

*Prévention Secondaire de l'AVC
Ischémique:
Lignes directrices canadiennes
Aspects sélectifs*

*Robert Côté MD, FRCPC, FAHA
Hôpital Général de Montréal
Université McGill*

Prévention Secondaire de l'AVC

- Conflits d'intérêt potentiels:
 - Aucuns pour cette conférence
 - Honoraires conférences (Pfizer,Bayer,Servier)

Prévention Secondaire de l'AVC

Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017

Theodore Wein^{1,2}, M Patrice Lindsay³, Robert Côté^{1,2},
Norine Foley^{4,6}, Joseph Berlingieri⁵, Sanjit Bhogal⁶,
Aline Bourgoin⁷, Brian H Buck⁸, Jafna Cox⁹, Dion Davidson¹⁰,
Dar Dowlatshahi¹¹, Jim Douketis^{12,13}, John Falconer¹⁴,
Thalia Field¹⁵, Laura Gioia¹⁶, Gord Gubitz^{9,17}, Jeffrey Habert¹⁸,
Sharon Jaspers¹⁹, Cheemun Lum¹¹, Dana McNamara Morse¹⁰,
Paul Pageau²⁰, Mubeen Rafay^{21,22}, Amanda Rodgerson¹⁷,
Bill Semchuk²³, Mukul Sharma²⁴, Ashkan Shoamanesh²⁴,
Arturo Tamayo²⁵, Elisabeth Smitko³ and David J Gladstone^{26,27};
on behalf of the Heart and Stroke Foundation Canadian Stroke
Best Practice Committees

Prévention Secondaire de l'AVC

Quoi de neuf ?

- Stratification du risque après AIT/AVC léger
- Tests diagnostiques initiaux phase aiguë
- Prise en charge de certains facteurs de risque vasculaire (TA, LDL-cholestérol)
- Mise à jour pour l'apnée du sommeil
- Mise à jour pour dissection cervicoencéphalique
- Mise à jour dans le cadre d'un FOP
- Association antiplaquettaires en phase aiguë
- Conseils cliniques

Prévention Secondaire de l'AVC

Lignes Directrices

Niveau données probantes	Critères
A	Données probantes provenant <u>d'une méta-analyse d'ECR</u> ou résultats uniformes obtenus dans <u>au moins deux essais contrôlés randomisés ou plus</u> .
B	Données probantes provenant <u>d'un seul ECR</u> ou résultats uniformes obtenus dans <u>au moins deux essais non randomisés</u> ou <u>grandes études observationnelles</u> . <u>Méta-analyse d'études non randomisées ou observationnelles</u> .
C	<u>Consensus du groupe de rédaction</u> basé sur des <u>données de recherche limitées</u> .
Conseils cliniques	Conseils pratiques fournis par le groupe de rédaction sur des problèmes cliniques spécifiques pour lesquels les données sont insuffisantes afin de guider la pratique.

Prévention Secondaire de l'AVC

Stratification du risque

Risque très élevé

- Patients qui se présentent dans les 48hrs suite à symptômes suggérant AIT/AVC ischémique non invalidant:
 - Faiblesse unilatérale (visage, bras, jambe)
 - Trouble du langage
 - Autres symptômes (sensoriels, visuels)

Recommandation: Diriger patient immédiatement vers urgence avec capacité de fournir soins avancés en AVC. (*Niveau de preuve B*)

Prévention Secondaire de l'AVC

Stratification du risque

Risque élevé

- Patients qui se présentent entre 48hrs et 2 semaines suite à symptômes suggérant AIT/AVC ischémique non invalidant:
 - Faiblesse unilatérale (visage, bras, jambe)
 - Trouble du langage (dysarthrie, aphasie)

Recommandation: Évaluation le plus tôt possible, idéalement dans les premiers 24 hrs par un professionnel avec expertise en AVC.
(Niveau de preuve B)

Prévention Secondaire de l'AVC

Stratification du risque

Risque modéré

- Patients qui se présentent entre 48hrs et 2 semaines suite à symptômes suggérant AIT/AVC ischémique non invalidant:
 - Symptômes sensoriels unilatéraux
 - Symptômes visuels (perte mono ou binoculaire, diplopie)
 - Autres symptômes (ataxie, vertiges)

Recommandation: Évaluation le plus tôt possible idéalement < 2 semaines par un professionnel avec expertise en AVC.

(Niveau de preuve C)

Prévention Secondaire de l'AVC

Stratification du risque

Risque plus faible

- Patients qui se présentent > 2 semaines suite à symptômes suggérant AIT/AVC ischémique non invalidant sont considérés comme étant moins à risque.

Recommandation: Évaluation le plus tôt possible idéalement dans le premier mois par spécialiste de l'AVC ou neurologue.
(Niveau de preuve C)

Prévention Secondaire de l'AVC

Investigation de base suggérée phase aiguë

- Tests sanguins: FSC, électrolytes, coagulation (RIN, TCA), fonction rénale (Cr, TFG), glycémie/HbA1c, troponine (*Niveau de preuve C*)
 - Profil lipidique, hépatique (*Niveau de preuve C*)
- Imagerie cérébrale: CT scan, (IRM) (*Niveau de preuve B*)
- Imagerie vasculaire : Angioscan (crosse aortique-vertex), Duplex cervical, (*Niveau de preuve A*)
- Cardiaque: ECG et surveillance rythme cardiaque (télémétrie) (*Niveau de preuve B*)

Prévention Secondaire de l'AVC

Facteurs de risque vasculaire

- Tension artérielle:
 - En général cible, < 140/90 mmHg (*niveau preuve B*)
 - Patients avec AVC lacunaire, TAS < 130 mmHg (*niveau preuve B*)
 - Traitement avec IECA et/ou diurétique suggéré (*niveau preuve B*)
- Lipides:
 - Cible LDL-cholestérol, < 2.0 mmol/L ou baisse > 50% du LDL-cholestérol (*niveau preuve B*)
 - Pour patients avec MCAS associée, une cible LDL-cholestérol < 1.8 mmol/L à considérer (*niveau preuve A*)

Prévention Secondaire de l'AVC

Apnée du sommeil

- Changement de recommandation:
 - Facteur de risque reconnu pour AVC
 - Résultats récents (étude SAVE) ne supportent pas un effet préventif pour événements vasculaires avec traitement CPAP chez patients avec atteinte de modérée à sévère et maladie cardio-cérébrovasculaire associée.
 - Amélioration de l'endormissement/fatigue et qualité de vie
 - Dépistage systématique n'est plus recommandé dans le contexte AIT/AVC ischémique (*niveau preuve B*)

Prévention Secondaire de l'AVC

Dissection cervico-encéphalique

- Test diagnostique :
 - Angioscan,Angio IRM,angiographie artérielle (*niveau preuve C*).
 - Ultrasonographie cervicale (Duplex) ne permet pas une évaluation complète de l'axe cérébrovasculaire
- Thérapie antithrombotique recommandée:
 - Efficacité relative antiplaquettaires vs anticoagulation incertaine. Données non concluantes . Décision au cas par cas (*niveau preuve B*).
 - Peu de données probantes sur durée du traitement et rôle de l'imagerie vasculaire de contrôle en suivi (*niveau preuve C*).
 - Pas de données sur efficacité anticoagulothérapie pour dissection intracrânienne (*niveau preuve C*).

Prévention Secondaire de l'AVC

Présence d'un FOP

- Patients avec AIT/AVC ischémique associé à FOP devraient être évalués par expert en AVC et cardiologie (*niveau preuve C*)
- La fermeture du FOP en association avec antiplaquettaires recommandé seulement si certains critères remplis (*niveau preuve A*):
 - Patient entre 18-60 ans
 - Imagerie/clinique (symptômes) confirment que AIT/AVC n'est pas lacunaire mais embolique
 - Aucune autre cause probable ne fut documentée après investigation complète
- Pour patients avec indication anticoagulothérapie à long-terme indication pour fermeture FOP incertaine (*niveau preuve C*)

NEJM 2017;377:1022

NEJM 2017;377:1033

NEJM 2017;377:1011

Prévention Secondaire de l'AVC

Antiplaquettaires phase aiguë

- Mise à jour (2018):
- Chez patients avec AIT haut risque/AVC ischémique léger* non cardioembolique association AAS 80mg et clopidogrel 75 mg/jour pour 21-30 jours (dose d'attaque de 300-600mg clopidogrel) est suggéré (*Niveau de preuve A*)
 - Traitement à débiter le plus tôt possible premiers 12hrs
 - Association AAS/clopidogrel non recommandée à long terme
 - Monothérapie (AAS,clopidogrel,AAS/dipyridamole)

* ABCD₂ ≥4 , NIHSS ≤ 3

N Engl J Med 2018; 379:215

N Engl J Med 2013;369:11

Prévention Secondaire de l'AVC

Conseil clinique

- *Que faire lorsqu'un AIT/AVC survient sous traitement antiplaquettaire ?*
 - Réévaluer le contrôle de tous les facteurs de risque et l'étiologie de AIT/AVC
 - S'assurer de l'adhérence médicamenteuse
 - Si patient sur AAS, considérer clopidogrel *
 - Si patient sur clopidogrel considérer AAS/dipyridamole *
 - Suite à AVC lacunaire sous AAS aucun avantage à AAS/clopidogrel à long terme (*Niveau de preuve B*)

* Absence de données probantes

Prévention Secondaire de l'AVC

Conseil clinique

- *Quand débiter l'anticoagulothérapie après un AVC ischémique ou AIT?*
 - Aucunes données probantes disponibles donc tenir compte de certaines variables:
 - Age du patient, sévérité de l'AVC, résultats de imagerie cérébrale, comorbidités et risque de récidence
 - Approche suggérée pour initier DOAC:
 - AIT: 1 jour
 - AVC léger, non invalidant: 3 jours
 - AVC modéré: 6 jours
 - AVC sévère: 14 jours
 - Effectuer CT scan de contrôle avant début Tx

