

Accident vasculaire cérébral et Maladie coronaire

Données épidémiologiques

Emmanuel Touzé
Hôpital Sainte-Anne
Université Paris 5



Pourquoi les étudier ensemble?

- 1^{ère} cause de mortalité dans le monde (registre de mortalité)
 - N°1=Maladie coronaire
 - N°2=AVC
- En commun:
 - Facteurs de risque → Moyens de prévention
 - Mécanisme: athérosclérose
 - Études anatomiques → corrélation lésions athérosclérose
 - Moyens institutionnels
 - Structures hospitalières (filiales aiguës, explorations...)
 - Recherche
 - Politiques de prévention



Études d'incidence

- Tendance (20 ans)

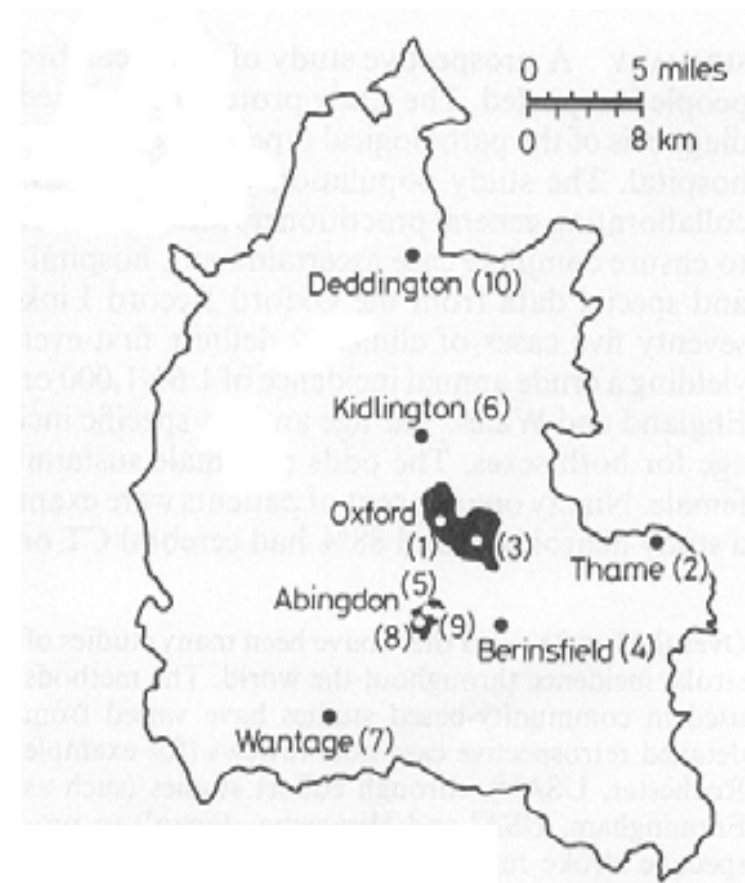
	IDM	AVC
Mortalité	↓	↓
Mortalité aiguë	↓	↓
Incidence	↓?	↓?

- Étude d'incidence des 2 pathologies simultanément...



OXVASC

- Étude populationnelle
 - AVC + AIT
 - Syndromes coronariens aigus + mort subite
 - Accidents artériels périphériques aigus
- 91.106 individus
- Nombreuses sources d'identification des cas
- 3 ans

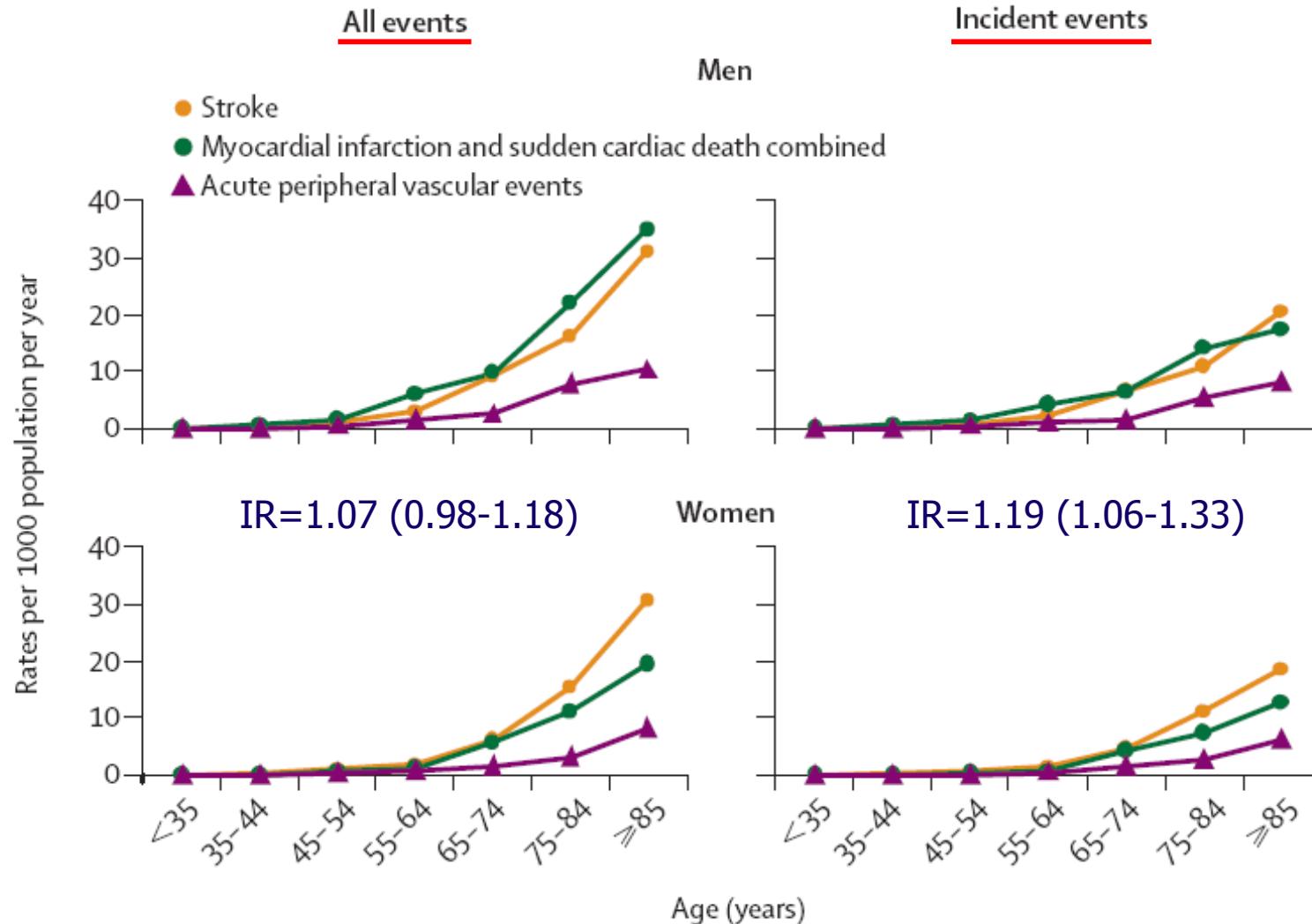


OXVASC: événements (2002-2005)

- 2024 événements (1657 individus)
 - Cerveau (918=45%) I=3.36/1000 pa
 - 618 AVC Âge moy=74.4 ans
 - 300 AIT
 - Cœur (856=42%) I=3.13/1000 pa
 - 159 STEMI
 - 316 N-STEMI Âge moy=72.2 ans
 - 218 angors instables
 - 163 morts subites
 - 188 événements périphériques



OXVASC: incidences relatives

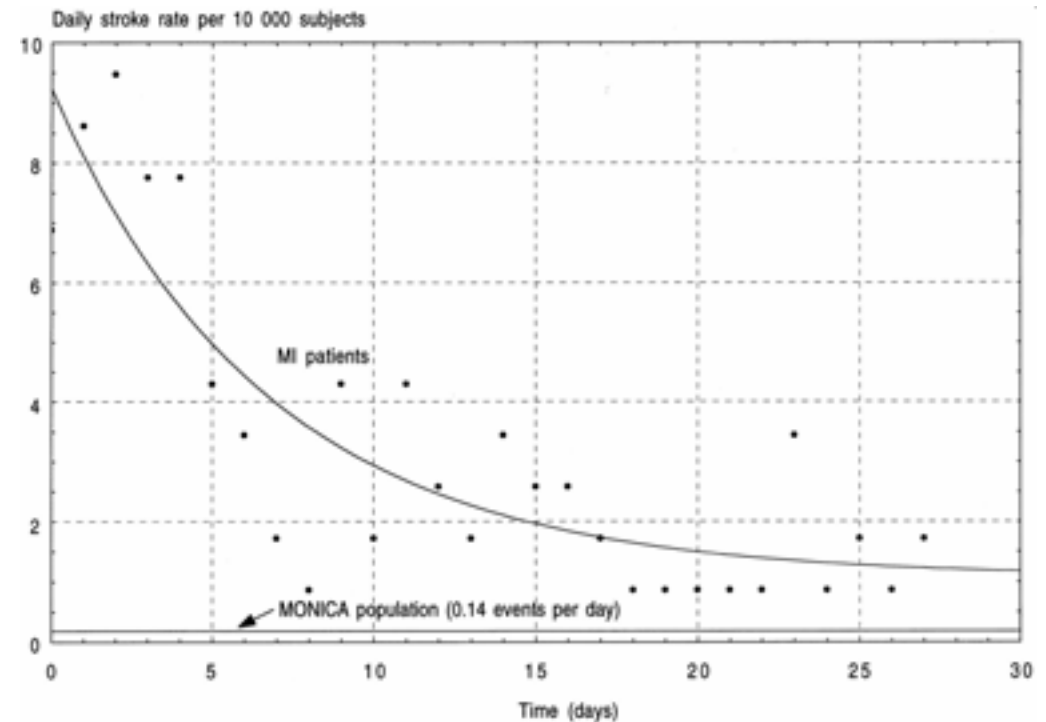


Les questions

- Quel est le **risque absolu** d'IDM après un infarctus cérébral (IC) et réciproquement ?
- Quelle est la **prévalence des lésions asymptomatiques** coronaires chez le patient ayant eu un IC ou des TSA chez le patient ayant eu un IDM que l'on pourrait **dépister** (en vue de traiter)?

Risque d'IC après un IDM

- Risque absolu
 - <1 mois $\approx 1\%$
 - >1 mois $\leq 1\%/an$
- Facteurs de risque
 - Age
 - Altération fonction VG
 - FA
 - ATCD AVC
 - Localisation antérieure

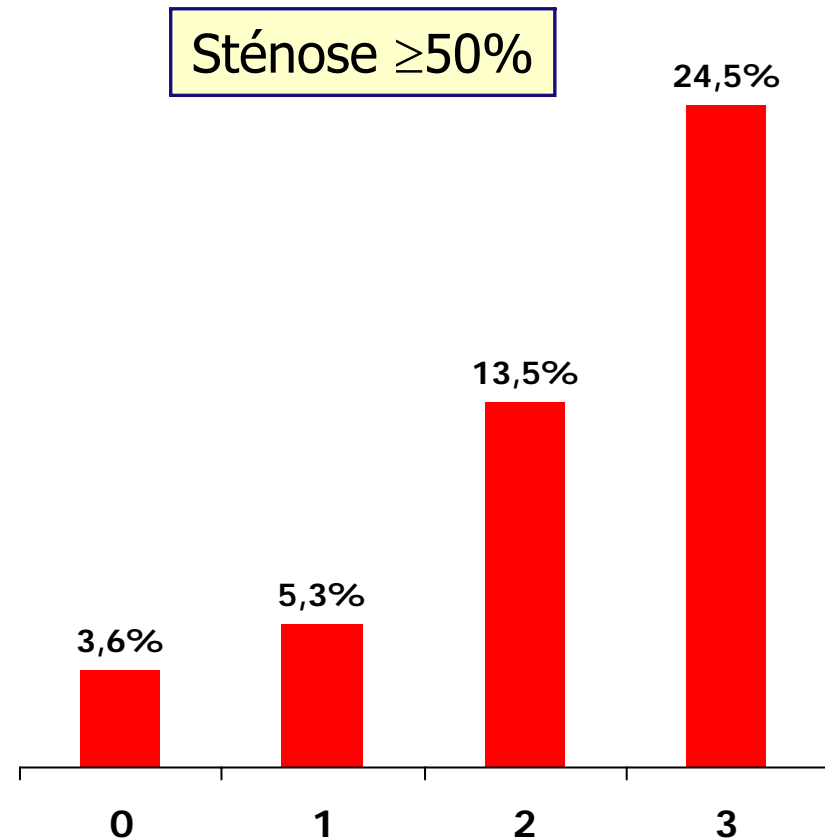


Mécanismes des infarctus cérébraux

- Phase aiguë
 - Thrombus VG
 - Hémodynamique
 - « Facteurs systémiques » → déstabilisation globale de la maladie athéroscléreuse ?

Prévalence de l'athérosclérose carotide chez le coronarien

- Populations hétérogènes
- Définition variable de la sténose carotide
- Prévalence sténose carotide $\geq 50-70\%$:
 - Pré-chirurgie $\sim 10\%$
 - Pré-coronaro 7-10%
- Augmente avec le nombre d'artères coronaires atteintes



Risque d'IDM après un IC/AIT

AHA/ASA Scientific Statement

Coronary Risk Evaluation in Patients With Transient Ischemic Attack and Ischemic Stroke

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association/American Stroke Association

Robert J. Adams, MD; Marc I. Chimowitz, MD; Joseph S. Alpert, MD; Issam A. Awad, MD; Manuel D. Cerqueria, MD; Pierre Fayad, MD; Kathryn A. Taubert, PhD

This Statement is being copublished in the September 9, 2003, issue of *Circulation* and the September 2003 issue of *Stroke*.
(*Stroke*. 2003;34:2310-2322.)



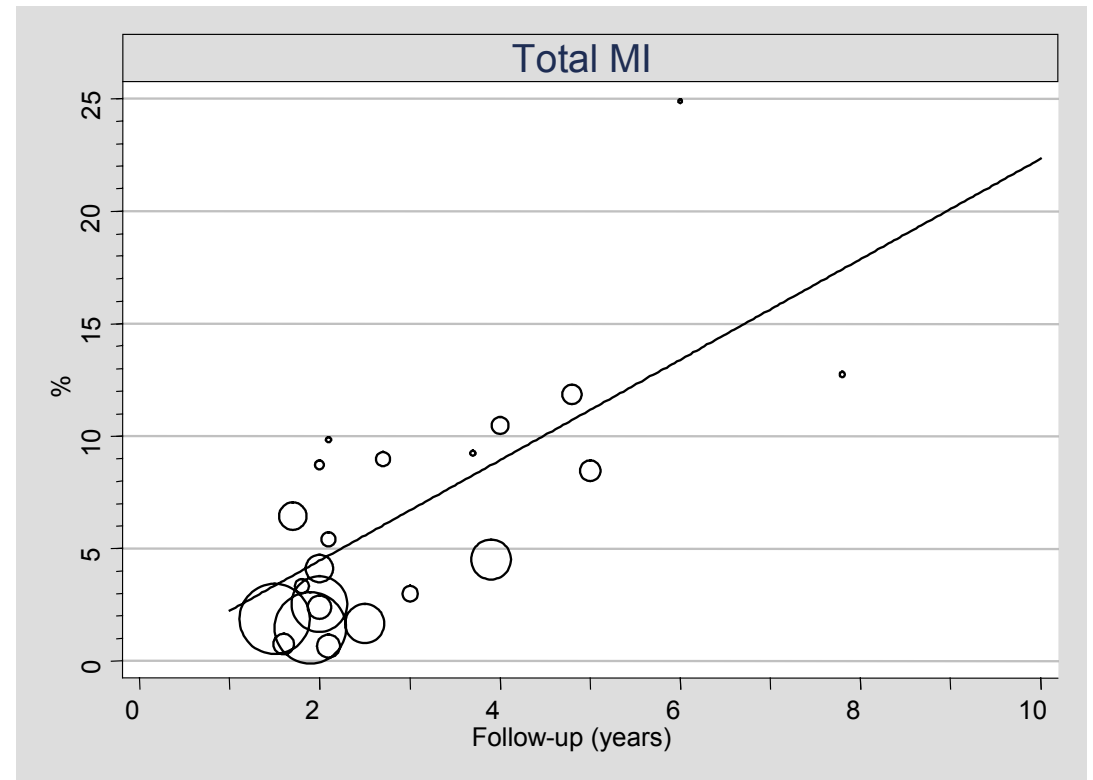
Phase aiguë de l'IC

- Risque d'IDM peu évalué
 - IDM mortel 0.1→3%
 - Décès 'cardiaque' 1→2.5%

- Mécanismes
 - Déstabilisation de la mal. athéromateuse?
 - ?
 - ...

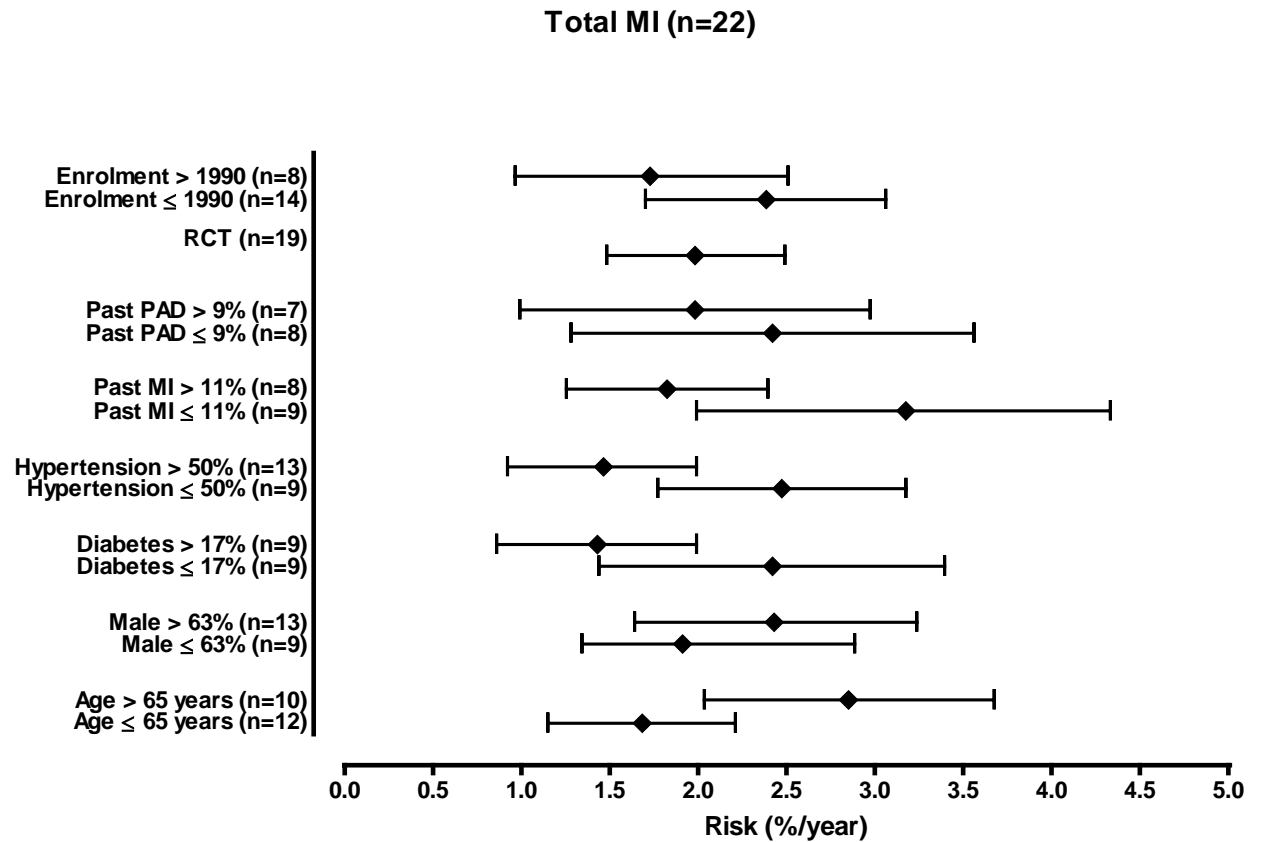
Risque d'IDM après un AVC

- Revue systématique + méta-analyse
- Suivi ≥ 1 an
- 39 études identifiées (IDM, mort vasculaire)
 - 25 essais randomisés
 - 8 études en population
 - 6 études monocentriques
- 65,996 patients



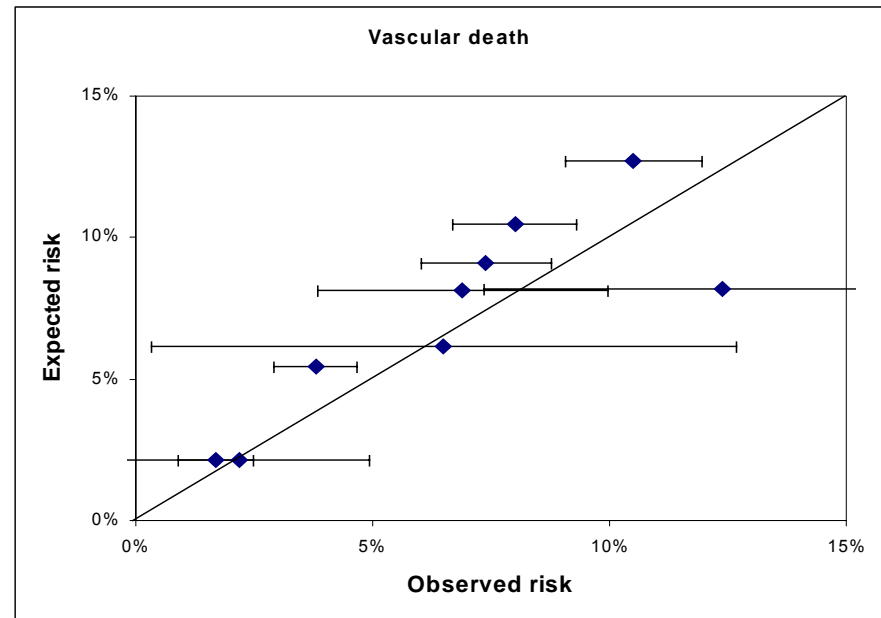
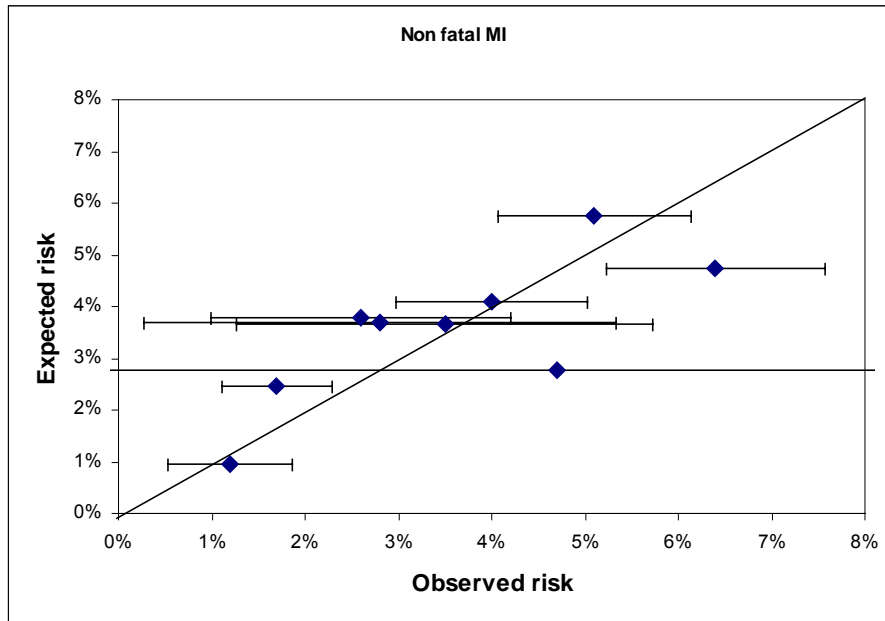
Risques absolus annuels

- Mort vasculaire
 - 2.1% (1.9-2.4)
- IDM total
 - 2.2% (1.7-2.7)
- IDM mortel
 - 1.1% (0.8-1.5)
- IDM non mortel
 - 0.9% (0.7-1.2)



Validité des résultats

- Données individuelles
- Comparaison du risque attendu au risque observé



Prévalence des lésions coronaires chez le patient ayant un Infarctus cérébral

- Peu évaluée
- Méthodes non invasives
 - 25 à 60% des patients
- Coronarographie (1 étude)
 - 506 patients=chirurgie carotide
 - Prévalence sténose coronaire $\geq 70\%$:
 - Patients AVC (n=288) 34% (29-40)
 - Patients sans ATCD coronaire 18% (12-23)



Facteurs de risque de lésions coronaires

- Peu de données
- Facteurs de risque classiques: âge, sexe masculin, diabète, tabac
- Sévérité de la maladie athéroscléreuse
 - Artériopathie des membres inférieurs
 - AVC lié à l'athérosclérose
 - Degré de sténose carotide, sténose carotide controlatérale, athérosclérose intracrânienne



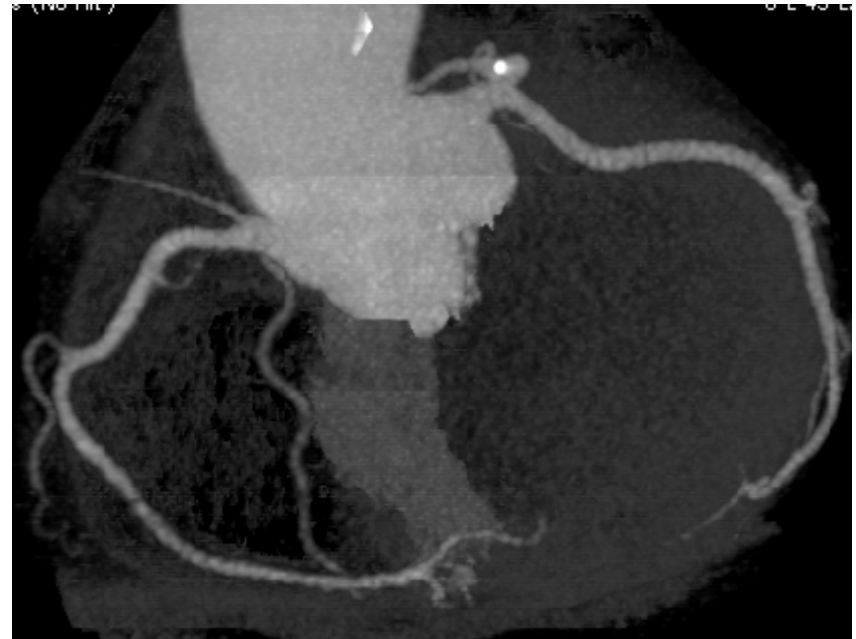
Faut-il dépister les lésions asymptomatiques?

- Ce qui incite à dépister:
 - Risque absolu assez élevé
 - Prévalence des lésions asymptomatiques assez élevée
- Déterminants de localisations multiples?
 - FDR classiques insuffisants?
 - Facteurs systémiques? Génétiques?
 - Extension locale de la maladie?
- Est-ce que le dépistage améliore le pronostic?
- → Nécessité d'études spécifiques...



PREvalence des lésions CORonaires asymptomatiques chez les patients ayant un accident ISchémique cérébral

- Objectif principal
 - Prévalence et déterminants des lésions coronaires $\geq 50\%$
- Patients (n=300, ≥ 2 centres)
 - AVC/AIT d'origine artérielle
- Stratégie d'investigations
 - Angioscanner 64-barrettes
 - Bonne sensibilité/spécificité
 - Analyse de la paroi?
- Promotion-Financement
 - Hôpital Sainte-Anne
 - Institut de l'Athérombose



Registre REACH (REduction of Atherothrombosis for Continued Health)

- 18837 patients ayant un AVC/AIT
 - 6770 (36%) coronaropathie associée
- Analyse transversale
 - Facteurs de risque de coronaropathie symptomatique associée
- Événements à 1 an
 - → Déterminants des événements

