



Causes et risques d'AVC chez les porteurs de sténose carotidienne.

Rechercher un souffle carotidien est devenu un geste rituel. Est-il alors justifié d'affirmer une sténose carotidienne (SC) et d'en mesurer le degré. Le bénéfice à attendre de l'endartériectomie est lié à trois principaux facteurs: caractère symptomatique ou non de la SC, degré de sténose, taux de morbi-mortalité périopératoire. Pour un taux de morbidité péri-opératoire moyen de 6%, la réduction absolue du risque d'AVC sur 5 ans est de 13 à 15% pour des SC symptomatiques de plus de 70%; il est seulement marginal pour les SC asymptomatiques.¹ Mais surtout les SC ne sont pas la seule cause des AVC chez les patients qui en sont porteurs. Quelles données a-t-on à ce sujet ? Ces données varient-elles avec le degré de SC, son caractère symptomatique ou non, l'âge du patient ? Trois études nord-américaines apportent des éléments.^{1,2,3}

Les trois études sont issues de l'analyse des données de l'essai NASCET. 2885 patients (âge moyen 67 ans) avec une SC symptomatique (AIT ou AVC régressif) ont été suivis de 1987 à 1997 dans 106 centres. Deux groupes randomisés ont comparé traitement médical et chirurgical de la SC. Etaient exclus les patients porteurs d'une cardiopathie emboligène. Tous les AVC, qu'ils soient du côté de la SC ou controlatéral, étaient notés et leur origine appréciée. Une origine cardiaque était retenue possible ou probable en fonction du nombre facteurs de risque: ACFA, âge>65, HTA, HVG et dyskinésie du VG, OG dilatée.

Sur un suivi moyen de 5 ans, 1039 AVC ont été observés chez 749 patients: 698 (67 %) étaient liés à une sténose d'une grosse artère; 112 (11 %) étaient cardio-emboliques, 211 (20 %) lacunaires, et 18 hémorragiques.

Le risque d'AVC sur SC symptomatique, a été apprécié à partir des AVC survenus dans le territoire de l'épisode initial. Sur 5 ans il est plus faible dans le groupe chirurgical (10%) que dans le groupe médical (15%), où il varie de 12 à 25% selon le degré de sténose. Parmi ces

AVC, les taux d'origine cardio-embolique ou lacunaire sont voisins entre les 2 groupes, globalement autour de 30%.

Le risque d'AVC sur SC asymptomatique, a été apprécié sur 1820 patients de NASCET ayant une SC controlatérale asymptomatique. 122 AVC dans ce territoire sont survenus. Le risque sur 5 ans varie de 8% à 16% selon le degré de la SC. 20% étaient précédés par un AIT. Parmi ces AVC, environ 40% étaient d'origine cardio-embolique ou lacunaire.

Chez les patients de plus de 75 ans, sur 409 patients, le risque à 2 ans d'AVC homolatéral dans le groupe médical est plus élevé qu'avant 75 ans, croissant avec le degré de la sténose (25 à 36%). Dans le groupe chirurgical la réduction du risque d'AVC est plus importante que chez les plus jeunes (risque à 2 ans de 7,6% vs 10,9% avant 65 ans). Le taux de morbidité périopératoire est plus bas (5 %). Le nombre nécessaire à traiter pour éviter un AVC est plus bas (3 après 75 ans, 7 entre 65 et 75 ans, 10 avant 65 an. Le total des AVC cardio-emboliques et lacunaires est par contre supérieur.

Ces données permettent plusieurs conclusions:

- **la différence entre SC symptomatique et asymptomatique**: à degré de sténose identique, le risque est différent¹. Mais 80% des AVC liés aux SC surviennent sans signe prémonitoire. Au delà du degré de sténose, peut-être manque-t-on encore de moyens de repérage des SC à risque.⁴

- **les AVC des porteurs de SC ne lui sont pas tous liés**: dans NASCET, selon que la SC est symptomatique ou non, 20 à 45% des AVC homolatéraux sont d'une autre origine. Dans la réalité ce taux est encore plus important, les patients porteurs d'une cardiopathie emboligène ayant été exclus de NASCET.

- **la SC est un marqueur de risque vasculaire global**⁵: le risque principal d'une SC asymptomatique est le décès d'origine vasculaire (3 à 6% par an), six fois plus souvent d'origine cardiaque que neurologique.

En pratique, la découverte d'un souffle carotidien peut relever de deux situations:

- des symptômes peuvent lui être rattachés. Ceci implique une analyse sémiologique précise. Il s'agit alors d'une SC symptomatique à évaluer par doppler: l'endartériectomie a prouvé son utilité pour une SC>80%, son inutilité si <60% et se discute entre les deux, en fonction du risque global et du risque opératoire..

- il n'y a pas de symptômes rattachables à une SC. En l'absence de preuve formelle actuelle du bénéfice de l'endartériectomie, le doppler n'est pas indispensable. Par contre un bilan et l'action sur les facteurs de risque est fondamental (HTA, tabagisme, cardiopathie emboligène...), la prescription quasi systématique d'aspirine est conseillée, ainsi que **l'éducation des patients sur la reconnaissance des AIT**.⁵

1- Inzitari D et al. The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal carotid artery stenosis N Engl J Med 2000;342:1693-1700

2- Barnett HJM et al. Causes and severity of ischemic stroke in patients with internal carotid artery stenosis. JAMA. 2000;283(11):1429-36

3- Alamowitch S et al. Risk, causes and prevention of ischaemic stroke in elderly patients with symptomatic internal carotid artery stenosis. Lancet. 2001;357:1154-60

4- Kistler JP, Furie KL. Carotid endarterectomy revisited. N Engl J Med. 2000;342(23):1743-5

5- Niclot P, Bousser MG. Prise en charge des sténoses carotidiennes asymptomatiques. Rev Med Int. 2001;22:335-8

Mots-clé: AIT, AVC, carotide, sténose, risque, facteur de risque.

Numéro 228 du 7 juin 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>