

## PRINCIPES DE BONNE PRATIQUE THÉRAPIE ANTITHROMBOTIQUE EN PHASE AIGÛE DE L'AVC

### TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE :

- Le traitement antiplaquettaire précoce permet de prévenir la récurrence de l'AVC.
- Le traitement antiplaquettaire est recommandé en phase aiguë d'un AVC ischémique mineur ou un AIT (le choix d'une double thérapie ou d'une monothérapie sera effectué en fonction de la condition clinique et les traitements déjà initiés).
- La double thérapie antiplaquettaire à court terme est plus efficace pour prévenir une récurrence d'AVC que l'ASA administrée seule (voir indications ci-bas). Cependant, la double thérapie augmente de 3 à 4 fois le risque d'hémorragie sévère ou fatale.
- L'éligibilité à la thrombectomie n'est pas compromise par le traitement antiplaquettaire.
- L'initiation d'un traitement antiplaquettaire n'est envisagée qu'après que l'hémorragie intracrânienne ait été écartée.
- En présence d'une sténose carotidienne nécessitant une intervention urgente, le moment d'initiation et le choix de l'antiplaquettaire devraient être déterminés de concert avec le chirurgien ou l'interventionniste.

### DOUBLE THÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE :

- Privilégiée suite à un AVC ischémique mineur (NIHSS  $\leq$  3) non thrombolysé d'origine non cardioembolique ou à un accident ischémique transitoire (AIT) lorsque le risque de saignement est faible.
- En raison d'un risque accru d'hémorragie sans réel avantage avéré, il n'est pas recommandé de poursuivre la double thérapie antiplaquettaire au-delà de 21 ou 30 jours (sauf si conditions particulières, comme par exemple, une endoprothèse artérielle ou une sténose artérielle intracrânienne symptomatique). Après ces 21 ou 30 jours, une monothérapie antiplaquettaire à vie s'impose.
- Une dose de charge de 160 mg d'ASA immédiatement puis 81 mg i.d..
- À l'ASA s'ajoute le Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>) 300 à 600 mg\* en dose de charge puis 75 mg i.d. durant 21 jours,

### OU

le Ticagrélor (Brilinta<sup>MD</sup>) 180 mg en dose de charge puis 90 mg b.i.d. durant 30 jours.

\* la posologie de Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>) 300 mg est habituellement privilégiée.

- Quand privilégier le Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>) :
  - patient atteint d'artériosclérose.
- Quand privilégier le Ticagrélor (Brilinta<sup>MD</sup>) :
  - patient résistant à l'effet thérapeutique du Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>) en raison d'une condition génétique particulière (polymorphisme génétique ou allèle moins actif)
- Une protection gastro-intestinale devrait être initiée en présence d'un risque de saignement.

### **MONOTHÉRAPIE ANTIPLAQUETTAIRE :**

- Privilégiée suite à un AVC ischémique thrombolysé et débutée 24 heures après l'AVC lorsque que l'hémorragie intracrânienne est exclue.
- Adaptée également suite à un AVC ischémique non-thrombolysé qui n'est pas un AVC mineur.
- L'ASA est la molécule privilégiée et devrait être le premier choix.
- Habituellement, aucune dose de charge n'est requise (la fenêtre thérapeutique étant passée).
  - Par contre, lorsque l'AVC survient alors que l'ASA était administrée, l'ASA est cessée et remplacée par Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>). Dans cette situation, une dose de charge de Clopidogrel (Plavix<sup>MD</sup>) est favorisée.

### **ANTI-COAGULOTHÉRAPIE :**

- L'anti-coagulothérapie orale est préférée à la thérapie antiplaquettaire suite à un AIT en présence d'une fibrillation auriculaire. La thérapie doit être initiée dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
- La même recommandation (anti-coagulothérapie plutôt que thérapie antiplaquettaire) s'applique suite à un AVC en présence d'une fibrillation auriculaire, mais le moment d'initiation demeure à la discrétion du prescripteur en fonction de la situation clinique.
  - À titre indicatif :
    - AIT bref sans lésion visible ni hémorragie → débuter dans les 24 h après les symptômes.
    - AVC ischémique mineur → débuter 3 jours après les symptômes.
    - AVC ischémique modéré → débuter 6 à 7 jours après les symptômes.
    - AVC ischémique grave → débuter 12 à 14 jours après les symptômes.

- une thérapie antiplaquettaire peut être débutée avant d'initier l'anti-coagulothérapie (et elle devra être cessée à l'introduction de l'anti-coagulothérapie).

#### TRAITEMENT THROMBOPROPHYLAXIQUE :

- Le risque potentiel d'hémorragie intracrânienne sera considéré avant d'initier un traitement thromboprophylaxique.
- En présence d'un risque élevé de thromboembolie veineuse, une approche non-pharmacologique (jambière à compression pneumatique) ou pharmacologique (héparine à bas poids moléculaire ou héparine non fractionnée) doit être envisagée. En sachant, qu'une approche n'est pas supérieure à l'autre.
  - À titre indicatif (approche pharmacologique) :
    - Héparine 5000 unités sous-cutanées b.i.d. (t.i.d. si IMC > 40).
    - Enoxaparine (Redesca<sup>MD</sup>) 40 mg sous-cutanés i.d. (30 mg i.d. si < 45kg ou b.i.d. si IMC > 40).
    - Daltéparine (Fragmin<sup>MD</sup>) 5000 unités sous-cutanées i.d. (2500 unités i.d. si < 45kg ou 7500 unités i.d. si IMC > 40).
- Le traitement thromboprophylaxique (pharmacologique ou non) doit être initié au premier jour de l'admission (en l'absence de contrindication).

|  |  |
|--|--|
| Référence principale   | Heran, M., Lindsay, P., Gubitz, G., Yu, A., Ganesh, A., Lund, R., . . . Shamy, M. (2022). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7(th) Edition Practice Guidelines Update, 2022. Can J Neurol Sci, 1-94.                |
| Conçu par  | <b>Christine Danjou</b> , inf. M.Sc. Infirmière de pratique avancée – Sciences neurologiques<br>Direction des soins infirmiers – CHU de Québec<br>Avril 2023 (MàJ_mars_2024)   |
| En collaboration   | <b>D<sup>r</sup> Steve Verreault</b> , MD, FRCP(C)<br>Neurologue spécialisé en maladies vasculaires cérébrales<br>Professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval<br>Chef du service de neurologie<br>CHU de Québec - Hôpital Enfant-Jésus |
|  | <b>D<sup>re</sup> Marie-Christine Camden</b> , MD, FRCP(C)<br>Neurologue spécialisée en maladies vasculaires cérébrales<br>Professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval<br>CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus                    |
| Ce guide émet des recommandations conformes aux informations scientifiques disponibles au moment de sa parution, soit avril 2023. Toutefois, ces recommandations n'ont aucunement pour effet de remplacer le jugement d'un clinicien. Si d'une façon ou d'une autre vous faisiez une mauvaise utilisation de l'information contenue dans ce document, le CHU de Québec ne pourra être tenu responsable des dommages de quelque nature que ce soit à cet égard. |  |