



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^{ère} 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% : endartériectomie carotidienne chez les patients avec un IC non invalidant ou un AIT, de moins de 6 mois	A
Sténose carotidienne comprise entre 50 et 69% : endartériectomie carotidienne possible	A
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
Sténose de la carotide interne < 50 % : pas d'indication chirurgicale	A
Chirurgie carotidienne réalisée par un chirurgien expérimenté	AE
Bénéfice de l'endartériectomie d'autant plus important que la précocité du geste (dans les 15 jours après l'accident)	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	C

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