

Mémo

FORMATION PACO

Pour orienter rapidement le diagnostic et la prise en charge pré-hospitalière, le test VITE est utilisé.



FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES DES AIC :

- Alcool excessif
- Tabac
- Obésité et sédentarité
- Diabète type 2
- Hypercholestérolémie
- Hypertension artérielle
- Fibrillation atriale

PRÉVENTION SECONDAIRE DE L'AVC

Pour l'AVCi, il faut :

1) Initier un traitement antithrombotique adapté à l'étiologie :

- antiagrégant plaquettaire en cas d'athérosclérose ou d'infarctus lacunaire,
- anticoagulant oral en cas de cardiopathie emboligène à haut risque

2) Contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire

- hypertension artérielle
- diabète
- dyslipidémie

3) Mettre en place des mesures hygiéno-diététiques :

- arrêt du tabac,
- limiter la consommation d'alcool,
- régime méditerranéen,
- pratiquer de l'activité physique

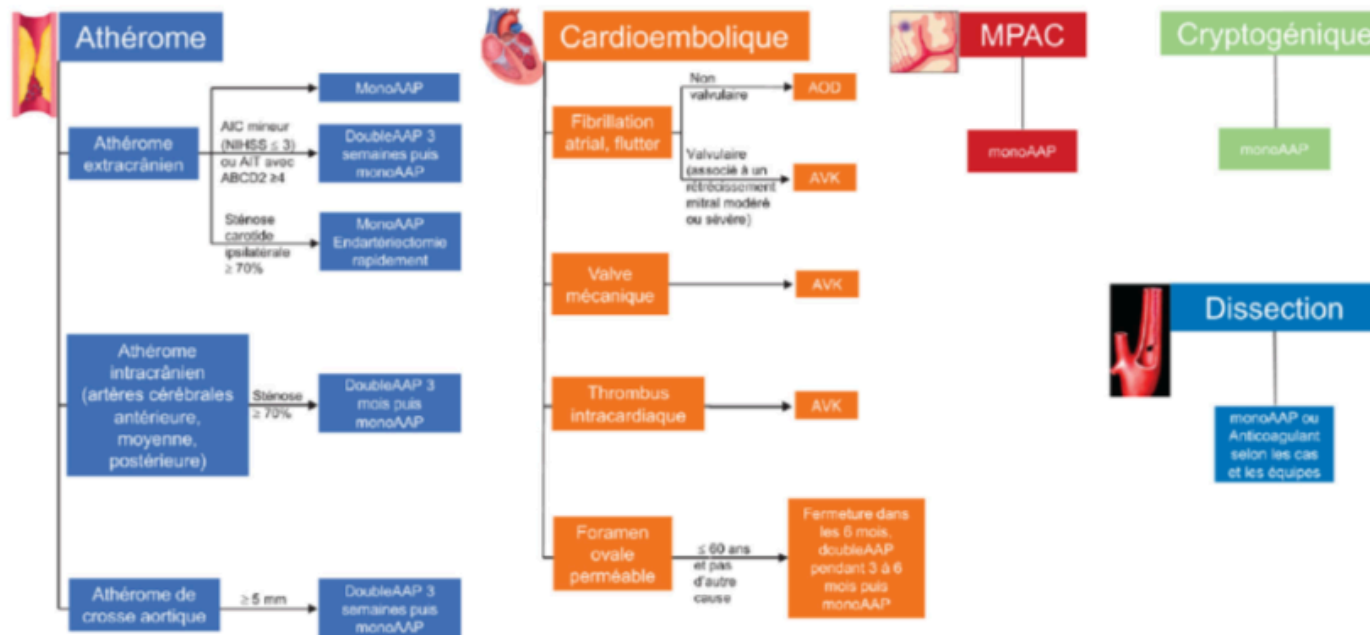
4) Prendre en charge les troubles associés à la survenue d'un AVC

PRÉVENTION DES RÉCIDIVES DES AVCI/AIT

Après un AVCi ou un AIT, les objectifs de la prévention secondaire sont d'éviter la survenue d'un nouvel événement neurovasculaire mais également de diminuer le risque d'événement au sein des autres lits vasculaires.

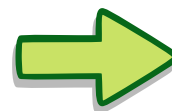
Thérapie antithrombotique

Ils constituent une étape primordiale dans la prévention de la récurrence ischémique cérébrale. Parmi les traitements antithrombotiques disponibles dans la prise en charge de l'AIC figurent les antiagrégants plaquettaires (AAP) et les anticoagulants oraux (ACO).



En cas d'AVCi lié à une maladie cardiaque emboligène et notamment la FA, les anticoagulants sont les traitements de référence en prévention secondaire.

Le score **CHA2DS2-VASc**, qui permet d'estimer le risque thrombotique artériel en cas de FA sans maladie valvulaire mitrale, est une aide à la décision de la mise en place d'un traitement anticoagulant



	Critères	Points
C	Insuffisance cardiaque/dysfonction du ventricule gauche	1
H	Hypertension artérielle	1
A2	Âge ≥ 75 ans	2
D	Diabète	1
S	AVC/AIT/événement embolique	2
V	Pathologie vasculaire (coronaropathie, artériopathie oblitérante des membres inférieurs...)	1
A	Âge 65–74 ans	1
Sc	Sexe (féminin)	1

→ **À noter :** un AOD est introduit à partir d'un score ≥ 2

LES ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES

Les AAP sont les traitements les plus souvent prescrits après un AIC. Prise au long cours et sans limite de durée.

- **La principale molécule utilisée : Aspirine**

→ Posologie : 160 mg, puis possible diminution à 75 mg dans les mois qui suivent

- **Si allergie ou récurrence sous aspirine : Clopidogrel**

→ Posologie : 75 mg/j

- **En cas de bithérapie** : L'association aspirine-clopidogrel est la plus communément utilisée en pratique courante. Ou aspirine et ticagrelor (90 mg 2 fois par jour), en raison du moindre risque de mauvaise réponse pharmacologique (résistance possible au clopidogrel)

LES ANTICOAGULANTS ORAUX

Les traitements anticoagulants ont pour objectif de limiter la formation de caillot via l'inhibition des voies de la coagulation en bloquant la formation de fibrine.

→ **Si présence d'une fibrillation atriale ou d'un flutter : anticoagulants oraux directs en 1ère intention.**

Les seules indications persistantes des AVK restent les patients porteurs de valve mécanique et la fibrillation atriale associée à un rétrécissement mitral modéré ou sévère.

Chez les personnes hypertendues ayant des antécédents d'AVCi ou d'AIT, un traitement visant à réduire la TA est indispensable.

En pratique : la stratégie thérapeutique est superposable à celle recommandée en prévention primaire déterminée selon les recommandations de l'European Society of Hypertension

La PA est contrôlée tous les mois jusqu'à atteindre l'objectif tensionnel.

Le plus souvent, une automesure de la PA est utile pour s'assurer du bon contrôle des chiffres tensionnels.

👉 **TA cible générale : < 130/80 mmHg**

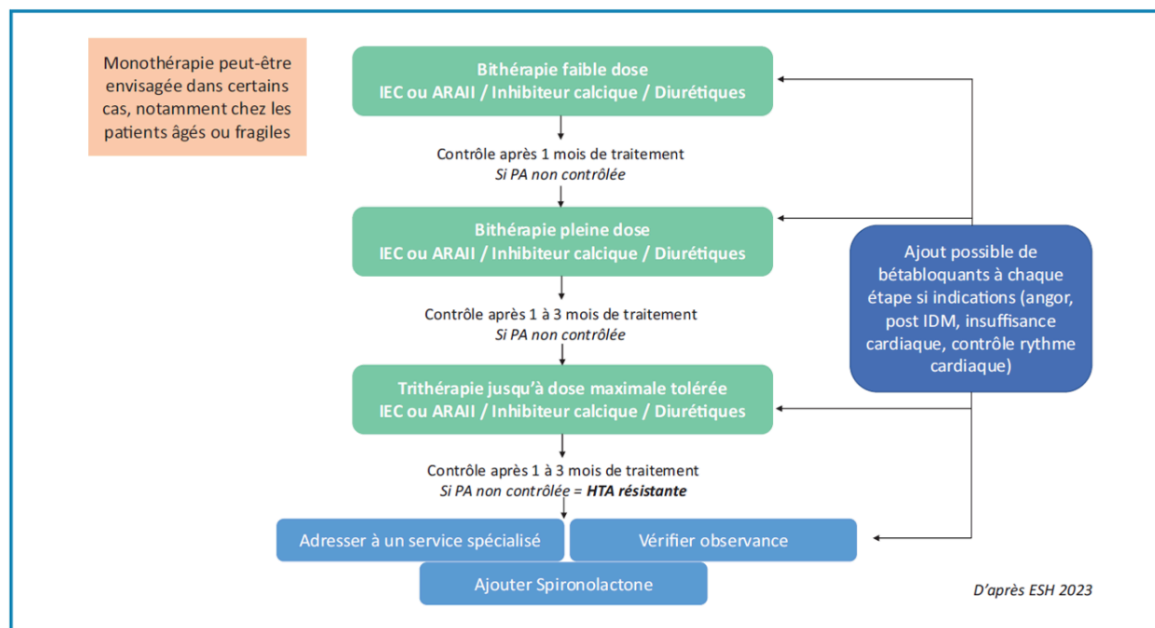


FIGURE 2

Algorithme de mise en place des traitements antihypertenseurs, selon les recommandations 2023 de l'European Society of Hypertension [20]

TRAITEMENT HYPOLIPÉMIANT

← **Cible LDL après AVCi : < 0,7 g/L (recommandation ESO, validée en post-AVC)**

Pour les patients dont l'étiologie de l'AIC est athéromateuse ou pour ceux qui ont des antécédents associés de coronaropathie, la cible de LDL-cholestérol à atteindre est habituellement en dessous de 0,55 g/L, car cette cible a montré une réduction des événements cardiovasculaires dans cette population.

Les traitements :

- **traitement de 1ère ligne : -statine**
- **deuxième ligne : association à ézétimibe**
- **troisième ligne : antiPCSK9 ou si mauvaise tolérance aux statines**

STATINES APRÈS AVC/AIT

- **Pravastatine / Simvastatine : options préférentielles**
 - Pravastatine : moins d'interactions médicamenteuses (pas de métabolisme CYP450)
 - Posologie habituelle : 40 mg/j, ajustée selon LDL-c cible
- **Atorvastatine : la plus utilisée d'après l'étude SPARCL**
 - Réduction des récurrences d'AVC et événements cardiovasculaires

Choix de la statine

Médicament	Posologie (mg.j ⁻¹)				
	5	10	20	40	80
Fluvastatine					
Pravastatine					
Simvastatine		✓	✓	✓	
Atorvastatine		✓	✓	✓	✓
Rosuvastatine					

- Intensité basse (pourcentage de réduction du LDL-C : 20-29 %)
- Intensité moyenne (pourcentage de réduction du LDL-C : 30-39 %)
- Intensité forte (pourcentage de réduction du LDL-C : > 40 %)
- Hors AMM/non recommandé

✓ : statines les plus efficaces.

L'atorvastatine et la rosuvastatine ne possèdent pas d'indication validée (AMM) en prévention secondaire.

TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2

← HBA1C CIBLE : < 7 %

Cependant, cet objectif peut devoir être individualisé en fonction de l'ancienneté, du diabète, de l'âge et des comorbidités du sujet. Recommandations HAS 2024 (prévention secondaire chez le diabétique) :

- Ajouter un agoniste du GLP-1 ou un iSGLT2 ("glifozine") au traitement par metformine, quel que soit le niveau d'HbA1c.
- Ajuster les autres hypoglycémifiants si nécessaire pour prévenir l'hypoglycémie.

MESURE HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Les modifications du mode de vie, (y compris l'arrêt du tabac, la diminution de la consommation d'alcool et l'augmentation de l'activité physique) sont également importantes dans la prise en charge des patients ayant des antécédents d'AVCi ou AIT.

- **Diminuer le tabagisme et l'exposition passive à la fumée de cigarette**

→ Fumer diminue les capacités respiratoires et cardiaques à l'effort. Le corps est en effet moins bien oxygéné et les muscles moins performants. La cigarette annule aussi la protection naturelle contre le risque de maladies cardiovasculaires dont bénéficient les femmes jusqu'à la ménopause, grâce à leurs hormones.

- **Diminuer la consommation d'alcool**

→ Au-delà de deux verres d'alcool tous les jours et plus de quatre verres d'alcool en aigu, le risque de récurrence d'AVCi augmente. Il est conseillé de ne pas boire plus de 10 verres de boissons alcoolisées par semaine, sans dépasser 2 verres d'alcool sur une journée et en réservant des jours sans consommation d'alcool.

- **Augmenter l'activité physique régulière (30 min de marche rapide quotidienne)**

→ Pratiquez une activité physique régulière adaptée à sa capacité physique. Cela permet d'agir sur plusieurs facteurs à la fois :

- limiter la prise de poids ;
- diminuer le taux de graisses dans le sang ;
- réduire le risque de diabète et d'hypertension artérielle.

Elle permet de réduire le risque cardiovasculaire global.

Classe de traitement	Objectif / Indication	Suivi clinique	Suivi biologique	Fréquence recommandée
Antiagrégants plaquettaires (Aspirine, Clopidogrel, Ticagrelor)	Prévention secondaire après AVC/AIT	Signes de saignement, tolérance digestive	N/A en routine	Contrôle clinique à chaque consultation ou en cas de symptôme
Anticoagulants oraux (AVK, AOD)	AVC lié à FA ou autre cause cardio-embolique	Poids (adaptation posologique de l'apixaban), signes hémorragiques	INR (AVK), fonction rénale (AOD)	INR : 1×/mois puis espacement ; AOD : fonction rénale 1×/an ou plus si insuffisance rénale
Statines (Atorvastatine, Rosuvastatine, Simvastatine)	Réduction LDL (< 0,7 ou 0,55 g/L) et prévention récurrence	Tolérance musculaire	Lipides : LDL, TG, HDL ; enzymes hépatiques	Lipides : 1× à 3 mois après début ou changement, puis 1×/an ; Enzymes hépatiques : 1× à 3 mois si nécessaire
Antihypertenseurs (IEC, ARA II, inhibiteurs calciques, bêtabloquants, diurétiques)	Maintien PA < 130/80 mmHg	TA, pouls, œdèmes (inhibiteurs calciques), toux (IEC), hypotension	Créatinine, kaliémie (IEC, ARA II, diurétiques)	Clinique : à chaque consultation ; Biologique : 1 à 3 mois après début/ajustement
Diabète / autres facteurs	Optimisation glycémie et comorbidités	Poids, symptômes hypo/hyperglycémiques, troubles digestifs si metformine, signes d'infection urinaire ou mycosique si iSGLT2	HbA1c, glycémie, fonction rénale	HbA1c : 2-4×/an ; Glycémie : selon situation Vitamine B12 si metformine