

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral (IC) ou un accident ischémique transitoire (AIT)

Mars 2008

Ces recommandations portent sur la prise en charge de la prévention de **l'ensemble des événements vasculaires** (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et décès vasculaire), parce que l'infarctus cérébral confère non seulement un risque élevé de récurrence, mais aussi un risque conséquent d'infarctus du myocarde et de décès d'origine vasculaire. **Ces recommandations s'appliquent aux AIT dès que le diagnostic est établi et aux infarctus cérébraux après la phase aiguë**, dont la durée varie en fonction de la sévérité et de la taille de l'infarctus. **La prévention vasculaire comprend une prévention globale par le contrôle des facteurs de risque et un traitement spécifique en fonction de l'étiologie de IC ou de l'AIT.**

Contrôle des facteurs de risque

Pression artérielle (PA)

- Objectif de la PA : < 140/90 mmHg.
 - Si insuffisance rénale : < 130/80 mmHg
 - À moduler si sténose $\geq 70\%$ ou occlusion d'artère cervicale ou intracrânienne
- S'assurer du contrôle de la PA (auto-mesure ou MAPA)
- Le traitement des sujets normotendus (pression artérielle < 140/90 mmHg) peut être envisagé
- Traitement : diurétiques thiazidiques ou association diurétiques thiazidiques et inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités ou du niveau tensionnel visé
- Diminution des apports en sel : < 6 g/jour

Lipides

- Traitement par statine chez les patients avec IC ou AIT non cardio-embolique et un LDL-cholestérol ≥ 1 g/l, avec cible de LDL-cholestérol à atteindre : < 1 g/l
- Bénéfice des statines non spécifiquement étudié pour les IC ou AIT cardio-emboliques
- Traitement par statine chez les patients ayant un antécédent coronarien, quel que soit le taux de LDL-cholestérol
- Traitement par statine pouvant être envisagé chez les patients avec un LDL-cholestérol < 1 g/l et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique
- Utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires chez les patients avec un IC ou un AIT

Diabète

- Objectif de la PA : < 130/80 mmHg
- Choix de la classe médicamenteuse en cas de microalbuminurie : inhibiteur du système rénine-angiotensine car action complémentaire de néphroprotection
- Traitement par statine quel que soit le niveau de LDL-cholestérol et obtention d'un taux de LDL-cholestérol < 1 g/l
- Contrôle glycémique : objectif HbA1c < 6,5 %. Cet objectif devra être adapté au profil du patient (âge physiologique, ancienneté du diabète, comorbidités, espérance de vie et risque iatrogène)

Tabac	<ul style="list-style-type: none"> - Sevrage tabagique avec aides à l'arrêt du tabac en cas de dépendance tabagique - Éviction du tabagisme dans l'environnement du patient
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction ou arrêt de la consommation d'alcool chez les hommes consommant plus de 3 verres de boisson alcoolisée par jour (3 unités d'alcool par jour ou 30 g/j) et les femmes consommant plus de 2 verres par jour (2 unités d'alcool par jour ou 20 g/j) - Méthodes de sevrage appropriées et prise en charge spécifique pour patient alcoolodépendant
Obésité	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du poids corporel envisagée si tour de taille > 88 cm chez la femme ou 102 cm chez l'homme - La prévention de l'obésité chez les patients inactifs du fait du handicap occasionné par l'infarctus cérébral doit également être envisagée
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Activité physique : régulière d'au moins 30 minutes par jour, adaptée aux possibilités du patient - Traitement hormonal de la ménopause : à arrêter - Contraception hormonale : contre-indication formelle et définitive à une contraception œstroprogestative. Adopter une contraception non hormonale. Si une contraception hormonale est souhaitée, prescrire une contraception par progestatif seul

Traitement spécifique après IC ou AIT associé à une cardiopathie

Le traitement de la cardiopathie n'est pas repris dans ces recommandations

Fibrillation auriculaire non valvulaire permanente ou paroxystique	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement anticoagulant avec un INR entre 2 et 3, à maintenir au long cours même en cas de retour en rythme sinusal - Si contre-indication avérée aux anticoagulants oraux : traitement par aspirine 															
Infarctus du myocarde	IC ou AIT compliquant un IDM, un anticoagulant est justifié en cas de fibrillation auriculaire associée ou de thrombus intracardiaque															
Anomalies du septum interauriculaire	<ul style="list-style-type: none"> - IC ou AIT associé à un foramen ovale perméable (FOP) isolé : traitement antiplaquettaire - IC ou AIT associé à un FOP et un anévrisme du septum interauriculaire (ASIA) > 10 mm, le rapport bénéfice/risque des différentes stratégies thérapeutiques n'est pas établi. Le choix du traitement antithrombotique (antiplaquettaire ou anticoagulant oral) est fonction du contexte clinique - Fermeture du FOP non recommandée chez les patients ayant un premier IC ou AIT associé à un FOP. Elle pourrait être envisagée après concertation neuro-cardiologique chez les patients ayant un IC ou un AIT sans cause, récidivant sous traitement antithrombotique bien conduit 															
Prothèse valvulaire	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie¹</th> <th colspan="3">Thrombogénicité de la prothèse</th> </tr> <tr> <th>Faible</th> <th>Moyen</th> <th>Élevée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardiopathie sans facteurs de risque</td> <td>2,5</td> <td>3,0</td> <td>3,5</td> </tr> <tr> <td>Cardiopathie avec facteurs de risque</td> <td>3,0</td> <td>3,5</td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Thrombogénicité faible : Medtronic Hall, Saint-Jude Medical, Carbomedics en position aortique, bioprothèse Thrombogénicité moyenne : valves à double ailette avec données insuffisantes, Bjork-Shiley Thrombogénicité élevée : Lillehei Kaster, Omniscience, Starr-Edwards</p>	INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie ¹	Thrombogénicité de la prothèse			Faible	Moyen	Élevée	Cardiopathie sans facteurs de risque	2,5	3,0	3,5	Cardiopathie avec facteurs de risque	3,0	3,5	4,0
INR cible selon la thrombogénicité de la prothèse et la cardiopathie ¹	Thrombogénicité de la prothèse															
	Faible	Moyen	Élevée													
Cardiopathie sans facteurs de risque	2,5	3,0	3,5													
Cardiopathie avec facteurs de risque	3,0	3,5	4,0													

1. D'après Butchart EG *et al.* Recommendations for the management of patients after valvular heart surgery. Eur Heart J 2005;26:2463-71.

Valvulopathies	<ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulants oraux après un IC ou AIT compliquant un rétrécissement mitral rhumatismal - Antiagrégant plaquettaire en cas de prolapsus de la valve mitrale isolé ou de calcifications valvulaires en rythme sinusal
-----------------------	--

Traitement spécifique après IC ou AIT lié à l'athérosclérose, à une maladie des petites artères, ou d'origine indéterminée

Traitement antithrombotique	<ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégant plaquettaire avec 3 options : aspirine (de 50 à 300 mg/j), association aspirine (25 mg x 2/j)-dipyridamole (200 mg LP x 2/j) ou clopidogrel (75 mg/j) - Chez les patients allergiques à l'aspirine, le clopidogrel est recommandé - Il n'y a pas d'indication à prescrire une association aspirine-clopidogrel après un premier IC ou AIT
Sténose athéroscléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne	<ul style="list-style-type: none"> - Sténose comprise entre 70 et 99 % (critères NASCET) : endartériectomie carotidienne chez les patients avec un IC non invalidant ou AIT de moins de 6 mois - Sténose comprise entre 50 et 69 % : endartériectomie carotidienne envisageable avec prise en considération de certaines caractéristiques du patient et de l'accident ischémique cérébral. Le bénéfice est plus important chez les hommes, chez les patients ≥ 75 ans et, en cas d'AIT, chez les patients avec symptômes hémisphériques - Sténose pseudo-occlusive avec collapsus de la carotide interne : bénéfice de l'endartériectomie incertain - Sténose < 50 % : pas d'indication chirurgicale - La chirurgie carotidienne doit être réalisée par un chirurgien expérimenté. Le bénéfice de l'endartériectomie est d'autant plus important que le geste est réalisé précocement - L'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 ou de sténose cervicale haute non accessible à la chirurgie
Sténose athéroscléreuse de l'artère vertébrale extracrânienne	Un traitement endovasculaire ou chirurgical, après concertation pluridisciplinaire, peut être considéré chez les patients présentant des récurrences d'infarctus cérébral ou d'AIT imputables à une sténose sévère de l'artère vertébrale malgré un traitement médical maximal
Sténose athéroscléreuse intracrânienne	Un traitement endovasculaire, après concertation pluridisciplinaire, peut être considéré chez les patients présentant des récurrences d'AIT ou d'infarctus cérébral imputables à une sténose intracrânienne sévère malgré un traitement médical maximal
Athérosclérose de la crosse de l'aorte	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'athérosclérose ≥ 4 mm d'épaisseur de la crosse de l'aorte : traitement par antiagrégant plaquettaire - En cas d'athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus : un traitement anticoagulant de plusieurs semaines peut être envisagé

Traitement spécifique après IC ou AIT associé à une dissection artérielle cervicale ou intracrânienne

Dissection artérielle cervicale	Traitement antithrombotique : antiagrégant ou anticoagulant. Il n'est pas recommandé de poursuivre un traitement anticoagulant au-delà de 3 à 6 mois. Un traitement par antiagrégant au long cours peut être envisagé en cas d'anomalies persistantes de la paroi artérielle
Dissection artérielle intracrânienne	Il convient de prendre en compte le risque d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à cette localisation