

Annexe en ligne

Revascularisation aiguë en cas d'accident vasculaire cérébral

Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, Gasche Y, Schwegler G, Bonvin C, Nedeltchev K, Carrera E, Kägi G, Cereda C, Nyffeler T, Wetzel S, Wegener S, Gensicke H, Engelter S, Arnold M; pour la Société Cérébrovasculaire Suisse.

Recommandations • doi:10.4414/fms.2020.08584

Forum Med Suisse. 2021;21(21–22):362–8.

Tableau S1: Contre-indications à une thrombolyse intraveineuse (TIV).

Si contre-indication TIV, évaluer le patient pour un traitement endovasculaire (TEV) mécanique selon les tableaux 2 et 4 (cf. manuscrit principal).

- Neuroimagerie actuelle: toute hémorragie intracrânienne aiguë ou subaiguë
- Amélioration du déficit neurologique en-dessous des critères cliniques de recanalisation selon tableaux dans le manuscrit principal
- Symptômes ou signes pour une probable hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) actuelle
- HSA par le passé de source inconnue, ou incomplètement traitée
- Anévrisme intracrânien géant >25 mm; malformation artérioveineuse importante, avec/sans fistule; cavernome important; cavernome avec hémorragie par le passé, et traitement incomplet; cavernomes multiples
- Tumeurs malignes actives intracrâniennes (p.ex. glioblastome, métastase)
- Intervention intracrânienne ou intraspinale <14 jours (sauf ponction lombaire)
- Traumatisme crânio-cérébral moyen à sévère <6 semaines
- INR >1,7 ou aPTT >40 sec. (spontanément ou avec anticoagulant)
- Sous anticoagulants (indiquer au laboratoire substance et dernière prise): si taux pas immédiatement disponible ou si taux thérapeutiques → viser TEV direct. Sinon: limites supérieures avant TIV:
 - Pour tous les anticoagulants: INR >1,7 et aPTT >40 sec
 - Héparine thérapeutique (à bas poids moléculaire, ou non-fractionnée): anti-Xa >0,2 unités/ml
 - Apixaban, rivaroxaban, edoxaban: anti-Xa calibré >100 ng/ml*

- Dabigatran: «thrombin time» (TT) >80 sec. ou anti-IIa (=Hemoclot®=dTT) >100 ng/ml
→ possibilité de TIV 10 min. après Praxbind® 5 mg IV (sans reconstrôler la crase)
- Endocardite, péricardite, ou vasculite du système nerveux central (avérée ou forte suspicion clinique)
- Anévrisme aortique symptomatique (sauf si complètement traité)

* Nous ne pouvons pas faire de recommandation pour la TIV après traitement par Andexxa® chez des patients traités avec des anticoagulants anti-Xa en l'absence de données disponibles.

INR: «international normalized ratio»; aPTT: «activated partial thrombin time».

Tableau S2: Contre-indications relatives à une thrombolyse intraveineuse (TIV).

Si contre-indication relative, une TIV peut être considérée après avoir soupesé le rapport risque-bénéfice prenant en compte d'autres informations sur le patient, contacté des spécialistes, et soupesé d'autres facteurs qui influencent le rapport risque-bénéfice de la thrombolyse. Discussion avec patient et représentant légal (si possible). Considérer un traitement endovasculaire (TEV) direct.

- Handicap préexistant important (p.ex. «modified Rankin score» ≥4) et/ou comorbidités sévères
- AVC ischémique subaigu clinique (<6 semaines, avec ou sans TIV/TEV)
- AVC ischémique subaigu silencieux (radiologiquement démontré)
- Antécédent d'hémorragie intracérébrale hypertensive (considérer TIV si tension artérielle actuellement bien équilibrée)
- Hématome sous-dural ancien
- Anévrisme intracrânien asymptomatique de 10–25 mm
- Malformation artérioveineuse mineure, fistule méningée, cavernome mineur isolé, ou dissection intracrânienne (discuter avec neuroradiologue)
- Nombre important de microbleeds asymptomatiques (risque commence à augmenter dès 10), ou hémosidérose superficielle non-traumatique étendue
- Tumeurs malignes intracrâniennes en rémission
- Crise d'épilepsie simultanée à l'AVC (TIV recommandé si ischémie aiguë démontrée à l'imagerie)
- Glycémie <2,7 ou >22 mmol/l (TIV recommandé si ischémie aiguë démontrée à l'imagerie)
- Thrombocytopenie <100 000/mm³ (recommandé de ne pas attendre labo si pas d'hémorragie récente)
- Traitement par ticagrelor ou prasugrel en combinaison avec d'autres antithrombotiques
- Tension artérielle >185/110 mm Hg au moment de la TIV résistant au traitement antihypertenseur
- Intervention chirurgicale majeure <14 jours (discuter avec spécialiste)
- Intervention ophtalmique <14 jours (discuter avec ophtalmologue)
- Maladie systémique avec risque hémorragique élevé (discuter avec spécialiste)

- Hémorragie interne (gastro-intestinale, urologique, métrorrhagie active, etc.) <14 jours, ou biopsie d'un organe interne <14 jours (discuter avec spécialiste)
- Traumatisme extra-crânien sévère <6 semaines (discuter avec spécialiste)
- Grossesse: soupeser rapport de l'effet du bénéfice pour la mère et du risque pour le fœtus

AVC: accident vasculaire cérébral.

Tableau S3: Pas de contre-indication à la thrombolyse intraveineuse (TIV).

- Antiagrégants en monothérapie, ou combinaison d'acide acetylsalicylique et clopidogrel
- Anti-vitamines K pour autant qu'INR $\leq 1,7$
- Anticoagulants oraux directs
 - dernière prise >48 heures (>24 heures et fonction rénales normale)
 - et/ou taux sanguin bas par tests spécifiques (p.ex. anti-Xa ≤ 100 ng/ml, ou anti-IIa ≤ 100 ng/ml)
 - et/ou après administration d'antidotes spécifiques*
- Antécédents d'hémorragie sous-arachnoïdienne si source connue et bien traitée (p.ex. exclusion complète de la circulation d'un anévrysme)
- Accident(s) ischémique(s) transitoire(s) récent(s)
- Hygrome (asymptomatique, pas causé par hématome sous-dural)
- Petit nombre (asymptomatique) de microbleeds (p.ex. <10) ou d'une hémosidérose superficielle (asymptomatique)
- Anévrysme intra-crânien asymptomatique <10 mm
- Néoplasies intracrâniennes bénignes
- Maladie oncologique extra-crânienne (si participation gastro-intestinale: discuter avec spécialiste)
- Anévrysme aortique asymptomatique connu
- Interventions chirurgicales récentes de localisation facilement accessible
- Angiographie cérébrale/coronarienne ou revascularisation coronarienne percutanée récentes (si traitement antithrombotique agressif: cf. contre-indications dans tableaux S1 et S2)
- Ponction lombaire ou ponction artérielle récente (même dans les heures précédentes)
- Antécédents d'hémorragies internes suffisamment traitées (gastro-intestinale, urologique, etc.)
- Menstruation

* Nous ne pouvons pas faire de recommandation pour la TIV après traitement par Andexxa® chez des patients traités avec des anticoagulants anti-Xa en l'absence de données disponibles.

INR: «international normalized ratio».

Remerciements: à la Dre Hélène Fenter, Service de Neurologie du CHUV, pour son aide avec la traduction de ce supplément.