerebral Hemorrhage? *Stroke* 44, 2951-2952 (2013).

Dernière modification 27/03/2014

Haut de page
Retour |