



# Prévention secondaire des AVC

ADEHOSSI Eric, Médecine Interne

Colloque REPREMAF

Niamey, le 25 Août 2018

# Introduction

- AVC: enjeu majeur de santé publique de par
  - Fréquence
  - Impact: humain, social ou économique
- Malgré les progrès de la prise en charge, prévention = moyen de lutte le plus efficace

# Introduction

- Prévention repose sur
  - Prise en charge des facteurs de risque vasculaires
  - Médicaments anti-thrombotiques
  - Chirurgie
  - Procédures endovasculaires

# Définitions

- Prévention: ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps

OMS, 1948

- Prévention primaire: ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ou à en retarder l'âge de début

OMS, 1948

# Définitions

- Prévention secondaire:
  - Vise à diminuer la prévalence d'une maladie, soit le nombre de cas présents sur une période donnée, soit le nombre dépendant de l'incidence et de la durée de la maladie
  - Recouvre des actions destinées à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution

# Définitions

- Prévention tertiaire: intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie

# Épidémiologie

- Relation continue entre PA et AVC
- Bénéfice absolu dépend du niveau de risque initial
- Relation entre AVC et risque d'IDM et de décès d'origine vasculaire non lié à l'AVC de 2%/an
- Objectif de la prévention: réduire le risque de ces évènements

# Prévention secondaire

- Correction FDRCV
- Traitement spécifique AVC associé à une affection cardiaque
- Traitement spécifique après AVC lié à l'athérosclérose, à une maladie des petites artères, ou d'origine indéterminée

# Grade des recommandations

**A** Preuve scientifique établie

**B** Présomption scientifique

**C** Faible niveau de preuve

**AE** Accord d'experts

Correction FDRCV

# HTA

- Méta-analyse de 7 études
- PROGRESS
  - Réduction relative de 24% du risque en prévention secondaire
  - Recommandation du traitement après AVC et AIT

# HTA

Traitement antihypertenseur chez tout hypertendu (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg) après un IC ou un AIT A

---

Objectif de pression artérielle : < 140/90 mmHg et 130/80 mmHg si diabète ou insuffisance rénale AE

---

Mesurer le niveau et la variabilité de la PA par l'automesure ou à défaut par la MAPA AE

---

Traitement initial : diurétiques thiazidiques, IEC, inhibiteurs calciques B

---

Autres classes médicamenteuses choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de PA visé AE

# Lipides

- FDR majeur de maladie coronarienne
- Relation entre concentration sérique en cholestérol et incidence de l'AVC semble être plus complexe
- Association faible mais positive entre hypercholestérolémie et AVC ischémiques
- Forte association entre le cholestérol et l'athérosclérose carotidienne

# Lipides

- SPARCL
  - Atorvastatine réduit le risque
    - AVC de 16% à 5 ans
    - évènements vasculaires majeurs de 20% à 5 ans
  - Statine après IC ou AIT non cardio-embolique
  - Objectif: LDL-cholestérol < 1g/l

# Lipides

Traitement par statine chez les patients ayant un AVC non cardioembolique et A  
ayant un LDL-cholestérol  $\geq 2,6$  mmol/l (1 g/l)

---

Objectif de LDL-cholestérol :  $< 2,6$  mmol/l AE

---

Traitement par statine quel que soit le taux de LDL-cholestérol :

---

- Chez les patients diabétiques B

---

- Chez les patients ayant un antécédent coronarien A

---

Traitement par statine envisageable chez les patients avec LDL-cholestérol  $< 1$  AE  
g/l et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique

---

Utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements A  
vasculaires (Artovastatine ++)

---

Chez les patients au-delà de 80 ans débiter le traitement à dose faible et AE  
contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible

# Diabète

- Risque d'AVC ischémique environ deux fois plus élevé que ceux sans diabète
- Risque d'AVC associé au diabète plus élevé chez la femme que chez l'homme

# Diabète

- Co-facteurs:
  - Dyslipidémie
  - Dysfonction endothéliale
  - Anomalies plaquettaires et coagulantes
  - Élévation de HbA1C associée à un risque accru de développement de plaques carotidiennes

# Diabète

Objectif d'HbA1c inférieure ou égale à 8% chez les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'IC ou d'AIT récent < 6 mois AE

---

Objectif d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % chez les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'IC ou d'AIT > 6 mois AE

# Tabagisme

- Risque accru
- Risque relatif d'AVC chez les fumeurs = 2,58
- Disparition de l'excès de risque 2 à 4 ans suivant l'arrêt du tabac

# Tabagisme

Sevrage tabagique recommandé	B
Nécessité de conseil et de prise en charge renforcés dès le diagnostic de l'infarctus cérébral ou de l'AIT	AE
Éviction du tabagisme dans l'environnement du patient	AE

# Alcool

Réduction ou arrêt de la consommation chez les hommes consommant plus de trois verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et chez les femmes consommant plus de deux verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) C

---

Méthodes de sevrage appropriées et prise en charge spécifique pour les patients alcoolodépendants AE

# Obésité

Objectifs thérapeutiques fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités AE

Traitement spécifique après un IC ou un AIT  
associé à une affection cardiaque

# Fibrillation atriale non valvulaire, paroxystique ou permanente

Traitement anticoagulant oral à maintenir au long cours même en cas de retour en rythme sinusal A

---

Si traitement anticoagulant, AVK ou AOD prescrits en 1<sup>ère</sup> intention. AE

---

Choix entre ces 2 familles en tenant compte AE

- Risque hémorragique
  - Âge et poids
  - Fonction rénale
  - Qualité prévisible de l'observance
  - Capacité du patient à suivre le degré d'anticoagulation pour les AVK
  - Préférence du patient après une information adaptée
- 

Sous dabigatran, rivaroxaban ou apixaban : estimation de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft préalablement puis annuellement et plus fréquemment en cas d'insuffisance rénale modérée entre 30 et 60 ml/min ou de situations susceptibles d'altérer temporairement la fonction rénale. AE

Prudence chez les patients les plus âgés et polypathologiques

# Infarctus du myocarde

Traitement anticoagulant justifié en cas de fibrillation auriculaire associée ou B de thrombus intracardiaque (ne pas associer AVK et antiagrégant plaquettaire)

Traitement spécifique après AVC lié à  
l'athérosclérose

# Traitement antithrombotique

Après AVC d'origine non cardioembolique : antiagrégant plaquettaire :	A
• Aspirine à 75-325 mg/j	A
• Clopidogrel 75 mg/j	B
Association clopidogrel + aspirine en prévention secondaire à distance de la phase aiguë des IC non recommandée	A
Anticoagulation orale par AVK non recommandée	A
Anticoagulants non AVK non évalués et donc non recommandés	AE

# Sténose athéroscléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne

Sténose comprise entre 70 et 99% : <b>endartériectomie carotidienne</b> chez les patients avec un IC non invalidant ou un AIT, de moins de 6 mois	<b>A</b>
Sténose carotidienne comprise entre 50 et 69% : endartériectomie carotidienne possible	<b>A</b>
Bénéfice plus important chez les hommes, chez les patients de plus de 75 ans et, en cas d'AIT, chez les patients avec symptômes hémisphériques	<b>B</b>
Sténose de la carotide interne < 50 % : pas d'indication chirurgicale	<b>A</b>
Chirurgie carotidienne réalisée par un chirurgien expérimenté	<b>AE</b>
Bénéfice de l'endartériectomie d'autant plus important que la précocité du geste (dans les 15 jours après l'accident)	<b>B</b>
Angioplastie carotidienne avec stent ne peut être proposée qu'en consultation pluridisciplinaire aux patients à haut risque de récurrence sous traitement médical et en cas de comorbidité majeure contre-indiquant la chirurgie carotidienne	<b>C</b>

# AVC hémorragique

- Nécessité de contrôler l'HTA (PROGRESS) A
- Nécessité de corriger les autres facteurs de risque B

# Conclusion

- AVC: enjeu majeur de santé publique
- Prévention secondaire: outil indispensable de la prise en charge du fait du risque de récurrence