

Newsletter

Société Luxembourgeoise de Neurologie } l'accident vasculaire cérébral (AVC)

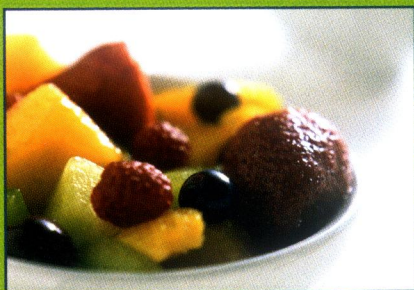
La prévention de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique

Si notre première

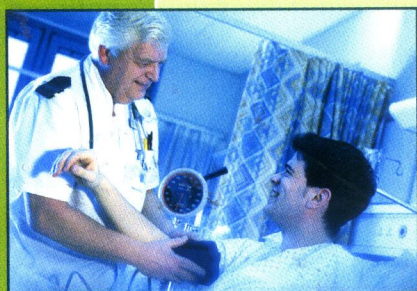
Newsletter en mars 2004 traitait des nouveautés thérapeutiques dans le domaine de l'AVC, la seconde se concentre sur la prévention primaire et secondaire de celui-ci.

Les principaux facteurs de risque pour un AVC, outre la fibrillation auriculaire et la sténose carotidienne, sont un manque d'activité physique, une alimentation non équilibrée, le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme. En développant un mode de vie plus sain, on pourra améliorer le pronostic, non seulement des pathologies cérébrovasculaires, mais aussi des maladies artérielles périphériques et coronaires. Il est donc de notre devoir de médecin de placer le patient à risque devant ses responsabilités, en lui expliquant qu'il peut au moins autant améliorer lui-même sa condition, que son médecin par des prescriptions médicamenteuses. Les chiffres suivants situent grossièrement le problème: un fumeur présente un risque d'AVC deux fois plus élevé qu'un non-fumeur. Il en va de même concernant la surcharge pondérale et l'alimentation non équilibrée (1). Un patient sédentaire présente un risque plus élevé de 18 à 56%, par rapport à un individu ayant une activité physique moyenne dans le cadre de son activité professionnelle ou de ses loisirs (2). Quand un patient oublie de prendre son acide acétylsalicylique ou sa statine, son risque augmente de 25%. Dans le cadre de la prévention de l'AVC, l'accent doit être mis sur l'arrêt tabagique, la surveillance du poids (BMI inférieur à 25) ainsi que sur la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée.(3). On doit privilégier





les légumes, fruits, salades, poissons, volaille, lait maigre et produits laitiers, noix et graines. Les individus de poids normal ne doivent pas obligatoirement supprimer toute graisse de leur alimentation, mais éviter les graisses animales, charcuteries, beurre, crème, fromages gras et fruits de mer. Les huiles végétales comme l'huile d'olive ou de colza, certaines sortes de margarines, ainsi que l'huile de poisson retrouvée dans les harengs, maquereaux ou saumon, ont par contre une action bénéfique sur les maladies vasculaires. Il est également recommandé de minimiser les sucreries, boissons sucrées et l'alcool. L'expérience montre qu'il est difficile de modifier de mauvaises habitudes alimentaires bien ancrées. C'est pourquoi il est d'autant plus important d'acquérir des modes de vie sains dès le plus jeune âge (à la crèche, l'école maternelle), de les développer et les conserver tout au long de la vie.

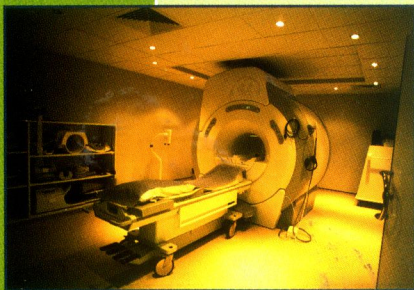


Le facteur de risque traitable le plus important est l'hypertension artérielle. Les études récentes montrent que même les tensions artérielles dites "normales" ou "normales - hautes" d'après les critères WHO (entre 120/80 mm Hg et 140/90 mm Hg) peuvent se révéler nocives pour les patients (4). La tension artérielle idéale est la plus basse avec laquelle le patient peut vivre normalement sans présenter de symptômes liés à l'hypotension (5). Après la phase aiguë d'un accident vasculaire (environ une semaine), la tension artérielle peut être diminuée, sous réserve de l'existence d'une occlusion ou sténose hémodynamiquement significative sur des artères à destination cérébrale. Dans ce cadre, les médicaments suivants se sont révélés efficaces (1): diurétiques (2), antagonistes des récepteurs AT-I, antagonistes calciques à action lente, et (4) la combinaison inhibiteur ACE + diurétique. La prescription d'un inhibiteur ACE seul (càd. sans diurétique) n'a pas conduit, ni dans l'étude PROGRESS (patients après AVC), ni dans l'étude Europe (patients avec cardiopathie coronarienne), à une diminution du risque cérébrovasculaire (6;7). Les bêta-bloquants ne sont pas conseillés en première intention (influence néfaste sur le métabolisme lipidique, prise de poids, efficacité sur la prévention de l'AVC moindre qu'un Sartan à réduction identique de la tension artérielle dans l'étude LIFE) (8).

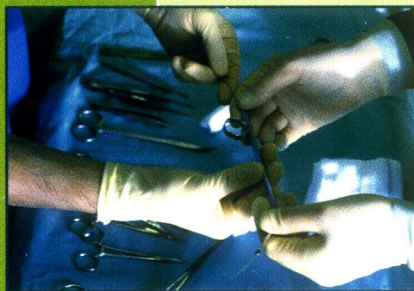
L'action synergique entre d'une part les Sartans et les inhibiteurs de l'ACE, et d'autre part les statines, sur les récepteurs AT-I athérogènes, est particulièrement intéressante. Une hypercholestérolémie, et particulièrement un LDL - cholestérol élevé, conduit à une multiplication des récepteurs AT-I (9). Chez des patients traités au préalable par une statine, cette multiplication est inhibée, avec diminution de la montée tensionnelle après angiotensine (10). L'effet bénéfique des statines après AVC est indépendant du taux de base de cholestérol, et n'est pas uniquement à mettre sur le compte d'une diminution de la cholestérolémie (11;12). L'European Stroke Initiative recommande même de considérer la prescription d'une statine après chaque AVC, indépendamment du taux de cholestérol (13).



La prophylaxie secondaire antithrombotique consiste généralement en aspirine à la dose de 75 à 150 mg, dose augmentée à 300 mg chez des patients porteurs d'une fibrillation auriculaire avec contre indication à un anticoagulant (14). En cas d'asthme ou de contre indication gastro-intestinale, (gastrite, ulcère, hémorragie digestive) le Clopidogrel® à 75 mg par jour sera prescrit. En cas de traitement par Clopidogrel®, il débute par une "dose de charge" de 300 mg (15). Egalement les patients à haut risque (patients sous traitement hypolipémiant, diabétiques, patients à antécédents d'opération coronaire ou ayant déjà présenté deux AVC ischémiques auparavant), profitent particulièrement du traitement par Clopidogrel®. Mis à part les patients avec stent, la combinaison Clopidogrel® - Acide acétylsalicylique n'est conseillée en neurologie que dans de rares cas au vu des résultats de l'étude MATCH, qui a montré que le faible bénéfice était défavorablement contrebalancé par les risques hémorragiques à long terme (16).



Une prévention efficace de l'AVC est l'anticoagulation (but: INR 2-3) dans les cas de fibrillation auriculaire (sauf dans la forme "isolée"), même lorsqu'elle est intermittente ou a été resinusalisée. (17) De ce fait, le risque d'AVC peut être diminué de 2/3 chez des patients symptomatiques ou asymptomatiques. Parmi les contre indications à ce traitement, on retient le risque de chutes, les tendances hémorragiques, et une compliance faible au traitement. Une exception est le cas de patients âgés de moins de 65 ans, sans facteur de risque, chez lesquels la prise de 300 mg par jour d'acide acétylsalicylique est indiquée ("fibrillation isolée"). Les facteurs de risque plaidant pour la mise en route d'une anticoagulation dans le cadre d'une fibrillation auriculaire sont: antécédent d'AVC ou AIT, âge supérieur ou égal à 65 ans, hypertension artérielle, hypertrophie ventriculaire gauche, anomalies cardio-échographiques, comme un contraste spontané, un thrombus dans l'oreillette gauche ou des plaques sur la crosse aortique, valvulopathie, diabète, maladie. (17)



L'intervention chirurgicale sur une carotide extracrânienne doit encore être citée dans le cadre de la prévention. Jusqu'il y a peu de temps, seules les interventions sur une sténose carotidienne symptomatique de haut grade étaient conseillées. Actuellement, les patients avec une sténose symptomatique de 50-69% profitent aussi de ces interventions, sous réserve qu'ils soient opérés dans les deux semaines après l'évènement clinique. Par ailleurs, les patients asymptomatiques de moins de 75 ans, avec une sténose supérieure à 70%, en bénéficient également, sous réserve d'une espérance de vie supérieure à 4 ans, et d'un taux de complications opératoires inférieur à 6% (19). L'efficacité à long terme de la dilatation et la pose de stents sur des sténoses extracrâniennes est actuellement étudiée et ne peut encore être conseillée comme procédure de routine. Dans l'avenir, ces techniques pourraient néanmoins constituer une alternative intéressante à l'endartériectomie. (20)

Références

RÉFÉRENCES

- (1) Skerrett PJ, Hennekens CH. Consumption of fish and fish oils and decreased risk of stroke. *Prev Cardiol* 2003; 6(1):38-41.
- (2) Wendel-Vos G, Schuit A, Feskens E, Boshuizen H, Verschuren W, Saris W et al. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *Int J Epidemiol* 2004; 33(4):787-798.
- (3) Leys D, Kwiecinski H, Bogousslavsky J, Bath P, Brainin M, Diener HC et al. Prevention. European Stroke Initiative. *Cerebrovasc Dis* 2004; 17 Suppl 2:15-29.:15-29.
- (4) Ramachandran SV, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannell WB et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001; 345:1291-1297.
- (5) Droste DW, Ritter MA, Dittrich R, Heidenreich S, Wichter T, Freund M et al. Arterial hypertension and ischaemic stroke. *Acta Neurol Scand* 2003; 107(4):241-251.
- (6) Fox KM. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003; 362(9386):782-788.
- (7) PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358:1033-1041.
- (8) Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, Faire U et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359(9311):995-1003.
- (9) Luft FC. LDL cholesterol angiotensin II interactions in atherosclerosis. *J Mol Med* 2001; 79:157-158.
- (10) Nickenig G, Baumer A-T, Temur Y, Kebben D, Jockenhovel F, Böhm M. Statin-sensitive dysregulated AT1 receptor function and density in hypercholesterolemic men. *Circulation* 1999; 100(21):2131-2134.
- (11) Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF heart protection study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 360:7-22.
- (12) Sever PS, Dahlöf B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the anglo-scandinavian cardiac outcomes trial-lipid lowering arm (ASCOTT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1149-1158.
- (13) European Stroke Initiative. Recommendations for stroke management. http://www.eusi-stroke.com/recommendations_2003/EUSI.2003.pdf. 2003. Ref Type: Data File
- (14) Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324(7329):71-86.
- (15) Matsagas M, Jagroop IA, Geroulakos G, Mikhailidis DP. The effect of a loading dose (300 mg) of clopidogrel on platelet function in patients with peripheral arterial disease. *Clin Appl Thromb Hemost* 2003; 9(2):115-120.
- (16) Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, Cimminiello C, Csiba L, Kaste M et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364(9431):331-337.
- (17) Mattle HP. Long-term outcome after stroke due to atrial fibrillation. *Cerebrovasc Dis* 2003; 16[suppl 1]:3-8.
- (18) Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet* 2004; 363(9413):915-924.
- (19) Halliday A, Mansfield A, Marro J, Peto C, Peto R, Potter J et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363(9420):1491-1502.
- (20) Mozes G, Sullivan TM, Torres-Russotto DR, Bower TC, Hoskin TL, Sampaio SM et al. Carotid endarterectomy in SAPHIRE-eligible high-risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting. *J Vasc Surg* 2004; 39(5):958-965.



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé
Division de la Médecine Préventive