RÉVISION DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES DANS L'ÉVALUATION DE L'ICT EN EXTERNE

Dre Stéphanie Gosselin-Lefebvre, MD, FRCP(C)
Neurologue
Hôpital de l'Enfant-Jésus — CHU de Québec
2019-11-21

CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Aucun

OBJECTIFS

1. Déterminer l'urgence de l'évaluation du patient présentant un ICT en fonction du risque de récurrence à court terme.

2. Initier l'investigation appropriée d'un patient présentant un ICT.

3. Assurer l'orientation du patient dans un délais approprié en fonction du risque à court terme.

M. B.P

- 65 ans, retraité, autonome AVD/AVQ
- HTA, DLPD
- Sous ASA, crestor
- <24h épisode de faiblesse du membre supérieur droit (pas antigravité) x 10 minutes autorésolutif

Prise en charge ?

MME L.B.

- 71 ans
- MCAS, DB, AVC en 2013
- ASA, metrormin, Lipitor
- 3 épisodes, < 48h, d'hémihypoesthésie droite de 10-15 minutes .

Prise en charge ?

M. G.L

- 68 ans
- HTA, MCAS,
- Il y a 12 jours — Épisode d'aphasie productive x 20 minutes autorésolutive.

Prise en charge ?

ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE (ICT)

- **ICT**
  - Épisode de dysfonction neurologique brève causée par de l'ischémie cérébrale ou rétinienne sans évidence d'infarctus aigu.
- **AVC**
  - Présence d'un lésion ischémique à l'IRM, même si les symptômes son résolus

ICT/AVC

- **62 000** personnes/ an se presentment à l'urgence pour AVC ou ICT au Canada
- **3e** cause de décès au pays
- Principales cause d'incapacité — **405 000** Canadiens/annnée avec séquelles d'AVC.
- **3,6 milliards $** en par an en coûts de santé et perte de revenue.

(Wein T et al., 2018)

ICT

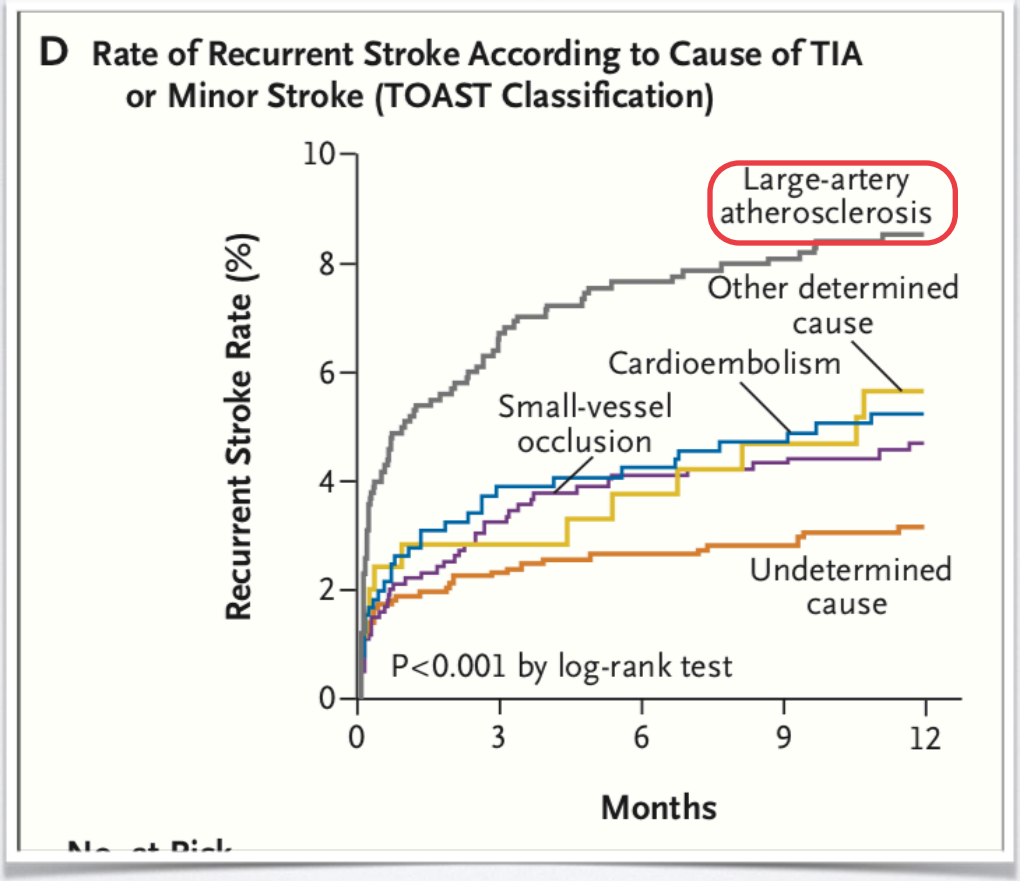
- Jusqu'à **15%** des AVC précédés d'un ICT
- Risque d'AVC à 3 mois — **10-20%**
- Risque de récurrence plus élevé dans les mois suivant l'évennement et maximal < **1 semaine**

(Giles M et al., 2007)

(Johnston et al., 2003) (Caren M. Et al., 2007) (Amarenco et al., 2018)(Wein T et al., 2018)

ICT ET RÉCURRENCE

- Taux de récurrence d'AVC à 365 jours = **5%**



(Amarenco et al., 2018)

N ENGL J MED 374;16 NEJM.ORG APRIL 21, 2016

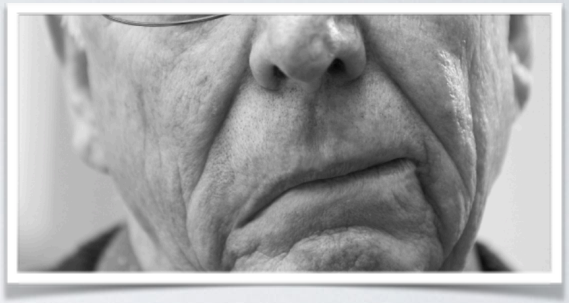
PLAN

- Accès à la prise en charge
- Traitement en externe
- Prise en charge des habitudes de vie et facteurs de risque de l'ICT/ AVC en externe

PRISE EN CHARGE DE L'ICT/ AVC MINEUR

- Accès à des services specialisés en prévention de l'AVC en temps opportun!!
  - Clinique spécialisée, hospitalier,…
    - Services de dépistage, diagnostic, thérapeutique, enseignements, …

STRATIFICATION INITIALE



- ~~**Score ABCD2**~~
  - Études ont démontrés une SE et SP insuffisante à prédire le risque de recurrence d'AVC — ***SE 50% à 7j et 90j***
- **TDM/Angio TDM**
  - Présence d'une sténose ou occlusion symptomatique intra ou extracranienne fort prédicteur de récurrrence à court terme (<48h)

(Coutts et al., 2012)
(Perry J et al., 2011)
(Sanders L et al., 2012)

RECOMMANDATIONS CANADIENNES

1.1.1 Risque TRÈS ÉLEVÉ d'AVC récidivant (apparition des symptômes dans les 48 dernières heures)

i. Les patients qui se sont présentés **dans les 48 heures** qui ont suivi les premiers signes d'une ischémie cérébrale transitoire ou d'un AVC ischémique non invalidant avec les symptômes suivants sont **considérés comme étant à risque très élevé** d'un premier AVC ou d'un AVC récidivant :

   a. faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) [niveau de preuve B] ;

   b. trouble de la parole/aphasie transitoire, fluctuant(e) ou persistant(e) [niveau de preuve B] ;

   c. symptômes fluctuants ou persistants *sans faiblesse motrice ou trouble de la parole* (p. ex. symptômes sensoriels sur la moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, +/ – d'autres symptômes suggérant un AVC de la circulation postérieure comme la diplopie binoculaire, la dysarthrie [niveau de preuve B].

ii. Les patients identifiés comme personnes à risque très élevé doivent être ***immédiatement*** envoyés à un service des urgences ayant la capacité de fournir des soins avancés pour le traitement de l'AVC (comme l'imagerie cérébrale sur place et idéalement un accès aux traitements de l'AVC aigu) [niveau de preuve C] *Consultez la partie 1.2 pour plus d'informations sur les examens.*

iii. L'imagerie cérébrale urgente (TDM ou IRM) et l'imagerie vasculaire non invasive (angiographie tomographique ou ARM de la crosse de l'aorte jusqu'au vertex) doivent être réalisées aussi vite que possible **dans les 24 heures** [niveau de preuve B]. *Consultez la partie 1.2 pour plus d'informations sur les examens*.

iv. Il faut également procéder sans attendre à un ECG [niveau de preuve B].

(Wein T et al., 2018)

1.1.2 Risque ÉLEVÉ d'AVC récidivant (apparition des symptômes entre 48 heures et 2 semaines plus tôt)

i. Les patients qui, entre 48 heures et 2 semaines après avoir subi un accident ischémique transitoire ou un AVC ischémique non invalidant présumés, présentent des symptômes de faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras et/ou jambe), ou des troubles d'élocution/une aphasie, sont considérés comme étant à risque élevé d'un premier AVC ou d'un AVC récidivant [niveau de preuve B].

ii. Ces patients doivent subir le plus tôt possible [niveau de preuve B], et **idéalement dans les 24 heures** suivant leur premier contact avec le système de soins de santé [niveau de preuve C], une évaluation clinique de grande portée et des examens par un professionnel de la santé qui possède une expertise en AVC. *Consultez la partie 1.2 pour plus d'informations sur les examens.*

(Wein T et al., 2018)

1.1.3 Risque MODÉRÉ (ACCRU) d'AVC récidivant (apparition des symptômes entre 48 heures et 2 semaines plus tôt)

i. Les patients qui, **entre 48 heures et 2 semaines** après avoir subi un accident ischémique transitoire ou un AVC ischémique non invalidant présumés, présentent des symptômes transitoires, fluctuants ou persistants, *sans faiblesse motrice unilatérale ou troubles d'élocution (p. ex.* des symptômes de perte sensorielle sur une moitié du corps, une perte de l'acuité visuelle monoculaire, une diplopie binoculaire, une perte partielle de la vue, ou une ataxie) sont considérés comme à risque accru d'un AVC récidivant [niveau de preuve C].

ii. Ces patients doivent subir le plus tôt possible, et idéalement dans les 2 semaines suivant leur premier contact avec le système de soins de santé, une évaluation clinique de grande portée et des examens par un professionnel de la santé qui possède une expertise en AVC [niveau de preuve C]. *Consultez la partie 1.2 pour plus d'informations sur les examens.*

(Wein T et al., 2018)

1.1.4 Risque PLUS FAIBLE d'AVC récidivant (délai depuis l'apparition des symptômes supérieur à 2 semaines)

i. Les patients **vus plus de deux semaines** après avoir subi un accident ischémique transitoire ou un AVC ischémique non invalidant présumés, peuvent être considérés comme des cas moins urgents, et doivent être vus par un neurologue ou un spécialiste de l'AVC, idéalement dans le mois qui suit l'apparition des symptômes [niveau de preuve C]. *Consultez la partie 1.2 pour plus d'informations sur les examens.*

(Wein T et al., 2018)

Risque d'AVC récidivant	Délai entre l'apparition des symptômes d'AVC et l'arrivée au centre de soins de santé	Symptômes visibles	Quand les patients doivent être vus par des professionnels de la santé	Où les patients doivent être vus	Tests à faire lors de l'examen initial
Très HAUT RISQUE	Dans les 48 heures	- Faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) ; - Trouble de la parole/aphasie transitoire, fluctuant(e) ou persistant(e) ; - Symptômes fluctuants ou persistants **sans faiblesse motrice ou trouble de la parole** (p. ex. symptômes sensoriels sur une moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, perte de la vision hémichamp, +/ – d'autres symptômes suggérant un AVC de la circulation postérieure comme la diplopie, la dysarthrie et/ou l'ataxie).	Immédiatement	Service d'urgence [idéalement urgences avec imagerie cérébrale sur place et accès à l'altéplase (tPA)]	TDM/angiographie CT ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, analyses en laboratoire.

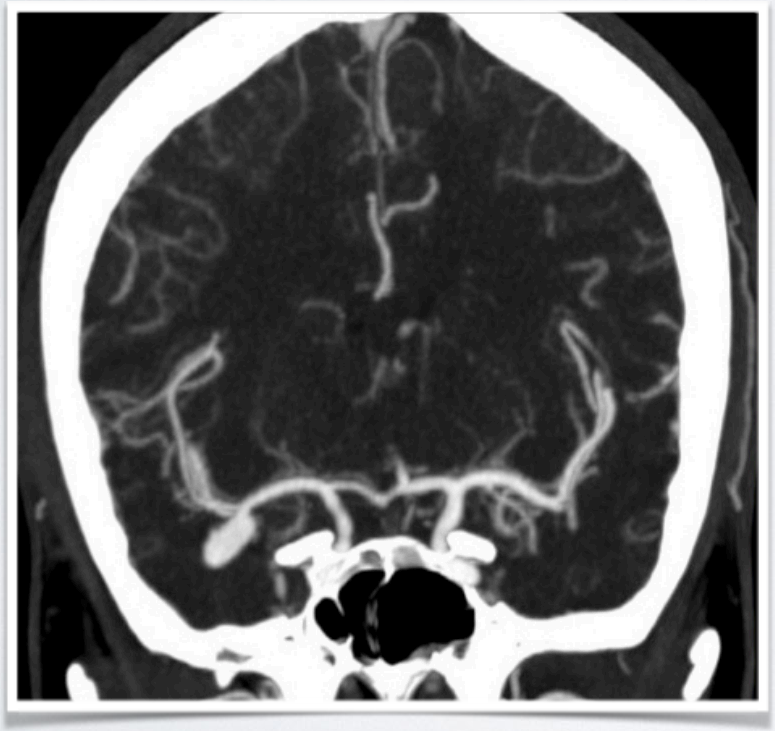
(Wein T et al., 2018)

RISQUE ÉLEVÉ	Entre 48 heures et 2 semaines	- Faiblesse unilatérale transitoire, fluctuante ou persistante (visage, bras ou jambe) ou troubles de l'élocution/aphasie.	Dès que possible, idéalement dans les 24 heures qui suivent.	Clinique de prévention de l'AVC avec, sur place, un neurologue ou un spécialiste en AVC et une infirmière praticienne.	TDM/angioTDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, examens de laboratoire (Tableau 3)
RISQUE MODÉRÉ (ACCRU)	Entre 48 heures et 2 semaines	- Symptômes fluctuants ou persistants ***sans faiblesse motrice*** ni troubles de la parole (p. ex. symptômes sensoriels sur la moitié du corps, perte du champ visuel monoculaire, diplopie binoculaire, perte de la vision hémichamp ou ataxie).	Dès que possible, idéalement dans les 2 semaines qui suivent.	Clinique de prévention de l'AVC avec, sur place, un neurologue ou un spécialiste en AVC et une infirmière praticienne.	TDM/angioTDM ou IRM/ARM (crosse aortique au vertex), ECG, examens de laboratoire (Tableau 1)
RISQUE FAIBLE	Plus de 2 semaines	- Tout symptôme typique ou atypique d'AVC ou d'AIT.	Idéalement dans le mois	Unité de soins ambulatoires ayant accès à un neurologue ou à un spécialiste de l'AVC et à une infirmière praticienne.	En fonction de l'évaluation de l'équipe de soins de santé.

(Wein T et al., 2018)

INVESTIGATIONS

- Bilans à initier en externe pour les cas moins urgents.



1.2 Examens de diagnostic

1.2.1 Examen initial :

i. Les patients se présentant avec un accident ischémique transitoire aigu ou récent ou un AVC ischémique non invalidant présumé devraient se soumettre à un examen initial comprenant l'imagerie du cerveau, l'imagerie vasculaire non invasive (y compris l'imagerie de la carotide), un ECG à 12 dérivations et des examens de laboratoire.

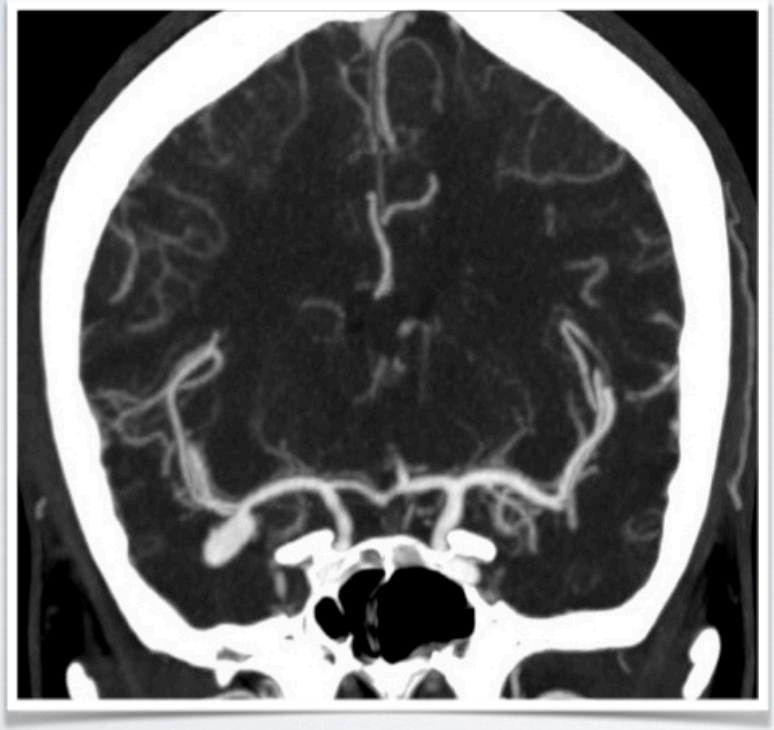
a. L'imagerie cérébrale (TDM ou IRM) et l'imagerie vasculaire non invasive (angiographie tomographique ou ARM de la crosse de l'aorte jusqu'au vertex) doivent être réalisées dans les délais mentionnés plus haut [niveau de preuve B]. *Voir le tableau 3.*

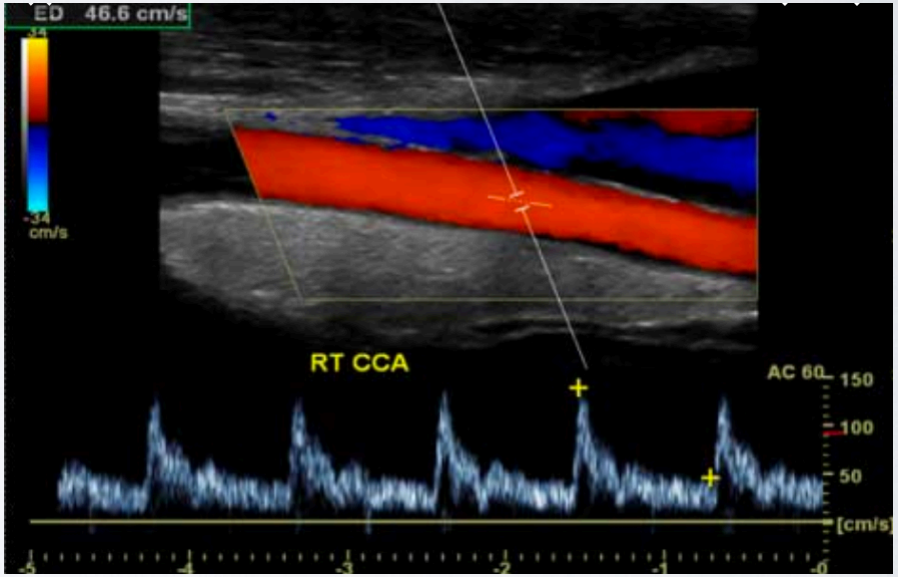
b. L'angiographie par rayons X, comprenant le système vasculaire extracânien et intracrânien de la crosse de l'aorte jusqu'au vertex, qui peut être réalisée lors de la TDM initiale du cerveau, est recommandée, car elle est idéale pour examiner la circulation extracânienne et intracrânienne [niveau de preuve B].

c. L'imagerie vasculaire est recommandée pour déterminer la présence d'une sténose significative symptomatique de l'artère carotide extracrânienne, pour laquelle les patients devraient être aiguillés en vue d'une revascularisation carotidienne [niveau de preuve A].

d. L'échographie carotidienne (pour l'imagerie vasculaire extracrânienne) ou l'angiographie par résonance magnétique sont des solutions acceptables de remplacement de l'angioTDM, et le choix doit être basé sur la disponibilité immédiate et les caractéristiques du patient [niveau de preuve C].

(Wein T et al., 2018)




ED 46.6 cm/s
cm/s
RT CCA
AC 60
150
100
50
[cm/s]

ii. Les épreuves de laboratoire suivantes doivent être envisagées de façon systématique dans le cadre de l'évaluation initiale des patients chez qui l'on présume un AIT ou un AVC ischémique non invalidant :

a. **Hémogramme initial** : Formule sanguine complète, électrolytes, coagulation (APTT, RIN), fonction rénale (créatinine, débit de filtration glomérulaire estimé), glycémie aléatoire ou HbA1c et troponine [niveau de preuve C]. *Voir le tableau 4 pour la liste complète d'épreuves de laboratoire recommandées.*

b. Des tests **ultérieurs** effectués en laboratoire peuvent être envisagés lors de la rencontre avec le patient ou en consultation externe, notamment un profil lipidique (à jeun et non à jeun) et un dépistage du diabète en mesurant la glycémie à jeun ou au bout de 2 heures, ou le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c), ou l'hyperglycémie provoquée par voie orale [niveau de preuve C]. *Consultez les lignes directrices de Diabètes Canada pour de plus amples informations. <hyperlien>*

iii. Les patients avec accident ischémique transitoire ou AVC ischémique présumés devraient subir un ECG à 12 dérivations visant à évaluer le rythme cardiaque et dépister une éventuelle fibrillation auriculaire ou flutter, ou des signes d'une cardiopathie structurelle (p. ex., infarctus du myocarde antérieur, hypertrophie du ventricule gauche) [niveau de preuve B].

iv. Pour les patients examinés pour un AVC ischémique aigu associé à une embolie ou un AIT, la surveillance ECG pendant plus de 24 heures est recommandée en tant qu'élément de la prise en charge initiale de l'AVC, en vue de déceler une fibrillation auriculaire paroxystique chez les patients qui sont des candidats potentiels au traitement anticoagulant [niveau de preuve A].

(Wein T et al., 2018)

LABORATOIRES INITIAUX

Épreuves de laboratoire recommandées au moment de l'évaluation initiale pour les patients avec AVC ou AIT			
Formule sanguine complète	Rapport international normalisé (RIN)	Temps de thromboplastine partielle (PTT)	Glycémie aléatoire ou taux d'HbA1c
Électrolytes	Creatinine/eGFR	ALT	Troponine
Analyses de sang subséquentes : à réaliser dès que possible après les analyses sanguines initiales, une fois que le patient a jeûné pendant une période de temps adéquate.		En mesurant la glycémie à jeun ou au bout de 2 heures, ou le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c), ou l'hyperglycémie provoquée par voie orale	Profil lipidique (jeûne facultatif et décision basée sur les facteurs du patient)

(Wein T et al., 2018)

TRAITEMENTS À INITIER

Prévention secondaire de l'AVC | **6. Traitement antiplaquettaire des cas d'AVC ischémique et d'AIT**

Mise à jour 2016

Remarque : Ces recommandations s'appliquent en cas d'AVC ischémique et d'ischémie cérébrale transitoire.

6.1 Un traitement antiplaquettaire devrait être prescrit pour tous les patients avec AVC ischémique ou AIT en prévention secondaire, à moins qu'une anticoagulation soit indiquée [niveau de preuve A].

i. L'acide acétylsalicylique (AAS) (80 à 325 mg), l'association AAS (25 mg) et dipyridamole à libération prolongée (200 mg), et le clopidogrel (75 mg) sont tous des choix appropriés et leur sélection devrait dépendre du contexte clinique [niveau de preuve A].

a. Les études sur l'utilisation concomitante à court terme d'acide acétylsalicylique et de clopidogrel (jusqu'à 21 jours) n'ont pas démontré une augmentation du risque hémorragique, et cette combinaison pourrait constituer une protection à la suite d'un AVC ou d'une ischémie cérébrale transitoire mineurs [niveau de preuve B] ;

b. L'utilisation à long terme de l'acide acétylsalicylique et du clopidogrel n'est pas recommandée pour la prévention secondaire de l'AVC, à moins qu'il y ait une autre indication (p. ex., endoprothèse à élution médicamenteuse exigeant un double traitement antiplaquettaire), à cause d'un risque accru d'hémorragie et de mortalité [niveau de preuve A]. *Cette combinaison d'efficacité fait actuellement l'objet d'une étude dans le cadre de l'essai POINT (www.clinicaltrials.gov ; identifiant NCT00991029).*

(Wein T et al., 2018)

Clopidogrel with Aspirin in Acute Minor Stroke or Transient Ischemic Attack

Yongjun Wang, M.D., Yilong Wang, M.D., Ph.D., Xingquan Zhao, M.D., Ph.D., Liping Liu, M.D., Ph.D., David Wang, D.O., F.A.H.A., F.A.A.N., Chunxue Wang, M.D., Ph.D., Chen Wang, M.D., Hao Li, Ph.D., Xia Meng, M.D., Ph.D., Liying Cui, M.D., Ph.D., Jianping Jia, M.D., Ph.D., Qiang Dong, M.D., Ph.D., Anding Xu, M.D., Ph.D., Jinsheng Zeng, M.D., Ph.D., Yansheng Li, M.D., Ph.D., Zhimin Wang, M.D., Haiqin Xia, M.D., and S. Claiborne Johnston, M.D., Ph.D., for the CHANCE Investigators*

N ENGL J MED 369;1 NEJM.ORG JULY 4, 2013

RRA 3.5%
Réduction du risque d'AVC par 32%
Pas d'augmentation du risque hémorragique

Clopidogrel and Aspirin in Acute Ischemic Stroke and High-Risk TIA

S. Claiborne Johnston, M.D., Ph.D., J. Donald Easton, M.D., Mary Farrant, M.B.A., William Barsan, M.D., Robin A. Conwit, M.D., Jordan J. Elm, Ph.D., Anthony S. Kim, M.D., Anne S. Lindblad, Ph.D., and Yuko Y. Palesch, Ph.D., for the Clinical Research Collaboration, Neurological Emergencies Treatment Trials Network, and the POINT Investigators*

N ENGL J MED 379;3 NEJM.ORG JULY 19, 2018

RRA 1.7%
Réduction du risque d'AVC par 28%
Augmentation du risque hémorragique à 3 mois

PRISE EN CHARGE À MOYEN, LONG TERME

MODE DE VIE ET FACTEURS DE RISQUE

2.0 Évaluation des facteurs de risque :

i. Les personnes à risque d'AVC et les patients ayant eu un AVC devraient être évalués afin d'identifier les facteurs de risque vasculaire, cerner les enjeux entourant leur mode de vie (alimentation, apport sodé, exercice, poids, consommation d'alcool, tabagisme, utilisation de contraceptifs ou traitement hormonal substitutif) [niveau de preuve B].

ii. Les personnes à risque d'AVC devraient recevoir des renseignements et des conseils personnalisés sur les stratégies qu'elles pourraient adopter pour changer leur mode de vie et maîtriser leurs facteurs de risque [niveau de preuve B].

iii. Les patients devraient être orientés vers les spécialistes appropriés, le cas échéant [niveau de preuve B].

   a. Les spécialistes peuvent fournir des évaluations plus complètes et des programmes structurés pour prendre en charge les facteurs de risque spécifiques [niveau de preuve B].

(Wein T et al., 2018)

2.1 Alimentation saine et équilibrée

i. Conseiller et encourager les personnes victimes d'AVC ou d'AIT à avoir une alimentation saine et équilibrée incluant :

a. un grand nombre d'aliments naturels/complets à chaque repas [niveau de preuve B].

b. moins d'aliments transformés, y compris les friandises, boissons sucrées, viandes transformées et collations [niveau de preuve B].

c. un régime alimentaire riche en légumes et en fruits ; encourager les patients à choisir des fruits frais ou surgelés non sucrés, ou des fruits en conserve dans de l'eau sans sucres ajoutés/libres ni édulcorants artificiels/non caloriques, des légumes frais ou surgelés sans sauce, ou des légumes en conserve sans sel ajouté [niveau de preuve B].

d. du lait écrémé et des alternatives, et des fibres alimentaires solubles [niveau de preuve B].

e. des viandes maigres, des céréales complètes et des protéines végétales pauvres en acides gras trans et saturés, pauvres en cholestérol (< 200 mg par jour pour les patients plus exposés au risque de maladies cardiovasculaires) et pauvres en sodium [niveau de preuve B].

ii. Fournir aux personnes avec AIT ou AVC des conseils et une éducation relatifs à l'adoption d'un régime méditerranéen riche en légumes, fruits, céréales complètes, poisson, noix et huile d'olive, et pauvre en viande rouge [niveau de preuve B].

iii. Fournir aux personnes avec AIT ou AVC des conseils et une éducation relatifs à l'adoption d'un régime alimentaire où la quantité quotidienne de sucres libres absorbée ne dépasse pas 10 % de l'apport calorique total quotidien (énergie) [niveau de preuve B].

2.2 Apport en sodium

i. Fournir aux personnes avec AVC ou AIT des conseils et une éducation relatifs à un apport quotidien en sodium de toutes les sources de maximum 2 000 mg [niveau de preuve A]. *Pour en savoir plus, veuillez vous référer au programme d'alimentation – santé 2016 de l'Université de Cornell.*

(Wein T et al., 2018)

2.3 Exercice

i. Fournir aux personnes avec AVC ou AIT des conseils et une éducation relatifs à une diminution des comportements sédentaires et à une augmentation des activités physiques, tant que l'évolution de leur rétablissement le permet [niveau de preuve B].

ii. Encourager les personnes avec AVC ou AIT à participer à des exercices dynamiques d'intensité modérée (comme la marche rapide, le jogging, la natation, le vélo) 4 à 7 jours par semaine, pour accumuler au moins 150 minutes d'épisodes de 10 minutes ou plus, en plus des activités de routine de la vie quotidienne *(pour des informations supplémentaires, consultez les Directives canadiennes 2011 en matière d'activité physique de la SCPE et le programme d'alimentation-santé 2015 de l'Université de Cornell.)* [niveau de preuve B].[4]

iii. La plupart des gens victimes d'AVC ou d'AIT devraient être encouragés à commencer un programme d'exercice régulier [niveau de preuve C].

a. À l'amorce d'un programme d'exercices, les patients à haut risque de chutes ou de blessures et les patients qui présentent des comorbidités (p. ex., les patients cardiaques), qui peuvent les mettre davantage à risque de complications, devraient participer à des programmes d'exercices sous surveillance médicale (comme celle fournie par un physiothérapeute) [niveau de preuve C].

2.4 Poids

i. Fournir aux personnes avec AVC ou AIT des conseils et une éducation relatifs au maintien d'un indice de masse corporelle (IMC) de 18,5 à 24,9 kg/m^2 ; ou un tour de taille inférieur à 88 cm chez la femme et inférieur à 102 cm chez l'homme [niveau de preuve B]. *(Remarque : ces cibles viennent de recherches actuelles portant principalement sur des patients de race blanche. Veuillez consulter les références pour connaître les valeurs de référence pour d'autres groupes ethniques).*

ii. Offrir aux personnes victimes d'AVC ou d'AIT et aux personnes en surpoids des conseils et une éducation qui permettent de fixer des objectifs de perte de poids et de mettre au point des programmes individualisés [niveau de preuve B].

a. L'orientation vers un diététicien doit être prise en considération [niveau de preuve B].

(Wein T et al., 2018)

2.5 Consommation d'alcool

i. Inciter les victimes d'AIT ou d'AVC à éviter la consommation élevée d'alcool, car la consommation excessive d'alcool augmente le risque d'AVC ischémique et d'hémorragie intracrânienne [niveau de preuve B].

ii. Encourager et aider les personnes victimes d'AIT ou d'AVC à suivre les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (2011) : Pour les femmes, pas plus de 10 consommations par semaine et pas plus de 2 consommations par jour la plupart des jours, sans jamais dépasser 3 consommations d'affilée ; pour les hommes, pas plus de 15 consommations par semaine et pas plus de 3 consommations par jour, sans jamais dépasser 4 consommations

2.6 Contraceptifs oraux et traitement hormonal substitutif

i. Les contraceptifs oraux contenant des œstrogènes ou le traitement hormonal substitutif devrait être supprimé chez les patientes avec AIT ou AVC ischémique [niveau de preuve B]. D'autres choix de prise en charge devraient être envisagés pour ces patientes [niveau de preuve C].

2.7 Consommation de drogue à usage récréatif

i. Les personnes ayant eu un AVC et consommant des drogues à usage récréatif pouvant augmenter le risque d'AVC (comme la cocaïne, les amphétamines) doivent être encouragées à stopper leur usage si elles n'ont pas été prescrites pour des raisons médicales [niveau de preuve C] et devraient recevoir un soutien approprié et être orientées vers des services et des ressources spécialisés dans la toxicomanie et la rééducation [niveau de preuve B].

(Wein T et al., 2018)

2.8 Abandon du tabac

Remarque : Le terme « tabac » dans les présentes* Recommandations *englobe aussi bien le tabac que d'autres substances inhalées. Elles s'appliquent à l'AVC d'origine ischémique et hémorragique.

i. Quel que soit le contexte médical dans le continuum des soins de l'AVC (soins actifs, consultations externes ou milieu extrahospitalier), la consommation de tabac par le patient devrait être déterminée, évaluée et documentée [niveau de preuve A].

ii. Des conseils sans ambiguïté, sans jugement et personnalisés sur l'importance d'arrêter de fumer doivent être prodigués à tous les fumeurs [niveau de preuve B] et aux personnes qui vivent avec eux.

iii. Une aide devrait être proposée afin de faire une tentative d'abandon du tabac – soit directement, soit par l'aiguillage vers des ressources appropriées [niveau de preuve A].

iv. Il faudrait offrir une intervention comportementale motivationnelle aux personnes qui ne sont pas prêtes à abandonner le tabac afin de rehausser leur état de préparation en vue d'arrêter de fumer [niveau de preuve B]. *Voir les ressources de mises en œuvre ci-dessous pour des outils motivationnels d'entrevue.*

v. Il faudrait envisager une combinaison de pharmacothérapie et de thérapie comportementale dans tous les programmes d'abandon du tabac et toutes les interventions à ce sujet [niveau de preuve A].

vi. À titre de thérapie en première ligne, il faudrait envisager les trois catégories d'agents pharmacologiques suivantes : Une thérapie de remplacement de la nicotine, la varénicline et le bupropion [niveau de preuve A].

   a. Le choix de la pharmacothérapie appropriée devrait tenir compte de la stabilité de l'état de santé, des besoins cliniques, d'autres facteurs médicaux et des préférences du patient [niveau de preuve C]. *Voir Annexe 2 : La pharmacothérapie dans le traitement pour arrêter de fumer.*

vii. Des protocoles devraient prévoir le sevrage de la nicotine durant l'hospitalisation de patients victimes d'AVC et fumeurs [niveau de preuve B]. *Voir les ressources de mise en œuvre ci-dessous pour le modèle d'Ottawa en tant qu'exemple d'outil de protocole.*

(Wein T et al., 2018)

3.2 Prise en charge de la pression artérielle

i. Pour les patients **qui ont été victimes d'un AVC ou d'un AIT**, un traitement visant à baisser la pression artérielle est recommandé, ciblant une pression artérielle constamment inférieure à 140/90 mm Hg [niveau de preuve B].

   a. Pour les patients **ayant subi un léger AVC sous-cortical**, il est raisonnable d'administrer un traitement visant à baisser la pression artérielle afin d'obtenir une pression artérielle systolique constamment inférieure à 130 mm Hg [niveau de preuve B]

ii. Pour prévenir un premier AVC ou un AVC récidivant chez les **patients atteints de diabète**, un traitement visant à baisser la pression artérielle est recommandé, ciblant une pression artérielle systolique constamment inférieure à 130 mm Hg [niveau de preuve C] et une pression artérielle diastolique constamment <80 mm Hg [niveau de preuve A].

iii. Pour prévenir un premier AVC ou une récidive d'AVC **chez les patients atteints de néphropathie chronique non diabétique et ayant eu un AVC**, un traitement visant à baisser la pression artérielle est recommandé, ciblant une pression artérielle constamment inférieure à 140/90 mm Hg [niveau de preuve C].

(Wein T et al., 2018)

4.2 Prise en charge des lipides

i. La prise en charge des lipides visant une baisse des taux chez les patients avec AVC ischémique ou AIT devrait s'accompagner d'une modification thérapeutique importante des modes de vie, y compris de l'alimentation, dans le cadre d'une approche globale qui vise à diminuer le risque d'un premier AVC ou d'une récidive, sauf en cas de contre-indication [niveau de preuve B]. *Voir les recommandations de prise en charge du mode de vie dans la section 2 du chapitre sur la prévention de l'AVC.*

ii. Il faudrait prescrire des statines en vue de la prévention secondaire aux patients qui ont été victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT de manière à atteindre une cible de cholestérol LDL toujours inférieur à 2,0 mmol/L, ou une baisse de 50 % du cholestérol LDL par rapport au niveau de référence [niveau de preuve B]. (Réf. : Mise à jour des lignes directrices sur les lipides 2016 de la SCC)

   a. Pour les personnes ayant subi un AVC ou un récent syndrome coronarien aigu ou atteintes d'une coronaropathie établie, un traitement visant des cibles marquées (C-LDL <1,8 mmol/L ou baisse supérieure à 50 %) peut être envisagé [niveau de preuve A].

iii. Les adultes diabétiques avec AVC sont à haut risque d'un épisode vasculaire ultérieur et devraient être traités au moyen de statines afin de viser un taux de cholestérol LDL de ≤2,0 mmol/L [niveau de preuve B].

iv. Une thérapie aux statines n'est pas recommandée pour la prévention d'une hémorragie intracérébrale [niveau de preuve B].

(Wein T et al., 2018)

5.1 Dépistage et évaluation du diabète

i. Il faut procéder à un dépistage du diabète chez les patients avec AVC ischémique ou AIT au moyen d'une glycémie à jeun, d'une glycémie après 2 heures, du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) ou d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g en consultation interne ou externe [niveau de preuve C ; Diabètes Canada 2016].

ii. Le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) devrait être mesuré chez les patients atteints de diabète et victimes d'un AVC ischémique ou d'un AIT, et ce, dans le cadre d'une évaluation exhaustive de l'AVC [niveau de preuve B].

5.2 Prise en charge du diabète

i. Les cibles glycémiques doivent être adaptées à l'individu en question. Cependant, la réduction des valeurs de A1C à ≤7 % pour les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 (avec AVC ou AIT) offre d'excellents avantages en matière de prévention des complications microvasculaire [niveau de preuve A].

ii. Afin d'atteindre une cible de A1C de ≤7,0 %, la plupart des patients atteints de diabète de type 1 ou 2 devraient avoir pour cible une glycémie à jeun ou préprandiale de 4,0 à 7,0 mmol/L [niveau de preuve B].

iii. La cible de la glycémie postprandiale à deux heures est de 5,0 à 10,0 mmol/L [niveau de preuve B]. Si le taux de A1C ne peut être atteint avec une cible de glycémie postprandiale de 5,0 à 10,0 mmol/L, une réduction de la glycémie postprandiale à 5,0 à 8,0 mmol/L devrait être envisagée [niveau de preuve C].

(Wein T et al., 2018)

M. B.P

- 65 ans, retraité, autonome AVD/AVQ
- HTA, DLPD
- Sous ASA, crestor
- <24h épisode de faiblesse du membre supérieur droit (pas antigravité) x 10 minutes autorésolutif

Prise en charge ?

MME L.B.

- 71 ans
- MCAS, DB, AVC en 2013
- ASA, metrormin, Lipitor
- 3 épisodes, < 48h, d'hémihypoesthésie droite de 10-15 minutes .

Prise en charge ?

M. G.L

Clinique d'ICT
ASA
Bilans initiaux

- 68 ans
- HTA, MCAS,
- Il y a 12 jours — Épisode d'aphasie productive x 20 minutes autorésolutive.

Prise en charge ?

CONCLUSION

- L'ICT = opportunité de prévenir un évennement grave (AVC)
- Importance de reconnaître l'urgence immédiate dans certains cas — Aphasie, déficit moteur, symptômes fluctuants et d'orienter le patients vers les bonnes ressources.
- Angio CT cérébral permet de stratifier le risque à court terme des patients.
- En cas de doute — Appel au neurologue de garde!

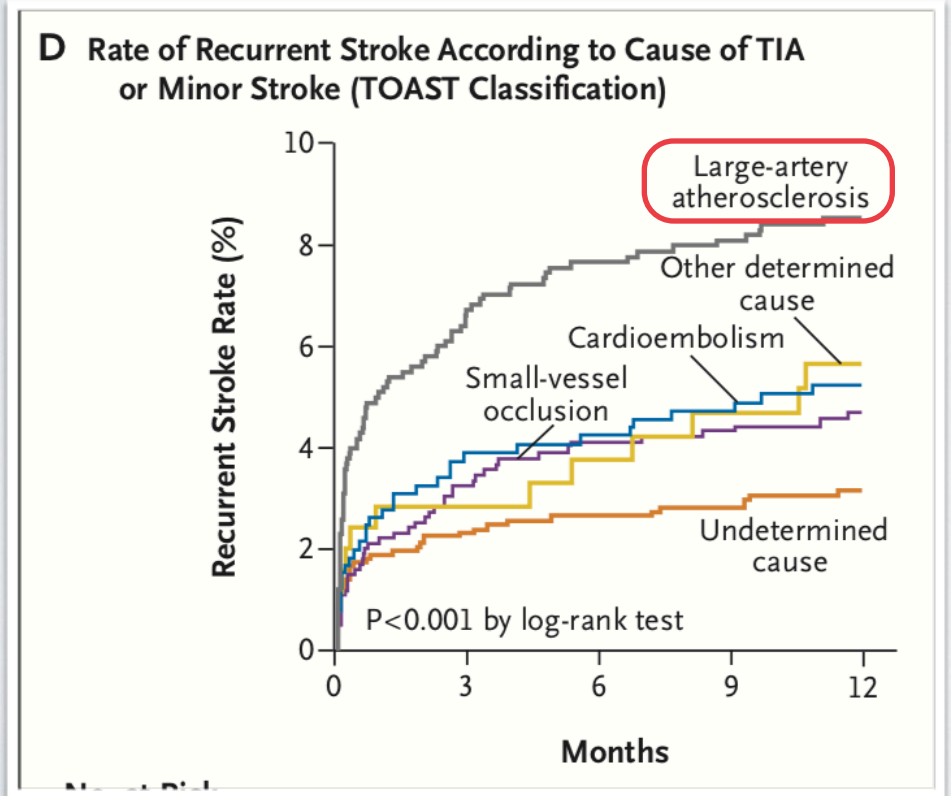
RÉFÉRENCES

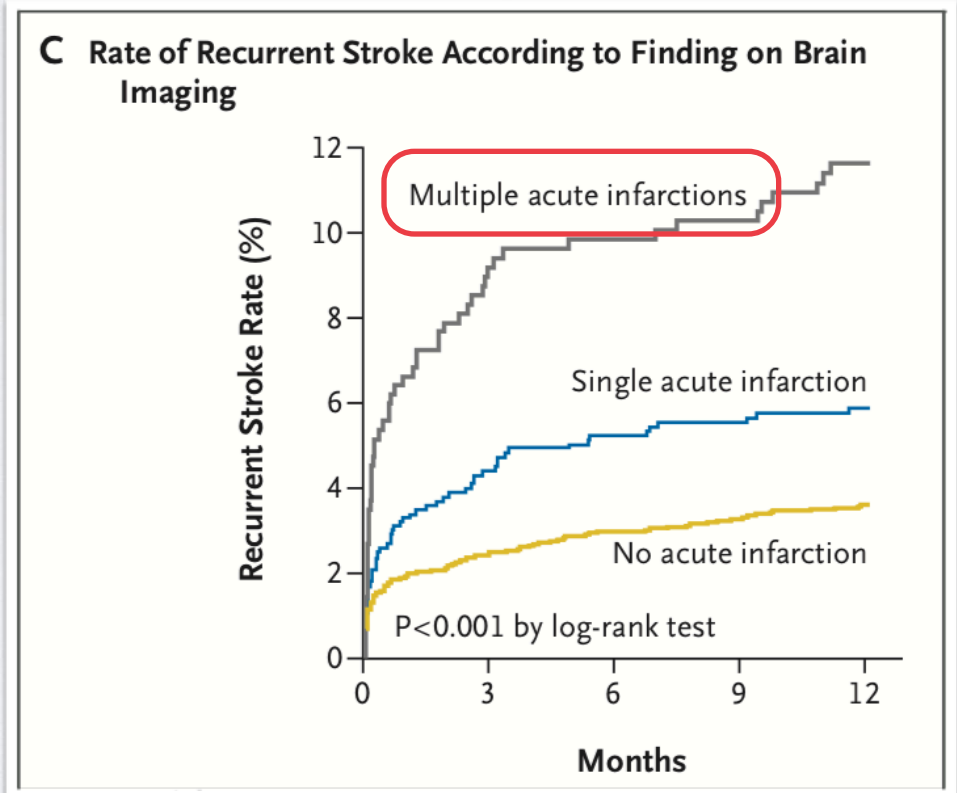
1. Amarenco P. Five-Year Risk of Stroke after TIA or Minor Ischemic Stroke. The New England journal of medicine. 2018;379(16):1580-1.
2. Amarenco P, Lavallee PC, Labreuche J, Albers GW, Bornstein NM, Canhao P, et al. One-Year Risk of Stroke after Transient Ischemic Attack or Minor Stroke. The New England journal of medicine. 2016;374(16):1533-42.
3. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2018;13(9):949-84.
4. Coutts SB. Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack. Continuum (Minneapolis, Minn). 2017;23(1, Cerebrovascular Disease):82-92.
5. Coutts SB, Modi J, Patel SK, Demchuk AM, Goyal M, Hill MD. CT/CT angiography and MRI findings predict recurrent stroke after transient ischemic attack and minor stroke: results of the prospective CATCH study. Stroke. 2012;43(4):1013-7.
6. Coutts SB, Moreau F, Asdaghi N, Boulanger JM, Camden MC, Campbell BCV, et al. Rate and Prognosis of Brain Ischemia in Patients With Lower-Risk Transient or Persistent Minor Neurologic Events. JAMA neurology. 2019.
7. Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland). 2003;16 Suppl 1:14-9.
8. Hart RG, Veltkamp RC, Sheridan P, Sharma M, Kasner SE, Bangdiwala SI, et al. Predictors of Recurrent Ischemic Stroke in Patients with Embolic Strokes of Undetermined Source and Effects of Rivaroxaban Versus Aspirin According to Risk Status: The NAVIGATE ESUS Trial. Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association. 2019;28(8):2273-9.
9. Johnston SC, Easton JD, Farrant M, Barsan W, Conwit RA, Elm JJ, et al. Clopidogrel and Aspirin in Acute Ischemic Stroke and High-Risk TIA. The New England journal of medicine. 2018;379(3):215-25.
10. Johnston SC, Fayad PB, Gorelick PB, Hanley DF, Shwayder P, van Husen D, et al. Prevalence and knowledge of transient ischemic attack among US adults. Neurology. 2003;60(9):1429-34.
11. Pan Y, Elm JJ, Li H, Easton JD, Wang Y, Farrant M, et al. Outcomes Associated With Clopidogrel-Aspirin Use in Minor Stroke or Transient Ischemic Attack: A Pooled Analysis of Clopidogrel in High-Risk Patients With Acute Non-Disabling Cerebrovascular Events (CHANCE) and Platelet-Oriented Inhibition in New TIA and Minor Ischemic Stroke (POINT) Trials. JAMA neurology. 2019.
12. Perry JJ, Sharma M, Sivilotti ML, Sutherland J, Symington C, Worster A, et al. Prospective validation of the ABCD2 score for patients in the emergency department with transient ischemic attack. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2011;183(10):1137-45.
13. Rothwell PM, Algra A, Chen Z, Diener HC, Norrving B, Mehta Z. Effects of aspirin on risk and severity of early recurrent stroke after transient ischaemic attack and ischaemic stroke: time-course analysis of randomised trials. Lancet (London, England). 2016;388(10042):365-75.
14. Sanders LM, Srikanth VK, Blacker DJ, Jolley DJ, Cooper KA, Phan TG. Performance of the ABCD2 score for stroke risk post TIA: meta-analysis and probability modeling. Neurology. 2012;79(10):971-80.
15. Tse D, Hill MD, Coutts SB. Early Secondary Prevention in Transient Ischemic Attack (TIA) and Minor Stroke. Current neurology and neuroscience reports. 2019;19(6):34.
16. Wang Y, Wang Y, Zhao X, Liu L, Wang D, Wang C, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. The New England journal of medicine. 2013;369(1):11-9.
17. Wein T, Lindsay MP, Cote R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2018;13(4):420-43.
18. Wu CM, McLaughlin K, Lorenzetti DL, Hill MD, Manns BJ, Ghali WA. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. Archives of internal medicine. 2007;167(22):2417-22.

MERCI!!!

ICT ET RÉCURRENCE

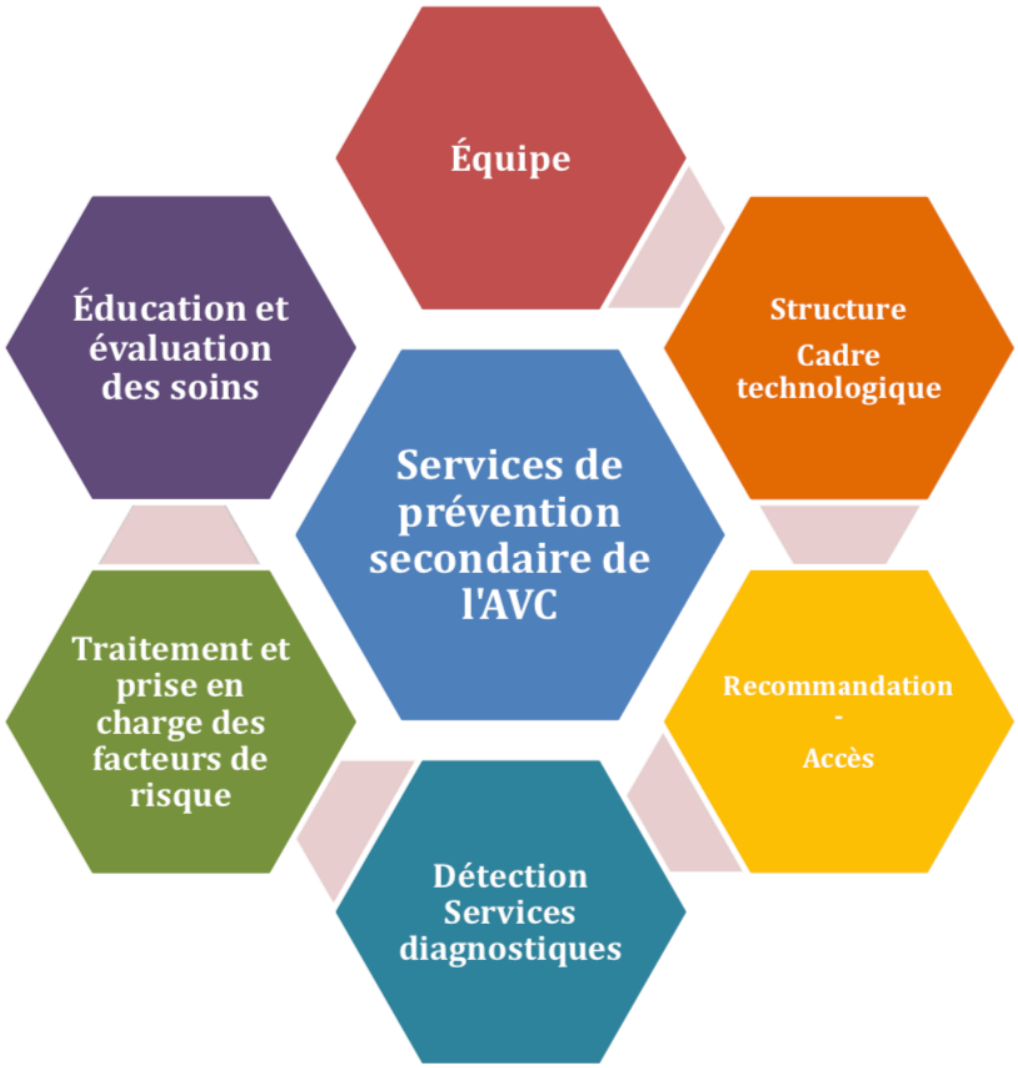
- Taux de récurrence d'AVC à 365 jours = **5%**
- Taux de récurrence d'évennement cardiovasculaire à 1 an - 6%





(Amarenco et al., 2018)

N ENGL J MED 374;16 NEJM.ORG APRIL 21, 2016



(Wein T et al., 2018)