

Prévention secondaire d'un AVC ischémique ou d'un AIT : Aspirine et/ou clopidogrel ou antivitamine K ?

QUE SAIT-ON ?

80 % des AVC sont d'origine ischémique. La majorité est due à une altération des artères cérébrales ; les autres (20%) étant en lien avec des cardiopathies emboligènes (la FA représentant 50 % de ces cardiopathies emboligènes)^{1,2}.

Après un AIT, le risque de survenue d'un AVC dans le mois est de 4 à 8%.

Sans traitement anti-thrombotique, à distance d'un AVC ischémique, l'incidence des récurrences est de 6% par an. Un quart des ces récurrences sont mortelles¹.

ASPIRE OU ANTIVITAMINE K ?

Après un AVC ischémique sans cardiopathie emboligène, l'aspirine sera préférée à l'antivitamine K (niveau de preuve IA). Il n'y a pas de différence significative en terme d'efficacité entre les deux dans ce contexte. Par contre, le risque de saignement est significativement plus grand avec les antagonistes de la vitamine K^{3,4}.

Une association aspirine (25 mg) et dipyridamole (200 mg) 2 fois par jour peut être indiquée comme alternative à l'aspirine seule (niveau de preuve IB)⁵.

Le clopidogrel représente une alternative en cas d'intolérance digestive ou d'allergie à l'aspirine (niveau de preuve IIB)^{1,5}. Il n'y a pas de différence significative en terme d'efficacité entre le clopidogrel et l'aspirine et le risque de saignement est identique³.

L'association aspirine et clopidogrel peut être envisagée dans les 24 premières heures d'un AVC ischémique mineur (NIHSS<4) ou AIT et ce, pour une durée de 21 jours (niveau de preuve IIB)⁵. Par contre, une telle association n'est pas recommandée à plus long terme sauf s'il y a une indication spécifique (stenting ou syndrome coronarien aigu)³.

Après un AVC ischémique en lien avec une cardiopathie emboligène, l'antivitamine K sera préféré à l'aspirine, en visant un INR entre 2 et 3, et ce, malgré un risque de saignement majoré³.

Cependant, face à un risque hémorragique trop important, il semble préférable d'opter pour un antiagrégant plaquettaire plutôt qu'un anticoagulant oral (malgré un effet anti-thrombotique moindre), voire de renoncer à tout anti-thrombotique¹.

Sources : Fiche réalisée par le Dr Jimmy Fontaine en août 2017 avec le soutien du CNPQ (Conseil National de Promotion de la Qualité)

1. Prescrire Rédaction. Après un AVC ischémique : prévention des récurrences. Rev Prescrire. 2016.
2. Sposato LA, Cipriano LE, Saposnik G, Ruiz Vargas E, Riccio PM et Hachinski V. Diagnosis of atrial fibrillation after stroke and transient ischaemic attack : a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 ; 14 (4) : 377-387.
3. Isabel C, Calvet D et Mas JL. Stroke Prevention. Presse Med. 2016 ; 45 : e457-e471.
4. De Schryver EL, Algra A, Kappelle LJ, van Gijn J et Koudstaal PJ. Vitamin K antagonists versus antiplatelet therapy after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke of presumed arterial origin. Cochrane Database Syst Rev. 2012.
5. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke J Cereb Circ. 2014 ; 45 (7) : 2160-236.

EN CONCLUSION

On utilisera l'aspirine plutôt que l'antivitamine K en prévention secondaire d'un AVC ischémique, sauf s'il y a une cardiopathie emboligène.

Les autres alternatives doivent être évaluées au cas par cas selon les co-morbidités, tolérabilité et coût. Face à un risque hémorragique important, il convient d'évaluer la balance bénéfices-risques des anti-thrombotiques.