

HTA après un AVC

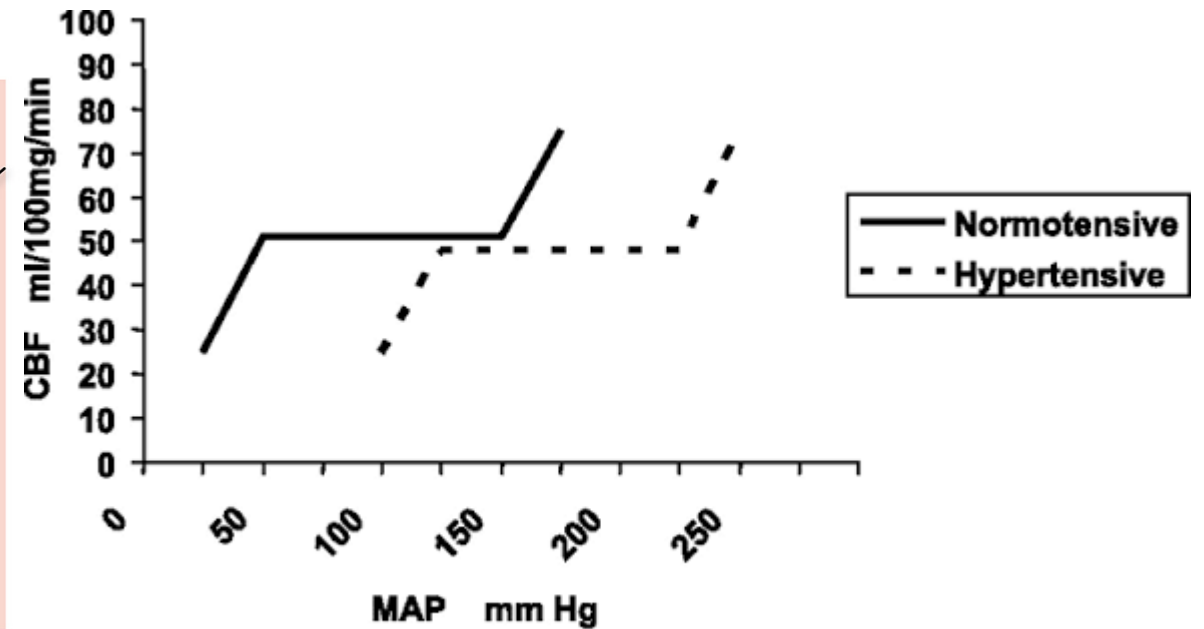
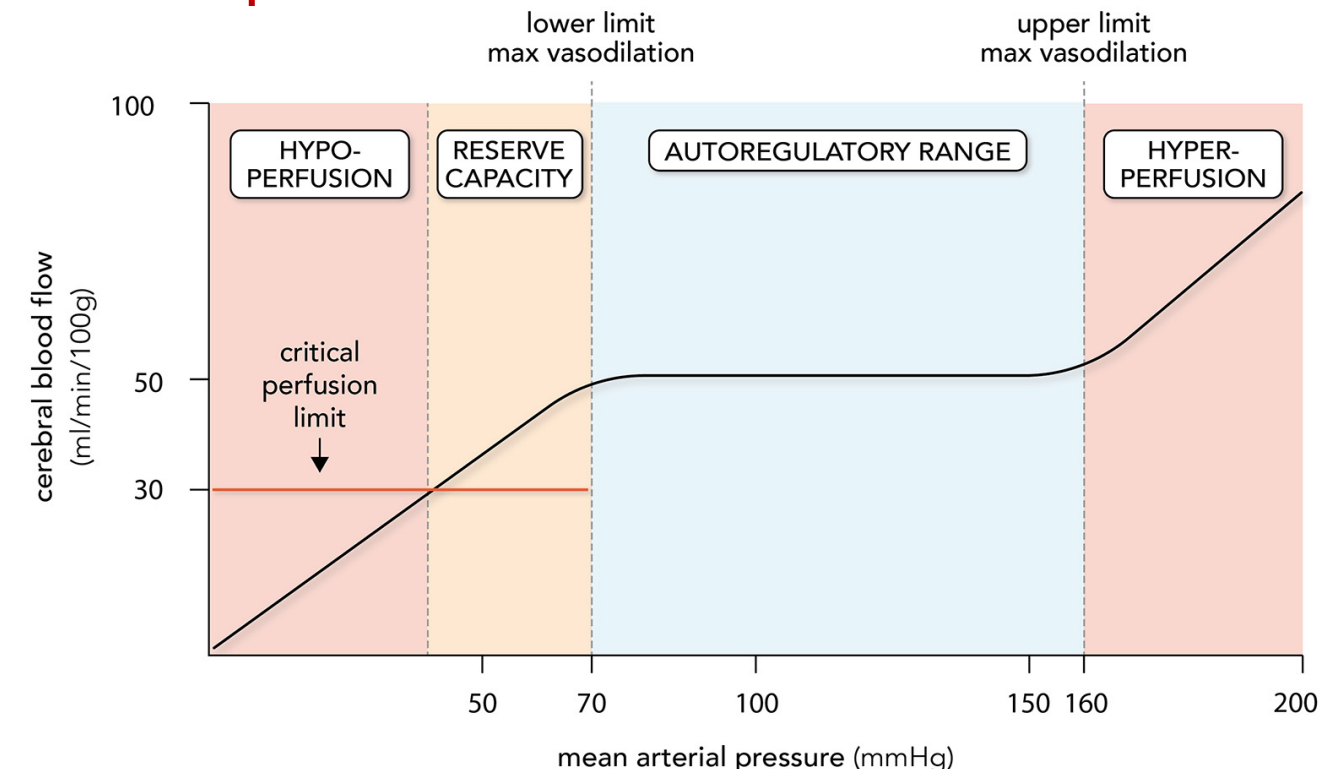
18/06/2026

Journée régionale médicale

Jean Bouchart

HTA et AVC

- Circulation cérébrale $\neq$ systémique
- Grande spécificité: des mécanismes spécifiques de contrôle de la PPC. Si pas assez de PPC: ischémie...



CBF=cerebral blood flow; MAP=mean arterial pressure

Sténose carotides et HTA :

Quand s'inquiéter du risque lié aux variations de TA au lever ?



Nascet %	10 - 40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	OCCLUSION
Seuil de PSV		125		230			
PSV (moy)		210	240	330	370	variable	
PSV post sténose				≥ 50	< 50	< 30	
Flux collat (oph/DTC)				Possible	Présent	Présent	Présent
Turbulences post sténose		+	++	++	++	+/-	
EDV intra sténose			< 100	> 100		variable	
RC	< 2	≥ 2	≥ 2	> 4	> 4	variable	

Diagnostic après AVC

- Pas de recommandations sur le diagnostic d'HTA post AVC subaigu (PROGRESS: « stable depuis 2 semaines...»)
- Par définition, AVC => HTA à haut risque.
- HTA: tensions au delà des 24-48 premières heures (sauf exception).
- Ya pas de délai post AVC pour définir l'HTA... C'est en fonction des cas.

Bilan lésionnel et étiologique (ESH 2024)

De base

Co-morbidités.

Facteurs de risque cardiovasculaire.

Autres traitements ou utilisations de médicaments (AINS, CTC, Immunosuppresseurs, chimiothérapies, réglisse...)

Examen Physique : Périmètre abdo idéalement et IMC.

Niveau de fragilité/fonctionnalité chez les personnes âgées (ex. : > 80 ans).

Biologies: Iono, Urée, Créatinine, eDFG, Glycémie à jeun et HbA1c, Cholestérol total, LDL, HDL, BU, ECG 12 dérivations. +-

TSH

Signes d'HTA secondaires:

- Taches café au lait.
- Coarctation de l'aorte à l'angioTSA ou souffle auscultatoire...
- Signes de dysthyroïdie ou de Cushing

Vu la prévalence, je rajoute à cela la polygraphie

Étendu

Cardiaque : Échocardiographie. Score calcique coronaire.

Vasculaire : Vitesse de l'onde de pouls / Index cheville-bras.

Cérébral : IRM. Tests cognitifs.

Rénal : Echo des voies urinaires + doppler des artères rénales.

Ophthalmo: Fond d'œil. OCT.

Quand Orienter le Patient vers un Spécialiste?

Hypertension secondaire suspectée (selon l'âge)...

Pour exclure une hypertension secondaire chez les patients jeunes (< 40 ans) avec une hypertension de grade 2 ou 3.

Hypertension d'apparition soudaine ou aggravation de l'hypertension.

Patients avec une hypertension résistante au traitement.

Hypertension pendant la grossesse.

Étiologies à suspecter

Syndromes aortiques

Coarctation aortique

Néphropathies parenchymateuses

Hypertension rénovasculaire/DFM

Hypertension rénovasculaire athéromateuse

13-18A

19-40A

41-65A

>65 A

Atteintes monogéniques (Col4...)

Cushing

Phéochromocytome et paragangliomes

Hyperaldostéronisme primaire



Sels de potassium

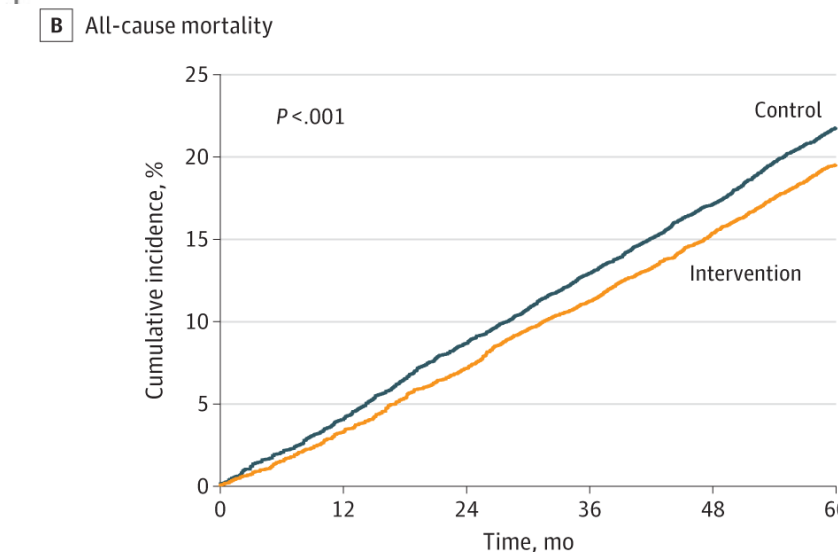
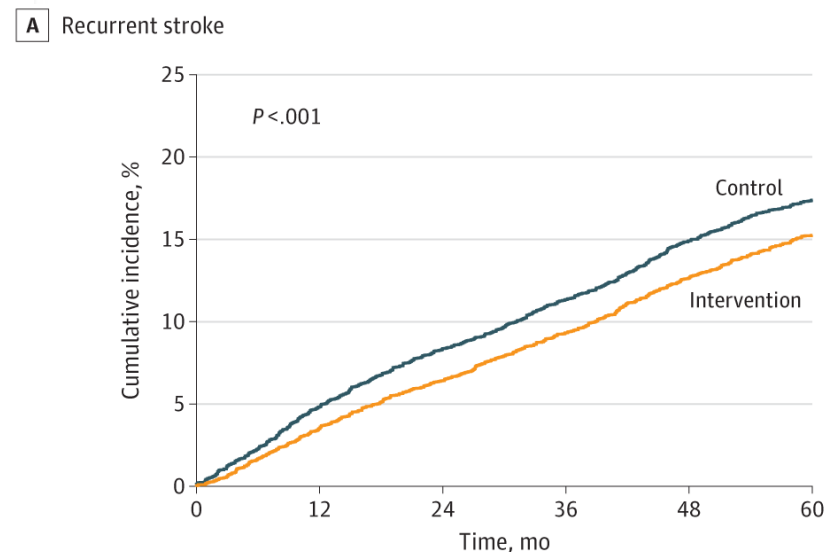
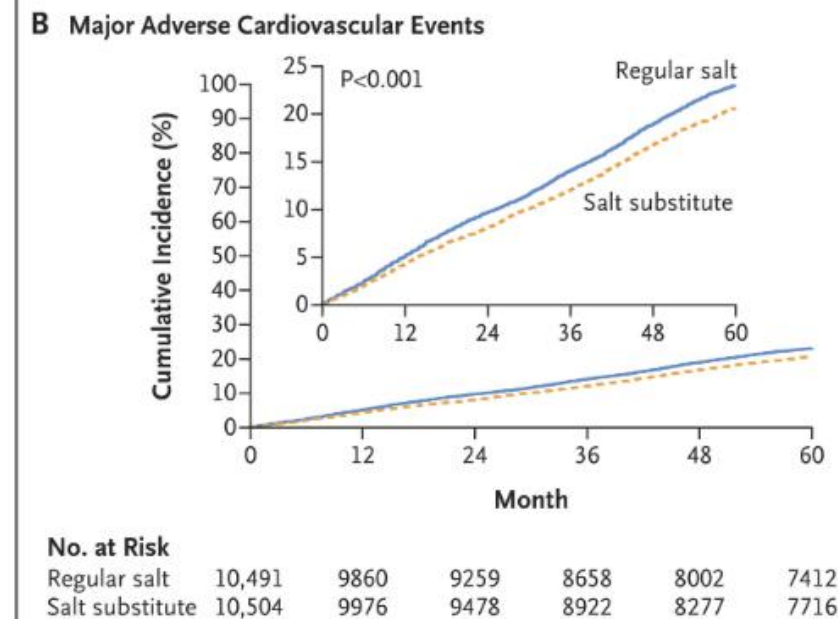
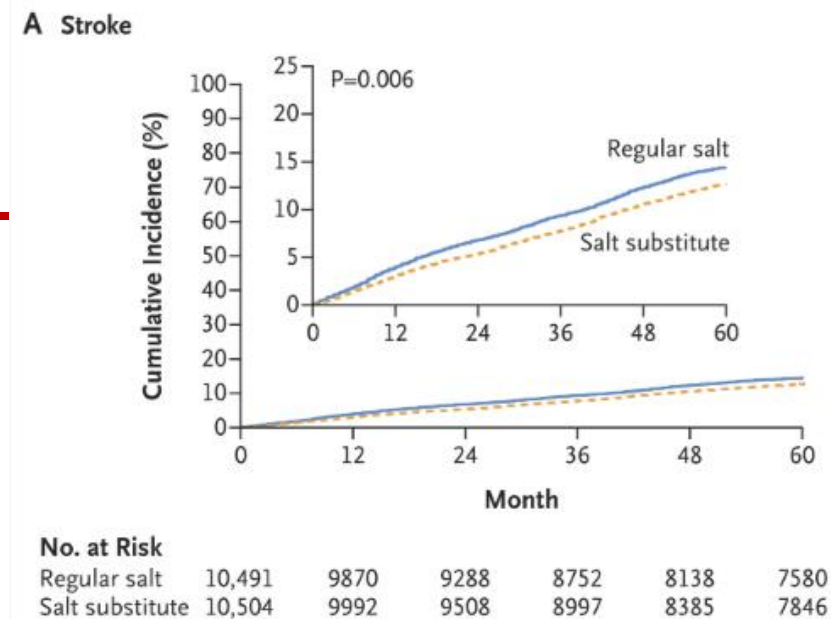
3 RCT

P: >50ans (20995pts)

I: 25%KCl/75%NaCl

C: 100%NaCl

O: 2,9%vs. 3,4% dans le plus gros essai de population générale



Apnée du sommeil

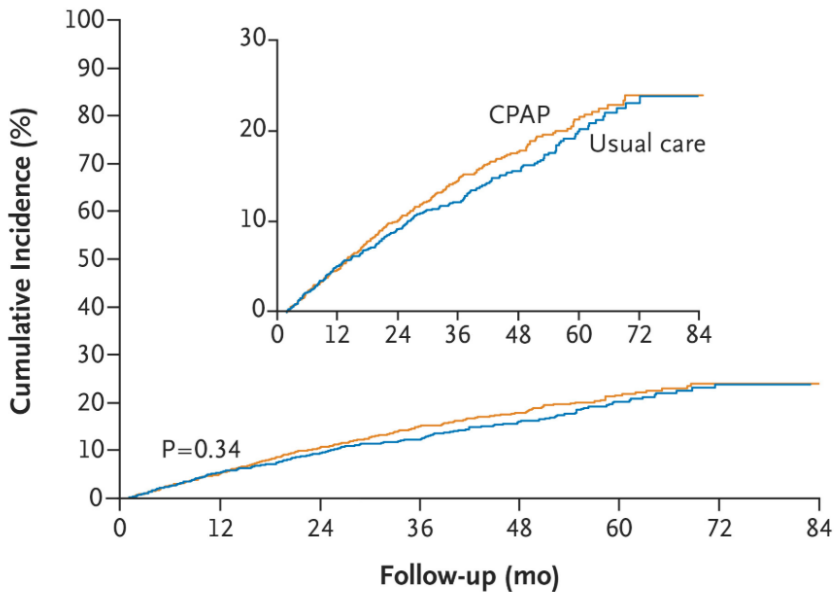


Rappel: 60% des AVC on un SAHOS, et 30% des formes sévères.

Multiples RCT.
Réduction de la TA
~10mmHg.

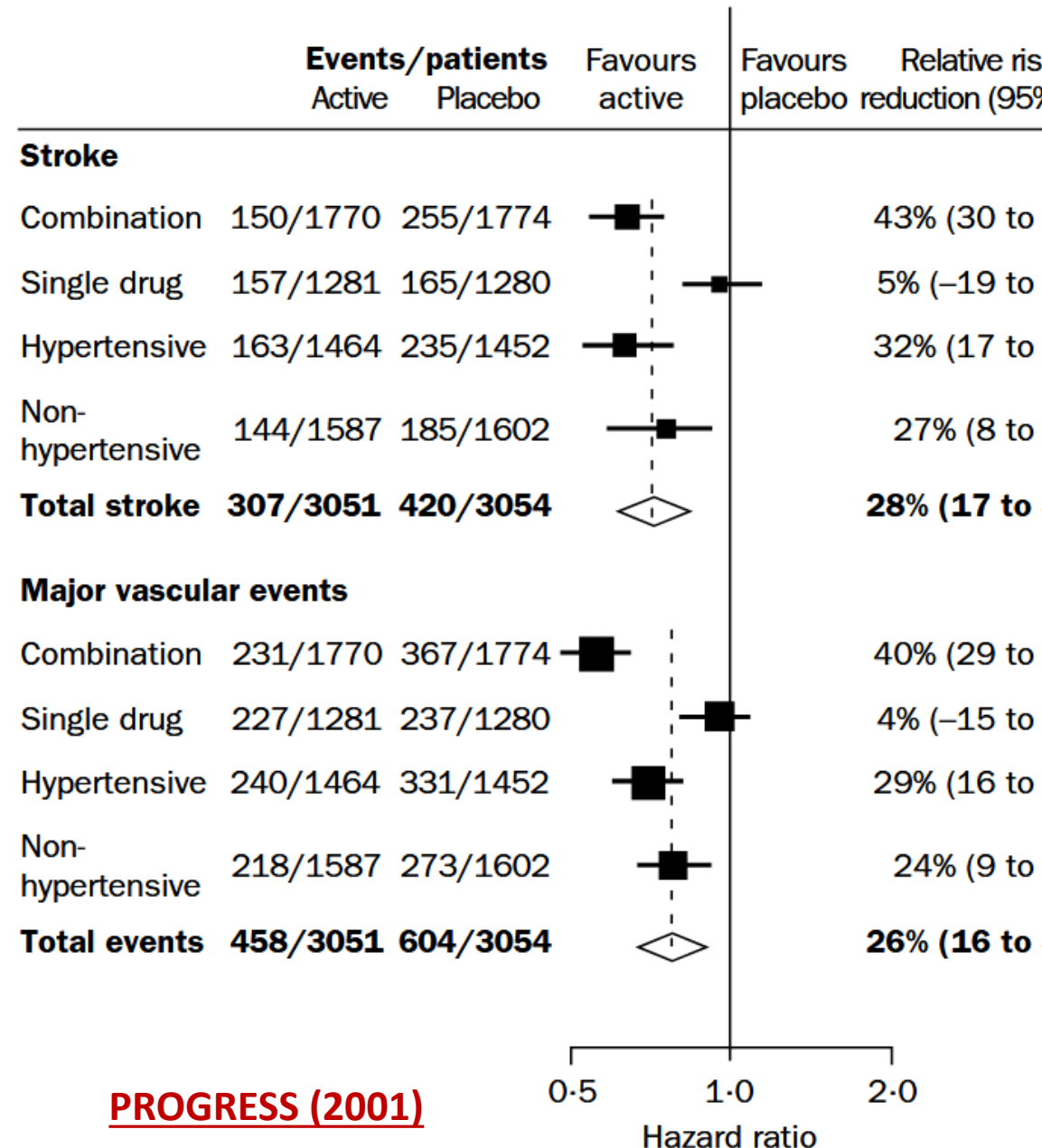
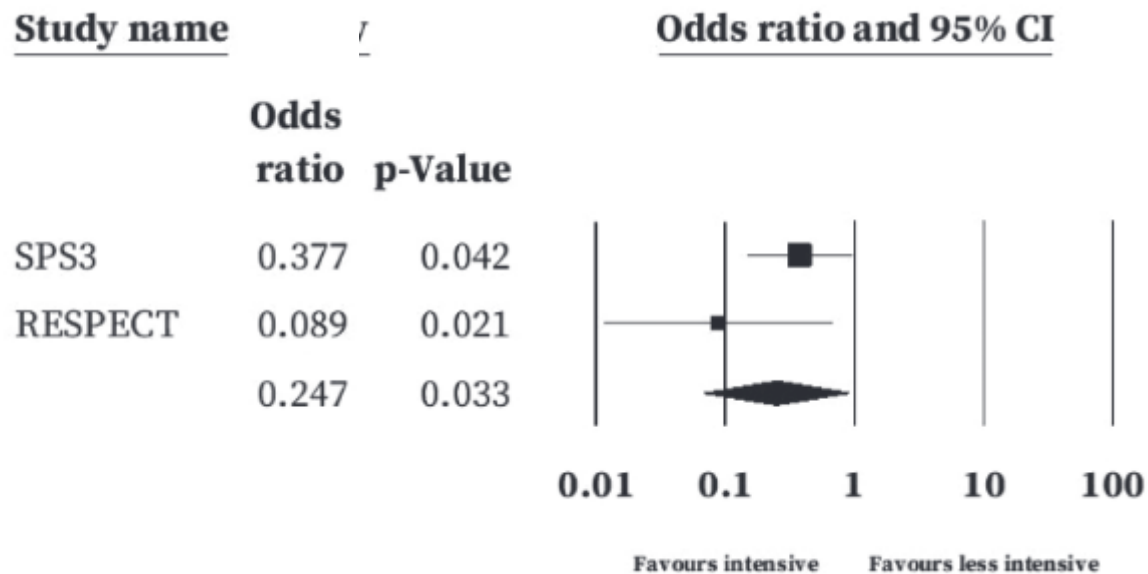
Améliore la récupération.
Par contre: pas d'impact sur les MACE avec la PPC!

	Baseline		P	Treatment	
	Therapeutic nCPAP	Subtherapeutic nCPAP		Therapeutic nCPAP	Subtherapeutic nCPAP
Mean blood pressure	100.4±15.9	99.5±12.3	NS	90.6±10.4	100.1±9.5



Traitement: AVCi & AIT

TA <130/80 vs <140/90



PROGRESS (2001)

Figure 5: Effects of study treatment on stroke and major vascular events in subgroups of patients



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE



EUROPEAN STROKE
ORGANISATION

AVC hémorragique

TRIDENT 2026

P: 1670 pts avec HIC

I : Triple pilule antiHTA:
(telmisartan at 20 mg,
amlodipine 2.5mg,
indapamide 1.25mg)

C: BMT

O: Récidive AVC:

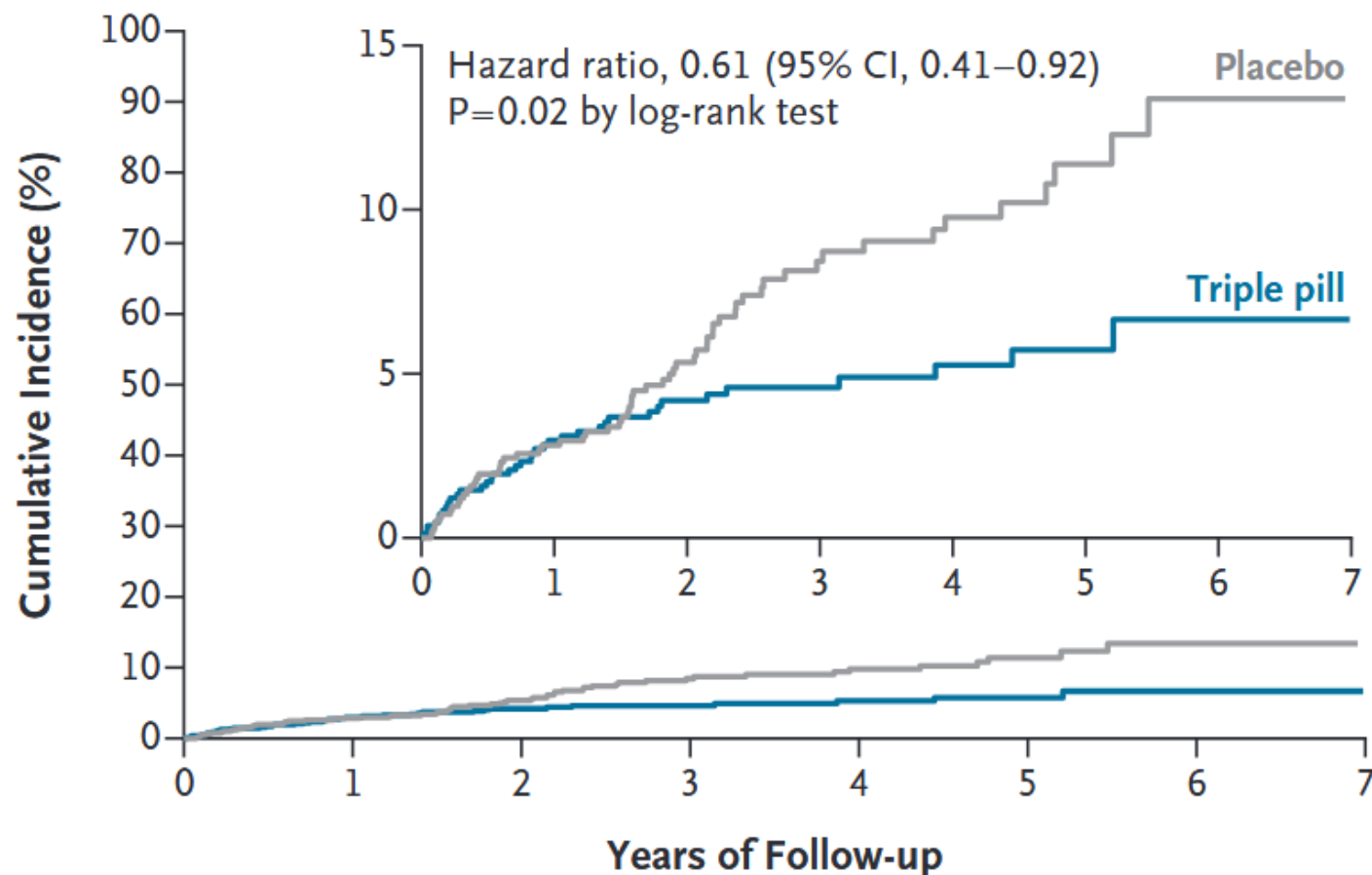
6.6% vs. 9.8%; P=0.04

EIG:

23.2% vs 26.0%



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE



No. at Risk

Placebo	837	738	517	315	237	123	55	12
Triple pill	833	734	518	330	250	120	52	14



HTA et personnes âgées

- HYVET
- 1933 patients >80a
- Réduction 15/6mmHg
- 30% réduction AIC
- 23% de réduction décès



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Recommandations ESH :

Traiter comme un jeune sauf si mRS 4-5 (en gros) , mais si mRS 3, introduire progressivement.

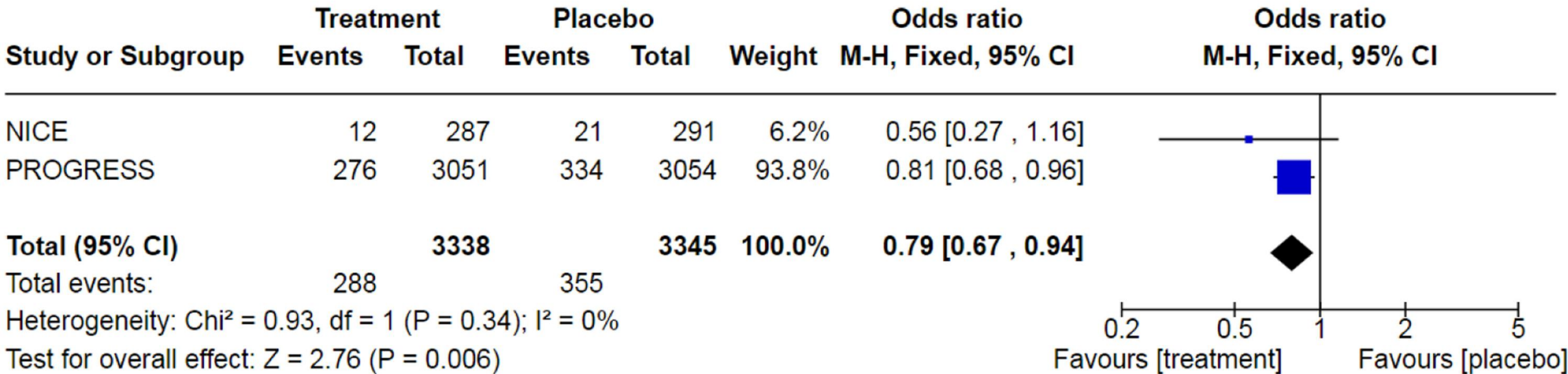
Table 2. Main Fatal and Nonfatal End Points in the Intention-to-Treat Population.

End Point	Rate per 1000 Patient-Yr (No. of Events)		Unadjusted Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	Active	Placebo		
	no. (%)			
Stroke				
Fatal or nonfatal	12.4 (51)	17.7 (69)	0.70 (0.49–1.01)	0.06
Death from stroke	6.5 (27)	10.7 (42)	0.61 (0.38–0.99)	0.046
Death				
From any cause	47.2 (196)	59.6 (235)	0.79 (0.65–0.95)	0.02
From noncardiovascular or un- known causes	23.4 (97)	28.9 (114)	0.81 (0.62–1.06)	0.12
From cardiovascular cause	23.9 (99)	30.7 (121)	0.77 (0.60–1.01)	0.06
From cardiac cause*	6.0 (25)	8.4 (33)	0.71 (0.42–1.19)	0.19
From heart failure	1.5 (6)	3.0 (12)	0.48 (0.18–1.28)	0.14
Fatal or nonfatal				
Any myocardial infarction	2.2 (9)	3.1 (12)	0.72 (0.30–1.70)	0.45
Any heart failure	5.3 (22)	14.8 (57)	0.36 (0.22–0.58)	<0.001
Any cardiovascular event†	33.7 (138)	50.6 (193)	0.66 (0.53–0.82)	<0.001

* Death from cardiac causes was defined as fatal myocardial infarction, fatal heart failure, and sudden death.

† Any cardiovascular event was defined as death from cardiovascular causes or stroke, myocardial infarction, or heart failure.

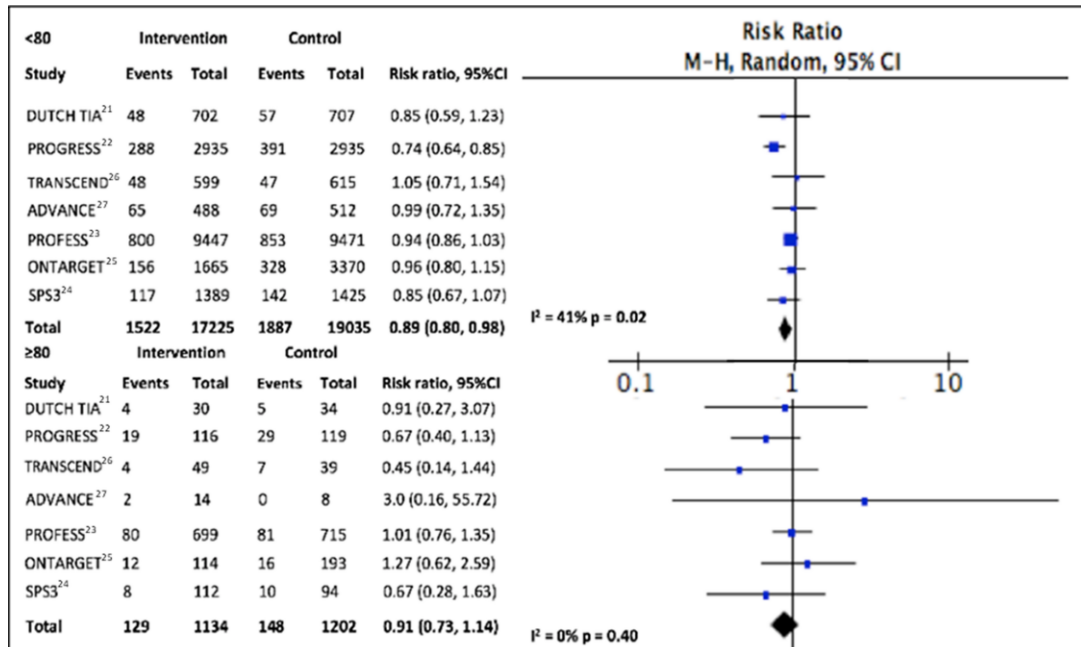
Troubles cognitifs post AVC et traitement anti HTA



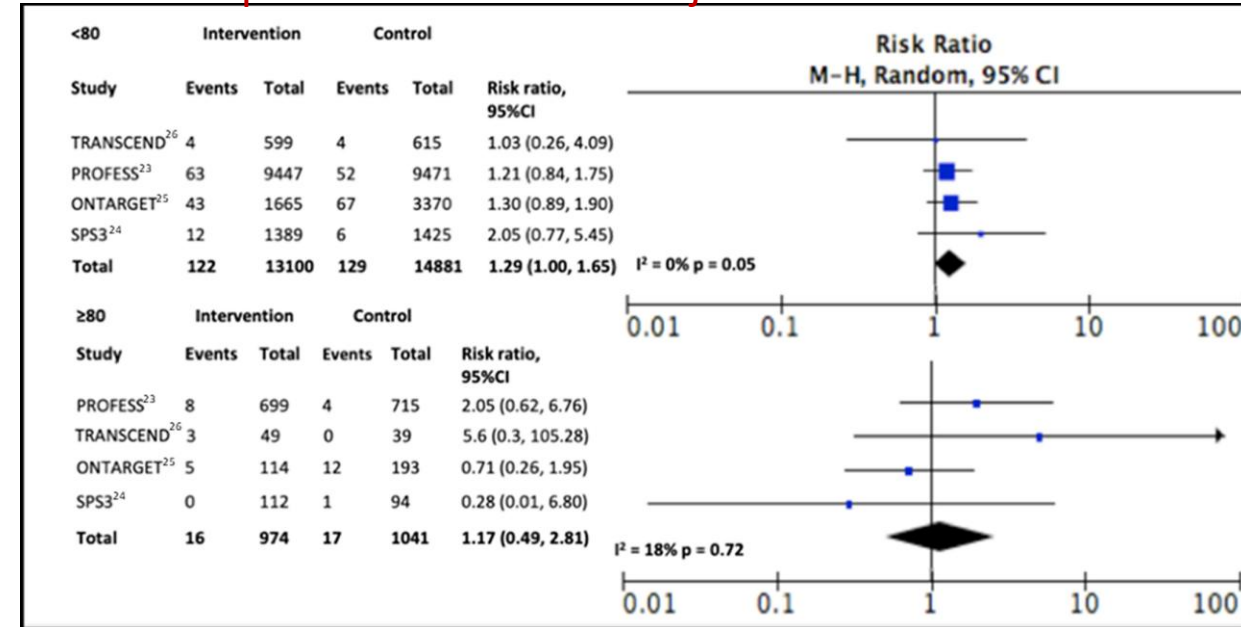
AVC, HTA et age

Méta-analyse
RRR :-10% de MACE

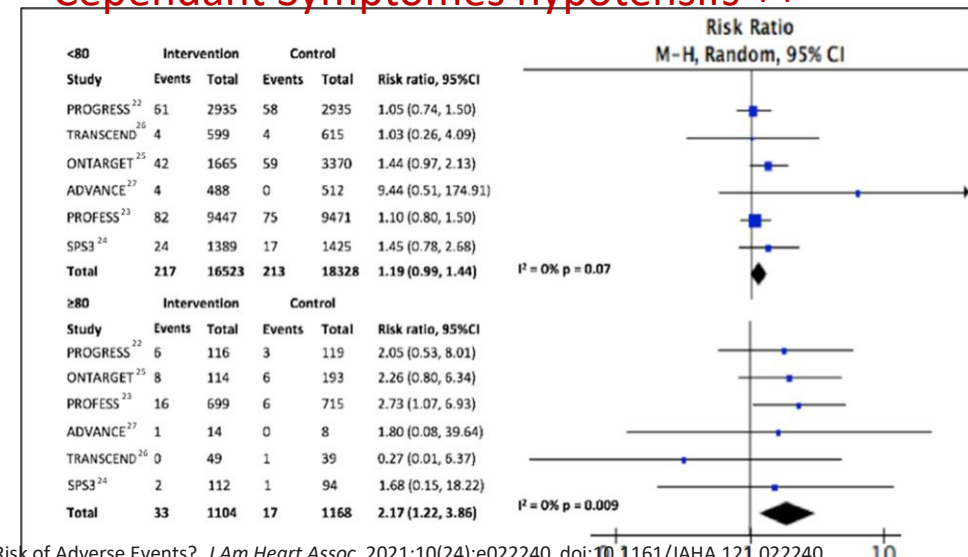
Bénéfice



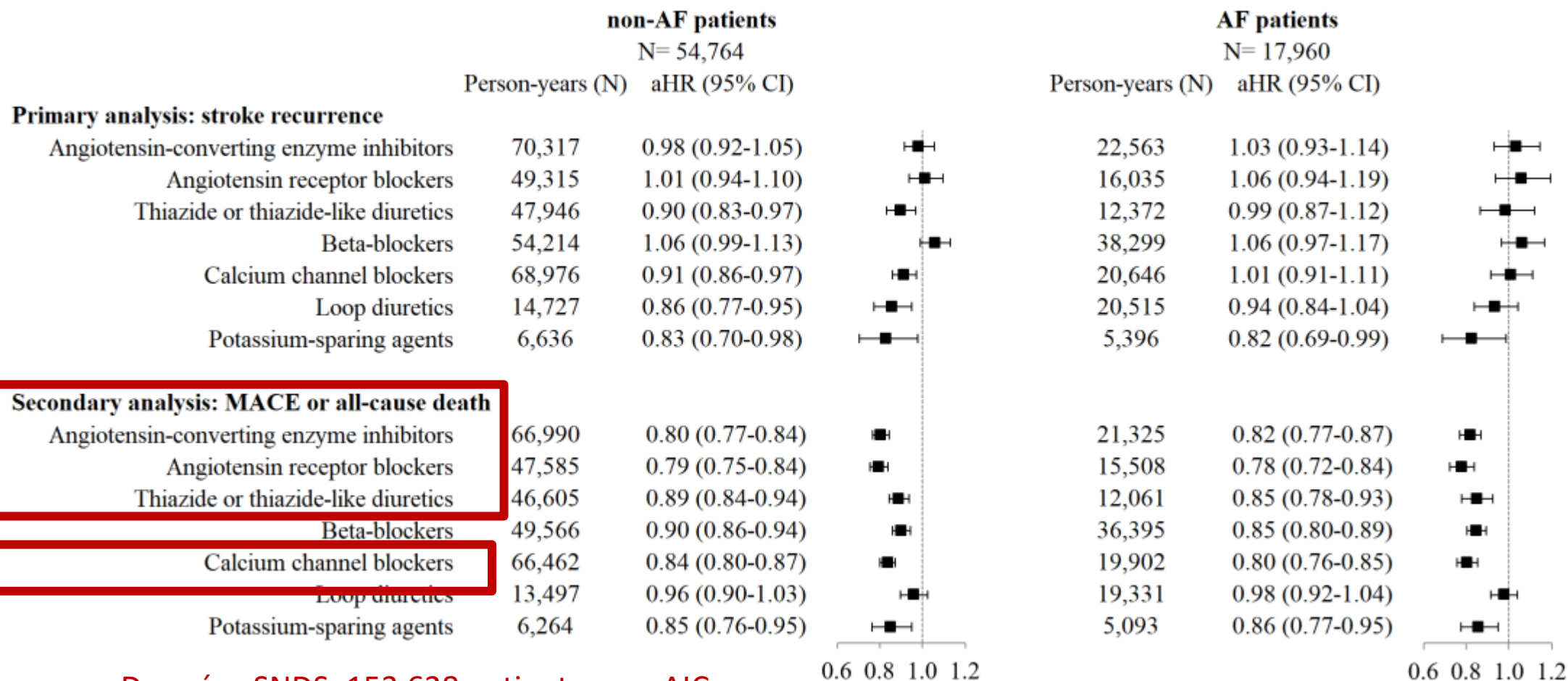
Risque de chute et d'El majeurs



Cependant Symptômes hypotensifs ++



Quel médicaments privilégier? (dans l'association)



Données SNDS, 153 628 patients avec AIC

TAKE HOME MESSAGES



Phase de l'AVC/Type		Objectif	TTT	Preuve
AIC <24h	Reperf	<180/105	<u>Au choix</u>	ENCHANTED
	Pas de reperf	<220/120		SETIN
HIC <24h				INTERACT/TRUTH
Tout AVC de plus de 24h		<130/80mmHg	AIC:Double	PROGRESS
		120-129mmHg	HIP:Triple	TRIDENT
TABAC – SPORT – DIET – POIDS(si <65a) – SAHOS – FAUX SEL – ALCOOL				

Merci pour votre attention

