

## **Recommandations Accélérées de l'European Stroke Organisation (ESO) concernant la mise en place précoce d'une bithérapie antiplaquettaire après un AVC ischémique mineur ou un AIT à haut risque de récurrence**

*Dawson J, Béjot Y, Christensen LM, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. European Stroke Journal. 2022;7(3):1-XLI. doi:10.1177/23969873221100032 ([lien](#))*

### **Autrice de la version française : Agnès Aghetti**

Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière, 2 rue Ambroise Paré, 75010 Paris  
Conflit d'intérêt : aucun.

**Relecteurs : Sonia Alamowitch (SFNV) et Guillaume Turc (ESO)**

### **Résumé**

La prévention des récurrences précoces reste une priorité chez les patients ayant présenté un accident ischémique transitoire (AIT) ou un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique.

Plusieurs études ont récemment démontré l'efficacité d'une bithérapie antiplaquettaire instaurée précocement après un AVC ischémique mineur ou un AIT à haut risque de récurrence ischémique, par rapport à une monothérapie antiplaquettaire. Ce document présente les recommandations accélérées (« Expedited Recommendations ») de l'European Stroke Organisation (ESO) pour cette population de patients.

Nous émettons une recommandation forte fondée sur un haut niveau de preuve, pour l'utilisation d'une bithérapie antiplaquettaire associant Aspirine et Clopidogrel pendant 21 jours dans les 24 heures suivant un AVC ischémique mineur ou un AIT à haut risque, d'origine non cardioembolique.

Nous émettons une recommandation faible fondée sur un niveau de preuve modéré, pour une bithérapie antiplaquettaire associant Aspirine et Ticagrelor pendant 30 jours, dans les 24 heures suivant un AVC ischémique modérément sévère ou un AIT à haut risque, d'origine non cardioembolique.

## Synthèse des recommandations

Sujet / Question PICO	Recommandation (GRADE)	Consensus d'experts
<p><b>PICO 1</b></p> <p>Chez les patients ayant présenté un AVC ischémique mineur ou un AIT à haut risque d'origine non cardioembolique, l'initiation précoce d'une bithérapie antiplaquettaire par Aspirine et Clopidogrel réduit-elle le risque de récurrence ischémique, comparé à une monothérapie antiplaquettaire ?</p>	<p>Chez les patients ayant présenté dans les 24 heures, un AVC ischémique mineur (NIHSS <math>\leq 3</math>) ou AIT à haut risque (score ABCD2 <math>\geq 4</math>), d'origine non cardioembolique, nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire associant Aspirine et Clopidogrel pendant 21 jours, suivie d'une monothérapie antiplaquettaire.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Élevé</b> ⊕⊕⊕⊕ Force de la recommandation : <b>Forte</b> ↑↑</p>	
<p><b>PICO 2</b></p> <p>Chez les patients ayant présenté un AVC ischémique modérément sévère ou un AIT à haut risque d'origine non cardioembolique, l'introduction précoce d'une bithérapie antiplaquettaire associant Aspirine et Ticagrelor réduit-elle le risque de récurrence ischémique ?</p>	<p>Chez les patients ayant présenté dans les 24 heures un AVC ischémique modérément sévère modérée (NIHSS <math>\leq 5</math>) ou un AIT à haut risque (score ABCD2 <math>\geq 6</math> ou athérome intracrânien ou sténose symptomatique de l'artère carotide interne d'au moins 50%), nous suggérons une bithérapie anti plaquettaire par Aspirine et Ticagrelor pendant 30 jours, suivie d'une monothérapie antiplaquettaire.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Modéré</b> ⊕⊕⊕ Force de la recommandation : <b>Faible</b> ↑?</p>	<p>Chez les patients ayant présenté un AIT d'origine non cardioembolique à faible risque ou chez qui le diagnostic est incertain, le groupe d'écriture suggère une monothérapie antiplaquettaire plutôt qu'une bithérapie antiplaquettaire.</p>