

REVUES GÉNÉRALES

Recommandations ESC

Recommandations de l'*American Heart Association* et de l'*American Stroke Association* sur la prévention primaire des accidents vasculaires cérébraux

Voici le résumé des recommandations publiées à la fin de l'année 2014 (Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B *et al.* Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2014; 45: 3754-3832). Il y a beaucoup de recommandations nouvelles depuis l'édition précédente, trois ans plus tôt.



→ F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Évaluation du risque de premier AVC

L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque – par exemple, le calculateur de risque cardiovasculaire de l'*American Heart Association* et de l'*American College of Cardiology* (<http://my.americanheart.org/cvrisk-calculator>) – est raisonnable, car de tels outils peuvent aider à identifier les individus qui pourraient bénéficier d'interventions thérapeutiques et ne seraient pas traités sur la base d'un seul facteur de risque (IIa, B).

Facteurs génétiques

Le recueil de l'histoire familiale peut être utile pour identifier les sujets ayant un risque accru d'AVC (IIa, A).

Un conseil génétique peut être envisagé chez les patients ayant des causes génétiques rares d'AVC (IIb, C).

Le traitement d'une maladie de Fabry

avec un traitement de remplacement enzymatique peut être envisagé, mais il n'a pas été montré qu'il réduisait le risque d'AVC (IIb, C).

Le dépistage non invasif d'anévrismes intracrâniens non rompus peut être envisagé chez les patients ayant au moins deux apparentés au premier degré avec hémorragie méningée ou anévrisme intracrânien (IIb, C).

Le dépistage non invasif d'anévrismes intracrâniens non rompus peut être envisagé chez les patients ayant une polykystose rénale autosomique dominante et au moins un apparenté avec polykystose rénale autosomique dominante et hémorragie méningée, ou au moins un apparenté avec polykystose rénale autosomique dominante et anévrisme intracrânien (IIb, C).

Le dépistage non invasif d'anévrismes intracrâniens non rompus peut être envisagé chez les patients ayant une dysplasie fibromusculaire des artères cervicales (IIb, C).

REVUES GÉNÉRALES

Recommandations ESC

Le dosage pharmacogénétique des AVK peut être envisagé au moment de l'initiation du traitement (IIb, C).

Le dépistage non invasif d'anévrismes intracrâniens non rompus chez les patients n'ayant pas plus d'un apparenté avec hémorragie méningée ou anévrisme intracrânien n'est pas recommandé (III, C).

Le dépistage non invasif d'anévrismes intracrâniens non rompus chez tous les sujets ayant une polykystose rénale autosomique dominante ou une maladie d'Ehlers-Danlos de type 4 n'est pas recommandé (III, C).

Le dépistage génétique dans la population générale, dans le cadre de la prévention d'un premier AVC, n'est pas recommandé (III, C).

Le dépistage génétique afin de déterminer le risque de myopathie n'est pas recommandé lorsque l'initiation d'un traitement par statine est envisagée (III, C).

Activité physique

Elle est recommandée, car elle est associée à une réduction du risque d'AVC (I, B).

Les adultes en bonne santé devraient avoir une activité physique aérobie d'intensité au moins modérée à intense, durant 40 minutes minimum par jour, 3 à 4 fois par semaine (I, B).

Dyslipidémies

En plus des recommandations de modification du mode de vie, une statine est recommandée pour la prévention primaire des AVC ischémiques chez les patients considérés comme étant à haut risque d'événement cardiovasculaire (I, A).

La niacine peut être envisagée chez les patients ayant un HDL-cholestérol bas ou

un taux de Lp(a) élevé, mais son efficacité dans la prévention des AVC ischémiques chez ces patients n'est pas prouvée. Il faut faire attention au risque accru de myopathie avec la niacine (IIb, B).

Les fibrates peuvent être envisagés chez les patients ayant une hypertriglycémie, mais leur efficacité dans la prévention des AVC ischémiques n'est pas non plus établie (IIb, C).

Un traitement par fibrate, colestyramine, niacine ou ézétimibe peut être envisagé chez les patients qui ne tolèrent pas les statines, mais leur efficacité dans la prévention des AVC n'est pas établie (IIb, C).

Alimentation

Une diminution de la consommation de sodium et une augmentation de la consommation de potassium sont recommandées afin de diminuer la pression artérielle (I, A).

Une alimentation de type DASH (*Dietary approaches to stop hypertension*) – avec une consommation importante de fruits, de légumes et de produits laitiers allégés en graisses, et une diminution des graisses saturées – est recommandée pour faire baisser la pression artérielle (I, A).

Une alimentation riche en fruits et en légumes – et donc riche en potassium – est bénéfique et peut réduire le risque d'AVC (I, B).

Une alimentation de type méditerranéen, complétée par des fruits oléagineux, peut être envisagée afin de diminuer le risque d'AVC (IIa, B).

Hypertension artérielle

Une surveillance régulière de la pression artérielle et un traitement approprié des patients hypertendus, incluant des modifications du mode de vie et un trai-

tement pharmacologique, sont recommandés (I, A).

Une consultation annuelle et des modifications du mode de vie sont recommandées chez les patients ayant une préhypertension (pression artérielle systolique comprise entre 120 et 139 mmHg ou pression artérielle diastolique comprise entre 80 et 89 mmHg) (I, A).

Les patients hypertendus doivent avoir un traitement antihypertenseur et la cible de pression artérielle doit être inférieure à 140/90 mmHg (I, A).

Une diminution réussie de la pression artérielle est plus importante dans la réduction du risque d'AVC que le choix d'un médicament spécifique; le traitement doit être individualisé selon les caractéristiques du patient et la tolérance des médicaments (I, A).

Une autosurveillance de la pression artérielle est recommandée afin d'améliorer le contrôle de la pression artérielle (I, A).

Obésité et distribution corporelle des graisses

Chez les patients en surpoids (IMC entre 25 et 29 kg/m²) et les obèses (IMC > 30 kg/m²), une réduction du poids est recommandée afin de diminuer la pression artérielle (I, A).

Chez ces mêmes sujets, la réduction du poids est recommandée afin de diminuer le risque d'AVC (I, B).

Diabète

Le contrôle de la pression artérielle, avec une cible inférieure à 140/90 mmHg, est recommandé chez les patients ayant un diabète de type I ou II (I, A).

Le traitement des diabétiques adultes avec une statine – en particulier ceux qui

ont d'autres facteurs de risque cardiovasculaire – est recommandé pour diminuer le risque de premier AVC (I, A).

L'utilité de l'aspirine pour la prévention primaire des AVC chez les patients diabétiques, mais dont le risque de maladie cardiovasculaire à 10 ans est bas, est incertaine (IIb, B).

L'ajout d'un fibraté à une statine chez les diabétiques n'est pas utile pour diminuer le risque d'AVC (III, B).

Tabagisme

Les conseils d'arrêt du tabagisme, en association à un traitement médicamenteux par substitut nicotinique, bupropion ou varénicline, sont recommandés pour aider les fumeurs à arrêter de fumer (I, A).

L'abstention du tabagisme chez les sujets n'ayant jamais fumé est recommandée sur la base des études épidémiologiques qui montrent une relation consistante et forte entre le tabagisme et, à la fois, les AVC ischémiques et les hémorragies méningées (I, B).

L'interdiction du tabagisme dans les espaces publics est raisonnable afin de réduire le risque d'AVC et d'infarctus du myocarde (IIa, B).

Fibrillation atriale

Chez les patients qui ont une fibrillation atriale (FA) valvulaire, qui sont à haut risque d'AVC, avec un score CHA₂DS₂-VASc ≥ 2, et à risque suffisamment bas de complication hémorragique, un traitement anticoagulant à long terme par la warfarine, pour un INR cible entre 2,0 et 3,0, est recommandé (I, A).

Chez les patients ayant une FA non valvulaire, un score CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 et un risque suffisamment bas de com-

plication hémorragique, un traitement anticoagulant est recommandé (classe I). Les options sont la warfarine (INR cible entre 2,0 et 3,0) (niveau de preuve A), ou l'apixaban, le dabigatran ou le rivaroxaban (B). Le choix du traitement antithrombotique doit être individualisé en fonction des facteurs de risque du patient (notamment le risque d'hémorragie intracrânienne), du coût, de la tolérance, des préférences du patient, des risques d'interaction médicamenteuse et d'autres caractéristiques cliniques, dont la quantité de temps pendant laquelle l'INR est dans la fourchette thérapeutique chez les patients qui prennent de la warfarine.

Le dépistage actif d'une FA chez les patients âgés de plus de 65 ans, par la prise du pouls puis par un ECG si nécessaire, peut être utile (IIa, B).

Chez les patients ayant une FA non valvulaire et un score CHA₂DS₂-VASc à 0, il est raisonnable de ne pas prescrire de traitement antithrombotique (IIa, B).

Chez les patients ayant une FA non valvulaire, un score CHA₂DS₂-VASc à 1 et un risque suffisamment bas de complication hémorragique, l'absence de traitement antithrombotique, un traitement anticoagulant ou de l'aspirine peuvent être envisagés (IIb, C). Le choix du traitement doit être individualisé en fonction des facteurs de risque du patient (notamment le risque d'hémorragie intracrânienne), du coût, de la tolérance, des préférences du patient, des risques d'interactions médicamenteuses et d'autres caractéristiques cliniques, dont le temps pendant lequel l'INR est dans la fourchette thérapeutique chez les patients sous warfarine.

La fermeture de l'auricule gauche peut être envisagée chez les patients qui ont une FA, qui sont à haut risque et ne peuvent pas avoir de traitement anticoagulant – le geste étant réalisé dans un centre expérimenté, avec un taux de complication bas – et si le patient peut rece-

voir un traitement anticoagulant pendant au moins 45 jours après le geste (II b, B).

Autres conditions cardiaques

Une anticoagulation est indiquée chez les patients ayant un rétrécissement mitral et un antécédent embolique, même si le rythme est sinusal (I, B).

Une anticoagulation est indiquée chez les patients ayant un rétrécissement mitral et un thrombus dans l'oreillette gauche (I, B).

De la warfarine pour un INR cible compris entre 2,0 et 3,0 et de l'aspirine à petites doses sont indiquées, après remplacement valvulaire aortique avec une prothèse mécanique à double ailette ou une prothèse mécanique à disque de génération actuelle, chez les patients n'ayant pas de facteur de risque (FA, antécédent thromboembolique, dysfonction VG, hypercoagulabilité) (I, B).

De la warfarine pour un INR cible compris entre 2,5 et 3,5 et de l'aspirine à petites doses sont indiquées chez les patients ayant un remplacement valvulaire aortique mécanique et des facteurs de risque (I, B).

De la warfarine pour un INR cible compris entre 2,5 et 3,5 et de l'aspirine à petites doses sont indiquées après un remplacement valvulaire mitral mécanique, quel que soit le type de prothèse (I, B).

Une excision chirurgicale est recommandée en cas de myxome atrial (I, C).

Une intervention chirurgicale est recommandée en cas de fibroélastome symptomatique ou de fibroélastome supérieur à 1 cm ou mobile, même s'il est asymptomatique (I, C).

Il est raisonnable de prescrire de l'aspirine après un remplacement valvulaire aortique ou mitral par une bioprothèse (IIa, B).

REVUES GÉNÉRALES

Recommandations ESC

Il est raisonnable de prescrire de la warfarine (INR cible compris entre 2,0 et 3,0) durant les 3 premiers mois après un remplacement valvulaire aortique ou mitral par une bioprothèse (IIa, C).

Un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est raisonnable chez les patients qui ont une insuffisance cardiaque, qui ne sont pas en FA et n'ont pas d'antécédent thromboembolique (IIa, A).

Un traitement par AVK est raisonnable après un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST et thrombus intraventriculaire gauche asymptomatique (IIa, C).

Un traitement anticoagulant peut être envisagé chez les patients asymptomatiques ayant un rétrécissement mitral sévère et dont la taille de l'oreillette gauche est ≥ 55 mm à l'échocardiographie (IIb, B).

Un traitement anticoagulant peut être envisagé chez les patients ayant un rétrécissement mitral sévère, une oreillette gauche dilatée et du contraste spontané à l'échocardiographie (IIb, C).

Un traitement anticoagulant peut être envisagé après un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST et akinésie ou dyskinésie antéro-apicale (IIb, C).

Un traitement antithrombotique et une fermeture percutanée ne sont pas recommandés chez les patients ayant un foramen ovale perméable, au titre de la prévention primaire des AVC (III, C).

Sténose carotide asymptomatique

Les patients qui ont une sténose carotidienne asymptomatique doivent prendre quotidiennement de l'aspirine et une statine. D'autres facteurs de risque traitables d'AVC peuvent être recherchés. Un traitement médical et des

modifications du style de vie appropriés doivent être mis en œuvre (I, C).

Chez les patients qui vont avoir une endartériectomie carotidienne, un traitement par aspirine est recommandé avant et après l'intervention chirurgicale, sauf contre-indication (I, C).

Il est raisonnable d'envisager une endartériectomie carotidienne chez les patients asymptomatiques lorsque la sténose est supérieure à 70 % et le risque périopératoire d'AVC, d'infarctus du myocarde ou de décès bas (< 3 %). Cependant, son efficacité par rapport au traitement médical optimal actuel n'est pas bien établie (IIa, A).

Il est raisonnable de faire une échographie Doppler chaque année afin d'évaluer la progression ou la régression de la maladie, et la réponse au traitement chez les patients ayant une sténose supérieure à 50 % (IIa, C).

La mise en place prophylactique d'un *stent* peut être envisagée chez des patients très sélectionnés, ayant une sténose carotidienne asymptomatique (au moins 60 % à l'angiographie, 70 % à l'échographie Doppler). Cependant, son efficacité par rapport au traitement médical seul n'est pas bien établie (IIb, B).

Chez les patients asymptomatiques à haut risque de complication lors d'une revascularisation par intervention chirurgicale ou *stent*, l'efficacité de la revascularisation par rapport au traitement médical seul n'est pas bien établie (IIb, B).

Le dépistage d'une sténose carotidienne asymptomatique dans les populations à bas risque n'est pas recommandé (III, C).

Migraine

L'arrêt du tabagisme doit être fortement recommandé chez les femmes souffrant de migraines avec aura (I, B).

Des alternatives à la contraception orale, notamment celle contenant des œstrogènes, peuvent être envisagées chez les femmes souffrant de migraines avec aura (IIb, B).

Des traitements visant à réduire la fréquence des migraines peuvent être raisonnables afin de diminuer le risque d'AVC (IIb, C).

La fermeture d'un foramen ovale perméable n'est pas indiquée au titre de la prévention des AVC chez les patients migraineux (III, B).

Syndrome métabolique

La prise en charge des divers composants d'un syndrome métabolique est recommandée, dont les modifications du mode de vie (activité physique, perte de poids, alimentation adéquate) et le traitement médicamenteux (traitement antihypertenseur, hypolipémiant, contrôle glycémique, antiagrégant plaquettaire).

Consommation d'alcool

La réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool chez les gros buveurs sont recommandés (I, A).

Chez les individus qui choisissent de boire de l'alcool, la consommation suivante peut être considérée comme raisonnable : pas plus de 2 verres par jour chez les hommes et pas plus de 1 verre par jour chez les femmes non enceintes (IIb, B).

Drogue

La prise en charge par un programme approprié est raisonnable chez les patients qui consomment des drogues associées aux AVC, dont la cocaïne, le khat et les amphétamines (IIa, C).

Syndrome d'apnée du sommeil

Du fait de son association au risque d'AVC, le dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil par l'interrogatoire détaillé – et, si elle est indiquée, par une polysomnographie – peut être envisagé (IIb, C).

Le traitement d'un syndrome d'apnée du sommeil dans le but de diminuer le risque d'AVC peut être raisonnable bien que son efficacité en prévention primaire des AVC soit inconnue (IIb, C).

Hyperhomocystéinémie

La prescription de vitamines du groupe B (B12, B6 et acide folique) peut être envisagée pour la prévention des AVC ischémiques chez les patients ayant une hyperhomocystéinémie, mais son efficacité n'est pas bien établie (IIb, B).

Lp(a) élevée

La prescription de niacine, qui diminue le taux de Lp(a), peut être raisonnable pour la prévention des AVC ischémiques chez les patients ayant un taux de Lp(a) élevé, mais son efficacité n'est pas bien établie (IIb, B).

Le bénéfice clinique du dosage de la Lp(a) pour la prédiction du risque d'AVC n'est pas bien établi (IIb, B).

Hypercoagulabilité

L'utilité d'un dépistage génétique pour détecter un état hypercoagulable héréditaire, dans le cadre de la prévention d'un premier AVC, n'est pas bien établie (IIb, C).

L'utilité de traitements spécifiques pour la prévention primaire des AVC chez les sujets asymptomatiques ayant une

thrombophilie héréditaire ou acquise n'est pas bien établie (IIb, C).

L'aspirine à faible dose (80 mg/j) n'est pas indiquée au titre de la prévention primaire des AVC chez les sujets ayant des anticorps antiphospholipides (III, B).

Inflammation et infection

Les patients ayant une maladie inflammatoire chronique, telle qu'une polyarthrite rhumatoïde et/ou un lupus érythémateux, doivent être considérés à risque accru d'AVC (I, B).

La vaccination antigrippale annuelle peut être utile pour diminuer le risque d'AVC chez les patients à risque (IIa, B).

La mesure de marqueurs inflammatoires tels que la CRP ultrasensible ou la phospholipase A2 chez les patients n'ayant pas de maladie cardiovasculaire peut être envisagée afin d'identifier ceux susceptibles d'avoir un risque accru d'AVC, bien que leur utilité en routine ne soit pas bien établie (IIb, B).

Un traitement par statine des patients ayant un taux de CRP ultrasensible > 20 mg/L peut être envisagé afin de diminuer le risque d'AVC (IIb, B).

Un traitement antibiotique des infections chroniques comme moyen de prévenir les AVC n'est pas recommandé (III, A).

Antiagrégants plaquettaires

L'utilisation de l'aspirine pour la prophylaxie cardiovasculaire (incluant mais pas spécifique aux AVC) est raisonnable chez les patients dont le risque est suffisamment haut (risque à 10 ans > 10 %), les bénéfices dépassant les risques associés au traitement. Un calculateur du risque cardiovasculaire peut être trouvé à l'adresse suivante: <http://my.americanheart.org/cvriskcalculator>

(IIa, A).

L'aspirine, à la dose de 80 mg/j, ou 100 mg 1 jour sur 2, peut être utile pour la prévention d'un premier AVC chez les femmes, dont les diabétiques (chez lesquelles le risque est suffisamment élevé pour que les bénéfices dépassent les risques liés au traitement) (IIa, B).

L'aspirine peut être envisagée pour la prévention d'un premier AVC chez les patients ayant une maladie rénale chronique (DFG < 45 mL/min/1,73 m²) (IIb, C). Cette recommandation ne s'applique pas aux maladies rénales sévères (stade 4 ou 5; DFG < 30 mL/min/1,73 m²).

Le cilostazol (non commercialisé en France) peut être envisagé pour la prévention d'un premier AVC chez les sujets ayant une artériopathie périphérique (IIb, B).

L'aspirine n'est pas utile pour la prévention d'un premier AVC chez les sujets à bas risque (III, A).

L'aspirine n'est pas utile pour la prévention d'un premier AVC chez les diabétiques en l'absence d'autres situations à haut risque (III, A).

L'aspirine n'est pas utile pour la prévention d'un premier AVC chez les diabétiques ayant une artériopathie périphérique asymptomatique (III, B).

Du fait de l'absence d'essais thérapeutiques, les antiagrégants plaquettaires autres que l'aspirine et le cilostazol ne sont pas recommandés pour la prévention d'un premier AVC (III, C).

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