

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 17 septembre 2019  
Hôpital cantonal de Genève

## La durée optimale de la double anti-agrégation plaquettaire dans les infarctus cérébraux et les AIT

Dr N. Sanda

L'anti-agrégation plaquettaire est prouvée bénéfique dans les événements ischémiques neurovasculaires depuis les années 90.

La double anti-agrégation (aspirine + clopidogrel = AAS + Clop) est recommandée dans les syndromes coronariens aigus depuis 2016, mais non recommandées pour les infarctus cérébraux (IC) et les accidents ischémiques transitoires (AIT) par les guidelines européennes de 2008, mais recommandées par les guidelines américaines pour les IC mineurs et les AIT à haut risque (AHA/ASA 2018).

L'étude CHARISMA (Clopidogrel and Aspirin versus Aspirin Alone for the Prevention of Atherothrombotic Events, Deepak L. Bhatt, N Engl J Med 2006; 354:1706-1717.

En 2006, comparant AAS + Clop versus AAS seule chez 15 patients n'a pas montré de bénéfice en terme d'AVC, IM, décès vasculaire (6.8% vs 7.3%), avec un peu plus d'hémorragies (2.1% vs 1.3%) avec la double anti-agrégation.

L'étude MATCH (Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Diener HC, Lancet. 2004 Jul 24-30;364(9431):331-7).

Comparant AAS + Clop à Clop seul chez 7600 patients pendant 18 mois a montré une diminution non significative (1% risque absolu) d'IC, infarctus du myocarde et décès vasculaire, avec une augmentation de 1.3% des hémorragies majeures avec la double anti-agrégation.

Les 2 articles du jour sont "Optimal Duration of Aspirin Plus Clopidogrel After Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack, A Systematic Review and Meta-Analysis, Hammad Rahman, Stroke. 2019;50:947-953" et "Dual antiplatelet therapy with aspirin and clopidogrel for acute high risk transient ischaemic attack and minor ischaemic stroke: a clinical practice guideline Kameshwar Prasad, BMJ 2018;363:k5130".

Ce sont des métaanalyses reprenant 10 études contrôlées comparant AAS + Clo à AAS seule chez des patients avec IC et AIT non cardio-emboliques (exclusion de l'étude MATCH).

Il y avait 3 régimes différents :

Régime court (1 mois)

Régime intermédiaire (< 3 mois)

Régime long (> 3 mois)

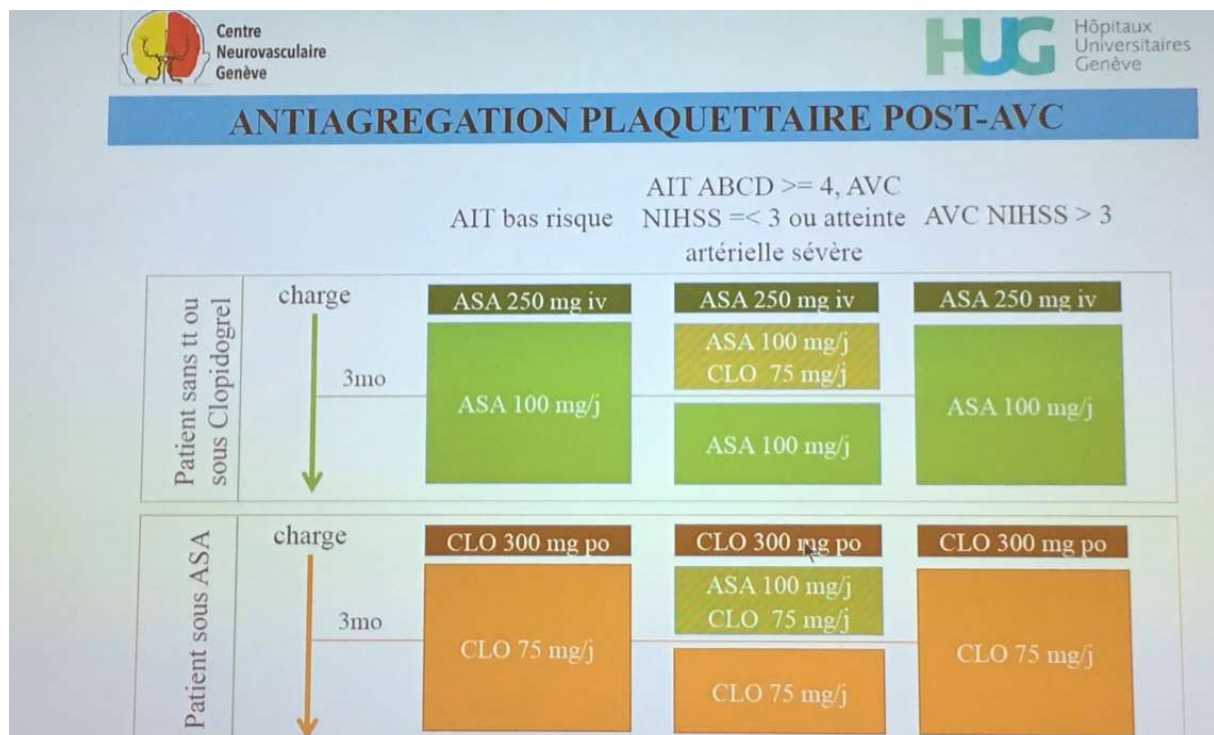
Pour faire court, il y a un bénéfice de la double anti-agrégation pour les traitements courts et intermédiaires (risque de récurrence d'IC 6.4% vs 10% pour les traitements courts et 4.8% vs 6% pour les traitements intermédiaires) ; le risque hémorragique est plus important avec la double anti-agrégation (1.1% vs 0.4% court et 6.6% vs 3.4% intermédiaire).

La conclusion est que la double anti-agrégation semblait avoir un meilleur risque/bénéfice pour les IC mineurs et les AIT à risque pendant une durée de moins d'1 mois.

L'utilisation de la double anti-agrégation jusqu'à 3 mois peut être justifiée pour les patients à haut risque de récidiver ischémique cérébrale avec un risque hémorragique bas.

Il n'y a pas d'intérêt à prolonger la double anti-agrégation au-delà de 3 mois.

Voilà comment ça se passe aux HUGs...





Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)