

Maladie athéromateuse carotidienne : Quelles recommandations en 2012 ?

d'après ESC 2011, CHEST 2012, ACC/AHA 2011, ACCF 2012.

G. Mahé

Service des Explorations Fonctionnelles Vasculaires, CHU Angers

Pour le groupe de recommandations de la SFMV



Maladie artérielle athéromateuse

- Traitement non pharmacologique :
 - Modifications du mode de vie
- Traitements pharmacologiques pour contrôler :
 - la pression artérielle
 - le LDL cholestérol (objectifs : LDL<100mg/dl voire <70mg/dl ou une réduction >50% si ces objectifs ne peuvent pas être atteints)
 - chez le patient diabétique, une HBA1c<7% doit être l'objectif.
 - Anti-plaquettaires (si aspirine : 75mg à 150mg/j suffisent au long cours)
 - Antihypertenseurs :
 - objectifs : <140/90mmHg (population générale) et 130/80mmHg chez le diabétique et l'insuffisant rénal
 - les inhibiteurs de l'enzyme de conversion réduisent significativement le risque d'événements cardiovasculaires (25%). Le telmisartan a un effet équivalent au ramipril.

Quelques définitions

- Accident ischémique transitoire (AIT) :
 - épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, **sans preuve d'infarctus aigu** (Haute autorité de Santé, 2004)
 - épisode neurologique transitoire durant de 1 à 2 heures et moins de 24 heures (European Society of Cardiology, 2011, ACC/AHA 2011).
- Symptomatique ou asymptomatique :
 - Sténose carotidienne est considérée comme symptomatique devant la présence d'un AIT ou AVC dans les 6 mois auparavant (ESC, ACC/AHA)

Quantification de la sténose

- Degré de sténose évalué en NASCET :

Difference between NASCET and ECST in measurement of internal carotid artery stenosis

	NASCET	ECST
30	65	
40	70	
50	75	
60	80	
70	85	
80	91	
90	97	

Approximate equivalent degrees of internal carotid artery stenosis used in NASCET and ECST according to recent direct comparisons

NASCET	$\frac{A-B}{A}$	ECST	$\frac{C-B}{C}$
--------	-----------------	------	-----------------

Donnan *et al.*, *Lancet*, 1998

CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE SAN FRANCISCO 2002.

DEGRÉ DE STÉNOSE(%)	PSV (cm/sec)	SVR	EDV (cm/sec)
Normal	< 125	< 2	< 40
50-69%	125 - 230	2 à 4	40 à 100
≥ 70 %	> 230	> 4	> 100

PSV=Peak Systolic velocity; SVR: Systolic Velocity Ratio; End Diastolic Velocity

Prise en charge de la maladie carotidienne athéromateuse

Symptômes récents (<6mois) d'AVC ou AIT

Non

Oui

Imagerie par ED ou TDMI ou IRMI

Imagerie par ED ou TDMI ou IRMI

Sténose carotidienn
e <60%

Sténose carotidienn
e 60-99%

Occlusion
ou sub-
occlusion

Sténose carotidienn
e <50%

Sténose carotidienn
e 50-69%

Sténose carotidienn
e 70-99%

Espérance de
vie >5ans?
Anatomie
favorable

Non

Oui

TM

Revascularisation
devrait être
envisagée + TM

TM

TM

Revascularisation
devrait être
envisagée
+ TM

Revascularisation
est recommandée
+ TM

ED: écho-Doppler; TDMI: Tomodensitométrie injectée; IRMI: imagerie par résonance magnétique injectée; TM: traitement médical



« Meilleur traitement médical » au long cours

- Mode de vie
- Traitement anti-hypertenseur
- Statines
- Anti-plaquettaire

Sténose	ESC 2011	Chest 2012
Asymptomatique	Anti-plaquettaire (Aspirine faible dose) (1B)	-Aspirine (75 à 100mg/j) (2B)
Symptomatique	Anti-plaquettaire (Aspirine faible dose)(1A)	- Clopidogrel (75mg/j) - Aspirine + dipyridamole (25/200mg/2*j) - Aspirine (75 ou 100mg/j) (1A)
		- Clopidogrel (75mg/j) -Aspirine + dipyridamole (25/200mg/2*j) (2B)

Quand et quelle revascularisation ?

- Sténose carotidienne symptomatique > 50% :
 - dès que possible (ESC (Grade I b), ACC/AHA (grade I b))
- Endartériectomie ou Stenting?

Recommandations	Grade	Niveau
Lors des sténoses carotidiennes internes symptomatiques 70-99%, l'endartériectomie est recommandée pour prévenir un nouvel AVC.	I	A
Chez les patients symptomatiques à haut risque chirurgical nécessitant une revascularisation, le stenting devrait être considéré comme alternative.	IIa	B
Lors des sténoses carotidiennes symptomatiques nécessitant une revascularisation, le stenting peut être considéré comme une alternative à l'endartériectomie dans les centres importants et avec un taux de mortalité et d'AVC <6%.	IIb	B



Quels suivis (1) ?

- Asymptomatique :

Indications	Surveillance durant la première année			Surveillance après la première année		
	De 3 à 5 mois	De 6 à 8 mois	De 9 à 12 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 24 mois ou plus
Plaque sans sténose (plaque, vitesse de la CI normale)	Inapproprié (1)	Inapproprié (1)	Inapproprié (1)	Inapproprié (1)	Inapproprié (3)	Inapproprié (1)
Sténose faible de la CI <50%	Inapproprié (1)	Inapproprié (1)	Inapproprié (1)	Inapproprié (2)	Incertain (5)	Incertain (6)
Sténose modérée de la CI (50% à 69%)	Inapproprié (2)	Incertain (6)	Incertain (6)	Inapproprié (3)	Approprié (7)	Incertain (6)
Sténose sévère de la CI (>70%)	Incertain (5)	Approprié (7)	Incertain (6)	Approprié (7)	Approprié (7)	Incertain (6)

Mohler ER 3rd et al., *J Am Coll Cardiol*, 2012

Score: 1 à 3: Inapproprié; 4 à 6: Incertain; 7 à 9 : Approprié

Quels suivis (2) ?

- Surveillance après une revascularisation de la carotide interne :
 - imagerie non invasive est raisonnable pour les patients ayant eu une endartériectomie ou un stenting à 1 mois, 6 mois puis annuellement (ACC/AHA, 2011).
 - Après une revascularisation de la CI : examen de contrôle à 1 mois est approprié (8)

Indications	Surveillance durant la première année			Surveillance après la première année		
	De 3 à 5 mois	De 6 à 8 mois	De 9 à 12 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 24 mois ou plus
Après un examen de contrôle normal dans le mois	Inapproprié (2)	Approprié (7)	Approprié (7)	Inapproprié (2)	Approprié (7)	Incertain (5)
Après un examen de contrôle anormal dans le mois	Incertain (4)	Approprié (7)	Incertain (5)	Incertain (4)	Approprié (7)	Incertain (5)

Mohler ER 3rd et al., *J Am Coll Cardiol*, 2012

Score: 1 à 3: Inapproprié; 4 à 6: Incertain; 7 à 9 : Approprié



Merci.

