

Traitement antithrombotique de l'accident vasculaire cérébral

Gregory W. Albers, Pierre Amarenco, J. Donaid Easton, Ralph L. Saco and Philip Teal.
Chest 2004; 126: 483S-512S

1.0 ACCIDENT ISCHÉMIQUE CÉRÉBRAL (AIC) : TRAITEMENT THROMBOLYTIQUE À LA PHASE AIGÜE

1.1 tPA IV pour l'AIC vu dans les 3 h après le début des symptômes

1.1.1. Pour les patients éligibles (voir plus loin les critères d'inclusion et d'exclusion), nous recommandons l'administration de tPA IV à la dose de 0,9 mg/kg (maximum 90 mg), avec administration de 10 % de la dose totale en bolus et le reste de la dose injectée en 60 minutes, à condition que le traitement soit débuté dans les 3 h suivant le début bien défini des symptômes (**Niveau 1A**).

Motivations et préférences : Cette recommandation suppose d'accorder une valeur relativement importante à l'amélioration fonctionnelle à long terme et une valeur relativement faible à la réduction du risque d'hémorragie intra-cérébrale dans la période immédiate après l'AIC.

1.1.2. Pour les patients avec hypodensité étendue (plus du tiers du territoire de l'artère cérébrale moyenne) et clairement identifiable au scanner, nous recommandons **DE NE PAS** utiliser de traitement thrombolytique (**Niveau 1B**).

Critères d'inclusion :

- Age \geq 18 ans,
- Diagnostic clinique d'AIC avec déficit neurologique cliniquement stable,
- Début bien défini moins de 180 minutes avant le traitement,
- Scanner de base ne montrant pas d'hémorragie cérébrale.

Critères d'exclusion :

- Symptômes ou signes mineurs ou s'améliorant rapidement,
- Scanner avec signes d'hémorragie cérébrale,
- Antécédent d'hémorragie cérébrale,
- Convulsions au début de l'AIC,
- AVC ou traumatisme crânien sévère dans les 3 mois,
- Chirurgie majeure ou traumatisme sévère dans les 2 semaines précédentes,
- Hémorragie digestive ou urinaire dans les 3 semaines précédentes,

- Pression artérielle systolique $>$ 185 ou diastolique $>$ 110 mm Hg,
- Nécessité d'un traitement agressif de l'hypertension artérielle,
- Glycémie $<$ 50 mg/dL ou $>$ 400 mg/dL,
- Symptômes d'hémorragie méningée,
- Ponction artérielle à un endroit non compressible ou ponction lombaire dans la semaine précédente,
- Plaquettes $<$ 100.000, héparine dans les 48 h avec TCA allongé,
- Signes cliniques de péricardite post-IM,
- Femme enceinte ou qui allaite,
- Traitement par les AVK avec temps de Quick supérieur à 15 secondes, INR $>$ 1,7.

1.2 tPA IV pour l'AIC vu 3 à 6 h après le début des symptômes

1.2. Pour les patients non sélectionnés ayant un AIC de plus de 3 h et de moins de 6 h, nous suggérons aux cliniciens de NE PAS utiliser tPA IV (**Niveau 2A**).

Motivations et préférences : Cette recommandation suppose d'accorder une valeur relativement faible aux petites augmentations de l'amélioration fonctionnelle à long-terme, une valeur relativement élevée à l'objectif d'éviter une hémorragie cérébrale et le décès, et une valeur relativement élevée au risque hémorragique.

1.3 Streptokinase IV pour l'AIC vu 0 à 6 h après le début des symptômes

1.3. Pour les patients ayant un AIC, nous recommandons **DE NE PAS** administrer de Streptokinase (**Niveau 1A**).

1.4 Thrombolyse intra-artérielle et AIC

1.4.1. Pour les patients ayant une occlusion de l'artère cérébrale moyenne sans signes d'infarctus précoce sur le scanner de base, qui peuvent être traités dans les 6 h suivant le début des symptômes, nous suggérons l'utilisation d'un traitement thrombolytique par le tPA par voie intra-artérielle (**Niveau 2C**).

1.4.2. Pour les patients ayant une thrombose aiguë de l'artère basilaire, sans évidence d'infarctus au scanner/IRM, nous suggérons une thrombolyse intra-artérielle par le tPA (**Niveau 2C**).

2.0 AIC : PATIENTS NON ÉLIGIBLES POUR LA THROMBOLYSE

2.1 Anticoagulants pour éviter les conséquences d'un AIC chez les patients non éligibles pour une thrombolyse

2.1. Pour les patients avec AIC aigu, nous suggérons aux cliniciens de NE PAS utiliser d'anticoagulant à forte-dose : héparine, héparine de bas poids moléculaire ou héparinoïdes voie IV ou SC (**Niveau 2B**).

2.2 Antiplaquettaires pour éviter les conséquences d'un AIC chez les patients non éligibles pour une thrombolyse

2.2. Pour les patients avec AIC qui ne reçoivent pas de thrombolyse, nous recommandons un traitement précoce par l'aspirine, 160 à 325 mg/jour (**Niveau 1A**).

2.3 Traitement antithrombotique pour la prévention des TVP et EP dans l'AIC aigu

2.3.1. Pour les patients avec AIC aigu qui ont une mobilité réduite, nous recommandons héparine SC à faible dose prophylactique, ou HBPM ou héparinoïdes (**Niveau 1A**).

2.3.2. Pour les patients qui ont des contre-indications aux anticoagulants, nous recommandons l'utilisation d'une compression pneumatique intermittente ou de contention élastique (**Niveau 1C**).

3.0 PROPHYLAXIE TVP/EP CHEZ LES PATIENTS AYANT UN HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE (HC)

3.1 Héparine pour la prophylaxie TVP/EP

3.1 Chez les patients à la phase aiguë d'un HC, nous recommandons l'utilisation initiale de compression pneumatique intermittente (**Niveau 1C+**). Chez les patients stables, nous suggérons de commencer des doses faibles d'héparine SC dès le 2^{ème} jour après le début de l'hémorragie (**Niveau 2C**).

Motivations et préférences : La recommandation en faveur de l'utilisation de l'héparine sous-cutanée suppose qu'il est accordé une valeur relativement faible à l'élimination du risque hémorragique.

4.0 PRÉVENTION DE L'AIC

4.1 Prévention des accidents ischémiques cérébraux chez les patients ayant en un AIT non cardioembolique ou un AIC : antiplaquettaire versus placebo ou versus un autre antiplaquettaire

4.1.1. Chez les patients ayant eu un AIC non cardioembolique ou un AIT (i.e., athérotrombotique, lacunaire ou cryptogénique), nous recommandons un traitement par un antiplaquettaire (**Niveau 1A**). L'aspirine à la dose de 50 à 325 mg par jour ; l'association aspirine, 25 mg, et dipyridamole à libération prolongée, 200 mg 2 fois par jour ; ou clopidogrel, 75 mg par jour, sont toutes des options acceptables pour le traitement initial.

4.1.2. Chez les patients recevant de l'aspirine qui sont à risque modéré à élevé de complications hémorragiques, nous recommandons d'utiliser de faibles doses d'aspirine, 50 à 100 mg par jour (**Niveau 1C+**).

4.1.3. Chez les patients ayant eu un AIC non cardioembolique ou un AIT, nous suggérons l'utilisation de l'association aspirine et dipyridamole à libération prolongée, 25/200 mg 2 fois par jour, plutôt que l'aspirine (**Niveau 2A**), et clopidogrel plutôt qu'aspirine (**Niveau 2B**).

Motivations et préférences : Cette recommandation d'utiliser l'association d'aspirine et dipyridamole à libération prolongée ou le clopidogrel plutôt que l'aspirine implique d'accorder une valeur relativement élevée à la faible réduction absolue du risque d'AIC, et une valeur relativement faible aux dépenses médicamenteuses.

4.1.4. Pour les patients allergiques à l'aspirine, nous recommandons le clopidogrel (**Niveau 1C+**).

4.2 Prévention des accidents ischémiques cérébraux non cardioemboliques : anticoagulants oraux

4.2.1. Pour la plupart des patients ayant un AIC non cardioembolique ou un AIT, nous recommandons un antiplaquettaire plutôt que des antivitamines K (AVK) (**Niveau 1A**).

4.2.2. Pour les patients ayant des anomalies prothrombotiques bien définies, nous suggérons des AVK plutôt que des antiplaquettaires (**Niveau 2C**).