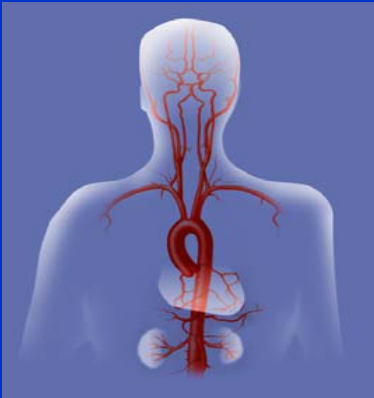


Pas de conflit d'intérêt

Actualités dans la prévention secondaire de l'AVC



Dr S Debiais, Dr I Bonnaud, Dr D Saudeau
Service de Neurologie, CHRU de Tours
FMC septembre 2008

AVC : Pourquoi les prévenir?

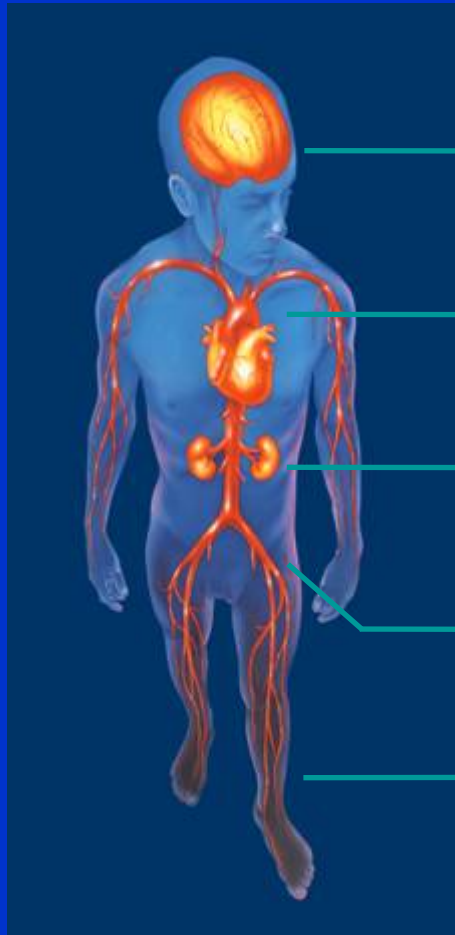
- 150 000 cas par an en France (50 000 récidives)
- 85 % de pathologie ischémique
- 1^è cause de handicap de l'adulte
- 2^è cause de démence
- 3^è cause de décès
- A 1 an:
 - 1/3 des patients sont décédés
 - 1/3 des survivants sont dépendants
 - Seuls 1/3 des survivants retrouvent leurs activités antérieures
- 3 à 5% du budget annuel de la santé en Europe



Infarctus cérébral: une pathologie hétérogène

- 25% cardio-emboliques (AC/FA)
 - 25% athéromateux (sténose > 50% ou athérome aortique)
 - 20% lacunaires
 - 5% causes rares
 - 25% indéterminés ou plusieurs causes
-
- Après un AVC, le principal risque est une récurrence d'AVC....

...mais pas seulement



Accidents vasculaires cérébraux
ischémiques

Maladie coronaire

Sténose des artères rénales

Maladie des artères viscérales

Artériopathie oblitérante des
membres Inférieurs

Risque cumulé à 10 ans: 50% des patients

Prévention IIre: 3 AXES

1. Correction des FRVC

- HTA

Objectif: PA < 140/90 mm Hg, chez diabétique et IR: < 120/80

- Dyslipidémie: LDL CT (statines)



2. Traitements antithrombotiques

AAPlaquettaires(Aspirine/Clopidogrel/asp +dipirydamole) ou AVK ?



3. Indications à la chirurgie carotidienne?



OBJECTIF: prise en charge globale pour éviter **nouvel accident neurologique ou coronaire ou décès vasculaire**

Anti-HTA et AVC

- Non contrôle de la PA = 1^é cause de récurrence d'AVC (*Stroke 2005*)
- Intérêt des **diurétiques thiazidiques**, des **IEC** et association des deux (PROGRESS) (grade A)
- B bloquants: pas d'intérêt
- IC: pas de données
- **ARA 2?** (OnTarget/PROFESS): aussi bien qu' IEC?
- Méta analyse: réduction continue du risque AVC avec baisse de PA

Statines

- RRR d'évènement diminue de 25% en prévention secondaire par une statine, chez le coronarien, le diabétique..
- Statines:
 - hypocholestérolémiant
 - stabilisateur de plaque
 - anti-inflammatoire
 - (neuroprotecteur?)
- **SPARCL (NEJM, 2006): 1er essai statine dans AVC**
 - AVC non cardio-emboliques chez non coronariens
 - LDL CT entre 1g et 1,9 g/l
 - 4731 patients suivis pdt 5 ans, atorvastatine 80 mg vs placebo
- **RRR d'AVC ischémiques et de la mortalité de 22 %**,
- Réduction de 35 % risque de survenue événement coronaire majeur
- **Bonne tolérance:** myalgies, CPK identiques, pas d'hépatite

Recommandations en 2008

- Statine après AVC ou AIT non cardio emboliques qd LDL > 1g/l
- SPARCL seule étude donc Atorvastatine 80 mg préférable
- Diabétiques, ATCD coronarien, athérome prouvé: statine quel que soit le niveau de LDL
- Cible LDL: < 1g/l (0,7g/l?)



AAP: les faits



1. **Aspirine (75 à 325 mg/j) : RRR de 13 % de survenue d'événements CV majeurs** → Effet « modeste », donc autres AAP?
2. **Clopidogrel : réduction significative de 8,7 % / aspirine**
 - meilleure tolérance gastro-intestinale que l'aspirine
 - diminution des événements ischémiques de **12% chez diabétiques**, et 18 % chez DID
 - **Bénéfice + important du clopidogrel chez diabétique, et quand plusieurs localisations athérome (CAPRIE 2001)**
3. **Asasantine (25 mg aspirine + 200 mg dipyridamole): réduction du risque de récurrence événements vasculaires/aspirine (Esprit 2006), mais céphalées ++.**
Résultats négatifs de l'étude de comparaison au clopidogrel (Profess, 2008)

1. AAP: les recommandations

- AVK indiqués si AC/FA (si impossible: aspirine) dissection artérielle, thrombophlébite cérébrale
- AAP chez **tout patient** ayant eu un AIT ou un AIC non cardio-embolique (classe I niveau A)
- Sont possibles **en première intention les AAP** (classe I):
 - Aspirine (75 à 325 mg/j)
 - Aspirine-dipyridamole (Asasantine, 2 cp/j)
 - Clopidogrel (Plavix, 1 cp/j)

NB: Association Asp+Plavix non recommandée (sauf si IdM récent)

Nouvelles recommandations en 2008

- « Lorsque c'est possible un traitement par aspirine+dipyridamole ou clopidogrel doit être prescrit (niveau I)
- Comme alternative, un traitement par aspirine seul peut être prescrit »
- Problème du coût?

AAP: en pratique

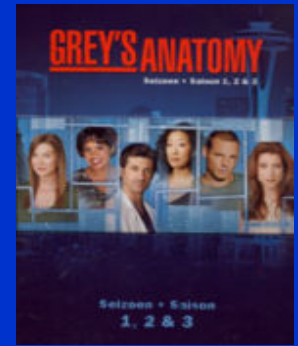
- Si AIT/AVC non cardio-embolique et faible risque CV, sans comorbidité vasculaire:
 - **aspirine** (ou **Asasantine**)
 - ou **clopidogrel** si allergie aspirine, ATCD hémorragie digestive
- AIT/AVC avec comorbidité vasculaire (IDM, angor symptomatique, AOMI, I Rénale), et/ou diabète, et/ou polyathéromateux: **clopidogrel**
- Nouvel évènement sous aspirine: **clopidogrel** (après bilan)
- Nouvel évènement sous clopidogrel? (asp+clopidogrel si haut risque vasculaire, ATCD IDM ou AOMI...)

Chirurgie carotidienne

- Sténose > 70% **symptomatique**
- 15 premiers jours
- 50 à 70% chez homme et AVC hémisphérique
- Bénéfice marginal après 6 mois
- Pas de limite d'âge
- **AAP et statine avant/après**



Dans la « vraie » vie...



Suivi de 18 mois après un AVC:

- Arrêt de 27 % des AVK, 33% clopidogrel, 45% asasantine
- Pour mauvaise compliance (67%), **médecin (50%), erreur (40%)**, hémorragies (17%), autres ESI (21%)
- Attention aux arrêts de complaisance avant chirurgies mineures

ET...

- 39% des patients AVC non traités par statines
- PA > 140/90 chez 60% des patients
- CT > 2 g/l chez 48%
- Intoxication tabagique non arrêtée dans 16,5% des cas

⇒ **patients à risque sous traités**

Conclusion

- Après AVC ischémique, *en fonction du bilan étiologique*:
 - Cardio-embolique: **AVK** si possible, sinon aspirine
 - Athéromateux: indication **chirurgicale?** **Statine++**
 - Dans **tous** les cas :
 - **Contrôle FRDCV**: Traitement **anti-HTA++**
 - Anti-thrombotique adapté
 - Statines si LDL > 1g/l, nombreux FRDCV, diabétique...



Ordonnance de sortie de l'AVC ischémique

- AAP
 - **Kardegic** 160mg/j à 300mg/j OU...
 - **Plavix** (1/jour): allergie asp, patient athéromateux, à haut risque vasculaire, diabétique et si récurrence
- TT anti HTA: **Coversyl** 2 ou 4 mg/j +/- **Fludex LP** ou **Preterax** (et éventuellement ARA 2 si besoin)
- Statine (**Tahor**: 80 mg/j)
- A VIE ++

MERCI