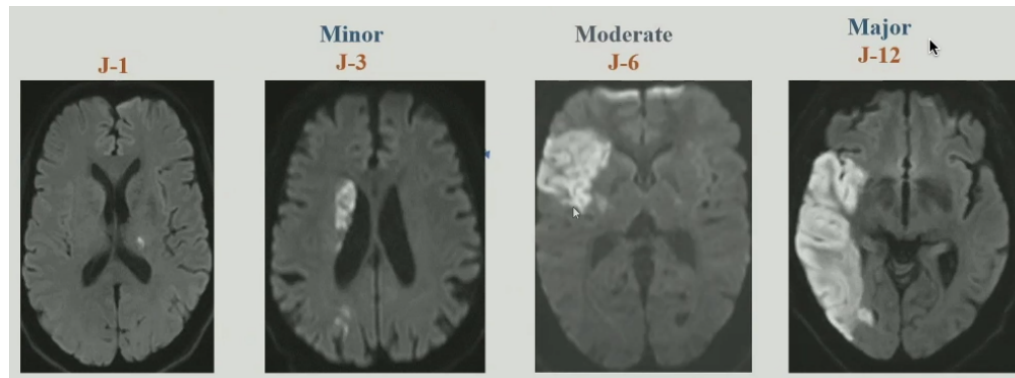


En cas d'AVC en présence d'une FA, quand débiter l'anticoagulation ?

Dr Emmanuel Carrera, neurologie

La temporalité de la reprise de l'anticoagulation après un AVC avec une fibrillation auriculaire est variable...il y a une règle empirique fréquemment utilisée: 1- 3 - 6 -12 j



Les patients avec une FA et AVC ischémique sont à haut risque de récurrence, ce qui est augmenté par une reprise tardive de l'anticoagulation.

En commençant trop tôt, c'est le risque hémorragique qui inquiète.

Les grandes études randomisées qui comparent les AVK et les ACODs excluent les patients avec une FA et traitent à distance de l'AVC.

Les données de registre semblent montrer un avantage à la reprise précoce...

L'étude du jour, [ELAN](#), s'intègre dans ce contexte. En sachant que 30% des AVC aux HUG sont dus aux FA, c'est une question importante.

Méthode

Multicentrique, internationale, randomisée...elle inclut 2000 patients sur 5 ans.

But: estimer l'effet de la reprise précoce et de la reprise tardive de l'anticoagulation.

Comme il manquait des données pour prévoir une marge de non-infériorité et encore moins pour une étude de supériorité, aucune hypothèse statistique n'est testée. Seuls les intervalles de confiance sont reportés.

Inclusion: AVC aigu avec une FA nouvellement diagnostiquée ou en tout cas non anticoaguée, possibilité de donner un nouvel anticoagulant

Exclusion: anticoagulé à l'entrée

Intervention: reprise à 1/3/6/12 j selon la taille de l'AVC (traitement standard) vs reprise précoce à <48h sauf pour les AVCs majeurs qui reprennent à j6. randomisation en 1:1.

Issues primaire composite d'évènements ischémiques et hémorragiques à 30j de l'AVC

Caractéristiques des patients

Groupes bien équilibrés, mais les AVC font des déficits légers, avec NIHSS de 5 dans les deux groupes.

39% des patients ont été thrombolysés, montrant que le traitement aigu n'a pas freiné l'inclusion dans l'étude.

L'issue primaire composite montre un Odds Ratio de 0.7 (0.44-1.14), avec 1.4% de récurrence d'AVC ischémique dans le groupe traitement précoce vs 2.5% dans le groupe tardif, alors que le taux d'hémorragie intracrânienne est à peu près équivalent entre les deux groupes

L'issue primaire favorise le traitement précoce, même si les événements sont rares des deux côtés....

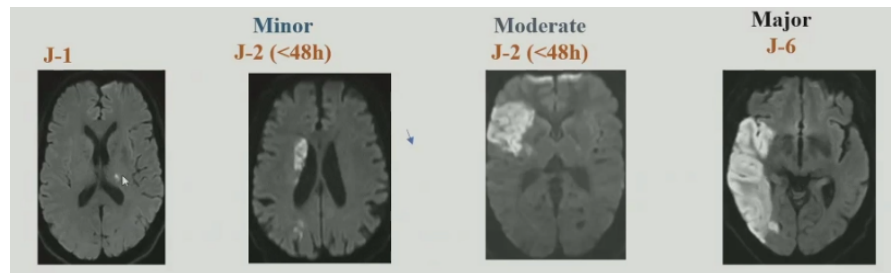
Limitations

- exclusion des patients avec anticoagulation thérapeutique à l'inclusion → plus à risque de faire un transformation hémorragique
- Exclusion des patients avec une imagerie non clinique d'hémorragie cérébrale
- Le NIHSS médian est bas, mais 20% des patients ont un AVC sévère avec un traitement aigu.

Implications

- Les taux d'hémorragies sont faibles: ne pas avoir peur !
- Le traitement précoce est raisonnable et probablement meilleur, avec peu de risque de malfaisance.
- Il n'y a pas de raison pour un traitement retardé par ACOD chez les patients avec un AVC ischémique aigu et fibrillation auriculaire.

Pour les patients qui ne sont pas anticoagulés au moment du traitement de l'AVC, le traitement précoce est maintenant préconisé →



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch