

## Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

### Synthèse de la recommandation de bonne pratique



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

© Haute Autorité de Santé – Juillet 2014  
Mise à jour février 2015

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 confère non seulement un risque élevé de récurrence, mais aussi 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 patient<sup>1</sup>.

Contrôle des facteurs de risque		
Pression artérielle (PA)	Traitement hypotenseur 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

(\*) Nous remercions la Haute Autorité de Santé de nous avoir autorisés à reproduire ce texte. Il est également consultable sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) rubrique *Évaluation & Recommandation*.

<sup>1</sup> Par rapport aux recommandations 2008, ce qui est écrit en bleu a été modifié ou ajouté.

Contrôle des facteurs de risque		
Lipides	Traitement par statine chez les patients ayant un IC ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol $\geq 2,6$ 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 ( <a href="#">Fiche BUM - Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité</a> )	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	
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 ( <a href="#">RBP Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – HAS 2013</a> )	AE
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 ( <a href="#">RBP Arrêt de la consommation de tabac – HAS 2014</a> )	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 ( <a href="#">RBP Surpoids et obésité de l'adulte – HAS 2011</a> )	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 (Mise à jour février 2015)	Traitement anticoagulant oral à maintenir au long cours même en cas de retour en rythme sinusal	A
	Médicaments recommandés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en première intention : AVK (avec un INR entre 2 et 3)</li> <li>• en deuxième intention compte tenu de l'absence d'antidote et de l'absence de test biologique de surveillance : anticoagulants oraux non AVK (ou anticoagulants oraux d'action directe) dabigatran, rivaroxaban ou apixaban, à savoir dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- chez les patients sous AVK, mais pour lesquels le maintien de l'INR dans la zone cible (entre 2 et 3) n'est pas habituellement assuré malgré une observance correcte</li> <li>- chez les patients pour lesquels les AVK sont contre-indiqués ou mal tolérés, qui ne peuvent pas les prendre ou qui acceptent mal les contraintes liées à la surveillance de l'INR</li> </ul> </li> </ul>	AE
	Le choix et la posologie du médicament anticoagulant, dépendent de l'âge, du poids, des risques iatrogènes et de la polyopathie éventuelle Informez les patients des alternatives possibles et prenez en compte leurs préférences	
	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																	
<b>Anomalies du septum inter-auriculaire</b>	Foramen ovale perméable (FOP) associé à un IC ou un AIT : <ul style="list-style-type: none"> <li>• traitement antiplaquettaire en première intention</li> <li>• traitement par anticoagulant oral en cas de pathologie thromboembolique veineuse concomitante</li> </ul>	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 anti-thrombotique bien conduit	AE															
<b>Prothèses valvulaires mécaniques</b>	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<sup>a</sup></th> <th colspan="2">Facteurs de risque liés au patient<sup>b</sup></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><sup>a</sup> : thrombogénicité faible = <i>Carbomedics, Medtronic Hall, St Jude, Medical, ON-X</i> ; thrombogénicité moyenne = autres valves à double ailette ; thrombogénicité élevée = <i>Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards, Bjork-Shiley</i> et autres valves à disque oscillant</p> <p><sup>b</sup> : 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 &lt; 35 %</p>		INR cible pour les prothèses valvulaires mécaniques quelles qu'elles soient			Thrombogénicité de la prothèse <sup>a</sup>	Facteurs de risque liés au patient <sup>b</sup>		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 <sup>a</sup>	Facteurs de risque liés au patient <sup>b</sup>																
	Aucun facteur de risque	Facteur de risque ≥ 1															
Faible	2,5	3,0															
Moyenne	3,0	3,5															
Élevée	3,5	4,0															
<b>Valvulopathies</b>	Rétrécissement mitral rhumatismal : anticoagulants oraux <b>AVK</b>	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		
<b>Dissection artérielle cervicale</b>	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		
<b>Traitement antithrombotique</b>	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
	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

Traitement spécifique après un IC ou un AIT lié à l'athérosclérose, à une maladie des petites artères, ou d'origine indéterminée		
<b>Sténose athéroscléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne</b>	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
<b>Sténose athéroscléreuse de l'artère vertébrale extracrânienne</b>	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
<b>Sténose athéroscléreuse intracrânienne</b>	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
<b>Athérosclérose de la crosse de l'aorte</b>	Athérosclérose $\geq$ 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

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