



LETTRE A LA REDACTION

Prévention secondaire non optimale des patients admis en réanimation pour récurrence d'accident vasculaire cérébral.

Insufficient secondary prevention in patients with recurrent stroke admitted to the intensive care unit.

F A RAKOTOMAVO ^{(1)*}, A R N RAMAROLAHY ⁽²⁾, N E RAVELOSON ^(1,3)

(1) Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(2) Service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

(3) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Soumis le 01 Juin 2022

Accepté le 04 Août 2022

Disponible en ligne le 10 Août 2022

Mots-clés :

Accident vasculaire cérébral
Facteurs de risque
Prévention secondaire
Récurrence

Keywords :

Recurrence
Risk factors
Secondary prevention
Stroke

L'accident vasculaire cérébral (AVC) reste associé à une morbidité et à une mortalité élevée. D'après une méta-analyse menée par Kolmos et al, 8,8 à 36,5% des patients qui ont présenté un AVC ischémique présenteraient une récurrence dans les trois années suivant le cas index [1]. Près de neuf dixième des AVC seraient associés à au moins un facteur de risque cardiovasculaire justifiant l'importance de leur bonne prise en charge dans la prévention secondaire de la maladie. Dans une étude sur modélisation, la gestion concomitante de l'hypertension artérielle (HTA), de la dyslipidémie, la prise d'aspirine, une exercice physique régulière et une alimentation bien équilibrée aurait des effets synergiques et résulterait sur une diminution de près de 80% du risque cumulé de survenue d'une récurrence d'AVC [2]. Cela a conduit à l'élaboration de recommandations dont les dernières de l'American Heart Association (AHA) ont été publiées en 2021 [3].

La bonne observance de ces recommandations est pourtant difficile. Dans l'objectif de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques et évolutifs des patients admis initialement en soins intensifs pour une récurrence d'AVC, une étude a été réalisée dans l'unité de Réanimation du service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation (ATUR) du Centre Hospitalier Univer-

sitaire Joseph Raseta Befelatanana (CHU JRA), Antananarivo, Madagascar, sur une période de 12 mois allant de novembre 2014 à fin octobre 2015. Les patients hospitalisés dans le service qui ont déjà un antécédent d'AVC antérieur et qui ont présenté une récurrence d'AVC ont été inclus dans l'étude et le manque de données dans le dossier médical a constitué un critère d'exclusion. L'âge moyen de la population d'étude, constituée de 91 patients, a été de 59,6 +/- 13,5 ans avec des extrêmes de 18 et 94 ans. Une prédominance féminine a été notée avec 55%. L'antécédent médical le plus retrouvé chez les patients a été l'HTA (73 patients, 80%), le tabagisme (47 patients, 51%) et l'éthylisme (45 patients, 49%). Le délai médian de survenue de la récurrence d'AVC a été de 17 mois [2 – 360 mois] avec 35% des cas (32 patients) survenant dans la première année suivant le cas index.

L'indication et l'observance d'une prévention secondaire après le cas index d'AVC interpelle lors de cette étude. Seuls 55 patients (60%) ont obtenu un traitement de sortie au décours de leur hospitalisation, et seuls 24 malades (26%) ont bénéficié d'un suivi régulier de leur état de santé. Quarante-neuf patients (89%) ont présenté une HTA en post-AVC de l'épisode antérieur. Vingt-quatre patients (29%) sur les 89 n'ont pas suivi de traitement antihypertenseur après la sortie de l'hôpital tandis qu'un traitement a été institué chez 55 (60%). Parmi ces derniers, 30 soit 54% étaient sous traitement régulier et 14 patients soit 26% avaient un suivi périodique de leur HTA. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des

Du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAKOTOMAVO Faliheri Albertin

Adresse : Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta
Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Téléphone : +261 32 71 300 42

E-mail : falyrakotomavo8@gmail.com

récepteurs de l'angiotensine II (ARAI) (utilisés respectivement dans 47% et 45% des cas) étaient les molécules les plus utilisées pour la gestion de l'HTA et la prévention des récurrences d'AVC. Par ailleurs, le régime hygiéno-diététique n'a été préconisé que chez 59 malades (64%). Des 28 malades chez qui un AVC ischémique a été individualisé au scanner cérébral, seuls 14 (50%) ont pris quotidiennement un antiagrégant plaquettaire et seuls 06 (21%) avaient une prescription de statines. Les autres patients dont le type d'AVC n'a pas été connu ou qui ont présenté un AVC hémorragique n'ont pas reçu de traitement antiagrégant ni de statines. Aucun des patients n'ont réalisé une échographie des troncs supra-aortiques pour apprécier la perméabilité artérielle cervicale à leur sortie d'hôpital. Les 15 patients diabétiques de la population d'étude ont tous bénéficié d'un suivi de leur diabète, toutefois, les informations concernant l'équilibre des chiffres glycémiques n'ont pas été obtenues. Les données concernant le traitement des malades à l'issue de l'épisode antérieur d'AVC sont présentées dans le tableau I.

Ces observations montrent une prise en charge non optimale des facteurs de risque cardiovasculaires chez la plupart des malades qui aurait pu participer à la survenue d'une récurrence de leur AVC. Cela pourrait résulter de deux causes : une manque de rigueur des praticiens dans la mise en œuvre et le suivi de la prévention secondaire des patients et/ou une mauvaise observance du traitement par les malades [4]. Pour y remédier, les praticiens hospitaliers devraient s'assurer que les patients reçoivent les informations nécessaires ainsi que les prescriptions inhérentes à la prévention des récurrences avant la sortie des malades. Cet acte devrait figurer dans les protocoles de prise en charge des services et devrait servir comme critère de bonne qualité de prise en charge à valider en présence de chaque nouveau cas d'AVC. De même, une correspondance avec le médecin de famille devrait être réalisée pour faciliter la continuité des soins. Les médecins de ville, en première ligne dans le suivi des patients après leur AVC devraient connaître les différents volets de la prévention secondaire, le rythme des suivis ainsi que les différentes cibles thérapeutiques.

D'un autre côté, les patients et leur entourage devraient être informés d'une manière effective sur ces mesures de prévention, dès leur présence à l'hôpital, et lors de chaque visite de suivi. L'utilisation de conseils clairs et concis, l'octroi de documents faciles à lire (brochure, bulletin), l'adhésion dans des groupes de malades, l'utilisation des informations audio-visuelles sont autant de moyen qui pourrait augmenter le degré d'information du public cible sur la prévention et le traitement des principaux facteurs de risque cardiovasculaires. Ces mesures ont déjà prouvé leur efficacité dans la réduction des risques de récurrence [5].

Tableau I : Antécédents et traitement des malades à l'issue de l'épisode antérieur d'AVC

Variables	Effectif n=91	Proportion (%)
Genre		
<i>Masculin</i>	41	45
<i>Féminin</i>	50	55
Antécédent		
<i>HTA</i>	73	80
<i>Tabagisme</i>	47	51
<i>Ethylisme</i>	35	38
<i>Obésité</i>	21	23
<i>Diabète</i>	15	16
<i>Contraception orale</i>	14	15
<i>Sédentarité</i>	10	10
<i>Infarctus du myocarde</i>	4	4
<i>Insuffisance cardiaque</i>	2	2
Obtention d'un traitement de sortie	55	60
Suivi régulier	24	26
HTA en post—AVC	81	89
<i>Non traitée</i>	26/81	32
<i>Traitée</i>	55/81	68
Suivi médical de l'HTA	55	60
<i>Oui</i>	14/55	26
<i>Non</i>	41/55	74
Régularité du traitement de l'HTA		
<i>Oui</i>	25/55	46
<i>Non</i>	30/55	54
Antihypertenseur		
<i>IEC</i>	26/55	47
<i>ARA II</i>	25/55	45
<i>Bétabloquant</i>	3/55	6
<i>Inhibiteur calcique</i>	1/55	2
Régime hygiéno—diététique	59	64
Antiagrégant plaquettaire chez les patients avec AVC ischémique	14/28	50
Statine chez les patients avec AVC ischémique	6/28	21
Suivi du diabète	15/15	100
Echographie TSA à la sortie de l'hôpital	0	0

AVC: accident vasculaire cérébral; ARA II: antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II; HTA: hypertension artérielle; IEC: inhibiteur de l'enzyme de conversion; TSA: troncs supra-aortiques

REFERENCES

1. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke – A systemic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2021; 30(8): 105935.
2. Hackam DG, Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study. *Stroke* 2007; 38: 1881–1885.
3. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2021; 52: e364–e467.
4. Diener H-C, Hankey GJ. Primary and secondary prevention of ischemic stroke and cerebral hemorrhage: JACC focus seminar. *J Am Coll Cardiol* 2020; 75(15) : 1804 – 18.
5. Jiang B, Wang W-Z, Wu S-P, Du X-L et Bao Q-J. Effects of Urban Community Intervention on 3-Year Survival and Recurrence After First-Ever Stroke. *Stroke* 2004; 35: 1242-7.