

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

Juillet 2014

Mise à jour juin 2018

Les recommandations portent sur la prévention secondaire des événements vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et décès d'origine vasculaire), parce que l'infarctus cérébral est associé non seulement à un risque élevé de récurrence, mais aussi à un risque conséquent d'infarctus du myocarde et de décès d'origine vasculaire. Elles concernent les patients adultes ayant eu un accident ischémique transitoire (AIT) ou un infarctus cérébral (IC) après la phase aiguë, alors que le diagnostic a déjà été établi. La durée de la phase aiguë varie de quelques jours à plusieurs semaines en fonction de la taille et de la sévérité de l'IC. La prévention vasculaire comprend une prévention globale par le contrôle des facteurs de risque et un traitement spécifique en fonction de l'étiologie de l'IC ou de l'AIT.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prévention secondaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Toutes les recommandations, en particulier celles relatives au contrôle des facteurs de risque ou à l'observance médicamenteuse, peuvent entrer dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient¹.

Contrôle des facteurs de risque

Pression artérielle (PA)	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	
	À moduler en fonction de l'âge, de l'existence d'une sténose > 70 % (critères NASCET) ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes, des comorbidités	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 (dihydropyridines)	B
	Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de PA visé	AE
Lipides	Traitement par statine chez les patients ayant un IC ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol ≥ 2,6 mmol/l (1 g/l)	A
	Objectif de LDL-cholestérol : < 2,6 mmol/l (1 g/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 ayant un LDL-cholestérol < 2,6 mmol/l (1 g/l) et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique	AE
	Utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires (Fiche BUM - Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité)	A
Chez les patients au-delà de 80 ans débiter le traitement à dose faible et contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible	AE	

¹ Par rapport aux recommandations 2008, ce qui est surligné en bleu a été modifié ou ajouté.

Contrôle des facteurs de risque

Diabète	Objectif d'HbA1c (hémoglobine glyquée A1c) inférieur ou égal à 8 % chez les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'IC ou d'AIT récent < 6 mois	AE
	Objectif d'HbA1c inférieur ou égal à 7 % chez les patients diabétiques de type 2 avec un antécédent d'IC ou d'AIT > 6 mois (RBP Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – HAS 2013)	
Tabac	Sevrage tabagique recommandé	B
	Les patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de l'infarctus cérébral ou de l'AIT (RBP Arrêt de la consommation de tabac – HAS 2014)	AE
	Éviction du tabagisme dans l'environnement du patient	
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	Les objectifs thérapeutiques sont fonction de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et de la présence de comorbidités (RBP Surpoids et obésité de l'adulte – HAS 2011)	AE
Autre	Supplémentation en vitamine B non recommandée en dehors d'une hyperhomocystéinémie documentée	AE

Traitement spécifique après un IC ou un AIT associé à une affection cardiaque

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

Fibrillation atriale non valvulaire, paroxystique ou permanente	Traitement anticoagulant oral à maintenir au long cours même en cas de retour en rythme sinusal	A
	(Mise à jour juin 2018) Lors de l'instauration du traitement anticoagulant, un AVK ou un AOD peut être prescrit en première intention.	AE
	(Mise à jour juin 2018) Le choix entre ces deux familles d'anticoagulants sera fait au cas par cas en tenant compte notamment : <ul style="list-style-type: none"> du risque hémorragique de l'âge et du poids de la fonction rénale de la qualité prévisible de l'observance de la capacité du patient à suivre le degré d'anticoagulation pour les AVK de la 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. Prudence chez les patients les plus âgés et polyopathologiques	
Infarctus du myocarde à l'exclusion des revascularisations endovasculaires récentes (Mise à jour février 2015)	Traitement anticoagulant justifié en cas de fibrillation auriculaire associée ou de thrombus intracardiaque (ne pas associer AVK et antiagrégant plaquettaire)	B

Traitement spécifique après un IC ou un AIT associé à une affection cardiaque

Anomalies du septum inter-auriculaire	Foramen ovale perméable (FOP) associé à un IC ou un AIT : <ul style="list-style-type: none"> • traitement antiplaquettaire en première intention • traitement par anticoagulant oral en cas de pathologie thromboembolique veineuse concomitante 	AE															
	Fermeture du FOP non recommandée chez les patients ayant un premier IC ou un AIT associé à un FOP	B															
	Fermeture du FOP envisageable après concertation neuro-cardiologique chez les patients d'âge inférieur à 60 ans ayant un IC ou un AIT de cause indéterminée, récidivant sous traitement antithrombotique bien conduit	AE															
Prothèses valvulaires mécaniques	Les AVK sont le seul traitement anticoagulant oral pouvant être prescrit.	AE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">INR cible pour les prothèses valvulaires mécaniques quelles qu'elles soient</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Thrombogénicité de la prothèse ^a</th> <th colspan="2">Facteurs de risque liés au patient ^b</th> </tr> <tr> <th>Aucun facteur de risque</th> <th>Facteur de risque ≥ 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Faible</td> <td>2,5</td> <td>3,0</td> </tr> <tr> <td>Moyenne</td> <td>3,0</td> <td>3,5</td> </tr> <tr> <td>Élevée</td> <td>3,5</td> <td>4,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>a : thrombogénicité faible = Carbomedics, Medtronic Hall, St Jude, Medical, ON-X ; thrombogénicité moyenne = autres valves à double ailette ; thrombogénicité élevée = Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards, Bjork-Shiley et autres valves à disque oscillant</p> <p>b : remplacement de valve mitrale, valve tricuspide ou antécédent thrombo-embolique si FOP, fibrillation atriale, rétrécissement mitral quel que soit son degré, fraction d'éjection du ventricule gauche < 35 %</p>		INR cible pour les prothèses valvulaires mécaniques quelles qu'elles soient			Thrombogénicité de la prothèse ^a	Facteurs de risque liés au patient ^b		Aucun facteur de risque	Facteur de risque ≥ 1	Faible	2,5	3,0	Moyenne	3,0	3,5	Élevée
INR cible pour les prothèses valvulaires mécaniques quelles qu'elles soient																	
Thrombogénicité de la prothèse ^a	Facteurs de risque liés au patient ^b																
	Aucun facteur de risque	Facteur de risque ≥ 1															
Faible	2,5	3,0															
Moyenne	3,0	3,5															
Élevée	3,5	4,0															
Valvulopathies	Rétrécissement mitral rhumatismal : anticoagulants oraux AVK	AE															
	Prolapsus de la valve mitrale isolé ou calcifications valvulaires : antiagrégant plaquettaire																

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

Dissection artérielle cervicale	Traitement antithrombotique : la décision de prescrire un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est à prendre au cas par cas en fonction des caractéristiques cliniques, radiologiques, et des comorbidités	AE
	Arrêt du traitement antithrombotique possible après recanalisation de l'artère	
	Traitement antiagrégant plaquettaire au long cours en cas de sténose ou dilatation anévrysmale résiduelle	

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

Traitement antithrombotique	Après un IC ou un AIT d'origine non cardioembolique : antiagrégant plaquettaire :	A
	• soit l'aspirine à 75-325 mg/j	A
	• soit le clopidogrel 75 mg/j	B

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

Traitement antithrombotique (suite)	L'association clopidogrel + aspirine en prévention secondaire à distance de la phase aiguë des IC n'est pas recommandée	A
	Une anticoagulation orale par AVK n'est pas recommandée	A
	Les anticoagulants non AVK n'ont pas été évalués et ne sont pas recommandés	AE
Sténose athéroscléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne	Sténose comprise entre 70 et 99 % (critères NASCET) : 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 en prenant en considération certaines caractéristiques du patient et de l'accident ischémique cérébral	A
	Le bénéfice est 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 pseudo-occlusive : bénéfice de l'endartériectomie carotidienne incertain	C
	Sténose de la carotide interne < 50 % : pas d'indication chirurgicale	A
	La chirurgie carotidienne doit être réalisée par un chirurgien expérimenté avec un taux de morbi-mortalité inférieur à 6 %	AE
	Le bénéfice de l'endartériectomie est d'autant plus important que le geste est réalisé précocement (dans les 15 jours après l'accident)	B
	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 non accessible à la chirurgie	C
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'IC ou d'AIT imputables à une sténose de l'artère vertébrale malgré un traitement médical maximal	AE
Sténose athéroscléreuse intracrânienne	Après un IC ou un AIT imputable à une sténose intracrânienne, le traitement antithrombotique recommandé repose sur les antiagrégants plaquettaires. Les anticoagulants ne sont pas indiqués	B
	Le traitement endovasculaire des sténoses intracrâniennes n'est pas recommandé	B
Athérosclérose de la crosse de l'aorte	Athérosclérose ≥ 4 mm d'épaisseur de la crosse de l'aorte : antiagrégant plaquettaire	AE
	Athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus : un traitement anticoagulant par AVK de plusieurs semaines peut être envisagé	

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts

~

HAS