

Création : Octobre 2003

Auteurs : A. Viguier

## STÉNOSES CAROTIDIENNES EXTRACRÂNIENNES

Modification :

Dix à 20 % des AIC sont en relation avec une sténose carotidienne. Le traitement médical basé sur l'utilisation des antiagrégants plaquettaires et le contrôle des facteurs de risque vasculaire doit être entrepris dans tous les cas. La décision d'un traitement radical de la sténose par endartériectomie chirurgicale dépend actuellement de deux paramètres principaux : le caractère symptomatique ou non et le degré de la sténose. D'autres paramètres cliniques ou paracliniques peuvent également aider au choix du traitement en cas de sténose modérée (*cf. annexe*).

Le tableau I résume les résultats des 3 grandes études randomisées<sup>1, 2, 3</sup>.

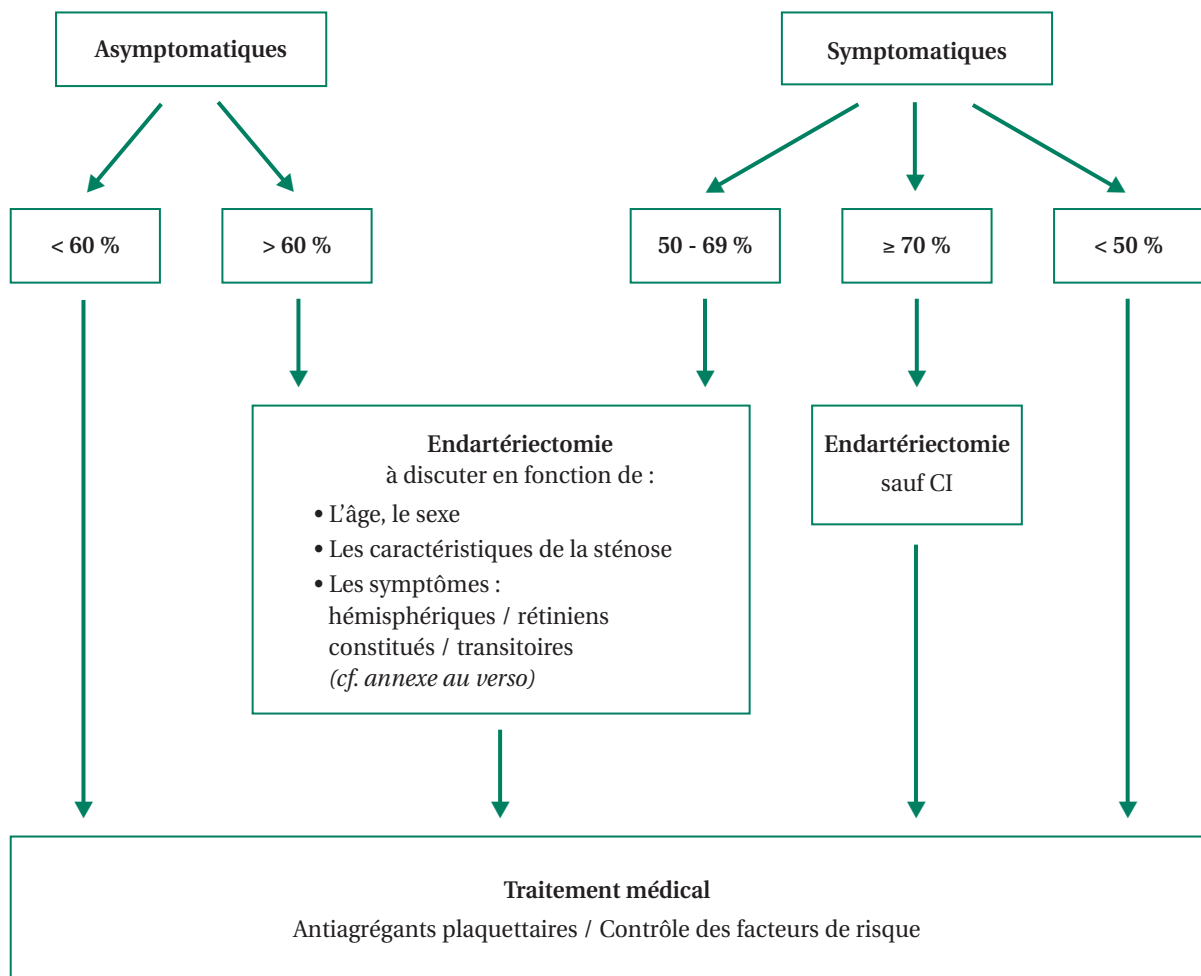


Tableau I. Traitement des sténoses carotidiennes symptomatiques et asymptomatiques en fonction du degré de sténose, mesuré selon la méthode NASCET.

## Annexe

### Correspondances NASCET / ECST

| NASCET | ECST |
|--------|------|
| 30 %   | 65 % |
| 40 %   | 70 % |
| 50 %   | 75 % |
| 60 %   | 80 % |
| 70 %   | 85 % |
| 80 %   | 91 % |
| 90 %   | 97 % |

### Critères secondaires du choix thérapeutique

Essentiellement en cas de sténose symptomatique modérée (50 à 69 %) ou de sténose serrée asymptomatique. Ces résultats sont issus de petites séries ou d'analyses secondaires des grands essais.

■ Le risque de récurrence augmente :

- avec le degré de sténose pour diminuer ensuite pour les pseudo-occlusions<sup>4</sup> ;
- en cas de sténose évolutive ;
- en cas d'altération sévère de la réserve circulatoire (par exemple, test au Diamox<sup>5</sup>) ou de retentissement hémodynamique intracrânien (Doppler transcrânien) ;
- en fonction des caractéristiques morphologiques de la plaque : aspect irrégulier, ulcéré ou hypoéchogène à l'échographie carotidienne ;
- si des signaux microemboliques cérébraux sont détectés en aval de la sténose.

■ Le bénéfice de la chirurgie semble plus grand s'il s'agit d'un homme plutôt qu'une femme, si les symptômes initiaux sont hémisphériques plutôt que rétiniens, s'il s'agissait d'un accident constitué plutôt que transitoire et en cas de sténose intracrânienne associée<sup>6</sup>.

■ Le risque de complications périopératoires augmente en cas de :

- sexe féminin ;
- occlusion de la carotide interne controlatérale ;
- HTA au moment de la chirurgie ;
- absence de traitement par aspirine.

### Date de la chirurgie

En absence ou en cas de lésion cérébrale minime sur les examens neuroradiologiques et devant des symptômes régressifs, la chirurgie doit être envisagée en semi-urgence (quelques jours).

En cas de lésion cérébrale étendue ou de prise de contraste sur le scanner cérébral, la chirurgie doit être différée en raison du risque hémorragique.

### Place de l'angioplastie et de la pose d'un stent de la carotide interne

Ni la sécurité, ni l'efficacité de cette procédure par rapport à l'endartériectomie n'ont été, à ce jour, démontrées. Plusieurs essais sont en cours et à l'heure actuelle ce traitement ne doit être proposé que dans des centres experts, soit dans le cadre d'un protocole thérapeutique, soit pour d'exceptionnels cas particuliers (sténose inaccessible à la chirurgie, sténose radique).

### RÉFÉRENCES

1. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of Carotid Endarterectomy in symptomatic patients with high grade carotid stenosis. *N Engl J Med.* 1991;325:445-453.
2. European Carotid Surgery Trialists' collaborative group. *Lancet.* 1991;337:1235-1243.
3. Executive committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study: Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA.* 1995;273:1427-1438.
4. Rothwell PM, Warlow CP. Low risk of ischemic stroke in patients with reduced internal carotid lumen diameter distal to severe symptomatic carotid stenosis. *Stroke.* 2000;31:622-630.
5. Markus H, Cullinane M. Severely impaired cerebrovascular reactivity predicts stroke and TIA risk in patients with carotid artery stenosis and occlusion. *Brain.* 2001;124:457-467.
6. Rothwell PM, Slattery J, Warlow CP. A systematic review of clinical and angiographic predictors of stroke and death due to endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. *Stroke.* 1996;27:260-265.