

ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : PREVENTION SECONDAIRE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Extrait du référentiel HAS :

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

Séries de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles janvier 2009 (téléchargeables sur www.has-sante.fr).

Thème 1 : Contrôle des facteurs de risque après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

Objectif 1. Optimiser la prise en charge de la pression artérielle

- _ Obtention d'une pression artérielle strictement inférieure à 140/90 mmHg
- _ Obtention d'une pression artérielle strictement inférieure à 130/80 mmHg chez le patient diabétique
- _ Obtention d'une pression artérielle strictement inférieure à 130/80 mmHg chez le patient insuffisant rénal chronique
- _ Délivrance d'une information sur les objectifs tensionnels à atteindre avec le traitement
- _ Délivrance de conseils hygiéno-diététiques, en particulier sur la nécessité de diminuer la consommation de sel

Objectif 2. Optimiser le taux de LDL-cholestérol

- _ Prescription d'une statine en cas de diabète, quel que soit le taux de LDL-cholestérol
- _ Prescription d'une statine en cas de maladie athéroscléreuse symptomatique, quels que soient le siège et le taux de LDL-cholestérol
- _ Prescription d'une statine en cas d'étiologie non cardio-embolique et de LDL-cholestérol ³ 1 g/l

Objectif 3. Optimiser la prise en charge du patient diabétique

- _ Obtention d'une pression artérielle strictement inférieure à 130/80 mmHg
- _ Prescription d'une statine, quel que soit le taux de LDL-cholestérol
- _ Obtention du contrôle glycémique (HbA1c)
- _ Délivrance d'une information sur les objectifs tensionnels et glycémique
- _ Délivrance de conseils hygiéno-diététiques

Objectif 4. Améliorer l'hygiène de vie

- _ Délivrance d'une information sur les risques du tabac
- _ Délivrance d'une information sur les risques de la consommation excessive d'alcool
- _ Délivrance d'une information sur les risques de la surcharge pondérale
- _ Proposition d'un sevrage tabagique
- _ Proposition d'une activité physique régulière adaptée aux possibilités du patient »

Thème 2 : Traitement spécifique en fonction de la cause de l'infarctus cérébral ou de l'accident ischémique transitoire

Objectif 1. Identifier la cause de l'IC ou de l'AIT

- _ Recherche de la cause de l'IC ou de l'AIT

Objectif 2. Choisir le traitement antithrombotique en fonction de la cause

- _ Prescription d'un antivitamine K (AVK) avec un objectif d'INR entre 2 et 3 chez les patients en fibrillation auriculaire non valvulaire, permanente ou paroxystique
- _ Obtention depuis moins d'un mois d'un INR compris entre 2 et 3 avec un AVK en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire, permanente ou paroxystique
- _ Délivrance d'une information sur le traitement par AVK et l'objectif de l'INR en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire permanente ou paroxystique
- _ Remise d'un carnet de suivi du traitement par AVK en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire permanente ou paroxystique
- _ Prescription d'un antiagrégant plaquettaire en cas d'IC ou d'AIT lié à l'athérosclérose ou à une maladie des petites artères
- _ Prescription d'un antiagrégant plaquettaire en cas d'IC d'origine indéterminée
- _ Délivrance d'une information sur le traitement par antiagrégant plaquettaire et la nécessité de le poursuivre au long cours

Objectif 3. Envisager l'indication de la chirurgie carotidienne

- _ Proposition d'une endartériectomie carotidienne chez un patient avec un IC non invalidant ou un AIT datant de moins de 6 mois lié à une sténose athéroscléreuse de la carotide interne supérieure ou égale à 70 %
- _ Proposition d'une endartériectomie carotidienne chez un patient avec un IC non invalidant ou un AIT datant de moins de 6 mois lié à une sténose athéroscléreuse de la carotide interne comprise entre 50 et 69 %, en prenant en compte les caractéristiques du patient (sexe, âge) et de l'accident ischémique cérébral

Extrait du référentiel HAS Mars 2008 : Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire Classification révisée des critères pour le syndrome des anticorps antiphospholipides

Le diagnostic de syndrome des anticorps antiphospholipides peut être posé si au moins un des critères cliniques et au moins un des critères biologiques suivants sont présents* :

1. Critères cliniques

A. Thrombose vasculaire : un ou plusieurs épisodes cliniques de thrombose artérielle, veineuse ou des petits vaisseaux, quel que soit le tissu ou l'organe. Les thromboses doivent être confirmées par des critères objectifs validés. Pour les confirmations anatomopathologiques, les thromboses ne doivent pas être associées à une inflammation significative de la paroi artérielle.

B. Morbidité durant la grossesse :

- (1) une ou plusieurs morts inexpliquées d'un fœtus morphologiquement normal à partir de la 10e semaine de gestation ; la normalité de la morphologie fœtale doit être documentée par une échographie ou par un examen direct du fœtus, ou
- (2) une ou plusieurs naissances prématurées d'un enfant morphologiquement normal avant la 34e semaine de gestation à cause de : (a) une éclampsie ou une pré-éclampsie sévère définie selon les définitions standards, ou (b) une insuffisance placentaire, ou
- (3) au moins 3 avortements spontanés consécutifs non expliqués avant la 10e semaine de gestation, sans anomalies chromosomiques des parents ou sans anomalies hormonal ou anatomique de la mère

2. Critères biologiques

1 Présence d'anticoagulant lupique dans le plasma à au moins deux reprises à 12 semaines d'intervalle.

2 Présence d'anticorps anticardiolipine de type IgG et/ou IgM dans le sérum ou dans le plasma, à des titrations moyennes ou élevées (> 40 GPL ou MPL, ou > 99e percentile), à au moins deux reprises à au moins 12 semaines d'intervalle, en utilisant un test ELISA standardisé.

3 Présence d'anticorps antiglycoprotéine b2 de type IgG et/ou IgM dans le sérum ou dans le plasma (titration > 9e percentile), à au moins deux reprises à au moins 12 semaines d'intervalle, en utilisant un test ELISA standardisé.

*La classification ne doit pas être utilisée si un intervalle inférieur à 12 semaines ou supérieur à cinq ans sépare un dosage positif d'anticorps antiphospholipides et une manifestation clinique.

EFFETS INDESIRABLES, CONTRE-INDICATIONS ET INTERACTIONS CLINIQUEMENT SIGNIFICATIVES

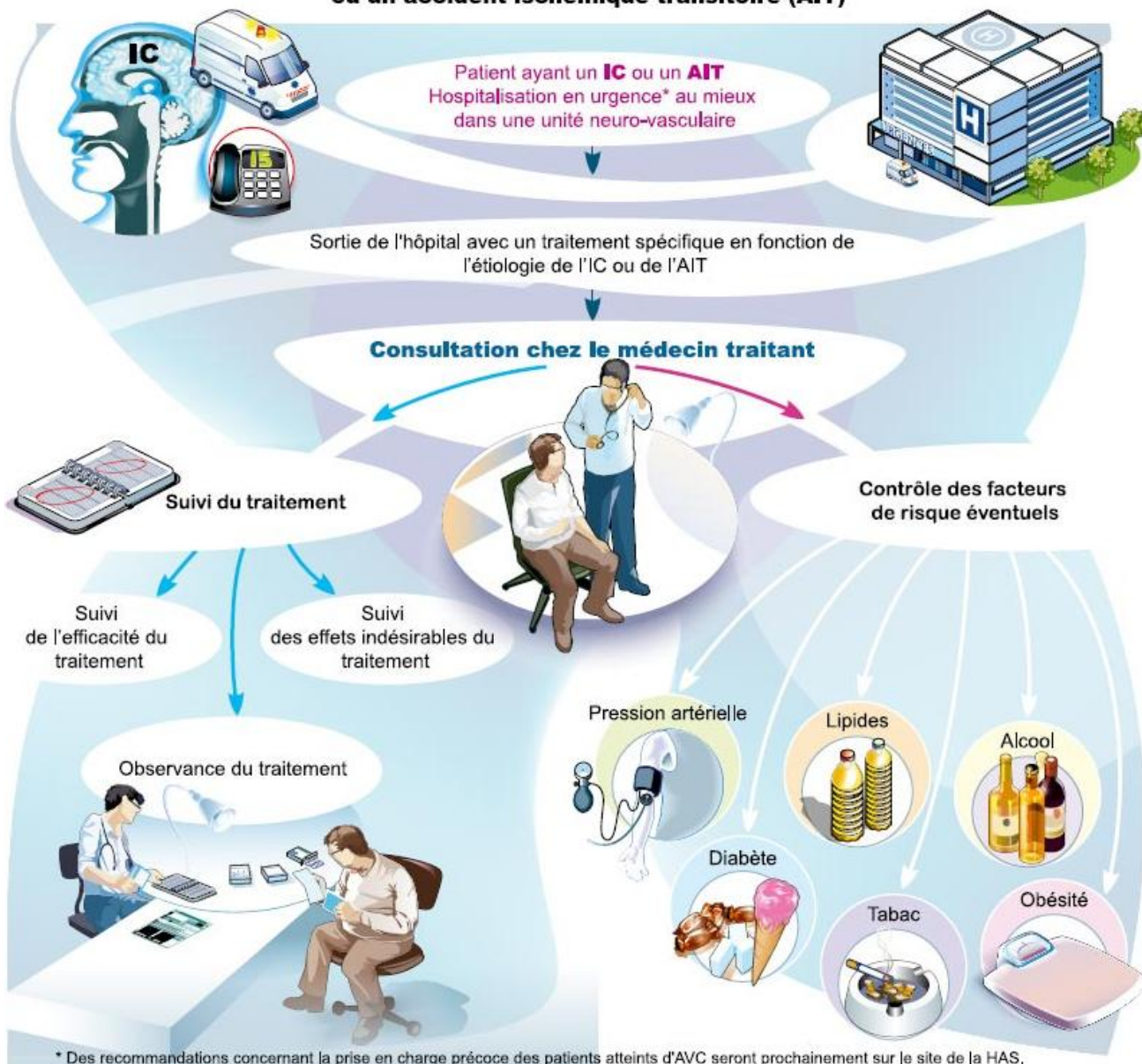
Ce tableau reprend uniquement les effets indésirables, contre-indications et interactions fréquents et sévères. Pour des listes complètes, nous renvoyons aux notices scientifiques et à des sources spécialisées.

Sources: les notices des médicaments, Répertoire Commente des Médicaments, Farmacotherapeutisch Kompas, British National Formulary.

	Effets indésirables	Contre-indications / Précautions	Interactions
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE (AAS)	<p>Souvent (1-10%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plaintes gastriques - Perte de sang (occulte) gastro-intestinale <p>Rares (0,01-0,1%) mais graves</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragies - Ulcérations gastroduodénales - Réactions allergiques (urticaire, bronchospasme, rhinite vasomotrice, œdème de Quincke, réactions anaphylactiques), avec possibilité de réaction croisée avec les AINS 	<ul style="list-style-type: none"> - Infarctus cérébral hémorragique. - Risque accru d'hémorragie. Diathèse hémorragique (par ex. hypoprothrombinémie). Traitement par anticoagulants. - Ulcère gastro-duodéal actif. Gastrite érosive. Plaintes et douleurs gastriques dues à une utilisation antérieure. - Allergie aux salicylés ou aux AINS. Survenue d'une crise d'asthme ou d'un collapsus après utilisation d'acide acétylsalicylique ou d'autres inhibiteurs de la prostaglandine synthétase. - Troisième trimestre de la grossesse. - Insuffisances rénale et hépatique sévères. 	<p>Risque accru d'hémorragie chez les patients sous anticoagulants coumariniques et autres antithrombotiques. Renforcement des effets indésirables gastro-intestinaux et néphrologiques dus aux AINS.</p> <p>Diminution possible de l'effet cardioprotecteur de l'acide acétylsalicylique lorsqu'il est associé à certains AINS (ibuprofène, possibilité d'autres).</p> <p>Renforcement de l'effet de l'insuline et des médicaments hypoglycémiantes (risque d'hypoglycémie).</p> <p>Renforcement des effets indésirables du méthotrexate (risque accru de troubles hématologiques sévères).</p> <p>Renforcement de l'effet ulcérogène de l'acide acétylsalicylique en cas d'utilisation concomitante de corticostéroïdes ou d'AINS.</p> <p>L'alcool augmente le risque d'hémorragie gastrique.</p> <p>Augmentation du risque d'hémorragie lorsqu'il est associé aux ISRS et à la venlafaxine.</p> <p>Dégradation de la fonction rénale et antagonisme de l'effet antihypertenseur lorsqu'il est associé à des IECA ou des sartans.</p>
DIPYRIDAMOLE	<p>Souvent (1-10%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Céphalées, vertiges. - Plaintes gastro-intestinales (diarrhée, nausées, vomissements) <p>Parfois (0,1-1%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypotension, 'flushing' (bouffées vasomotrices), tachycardie, aggravation des affections cardiaques. - Douleur musculaire. <p>Rares (0,01-0,1%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolongation de la durée de coagulation avec risque accru d'hémorragies, thrombopénie. - Réactions d'hypersensibilité (éruptions cutanées, urticaire, œdème de Quincke, spasmes laryngés, spasmes bronchiques sévères). <p>Très rares (< 0,01%): réactions anaphylactiques.</p>	<p><i>Grossesse et allaitement:</i> données insuffisantes pour évaluer un éventuel effet néfaste.</p> <p>Attention en cas d'angor instable, de sténose aortique, d'infarctus du myocarde récent, d'insuffisance cardiaque</p> <p>Aggravation possible de la migraine; hypotension et myasthénie gravis</p>	<p>Risque accru d'hémorragie chez les patients sous anticoagulants coumariniques et autres antithrombotiques (y compris acide acétylsalicylique).</p> <p>Renforcement des effets cardio-vasculaires de l'adénosine avec risque de bloc AV, de bradycardie et d'extrasystoles ventriculaires.</p> <p>Diminution de l'effet des inhibiteurs de cholinestérases (avec aggravation de la myasthénie gravis).</p>

	Effets indésirables	Contre-indications / Précautions	Interactions
DIPYRIDAMOLE+AAS	<p>Effets indésirables survenant significativement plus souvent avec l'association qu'avec l'AAS en monothérapie:</p> <p>- augmentation du risque d'hémorragies graves ne mettant pas la vie en danger, à savoir hémorragies gastro-intestinales et hémorragies au point de ponction. L'incidence des hémorragies graves était dépendante de la dose d'AAS. Le risque d'hémorragies diminuait pendant la durée de l'utilisation.</p> <p>- Augmentation d'hémorragies moins graves</p>		
CLOPIDOGREL	<p>Très souvent (> 10%)</p> <p>- Plaintes gastro-intestinales (douleur abdominale, dyspepsie, diarrhée et nausées, constipation, vomissements, flatulences et gastrite).</p> <p>- Eruption cutanée et prurit</p> <p>- Troubles au niveau du système nerveux central et périphérique (céphalées, étourdissement, vertiges et paresthésies).</p> <p>Souvent (1-10%)</p> <p>- Hémorragies (certaines d'évolution fatale) gastro-intestinales, intracrâniennes</p> <p>- Troubles hépatiques et vésiculaires</p> <p>Parfois (0,1-1%): ulcère gastrique ou duodénal.</p> <p>Rares mais graves</p> <p>- toxicité hématologique: dépression médullaire: neutropénie sévère (0,04%), thrombopénie sévère dans (0,2%).</p>	<p>Troubles sévères de la fonction rénale</p> <p>Insuffisance rénale sévère</p> <p>Hémorragies actives telles ulcère gastro-duodénal ou hémorragie intracrânienne.</p> <p>Grossesse et allaitement</p>	<p>Risque accru d'hémorragie chez les patients sous anticoagulants coumariniques et autres médicaments antithrombotiques. (comme l'AAS)</p> <p>Augmentation possible du risque de perte de sang gastro-intestinale occulte en association avec les AINS.</p>
TICLOPIDINE	<p>Voir clopidogrel mais toxicité hématologique plus élevée : dépression médullaire: neutropénie sévère (1%), thrombopénie sévère (0,4%).</p>	<p>Voir clopidogrel</p>	<p>Voir clopidogrel</p> <p>La prudence s'impose en cas d'association avec la théophylline (augmentation du taux plasmatique), la digoxine (diminution du taux plasmatique) et la ciclosporine</p>

**Le médecin généraliste,
un acteur clé dans la prévention vasculaire après un infarctus cérébral (IC)
ou un accident ischémique transitoire (AIT)**



Prévention cardiovasculaire secondaire et prévention primaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire (Recommandations HAS novembre 2006 toujours en vigueur)

Il est recommandé d'introduire, quel que soit le niveau du LDL-cholestérol, une statine ayant démontré une efficacité sur la réduction du risque de complications ischémiques (atorvastatine, simvastatine).

L'administration de faibles doses d'aspirine (75 mg à 300 mg) est recommandée chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire en, association au traitement hypolipémiant.

Situations de prévention cardiovasculaire secondaire ou de risque cardiovasculaire équivalent à une prévention secondaire

Patient avec antécédents cardiovasculaires :

€ De maladie coronaire avérée (angor stable et instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté) ou

€ De maladie vasculaire avérée (accident vasculaire cérébral ischémique, AOMI stade II ou supérieur)

Patient sans antécédents cardiovasculaires mais à haut risque cardiovasculaire défini par :

€ Soit une atteinte rénale, elle-même définie par une albuminurie >300 mg/24h ou par un débit de filtration glomérulaire estimé par la formule de Cockcroft Gault <à 60 ml/min

€ Soit un diabète évoluant depuis plus de 10 ans et au moins deux des facteurs de risque suivants :

- Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce (IDM ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin ; ou IDM ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin)
- Antécédents familiaux d'AVC constitué avant 45 ans
- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- HTA permanente traitée ou non
- HDL-cholestérol <0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe
- Microalbuminurie (> 30 mg/24 h)
- Age (homme de 50 ans et plus ; femme de 60 ans et plus)

L'équivalent prévention secondaire concerne aussi les patients ayant un risque >20% de faire un événement coronarien dans les 10 ans (risque calculé à partir d'une équation de risque)

Ces 2 dernières typologies de patients répondent aux mêmes objectifs qu'en prévention secondaire soit : l'objectif de LDL-cholestérol = 1g/l

**EXTRAIT DE : Service Programmes pilotes –
Améliorer les pratiques Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (dont HAS)
INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE AVC JUIN 2010**

Sur les 41 indicateurs publiés,

les 27 premiers concernent la prise en charge initiale :

1. Taux d'appel au 15 pour toute suspicion d'AVC
2. Délai survenue des symptômes – 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC
3. Délai 1er contact médical dédié/admission – imagerie pour toute suspicion d'AVC
4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC
5. Taux de réalisation du score NIHSS pour toute suspicion d'AVC
6. Taux de réalisation de l'IRM pour toute suspicion d'AVC
7. Taux d'examen d'imagerie interprété immédiatement et compte rendu écrit du radiologue pour toute suspicion d'AVC
8. Taux AVC*/AIT confirmés orientés en UNV
9. Délai 1er contact médical dédié/admission – évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1er contact médical dédié avec Infarctus Cérébral confirmé
10. Taux thrombolyse parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1er contact médical dédié et avec un infarctus cérébral confirmé
11. Implication dans une filière avec mise en œuvre de protocoles communs et validés au sein de la filière de tout service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés
12. Taux de prescription appropriée d'aspirine
13. Taux d'évaluation, de bilan diagnostic et de prise en charge en rééducation/réadaptation
14. Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation
15. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires dans les 7 jours pour tout AVC
16. Taux de recherche des troubles cognitifs
17. Taux de pneumopathie d'inhalation (alerte clinique)
18. Taux de prescriptions d'héparine à dose efficace à la phase aiguë (alerte iatrogénique)
19. Délai d'exploration des vaisseaux du cou pour les AIT de moins de 48h
20. Taux de projets de soins établis en concertation par l'équipe, patient, entourage
21. Taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins
22. Taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale
23. Délai entre la décision d'orientation et le transfert
24. Taux de projets de vie établis avec expertise du lieu de vie si sortie directe au domicile
25. Taux de contacts établis entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux si sortie directe au domicile
26. Taux de traitement approprié y compris des facteurs de risque
27. Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière

les 14 derniers concernent le suivi post-AVC :

28. Taux de formation en SSR ou HAD patient et entourage au suivi du traitement
29. Taux de projet de soins et de projet de vie adaptés aux déficiences dont les fonctions cognitives, de l'activité, de la participation
30. Taux d'information pour l'identification des récurrences et le recours au 15
31. Taux de mesure de la pression artérielle
32. Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance du traitement en suivi post AVC
33. Taux de suivi de l'exposition au tabac
34. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique
35. Taux de suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel
36. Taux de suivi du poids - périmètre abdominal
37. Taux de traitement approprié par aspirine à un an
38. Taux de traitement approprié par statines à un an
39. Taux de consultation avec un neurologue la 1ère année post AVC
40. Taux de correspondance médecin traitant - neurologue
41. Taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap