



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage

Recommandations AHA/ASA 2014 - AIT/AVC

JN POGGI

Pour le Comité Recommandations



Learn and Live

cet intervenant :

- ✓ a déclaré ses liens d'intérêt.
- ✓ Estime qu'ils ne peuvent pas influencer sur cette présentation



Tous les orateurs et experts ont reçu une déclaration de liens d'intérêt.
Elles sont consultables sur le site <http://portailvasculaire.fr/espace-sfmv/sfmv/declarations-publiques-dinteret>





13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Stroke

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



American Heart Association | American Stroke Association®

Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Walter N. Kernan, Bruce Ovbiagele, Henry R. Black, Dawn M. Bravata, Marc I. Chimowitz, Michael D. Ezekowitz, Margaret C. Fang, Marc Fisher, Karen L. Furie, Donald V. Heck, S. Claiborne (Clay) Johnston, Scott E. Kasner, Steven J. Kittner, Pamela H. Mitchell, Michael W. Rich, DeJuran Richardson, Lee H. Schwamm and John A. Wilson

Stroke. published online May 1, 2014;

Stroke is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231

Copyright © 2014 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

Print ISSN: 0039-2499. Online ISSN: 1524-4628

SIZE OF TREATMENT EFFECT



ESTIMATE OF CERTAINTY (PRECISION) OF TREATMENT EFFECT

	CLASS I <i>Benefit >>> Risk</i> Procedure/Treatment SHOULD be performed/administered	CLASS IIa <i>Benefit >> Risk</i> <i>Additional studies with focused objectives needed</i> IT IS REASONABLE to perform procedure/administer treatment	CLASS IIb <i>Benefit ≥ Risk</i> <i>Additional studies with broad objectives needed; additional registry data would be helpful</i> Procedure/Treatment MAY BE CONSIDERED	CLASS III <i>No Benefit</i> or CLASS III <i>Harm</i> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="border: none;">Procedure/ Test</th> <th style="border: none;">Treatment</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: none;">COR III: No benefit</td> <td style="border: none;">Not Helpful</td> <td style="border: none;">No Proven Benefit</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">COR III: Harm</td> <td style="border: none;">Excess Cost w/o Benefit or Harmful</td> <td style="border: none;">Harmful to Patients</td> </tr> </tbody> </table>		Procedure/ Test	Treatment	COR III: No benefit	Not Helpful	No Proven Benefit	COR III: Harm	Excess Cost w/o Benefit or Harmful	Harmful to Patients
	Procedure/ Test	Treatment											
COR III: No benefit	Not Helpful	No Proven Benefit											
COR III: Harm	Excess Cost w/o Benefit or Harmful	Harmful to Patients											
LEVEL A Multiple populations evaluated* Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 									
LEVEL B Limited populations evaluated* Data derived from a single randomized trial or nonrandomized studies	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 									
LEVEL C Very limited populations evaluated* Only consensus opinion of experts, case studies, or standard of care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 									



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Prise en charge des FdR



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Clarification



TRT antihypertenseur :

pour les patients symptomatiques (AIT/IC) qui gardent une PA $\geq 140/90$ mm Hg (Classe I, Niveau B).

En cas de PA $< 140/90$ mm Hg, bénéfice du TRT incertain (classe IIb, niveau C).

Objectif thérapeutique :

PA $< 140/90$ mm Hg (Classe IIa, Niveau B).

Si Infarct lacunaire, PAS < 130 mm Hg (Classe IIb, Niveau B).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Adaptation aux Guidelines ACC/AHA 2013 (dyslipidémies)

Statine (forte dose)

pour réduire le risque d'IC et d'évènements C-V chez les patients symptomatiques présumés d'origine athéroscléreuse.

LDL-c \geq 1.0 g/l (Classe I, Niveau B)

LDL-c < 1.0 g/l et pas de coronaropathie (Classe I, Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Précision

Les professionnels de santé devraient conseiller l'arrêt du tabac (Classe I, Niveau C).

Les conseils, produits nicotiques et médicaments de l'arrêt sont efficaces (Classe I, Niveau C).

Il est raisonnable de conseiller aux patients d'éviter le tabagisme passif (Classe IIa, Niveau B).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelle recommandation

Une anomalie du métabolisme glucidique doit être recherchée rapidement après la survenue d'un AVC/AIT, en général par dosage de l'HbA1c (Classe IIa, Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelle recommandation

Les buveurs excessifs doivent arrêter ou réduire leur consommation d'alcool (Classe I, Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

Le BMI devrait être évalué après AIT/IC
(Classe I, Niveau C),

bien que le bénéfice de la réduction pondérale
en cas d'AIT/IC ne soit pas certain (Classe IIb,
Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



© CHU Rennes

Nouvelle recommandation

Un programme adapté est probablement recommandé (Classe IIa, Niveau C).

Pour les patients en capacité d'initier une activité physique.



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

En cas de dénutrition, un conseil diététique individualisé devrait être envisagé (Classe I, Niveau B).

Il est raisonnable d'envisager une évaluation nutritionnelle pour dépister les signes de dénutrition ou de surcharge calorique (Classe IIa, Niveau C).

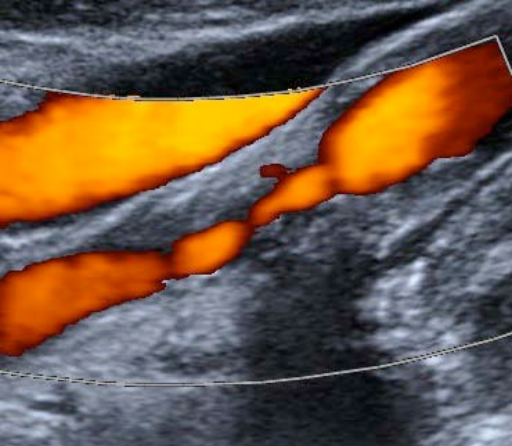
Réduction des apports sodés $< 2,4$ g/J voire $< 1,5$ g/J (Classe IIa, Niveau C).

Pas de supplémentation vitaminique (Classe III, Niveau A).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Recommandations 2011

Traitement médical optimal : AAP, statine et correction des FdR.

St symptomatiques ≥ 70 % : chirurgie.

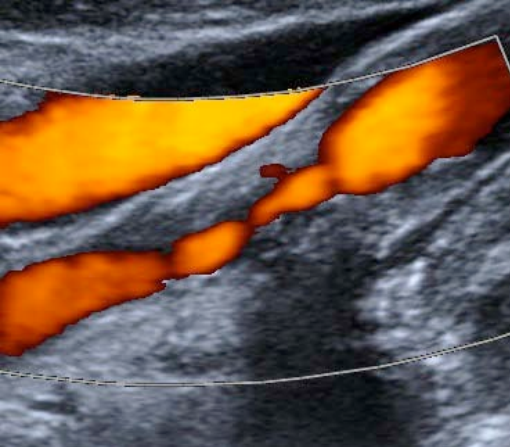
St symptomatiques entre 50 et 69 % : chirurgie fonction âge, sexe et commorbidités, délais < 15 J.

St symptomatiques < 50 % : pas de chirurgie.



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

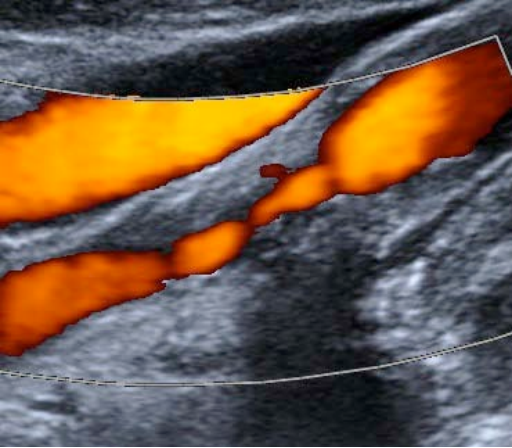
L'ATP, alternative à la chirurgie :
sténose > 70 % symptomatiques, à moyen ou faible
risque de complications au TRT endovasculaire, TCMM <
6 % (Classe IIa, Niveau B).

Prendre en considération l'âge du patient :
au-delà de 70 ans, la chirurgie donne les meilleurs
résultats. Pour les patients plus jeunes, les 2 techniques
ont des risques équivalents à court et long terme (Classe
IIa, Niveau B).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

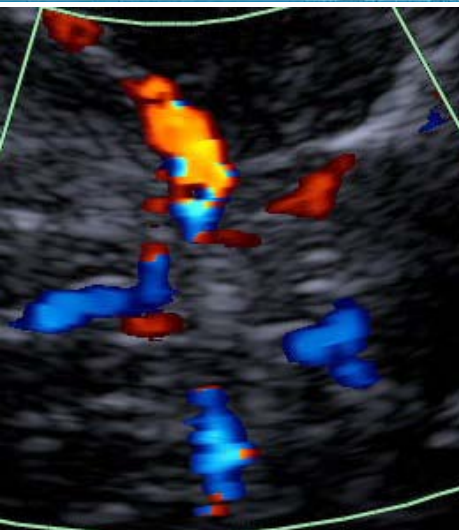
Pour la chirurgie et l'ATP (patients symptomatiques) :
TCMM < 6 % (Classe I, Niveau B).

Surveillance de routine au long cours après revascularisation par écho-doppler cervical pas recommandée (Classe III, Niveau B).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Recommandations révisées

Pour les SIC symptomatiques $\geq 50\%$:

- l'aspirine 325 mg / j est recommandé à la place des AVK (classe I, niveau B).
- le maintien d'une PAS < 140 mm Hg et une statines forte dose sont recommandés (classe I, niveau B)

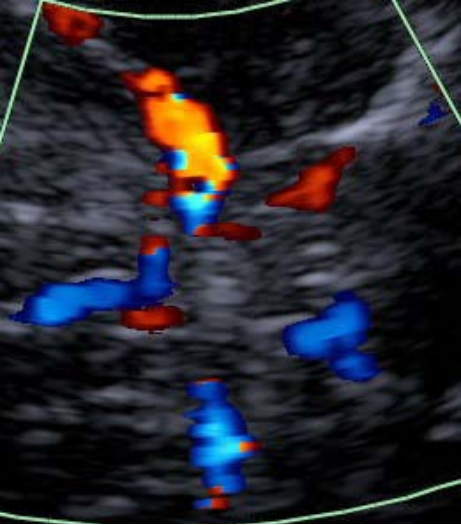


13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations



En cas de SIC symptomatique $> 50\%$, un geste endovasculaire avec ou sans stent n'est pas recommandé, faible risque de récurrence sous traitement médical et risque interventionnel élevé (Classe III, Niveau B).

En cas de SIC $> 70\%$ avec symptômes récurrents ou progressifs sous double anti-agrégation (Plavix-Aspirine), correction tensionnelle (PAS < 140 mm Hg) et statine forte dose, le bénéfice d'une angioplastie avec ou sans stent n'est pas établi et reste du domaine de la recherche (Classe IIb, Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

AVK, Apixaban (Classe I, Niveau A) et Dabigatran (Classe I, Niveau B) recommandés en cas de FANV symptomatique.

Rivaroxaban raisonnable (Classe IIa, Niveau B).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Recommandations 2011

Etiologie non cardio-embolique : AAP recommandés plutôt qu'AVK.

Combinaison aspirine clopidogrel au long cours non recommandée, augmente le risque hémorragique.

Récidive sous aspirine : pas de preuve que l'augmentation de la dose d'aspirine, ou le switch vers un autre AAP, apporte un bénéfice supplémentaire.





13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations

L'association aspirine-Plavix doit être considérée dans les 24 h suivant les symptômes en cas d'AIT ou d'IC mineur, pour une durée de 90 jours (Classe IIb, Niveau B).

En cas d'antécédents d'AIT/AVC, de FA, et de coronaropathie, l'utilité d'une association AAP-AVK est incertaine (classe IIb, Niveau C). Seuls l'angor instable et le stenting coronaire peuvent justifier une association double-AAP / AVK.

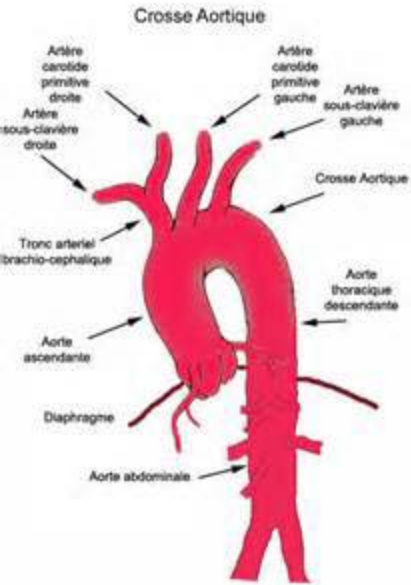


13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage



Nouvelles recommandations



En cas d'athérome de la crosse aortique :
Un antiplaquettaire est recommandé (classe I, Niveau A).

Une statine est recommandée (classe I, Niveau B).

Le bénéfice de la warfarine, par rapport aux AAP, est inconnu (classe IIb, Niveau C).

La chirurgie de la crosse aortique n'est pas recommandée (Classe III, Niveau C).



13ÈME CONGRÈS SFMV

01 - 04 octobre Prévention & Dépistage

Take Home Message

TMO : AAP, Statine forte dose, correction des FdR (HTA).

SSC : ATP alternative à la chirurgie (sujet jeune).

SSC : TCMM < 6 %.

FA : AVK = apixaban ou dabigatran, (rivaroxaban).

Crosse Aortique : TMO.