

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

Mardi 6 avril 2021

HUG: Hôpital cantonal de Genève

[Prise en charge de l'AVC ischémique aigu: quelle place pour les prises en charge endovasculaires et pharmacologiques?](#)

Dr P. Machi

On parle aujourd'hui d'occlusion de grandes artères avec le Dr Machi qui est investigateur dans l'étude SWIFT trial liée au sujet, actuellement en développement.

Traitement pharmacologique: fibrinolyse qui va dissoudre le caillot de sang, utilisable dans les 4h30 voire 9h selon les critères d'imageries.

Traitement endovasculaire: retrait du caillot de sang - 6h à 24h

Pour l'extraction mécanique (thrombectomie), on utilise un guide, un cathéter et un stent. Le caillot reste coincé dans le stent puis est retiré grâce au cathéter.

Depuis 2015, on utilise le traitement combiné mécanique ET pharmacologique, suite à une méta-analyse (Lancet 2016: 387:1723-31) qui compare le traitement combiné et l'extraction mécanique seule.

Depuis 2018, on peut utiliser la thrombectomie jusqu'à 24h après apparition de l'AVC.

Aujourd'hui on se demande si la fibrinolyse est utile: va-t-elle fragiliser le caillot et risquer de le répartir dans d'autres artères au moment de l'extraction? ou bien est-ce qu'il vaut mieux tenter la fibrinolyse, au cas où on n'arrive pas à temps pour l'extraire? facilite-t-elle le retrait en ramollissant le bouchon de sang?

3 études asiatiques se sont penchées sur la question:

La première, chinoise, ne montre aucune différence avec ou sans la fibrinolyse.

A savoir que la population asiatique a plus d'athérosclérose cérébrale centrale que les européens, ce qui peut rendre les études moins représentatives.

La deuxième est japonaise, elle présente une limitation supplémentaire: due aux régulations locales, la dose est plus basse que celle utilisée chez nous. De plus, ils n'ont pas eu les statistiques pour démontrer la non-infériorité (SKIP).

La troisième étude, chinoise, a été interrompue lorsque l'analyse intermédiaire a démontré une efficacité similaire entre les deux options (DEVT).

Une méta-analyse de ses études permet d'arranger les statistiques et de démontrer la non-infériorité. Mais celles-ci ne sont pas reconnues en Europe.

Etudes européennes:

Mr clean, no IV: Ne montre pas de supériorité ni de non infériorité. Pas plus de risques d'hémorragie dans le bras avec la fibrinolyse.

L'Etude: SWIFT DIRECT

- Etude Suisse Multicentrique
- Randomise: Thrombectomie + lyse vs thrombectomie seule.
- 400 patients
- Pour tout patient avec obstruction massive de la circulation antérieure

Aux HUG, on utilise pour le moment thrombectomie + lyse IV dans les premières 4h30 puis, selon l'imagerie, entre 4h30 et 24h, on utilise la thrombectomie seule.

#### Questions-réponses

- Pas la peine de faire la lyse sans agir ensuite: thrombectomie d'emblée, ± lyse!
- Traitement après stent/thrombectomie: jamais anticoagulation! antiplaquetaires après 24h et avoir évalué le risque d'hémorragie....

Donc en gros...on sait pas si ça sert vraiment, la fibrinolyse, mais on l'utilise parce qu'on a les moyens! En chine, c'est le patient qui paye sa thrombolyse...



Compte-rendu de la Dre Valentine Borcic

[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)