

Cas clinique

Sténose de la carotide interne

Théotime Portalier

10/01/2025

Homme de 70 ans

- Hémiplégie droite brutale associée à des troubles phasiques

Antécédents :

FDR vasculaires :

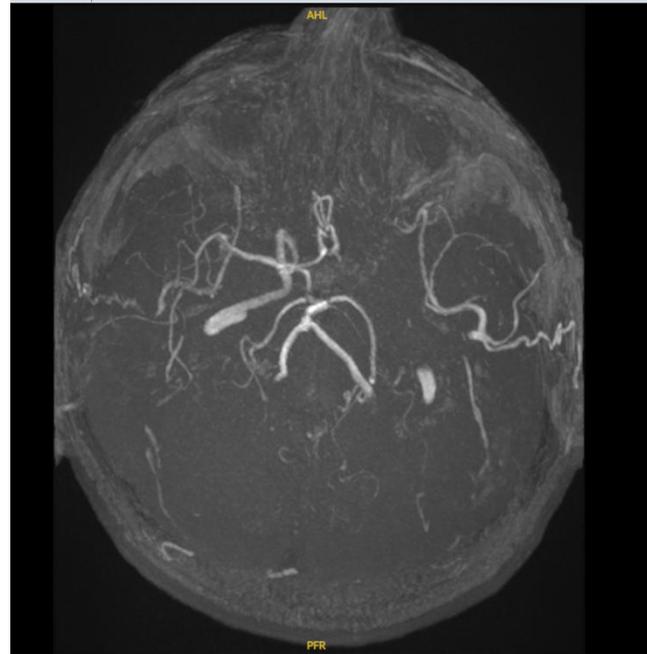
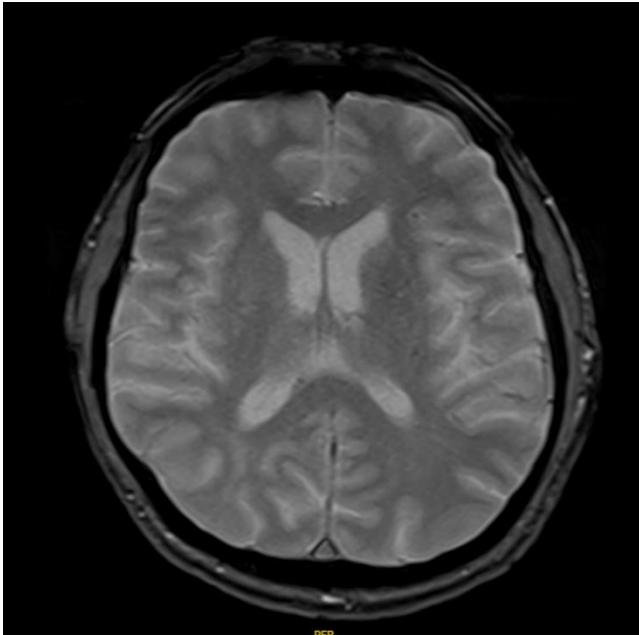
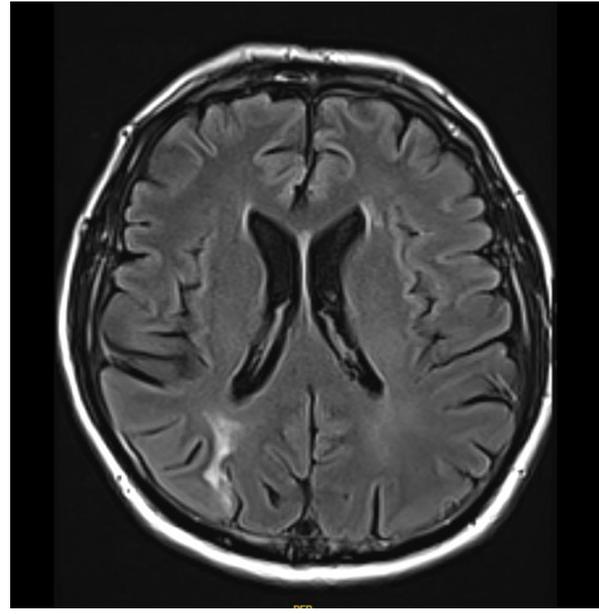
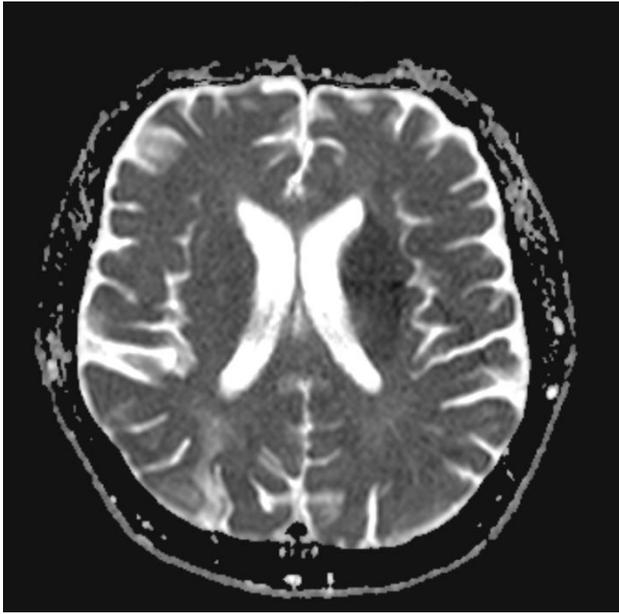
- Tabagisme actif 20 PA
- alcool 2 verres de vin /jour

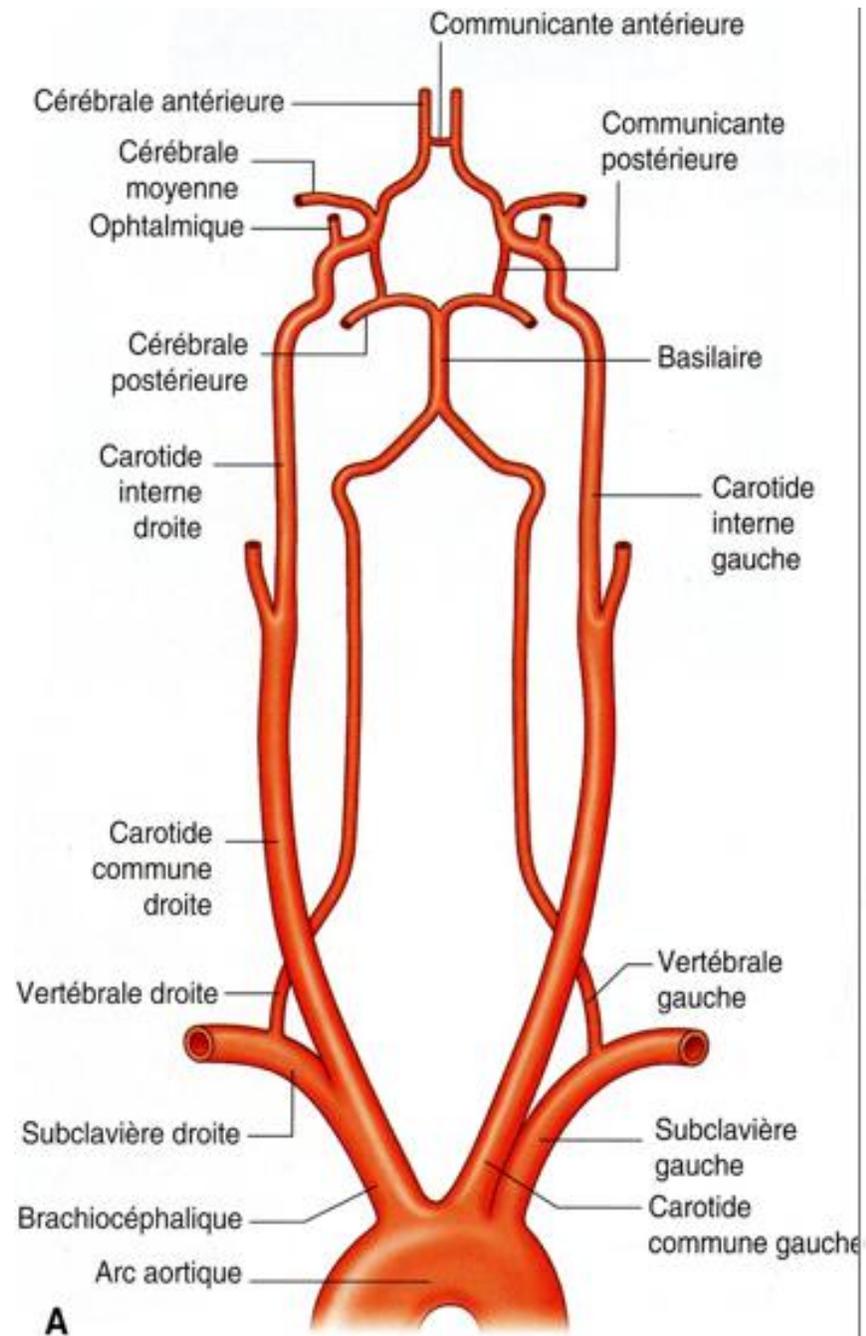
- **NIHSS 25**

- IRM cérébrale en urgence :

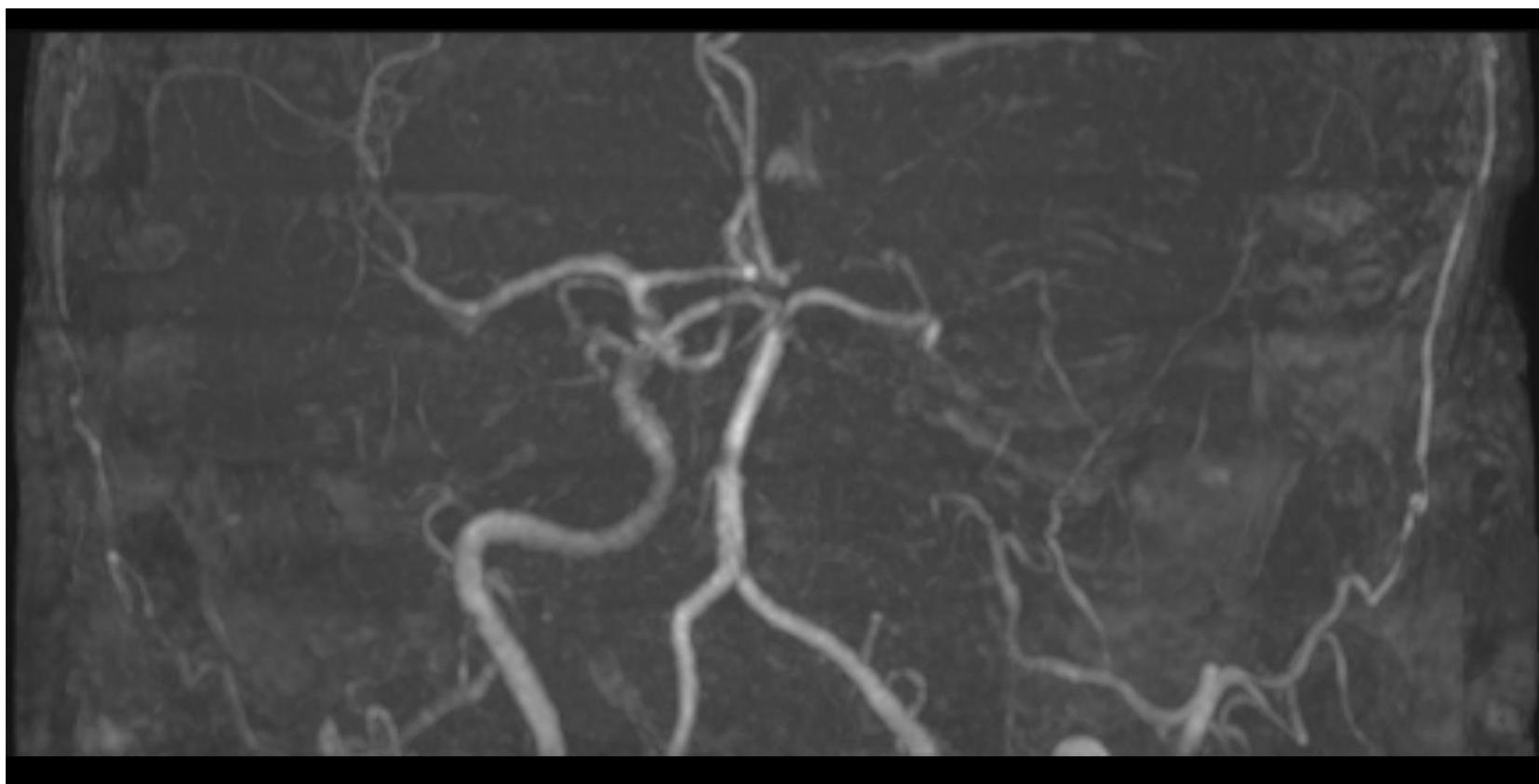
AVC ischémique sylvien gauche en cours de constitution en hypersignal de diffusion, négatif en FLAIR (flux lents) avec **thrombus M1** visible sur le T2* et le TOF.

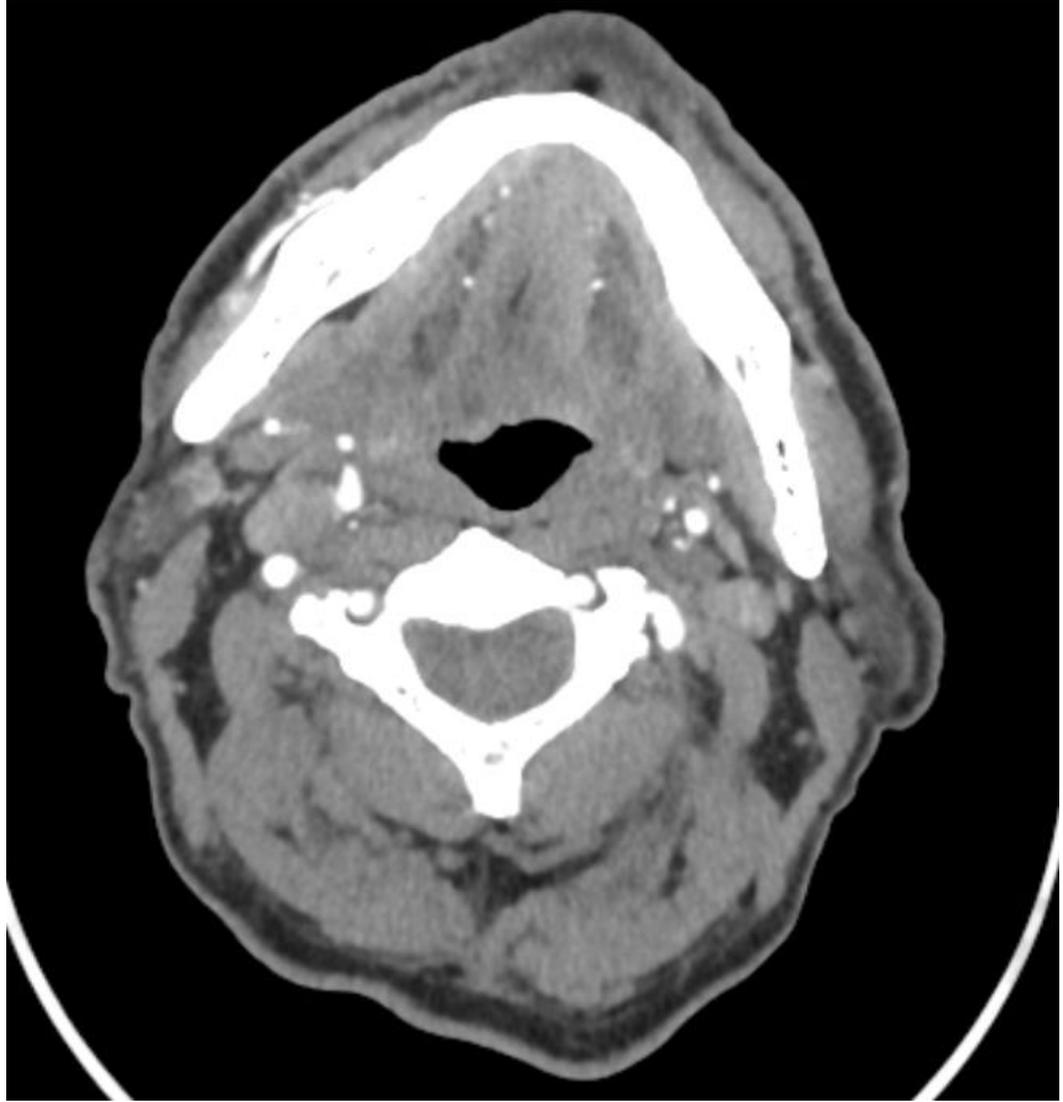
- AngioTSAo : **occlusion carotidienne gauche** étendue depuis la naissance de la carotide interne et carotide interne droite athéromateuse en post ostial





A





➤ Occlusion en tandem carotido-sylvienne

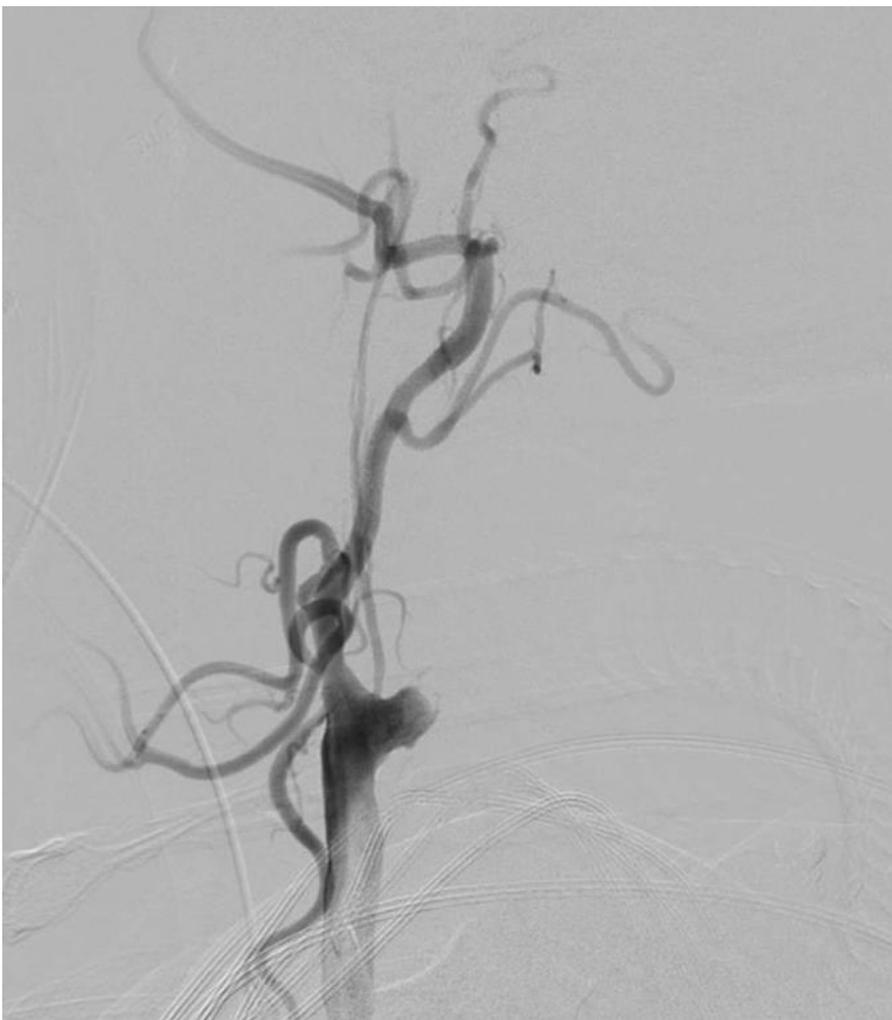
- de la carotide sus-bulbaire gauche
- et de la portion M1 de l'ACM

Prise en charge

thrombolyse IV

+ thrombectomie mécanique

+ angioplastie stenting du bulbe de la CIG



De plus ...

- Sténose serrée de la CID sus-bulbaire à >70%
- Indication chirurgicale retenue avec séquelle ischémique pariétale droite.
- endartériectomie carotide interne droite, 3 mois après l'AVC

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un AIT : Recommandations HAS 2018

Sténose athéro-scléreuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne	Sténose comprise entre 70 et 99 % (critères NASCET) : endartériectomie carotidienne chez les patients avec un IC non invalidant ou un AIT, de moins de 6 mois	A
	Sténose carotidienne comprise entre 50 et 69 % : endartériectomie carotidienne possible en prenant en considération certaines caractéristiques du patient et de l'accident ischémique cérébral	A
	Le bénéfice est plus important chez les hommes, chez les patients de plus de 75 ans et, en cas d'AIT, chez les patients avec symptômes hémisphériques	B
	Sténose pseudo-occlusive : bénéfice de l'endartériectomie carotidienne incertain	C

Sténose de la carotide interne < 50 % : pas d'indication chirurgicale	A
La chirurgie carotidienne doit être réalisée par un chirurgien expérimenté avec un taux de morbi-mortalité inférieur à 6 %	AE
Le bénéfice de l'endartériectomie est d'autant plus important que le geste est réalisé précocement (dans les 15 jours après l'accident)	B
L'angioplastie carotidienne avec stent ne peut être proposée qu'en consultation pluridisciplinaire aux patients à haut risque de récurrence sous traitement médical et en cas de comorbidité majeure contre-indiquant la chirurgie carotidienne ou de sténose non accessible à la chirurgie	C

Sténose carotidienne : recos ESC 2024

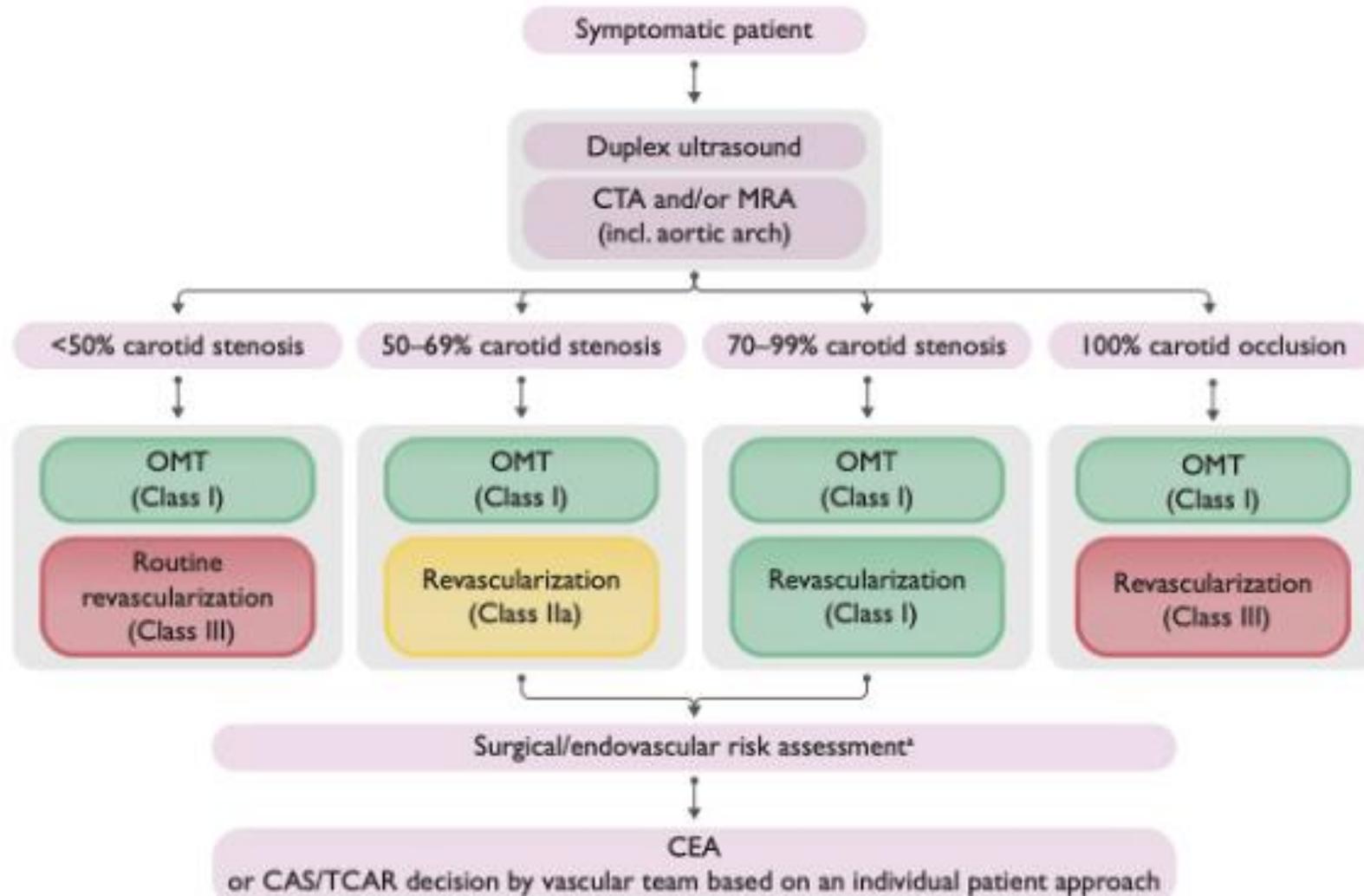
- L'évaluation Doppler de la sténose carotidienne repose sur l'évaluation NASCET (*grade I*).
- La méthode ECST n'est plus recommandée (*grade III*).

Sténose carotidienne : recos ESC 2024

- Symptomatique : la réalisation d'un geste de revascularisation est recommandée en cas de sténose évaluée entre 50 et 99% (*grade IA pour les lésions entre 70-99 % et grade IIa pour les lésions évaluées entre 50-69%*).

L'intervention n'est pas recommandée en cas de lésion < 50% (*grade III*).

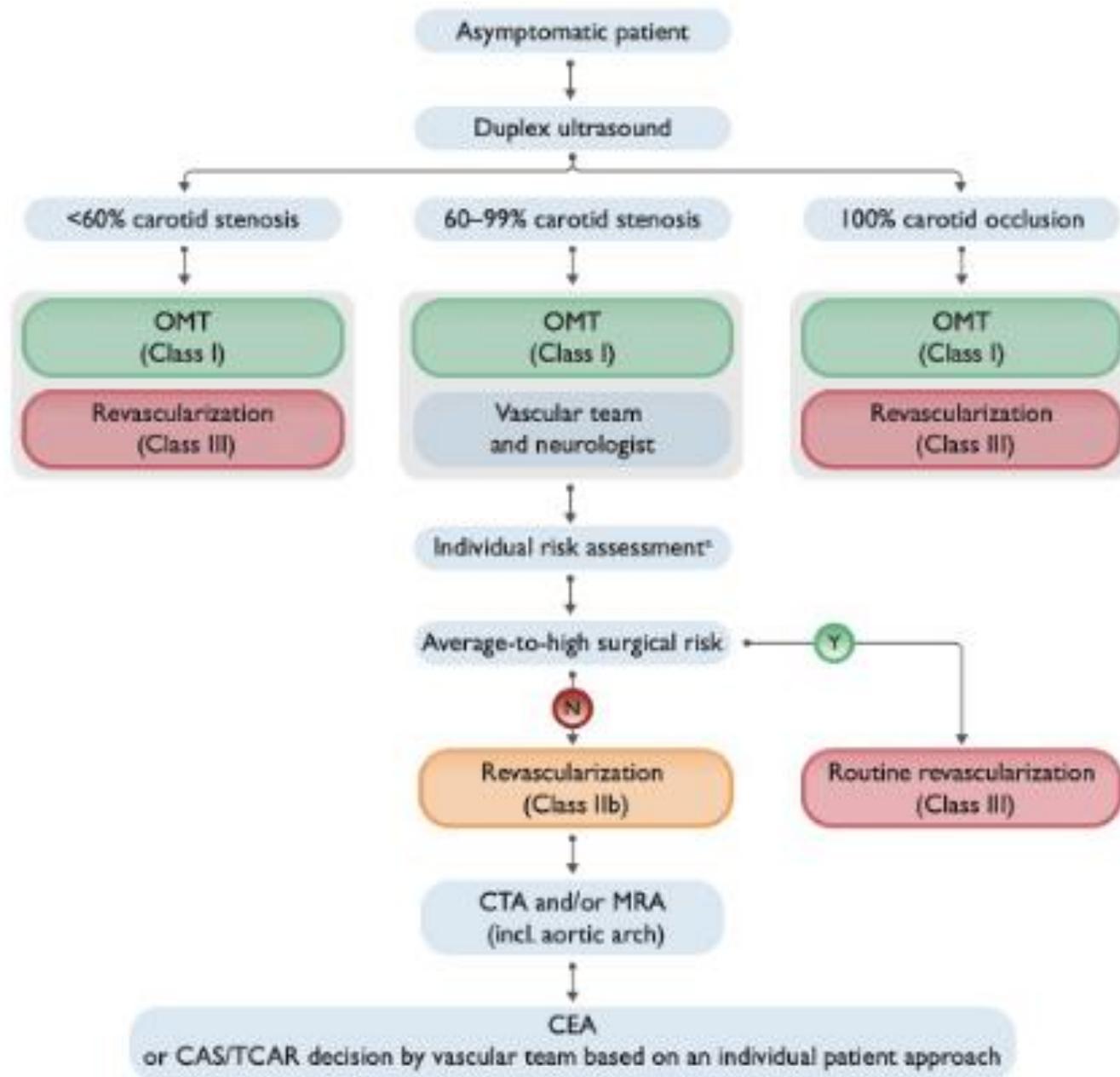
Patient symptomatique



Sténose carotidienne : recos ESC 2024

- Asymptomatiques : la réalisation d'un geste de revascularisation systématique n'est pas recommandée mais réservée aux patients à faible risque opératoire présentant une sténose évaluée entre 60 et 99% pour lesquels des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été identifiés (*grade IIb*).

Patient asymptotique



Sténose carotidienne : recos ESC 2024

- Les facteurs de risque d'AVC mentionnés sont dominés par :
 - la présence d'un AVC silencieux homolatéral à l'imagerie cérébrale
 - les antécédents d'AIT/AVC controlatéral
 - la présence de plaques hypoéchogènes au Doppler
 - l'identification d'hémorragie intraplaque à l'IRM

Clinical ^a	Contralateral TIA/stroke ^{681,682}
Cerebral imaging	Ipsilateral silent infarction ^{683–685}
Ultrasound/CT imaging	Stenosis progression (>20%) ^{340,684,685} Spontaneous embolization on transcranial Doppler (HITS) ^{341,686} Impaired cerebral vascular reserve ^{687,688} Large plaques ^{689,690} Echolucent plaques ^{136,691} Increased juxta-luminal black (hypoechoic) area ^{689,690}
MRA ^b	Intraplaque haemorrhage ^{692,693} Lipid-rich necrotic core ^{694,695}

CT, computed tomography; HITS, high-intensity transient signal; MRA, magnetic resonance angiography; TIA, transient ischaemic attack.

^aAge is not a predictor of poorer outcome.

^bMore than 40 mm² on digital analysis.

Figure 4 : Facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral en présence d'une sténose carotidienne asymptomatique ³60%.

- Le choix des modalités de revascularisation (endartériectomie ou stenting) repose sur une évaluation du risque opératoire et de la faisabilité d'un geste d'angioplastie par une évaluation multidisciplinaire.

- Une double anti-agrégation plaquettaire par aspirine faible dose et clopidogrel (75 mg) est recommandée pour un délai minimal de 21 jours dans l'attente d'un geste de revascularisation carotidienne si le risque hémorragique le permet (*grade IA*).

Cette bithérapie est à poursuivre pour une durée de 1 mois en cas de revascularisation par angioplastie (*grade IA*).

- Au long cours, la prescription d'une simple anti-agrégation plaquettaire est recommandée chez les patients ayant bénéficié d'un geste et de revascularisation. Cette recommandation s'étend, en prévention primaire, en cas de sténose carotidienne asymptomatique > 50% si le risque hémorragique le permet (*grade IIa*).

- Objectifs de contrôle lipidique : diminution de $> 50\%$ de LDLc et LDLc < 0.55 g/L, avec le recours aux stratégies médicamenteuses habituelles (statines, statines/ezetimibe, inhibiteur du PCSK9)

Retour au cas clinique :

- Duoplatin 75 mg puis à 3 mois relai Kardégic 160 mg/jour.
- atorvastatine 40 mg : LDL cible <0,55 g/L

- Pas d'HTA
- Pas de diabète

- Sevrage tabagique !

A 6 mois post AVC et 3 mois post endartériectomie

- Discret manque du mot et réduction du vocabulaire.
Séances d'orthophonie une fois par semaine
- Coronaropathie stentée sur l'IVA 2 mois après l'AVC

Merci pour votre attention!

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/avc_recommandation_2014-09-25_13-08-18_537.pdf

[https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/ESC-2024/ESC-2024-les-messages-cles-des-recommandations-de-la-maladie-vasculaire-peripherique-et-des-pathologies-aortiques#:~:text=Chez%20des%20patients%20pr%C3%A9sentant%20une,%C3%A9valu%C3%A9es%20entre%2050%2D69%25\).](https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/ESC-2024/ESC-2024-les-messages-cles-des-recommandations-de-la-maladie-vasculaire-peripherique-et-des-pathologies-aortiques#:~:text=Chez%20des%20patients%20pr%C3%A9sentant%20une,%C3%A9valu%C3%A9es%20entre%2050%2D69%25).)