

# PETIT BULLETIN

## du Gériatre et du Gérologue

CHU de Grenoble et de Nice  
CMRR Nice et Grenoble Arc Alpin

17<sup>ème</sup> année n° 18

30 Mai 2011

### REUNION BIBLIOGRAPHIQUE HEBDOMADAIRE

Pour l'envoi de vos références et résumés : [franco.a@chu-nice.fr](mailto:franco.a@chu-nice.fr)

## Article

- The Lancet 2011; 377: 1681-92

**Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischaemic attack and ischaemic stroke.** Peter M. Rothwell, Ale Algra, Pierre Amarenco

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 377 May 14, 2011

*[Traitement médical dans la prévention secondaire en phase aiguë et à long terme après un accident ischémique transitoire (AIT) et un AVC ischémique.] Il s'agit d'une revue de la littérature par un groupe d'auteurs experts en prévention secondaire de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Trente pourcent d' AVC sont des récides d' AIT ou d' AVC mineurs (non constitués et sans séquelles) chez des patients dont 50% avaient des antécédents vasculaires. La récidence d'AVC est plus sévère que le premier épisode et souvent responsable de démence. Des progrès dans la prévention secondaire ont été faite avec l'utilisation de l'aspirine en 1978, de l'aspirine et du dipyridamole en 1987, de l'endartériectomie carotidienne en 1991, de la Warfarine quand AVC sur ACFA en 1993, du clopidogrel en 1996, de la réduction de l'hypertension artérielle (HTA) en 2001, de la réduction du cholestérol avec simvastatine en 2004 et de l'atorvastatine en 2006 sur plusieurs études cliniques. L'étude actuelle est une revue de la littérature d'études observationnelles, multicentriques, en simple aveugle et non parallèle comparant l'effet de réduction du risque d'AVC sur une population de patients avec antécédents vasculaires entre 1981 et 1986 versus cette même population de patients après un AIT ou un AVC mineur entre 2002 et 2010. L'objectif est de montrer le bénéfice sur la réduction du risque de récidence d'AVC grâce à une prévention secondaire immédiate pendant les 90 jours après le premier épisode.*

#### Prévention secondaire en phase aiguë:

*Elle est importante car le risque de récidence d' AVC est élevé après un AIT ou un AVC mineur: 1,2% 6h après, 2,1% 12h après, 5,1% 1jour après, 3,1% 2 jours après, 42% 1 mois après selon une meta-analyse de 18 études prospectives (risque alpha à 5%). Une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide dès le premier épisode d'AIT ou d'AVC mineur (imagerie carotidienne, imagerie cérébrale, anti-aggrégant plaquettaire, anti-hypertenseur, statines, anticoagulation si besoin, endartériectomie carotidienne) diminue significativement le risque de récidence d'AVC ( hazard Ratio 0,20; IC95%=[0,08-0,48],p=0,0001) tout en diminuant la durée d'hospitalisation d'une 15aine de jours, le coût des soins aigus et le handicap liés aux AVC à 6 mois. Après lecture des études SOS-TIA, EXPRESS, Score ABCD, MATCH, CHARISMA, CARESS, CLAIR, FASTER PILOT, on peut déduire qu'il existe un bénéfice à administrer précocement une statine, de l'aspirine (dans les premières 48h au plus tard après un AIT ou un AVC mineur) et de normaliser précocement la tension artérielle afin de réduire dans les prochains 90 jours le risque de récidence d'AVC. la mise en route précoce des règles hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, diminution de la consommation d'alcool, augmentation de l'exercice physique...) participent aussi favorablement à cette baisse. L'association aspirine et clopidogrel montre une tendance bénéfique par rapport à l'aspirine seule ou au clopidogrel seul dans la prévention secondaire aiguë mais le risque hémorragique est cliniquement significatif avec cette association. Les résultats de 3 larges essais cliniques actuellement en cours seront nécessaires pour définir les recommandations applicables.*

#### Prévention secondaire dans le long terme:

*Les recommandations pratiques actuelles préconisent l'utilisation de l'aspirine avec le dipyridamole ou du clopidogrel en première intention dans la prévention secondaire sur le long terme après un AVC ischémique d'origine artérielle. Si l'association aspirine et dipyridamole est contre-indiquée ou si le clopidogrel est lui aussi contre indiqué, l'aspirine seul ou le Trifusal apparaissent comme des alternatives. Dans l'AVC ischémique d'origine cardio-embolique et surtout avec un score CHADS2 élevé, l'utilisation d'un AVK avec INR cible entre 2 et 3 est le mode de traitement standard. Les nouveaux anticoagulants n'ont pas encore pu établir de bénéfice scientifiquement prouvé par rapport aux AVK actuels. La baisse constante de la tension artérielle <120/80mmhg, la réduction du LDL<70 mg/dl et de la concentration en triglycérides < 150mg/dl et la valeur de HDL>50mg/dl réduisent de manière significative le risque de récidence d'un AVC à long terme. Des résultats similaires sont observés chez des patients diabétiques dans l'étude STENO-2 et aussi chez des patients jeunes et âgés au moins jusqu'à 85 ans dans l'étude SPARCL. L'atorvastatine à 80 mg /jour aurait même un effet*

néphroprotecteur dans cette étude SPARCL; d'autre part, l'association de fénofibrate à 160mg/jour (pour la baisse de triglycérides) avec une statine (pour la baisse de LDL cholestérol) serait bien tolérée en terme d'effets secondaires musculaires dans l'étude ACCORD. La seule molécule augmentant réellement le taux d'HDL cholestérol de 30% tout en réduisant les concentrations de triglycérides et de LDL cholestérol de 20% serait l'acide nicotinique selon une méta-analyse d'essais cliniques. (Commentaires Guyrette Tchepanno-Touhou, Interne, Nice)

- **La Revue de médecine interne 2011 ;32 : e72-e75**

**Encephalopathie hyperammonémique au valproate de sodium.** B.Granel, M.Gavaret, X.Le Baut, N.Sautereau, D.Rodriguez, P.Rossi, D.Bagnères, A.-L. Demoux, Y.Francès, (Marseille)

*La Dépakine peut entraîner une encéphalopathie hyperammonémique (EH). Le cas suivant illustre. Homme, de 44 ans en 2009, hospitalisé pour somnolence aiguë sans signe de focalisation. Dans ses antécédents, on retrouve un hématome intracérébral temporal droit avec hémorragie sous-arachnoïdienne post traumatique en 2008, crise d'épilepsie généralisée au décours, éthyliste chronique sévère, insuffisance hépato-cellulaire et présence de varices œsophagiennes. Les traitements prescrits comportent l'acide valproïque (dépakine) et la gabapentine avec une mauvaise observance, le propranolol et de l'esoméprazole. L'examen du patient retrouve une somnolence, un ralentissement psychomoteur ; le patient est « stimuable » mais confus. La biologie retrouve une cytopénie modérée, un taux de prothrombine diminué à 50% avec facteur V diminué. La tomographie cérébrale avec injection met en évidence une hypodensité séquellaire. L'angio-scanner des troncs supra-aortiques ne retrouve pas de lésion. L'EEG retrouve une activité de fond ralentie bilatérale, sans anomalie lente focale ni anomalie paroxystique compatible avec une encéphalopathie toxique. Le dosage sérique de valproate sérique est normal. L'hyperammonémie est égale à 2 fois la normale.*

*La prise en charge thérapeutique consiste en l'arrêt de la dépakine, la majoration de la gabapentine, avec un retour à une conscience normale en 3 jours, un taux d'ammonémie normal et un EEG normal.*

*Commentaires : Le valproate entraîne une EH réversible. Toute confusion chez un patient traité par valproate doit faire rechercher une EH. Ici, le diagnostic différentiel est une encéphalopathie hépatique mais il n'y a pas de signes de décompensation. L'hépatopathie préexistante est sûrement un facteur aggravant. Le valproate peut entraîner une hyperammonémie sans signes cliniques d'intolérance. Plusieurs hypothèses existent dont la carence acquise en carnitine. Une revue publiée par Segura-Bruna en 2006 rappelle les causes possibles d'hyperammonémie et la plus fréquente est le déficit en OTC, Ornithine Transcarbamylase, déficit du cycle de l'urée. En définitive, le valproate peut induire une EH. Une confusion sous valproate doit faire réaliser en urgence un EEG, un dosage d'ammonémie, bien que la mesure plasmatique d'ammonémie ne soit pas forcément le reflet de l'ammonémie cérébrale. Le diagnostic impose l'arrêt du valproate et le remplacement par un autre anti-épileptique. Cette observation suggère qu'une hépatopathie sous-jacente est un facteur de risque. (Commentaires Claire GOURC, Interne, Nice)*

## Enquêtes

- **Les français et le grand âge**

Sixième vague, Avril 2011, TNS Sofres – FHF

La prise en charge du grand âge, un enjeu crucial dans l'agenda politique de 2011. Dépendance : les français concernés par une expérience personnelle pour deux français sur cinq. Une société inexorablement modifiée petit à petit. Une action publique toujours sévèrement jugée. Mais une satisfaction qui augmente chez les personnes concernées. Un déficit d'information sur l'accompagnement des personnes âgées, mais qui se dissipe avec l'âge. Un persistant sentiment d'impuissance. Le séjour en Ehpad ne pourrait être financé que par un français sur deux. La maison de retraite n'attire toujours pas, loin de là. La perception de la maltraitance institutionnelle décroît sensiblement dans l'opinion depuis 2003. Les métiers de l'aide et de la prise en charge des personnes âgées restent attractifs, mais avec un début d'érosion. (Info FNG)

- **Les Européens et la longévité**

Mars 2011, Ifop – Pileje

Réalisée sur un échantillon d'européens de France, Grande Bretagne, Allemagne, Espagne et Italie, cette enquête souligne que vivre vieux n'est pas un souhait commun, que l'optimisme l'emporte sur l'augmentation de l'espérance fulgurante de vie, que la vieillesse apparaît comme un moment plutôt heureux à certaines conditions, que l'hygiène de vie est la règle du bien vieillir, et qu'enfin la phytothérapie, la nutrition et la micro-nutrition amènent à des pratiques utiles et crédibles pour bien vieillir. Mais les comparaisons entre les pays sont parfois étonnantes. L'espérance de vie majorée soulève l'optimisme en GB et en Espagne, et un sentiment plutôt pessimiste en Allemagne ... et en France. Progrès à faire...

## Infos

- **STRASBOURG, 30 mai 2011 (APM) : François Fillon veut intensifier le développement de l'e-santé**

Le Premier ministre, François Fillon, a indiqué lundi qu'il souhaitait intensifier le développement de l'e-santé, lors d'un déplacement en Alsace sur la politique de santé.

## Congrès et Réunions professionnelles

- **SFGG. 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 4-6 octobre 2011, Paris- CNIT.**

La soumission d'un résumé de communication aux 31èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie est possible jusqu'au 31 mai 2011 minuit. Pour soumettre votre résumé: [cliquez ici](#) . Sur le site du congrès [www.jasfgg2011.com](http://www.jasfgg2011.com), vous pourrez soumettre vos résumés, consulter le planning du programme, et vous inscrire.

- **2e Congrès de la SFTAG**

9 & 10 JUIN 2011, Ivry-sur-Seine. La SFTAG (Société française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie) organise son 2e Congrès les 9 et 10 Juin prochain sur le thème : L'Offre et la demande en Technologies pour l'autonomie et Gérontechnologie. Contact organisation: [congres.sftag11@gmail.com](mailto:congres.sftag11@gmail.com).

- **EUGMS 7th Congress to be held in Málaga (Spain) from 28 to 30 Sept 2011**

The *deadline* has been moved to **May 15**, in order to allow more time to get presentations from most European countries. The website ([www.eugms-segg2011.org](http://www.eugms-segg2011.org)) is open and ready to receive them. The theme of the Congress - New therapies for an ageing Europe - follows a line in which the EUGMS is very active, namely, promoting the right of older people to benefit from therapeutic advances. Work is under way, together with the European Medicines Agency, to improve access of older citizens to clinical research on new therapeutic substances, and a Pharmacology Working Group exists in the Society to promote the most appropriate use of drugs in this population, including the use of drugs with proven benefit to very old people.

- **IAGG Research Conference on Sarcopenia**

The IAGG Global Ageing Research Network is launching a series of International Research Conferences. The first Conference will concern Sarcopenia research (ICSR2011) and will be organized on June 8-9 , 2011 in Toulouse, France. See the dedicated website for details <http://icsr-sarcopenia.com/presentation.htm>

**Bibliographie du 30/05/2011 – Nice : Marianne Bruno, François-Hubert Brunschwig, Joëlle Camalet, Françoise Capriz, Clément Chevallier, Sarah Cotton, Anne-Laure Couderc, Gilbert Fanfalone, Alain Franco , Véronique François-Fasille, André Gary, Raphaëlle Gavignet, Sébastien Gonfrier, Claire Gourc, Jérôme Gozzo, Arnaud Lecoq, Guyrette Tchepanno-Touhou, Jean-Michel Tunin.**