

Nouvelles des Congrès

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

NOUVELLES DES CONGRÈS

Congrès de la ligue cardiologique belge

Bruxelles, 23 avril 2005

AVC: time is brain

Le traitement aigu de l'accident vasculaire cérébral vise à la réduction du handicap fonctionnel et de la mortalité.

Le traitement actuel utilise la thrombolyse par voie intraveineuse, intra artérielle et l'hospitalisation en Stroke Unit.

Le thrombus artériel cérébral provoque un infarctus de taille variable entouré d'une zone à débit sanguin réduit, la pénombre ischémique, visualisable à l'IRM. Le territoire infarcté s'étend avec le temps. La sélection des patients pouvant bénéficier d'une thrombolyse est fonction de la taille de la zone infarctée par rapport à la zone de pénombre ischémique. Lorsque la zone à débit réduit est supérieure à la taille de l'infarctus proprement dit, la thrombolyse sera efficace.

Pour la thrombolyse intraveineuse, l'efficacité est maximale si elle est administrée moins de trois heures après le début de l'AVC. Trois à six heures après, le bénéfice est plus faible mais toujours présent chez les patients sélectionnés.

Le risque de transformation hémorragique est plus important chez les patients thrombolysés. Des contre indications sont donc à respecter: patients sous anticoagulants, HTA sévère, patients de plus de 80 ans, déficit léger sans aphasia ou trop sévère, lésion ischémique trop étendue.

La thrombolyse intra artérielle est surtout utile pour les occlusions de la carotide interne ou de l'artère basilaire. La voie intraveineuse en effet est moins efficace dans ces cas. Le délai d'intervention possible est plus long: 6h, voire 6 à 12 heures pour l'artère basilaire.

Tous les patients ne récupèrent pas après thrombolyse mais il y a plus de patients autonomes parmi les sujets traités et une nette diminution de mortalité. Or, trop peu de patients sont traités: seulement 1,4% d'AVC en Belgique contre 10% aux USA. Si tous les AVC étaient admis endéans les 3h, on pourrait thrombolysé 1/3 des patients. La prise en charge implique donc la reconnaissance précoce des symptômes par le patient et le médecin traitant, l'hospitalisation dans les 2 heures (pour laisser le temps de poser le diagnostic) en Stroke Unit de préférence (29 unités neurovasculaires en Belgique dont 3 à Bruxelles et 10 en

Wallonie). Les injections intramusculaires sont contre indiquées de même que l'administration de corticoïdes ou d'héparine. Le neurologue ou l'unité de prise en charge doivent être prévenus par téléphone de l'arrivée d'un AVC. La prise en charge implique d'effectuer un bilan initial et de fournir les données évolutives. On contrôlera plusieurs fois la tension artérielle en position couchée. Ne pas toucher à la tension artérielle même si elle est élevée: on ne doit donc pas administrer d'anti-hypertenseurs.

Il est inutile d'essayer d'établir un diagnostic différentiel entre AVC et AIT. D'une part, le délai d'intervention doit être le plus court possible, d'autre part le risque d'infarctus cérébral est maximal dans les 48 heures qui suivent un AIT. Par ailleurs, l'AIT est à l'AVC ce que l'angor est à l'infarctus myocardique et nécessite une mise au point. Le risque d'AVC après un AIT est de 15% dans les sept jours suivants et 10% dans l'année. Une règle d'or: pour sauver du tissu cérébral chaque minute compte. Time is brain.

D'après l'exposé du Pr LALOUX, neurologue, clinique universitaires de Mont Godinne et l'exposé du Dr Luc Epicum généraliste

Recommandations diététiques en prévention vasculaire

La prévention cardio-vasculaire tant primaire que secondaire passe par des mesures hygiéno-diététiques.

La correction de facteurs de risque tel que le tour de taille et la résistance à l'insuline nécessite des conseils adaptés en matière d'alimentation, destinés à corriger les erreurs qualitatives.

Voici donc quelques notions diététiques.

Le grignotage est à proscrire car il place l'organisme en situation postprandiale constante avec une insulïnémie élevée de façon permanente. Une règle guidée par le bon sens serait d'attendre d'avoir faim pour manger. Un écart minimum de deux heures entre deux prises alimentaires devrait être respecté.

La charge glucidique doit être répartie sur la journée. Elle dépend de l'index glycé-

mique mais aussi de la quantité totale de glucides ingérés. Les féculents doivent donc être présents à chaque repas en évitant toutefois les grandes quantités de féculents en plat unique (pizza, demi baguettes...). Il faut par ailleurs choisir des aliments à index glycémique moyen (féculents peu raffinés, fruits plutôt que jus de fruit, muesli ou flocons d'avoines plutôt que corn flakes). L'index glycémique est lui-même modulé par la vitesse de vidange gastrique. La mixité des prises alimentaires (association alimentaire plutôt qu'aliments dissociés: laitage + biscuits, légumes + protéines + féculents) permet le ralentissement de la vidange gastrique. Pour les lipides, l'apport en acide gras (AG) saturés doit constituer moins de 10% de l'apport énergétique total et favoriser les AG insaturés. On doit préférer la consommation d'AG polyinsaturés de la série des oméga 3. Les antioxydants (vit C, vit E) sont recommandés. Il convient d'associer et de varier différents types d'huile (olive, colza, noix, germe de blé, soja). Il importe surtout de débusquer les graisses cachées.

En ce qui concerne le sel, 60% du sodium consommé l'est sous forme cachée (fromages, charcuteries, plats préparés, produits de boulangerie...).

Le poisson doit être consommé idéalement 2 fois par semaine, mais une seule fois par semaine suffit pour les fritures. La quantité de fruits et de légumes peut avoisiner les 400 à 800 g par jour (antioxydants naturels et pourvoyeurs de fibres alimentaires).

Changer les habitudes alimentaires de nos patients nécessite de donner des modèles (méditerranéen, asiatique) plutôt que des régimes. Il n'existe pas de prescription diététique standard et les interdits devraient être évités. Diététique et gastronomie sont conciliables. La pyramide alimentaire doit être respectée, on peut et on doit donc manger de tout. Le patient doit surtout comprendre ses erreurs diététiques. Le suivi régulier et l'encadrement pluridisciplinaire sont importants.

Et les régimes divers (Atkins, Montignac, Scarsdale)? «Beaucoup d'hypothèses, beaucoup d'inepties, beaucoup de business» pour un effet nul à long terme vu l'absence du rôle éducatif même si à court terme certaines pertes de poids sont spectaculaires.

D'après l'atelier de M^{me} MAINDIAUX, diététicienne à l'Institut Paul Lambin