

«Hot topic» en neurologie

Accident vasculaire cérébral

Prof. Dr méd. Philippe A. Lyrer^a, PD Dr méd. Carlo Cereda^b, Dr méd. Timo Kahles^c, Prof. Dr méd. Marcel Arnold^d

^a Neurologische Klinik und Poliklinik, Stroke Center, Universitätsspital, Basel; ^b Caposervizio Neurologia, Neurocentro Ospedale Regionale di Lugano – Civico e Italiano, Lugano; ^c Neurologie, Stroke Center, Kantonsspital, Aarau; ^d Universitätsklinik für Neurologie, Stroke Center, Inselspital, Universitätsspital, Bern

L'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique aigu est aujourd'hui une maladie traitable. Depuis l'introduction du traitement de recanalisation dans les années 1990, tout d'abord par activateur tissulaire recombinant du plasminogène puis par cathéter, l'AVC peut être traité avec succès [1]. Il est avéré que l'AVC ischémique aigu traité par thrombolyse intraveineuse dans une fenêtre temporelle limitée de 4,5 heures après le début des symptômes est associé à une meilleure évolution (chez environ 50% des patients, pas de handicap résiduel ou uniquement handicap résiduel minime). Les patients avec occlusions aiguës de la portion proximale des artères de la base du cerveau présentent de meilleurs résultats lorsque, le cas échéant, le traitement i-v est complété par une extraction du thrombus au moyen d'un cathéter [2]. Grâce aux nouvelles techniques d'imagerie permettant de visualiser la perfusion et le «core» (noyau) de l'infarctus, nous savons désormais que les traitements entraînant la récupération des fonctions neurologiques peuvent être mis en œuvre jusqu'à huit heures et plus après le début des symptômes [3].

Les défis en termes de personnel et d'infrastructure sont de taille. Sans organisation du parcours thérapeutique depuis le lieu de survenue de l'AVC jusqu'au traitement de recanalisation, puis jusqu'à la sortie du patient et au suivi, une amélioration des résultats n'est pas envisageable. En Suisse, il existe un réseau de centres de traitement des AVC (Stroke Centers) et d'unités de traitement des AVC (Stroke Units), qui est conçu de sorte à ce qu'en cas d'indication correspondante, tous les patients concernés soient traités par thrombolyse et, si nécessaire, par thrombectomie [4, 5]. Ainsi, en 2019, 19,6% des 14 067 patients enregistrés ont été traités au moyen d'une mesure de revascularisation (Swiss Stroke Registry, non publié). En Suisse, un enjeu consiste à impliquer dans le parcours thérapeutique de façon généralisée les hôpitaux qui ne possèdent pas de

Stroke Unit et à planifier de la manière la plus directe possible le traitement maximal. L'affection doit immédiatement être détectée au moyen d'un premier diagnostic clinique et neuroradiologique afin que les patients soient traités à l'endroit où ils peuvent bénéficier d'un traitement en temps opportun. Concernant le traitement ultérieur, outre le recours aux inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, tous les patients devraient également être traités par médicaments antihypertenseurs et hypolipémiants. Les sténoses carotidiennes de haut grade symptomatiques doivent en plus être traitées par traitement chirurgical ou, dans les cas appropriés, par dilatation et implantation de stent [6]. En cas de fibrillation auriculaire, un traitement par nouveaux anticoagulants oraux doit être mis en place après un AVC [7].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- Embersson J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*. 2014;384(9958):1929–35.
- Saver JL, Goyal M, van der Lugt A, Menon BK, Majoie CB, Dippel DW, et al. Time to treatment with endovascular thrombectomy and outcomes from ischemic stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(12):1279–88.
- Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. 2018;378(1):11–21.
- Ringelstein EB, Chamorro A, Kaste M, Langhorne P, Leys D, Lyrer P, et al. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44(3):828–40.
- Lyrer P, Michel P, Arnold M, Hungerbühler H, Gralla J, Humm A, et al. Stroke Units and Stroke Centers in der Schweiz: Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*. 2012;12:918–22.
- Bonati LH, Dobson J, Featherstone RL, Ederle J, van der Worp HB, de Borst GJ, et al. Longterm outcomes after stenting versus endarterectomy for treatment of symptomatic carotid stenosis: the International Carotid Stenting Study (ICSS) randomised trial. *Lancet*. 2015;385(9967):529–38.
- Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Europace*. 2013;15(5):625–51.

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Philippe A. Lyrer
Neurologische Klinik
und Poliklinik,
Leiter Stroke Center
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
philippe.lyrer[at]usb.ch