

## L'accident vasculaire une urgence vitale

Une opinion généralement trop répandue (y compris dans le corps médical) veut que seules les pathologies chroniques méritent intérêt et approfondissement. Non que l'aigu soit à négliger, mais parce qu'il n'aurait plus rien à nous apprendre, à nous enseigner. Les progrès seraient avec lui devenus comme *hors de portée*. Or rien dans ce domaine n'est moins certain et il semble que bien des victoires demeurent à gagner sur le front des urgences vitales. C'est la leçon à laquelle on pouvait songer il y a quelques jours, rue Bonaparte à Paris, en prenant connaissance, au sein de l'Académie nationale de médecine, de la communication du Pr Didier Leys (Service de neurologie et pathologie neurovasculaire, CHU de Lille) et du Dr Patrick Goldstein (Samu du département du Nord): une communication consacrée aux meilleures démarches diagnostiques et thérapeutiques face à cette urgence vitale dont la fréquence augmente: l'accident vasculaire cérébral (AVC).

On sait schématiquement qu'il faut tout d'abord identifier l'AVC sur les notions de déficit neurologique focal brutal et d'emblée maximal, fournies par l'interrogatoire et l'examen clinique. Il faut ensuite en préciser la nature ischémique ou hémorragique par l'IRM ou le scanner puis en situer le mode évolutif par l'interrogatoire et l'examen clinique et, enfin, en déterminer au mieux la cause. «Dans tous les AVC (ischémiques ou hémorragiques), la thérapeutique repose sur des mesures générales: traiter une urgence vitale, assurer le maintien des paramètres physiologiques, sauf la pression artérielle, et prévenir les complications, ont rappelé ces deux spécialistes. Il y a ensuite l'admission en unité neurovasculaire et, plus rarement, la chirurgie décompressive dans certaines hypertensions intracrâniennes. En outre, quand il s'agit d'une ischémie, d'autres thérapeutiques peuvent être indiquées: le rt-PA chez les patients admis dans les 4 h 30 en l'absence de contre-indication, ou l'administration immédiate d'aspirine (160 à 300 mg) chez ceux qui ne sont pas éligibles pour le rt-PA, y compris en présence d'une fibrillation auriculaire.» Ces mesures sont urgentes et nécessitent donc, autant que faire se peut, une filière d'admission optimale si possible organisée autour d'un numéro d'appel unique.

Les AVC sont tout sauf un problème mineur du fait de leur fréquence, de la mortalité

# cérébral :

prématurée qu'ils provoquent, des handicaps physiques et cognitifs qu'ils entraînent et du risque de récurrence auquel ils exposent. Ils représentent la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap physique dans les pays industrialisés, ce qui en fait à l'évidence une priorité de santé publique. On estime qu'environ 80% de ces accidents vasculaires sont ischémiques. Chaque année, dans une population occidentale d'un million d'habitants, environ cinq cents personnes ont un accident ischémique transitoire (AIT), et cinq fois plus un AVC. Près d'une sur trois en mourra et une sur cinq sera toujours dépendante après un an.

On ne saurait pour autant désespérer. D'importants progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique en phase aiguë. «La sévérité du pronostic et l'absence de traitement avaient favorisé pendant longtemps une attitude contemplative face aux AVC, ont rappelé les auteurs de la communication. Il en était résulté le maintien à domicile de certains malades, des hospitalisations tardives, des retards de prise en charge intrahospitalière, une quasi-absence de structures spécialisées, et des insuffisances dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique en milieu hospitalier. Aujourd'hui, des moyens thérapeutiques ont été prouvés efficaces pour réduire la mortalité, les séquelles et les récurrences. Aussi, cette attitude passive devient-elle une perte de chance pour le patient. Une prise en charge opti-

male nécessite toutefois une filière fluide, ce qui est rendu difficile par le nombre important d'intervenants (entourage, système de transport, médecin traitant, urgentiste, neurologue, radiologue), une culture éloignée de l'urgence, et une fenêtre thérapeutique très étroite.»

Qu'en est-il de l'hospitalisation en unité neurovasculaire? Elle s'impose pour tous les types d'AVC. Une méta-analyse des essais randomisés, comparant un système organisé de soins à une prise en charge conventionnelle, a montré une supériorité des unités neurovasculaires sur tous les critères de jugement. Pour parler clair, la prise en charge dans de telles unités diminue la mortalité de 20%, et ce sans augmenter par la suite le nombre de patients dépendants. «Environ vingt-cinq patients doivent être traités pour prévenir un décès et vingt pour permettre un retour à domicile indépendant, résumant le Pr Leys et le Dr Goldstein. Le bénéfice est

**... Une prise en charge optimale nécessite une filière fluide, ce qui est rendu difficile par le nombre important d'intervenants ...**

indépendant de l'âge, du sexe, et de la gravité initiale, et il se maintient à dix ans. Il n'est pas associé à une augmentation de récurrence ou de handicap à long terme.» Ces unités réduisent par ailleurs le coût de prise en charge des AVC.

Si l'on accepte de faire ici l'impasse sur les multiples apports de l'imagerie cérébrale pratiquée en urgence, le Pr Leys et le Dr Goldstein ont exposé que la palette thérapeutique

## La thrombolyse intraveineuse

Le rtPA intraveineux augmente la proportion de patients indépendants à trois mois s'il est prescrit dans les 4 h 30 après le début des signes. Le bénéfice de la thrombolyse diminue très fortement au cours du temps, et le facteur essentiel d'efficacité et de tolérance est précisément le facteur temps. Le risque hémorragique augmente avec l'âge, la pression artérielle, l'étendue des lésions reflétant la sévérité du déficit neurologique, l'hyperglycémie et le délai. L'administration de rtPA aux patients admis dans les 4 h 30 suivant le début des signes et n'ayant pas

de contre-indication est recommandée

Les données sur la sélection des patients guidée par IRM, la thrombolyse assistée par ultrasons, la thrombolyse intra-artérielle, la thrombectomie mécanique, le traitement intra-artériel et les antifibrinogènes sont encore préliminaires.

## Les médicaments antithrombotiques

L'aspirine n'est indiquée que dans certaines ischémies artérielles. A la phase aiguë, l'aspirine (160 à 300 mg) évite neuf récurrences ou décès pour 1000 patients traités. Les contre-indications étant rares, cet effet marginal à l'échelon individuel est important en termes de santé publique.

L'héparine a aussi été étudiée en phase aiguë des ischémies cérébrales. Des dix essais randomisés d'héparine de bas poids moléculaire ou d'équivalent, quatre seulement ont testé l'hypothèse d'une réduction de mortalité et de handicap par le traitement. Seule

une étude a montré un effet favorable sur le critère principal. Il n'y a pas de base scientifique à la prescription large d'héparine en phase aiguë de l'ischémie cérébrale constituée, y compris dans la fibrillation

auriculaire, où l'anticoagulation peut être différée de quelques jours. Les indications d'héparine sont exceptionnelles dans les accidents constitués: elles doivent être posées au cas par cas et rester l'exception.

## De la chirurgie en phase aiguë

Les indications de la chirurgie en phase aiguë de l'ischémie cérébrale sont très limitées. Elles comportent d'une part la dérivation ventriculaire ou la chirurgie par abord direct dans les infarctus pseudo-tumoraux du cervelet, et d'autre part l'hémi-craniectomie décompressive dans les infarctus étendus.

## De la «neuroprotection»

De nombreuses molécules neuroprotectrices réduisent la taille des infarctus cérébraux expérimentaux chez l'animal. Pour autant, aucune de ces molécules n'a, à ce jour, montré la moindre utilité en clinique humaine. Une voie de recherche intéressante pourrait, enfin, être l'hypothermie.

Jean-Yves Nau  
jeanyves.nau@gmail.com

