

Dans quel délai, après un AVC, opérer une sténose de la carotide interne ?

La compilation des résultats des études NASCET et ECST a montré qu'après AIT et/ou AVC mineur, la chirurgie des sténoses serrées de la carotide interne (70 %-99 %) était indiquée, le bénéfice étant identique chez les hommes et les femmes.

Il faut noter que dans ces deux études, la plupart des malades ont été opérés entre 4 et 12 semaines après l'accident initial.

Schématiquement, 15 à 20 % des AVC sont précédés d'un AIT et 15 à 20 % des AVC majeurs sont précédés d'un AVC mineur. Selon les recommandations, la prise en charge des patients après AIT et/ou AVC mineur doit se faire dans la première semaine.

Le risque d'AVC après AIT ou AVC mineur a longtemps été considéré comme faible : 1 à 2 % dans la première semaine et 2 à 4 % à un mois. En fait, le risque apparaît beaucoup plus élevé.

Une méta-analyse récente a montré que le bénéfice de la chirurgie était maximal si les malades étaient opérés dans les 2 semaines suivant un AVC mineur ; la diminution du risque relatif de deuxième AVC étant de 30,2 % si les malades sont opérés dans les deux premières semaines, mais seulement de 2,8 % s'ils sont opérés au-delà de la 12^e semaine.

En d'autres termes, dans les deux premières semaines après un AVC mineur, on pouvait prévenir un AVC homolaté-

ral à la sténose en opérant 5 malades ; en revanche, au-delà de 12 semaines, il fallait opérer 125 malades pour prévenir un AVC.

Le risque de deuxième AVC sous traitement médical bien conduit était donc maximal dans les deux premières semaines.

Rothwell *et al.* ont établi un score de risque d'AVC après AIT fondé sur l'âge, la pression artérielle, le tableau



Fig. 1.



S. ANIDJAR, M. GALY
Département de Chirurgie Vasculaire,
Institut Mutualiste Montsouris, PARIS.

clinique et la durée des symptômes. Johnston *et al.* ont identifié cinq facteurs de risque indépendamment associés de récurrence d'AVC dans les 3 mois : âge > 60 ans, durée des symptômes > 10 minutes, déficit moteur, troubles du langage et diabète.

En pratique, après un AVC qu'il soit mineur ou plus important, la chirurgie ne doit s'envisager qu'après amélioration clinique, c'est-à-dire récupération d'une vigilance et d'un état général normaux, et la récupération maximale et stable du déficit neurologique quel que soit le caractère menaçant de la sténose (*fig. 1*), avec un traitement médical bien conduit et sous réserve de l'absence de récurrence précoce et/ou à répétition.

Après la récupération, l'étendue de l'AVC et la prise de contraste en angio-scanner ou en angio-IRM, ne sont pas isolément de bons indicateurs. Elles doivent être corrélées à la clinique. En pratique, une prise de contraste persistante (*fig. 2*) (sans hémorragie intracérébrale associée) avec une récupération clinique satisfaisante ne doit pas faire différer encore l'intervention dans la mesure où la sténose reste menaçante.

Ainsi, après un AVC ischémique d'origine carotidienne, la prise en charge



Fig. 2.

doit être la plus rapide possible en milieu spécialisé pour un traitement médical adapté (association anticoagulant, antiagrégant plaquettaire, statine) et débiter la rééducation neurologique. L'exploration comprend un écho-Doppler pulsé couleur des troncs supra-aortiques et un angio-scanner et/ou une angio-IRM des troncs supra-aortiques et du cerveau. Ces examens visent à apprécier le caractère hémodynamique et la morphologie de la sténose, l'état des autres artères à destinée cérébrale,

et enfin les lésions cérébrales. C'est ensuite la rapidité et le niveau de la récupération clinique qui déterminent la date de la chirurgie.

L'anesthésie locorégionale avec monitoring neurologique périopératoire est particulièrement indiquée chez ces malades. Il n'existe, en effet, aucun élément prédictif de la tolérance au clampage, en particulier sur des cerveaux endommagés ; l'anesthésie locorégionale ayant pour autre avantage de maintenir des niveaux de pression artérielle systémique élevés pendant le clampage carotidien.

En conclusion, après AIT ou AVC mineur, la chirurgie des sténoses serrées (70-99 %) de la carotide interne doit s'envisager rapidement, théoriquement dans les 2 semaines suivant l'accident initial. Pour les AVC plus importants, la chirurgie ne doit s'envisager qu'après récupération clinique maximale et stable. Dans tous les cas, une prise de contraste persistante ne

▶ Après un AVC ischémique, la prise en charge doit être la plus rapide possible, en milieu spécialisé, pour un traitement médical adapté et un bilan des troncs supra-aortiques et du cerveau.

▶ Après AVC ischémique, c'est seulement après récupération d'une vigilance et d'un état général normaux et la récupération maximale et stable du déficit neurologique que l'endartériectomie carotidienne peut être envisagée.

doit pas isolément faire différer la date de l'intervention. ■

Bibliographie

ROTHWELL PM, ELIASZIW M, GUTNIKOV SA *et al.* Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet*, 2004 ; 363 : 915-24.

ROTHWELL PM, BUCHAN A, JOHNSTON SC. Recent advance in management of transient ischaemic attacks and minor ischaemic strokes. *Lancet Neurology*, 2006 ; 5 : 323-31.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.