

Pourquoi une double antiagrégation plaquettaire : focus AVC mineur

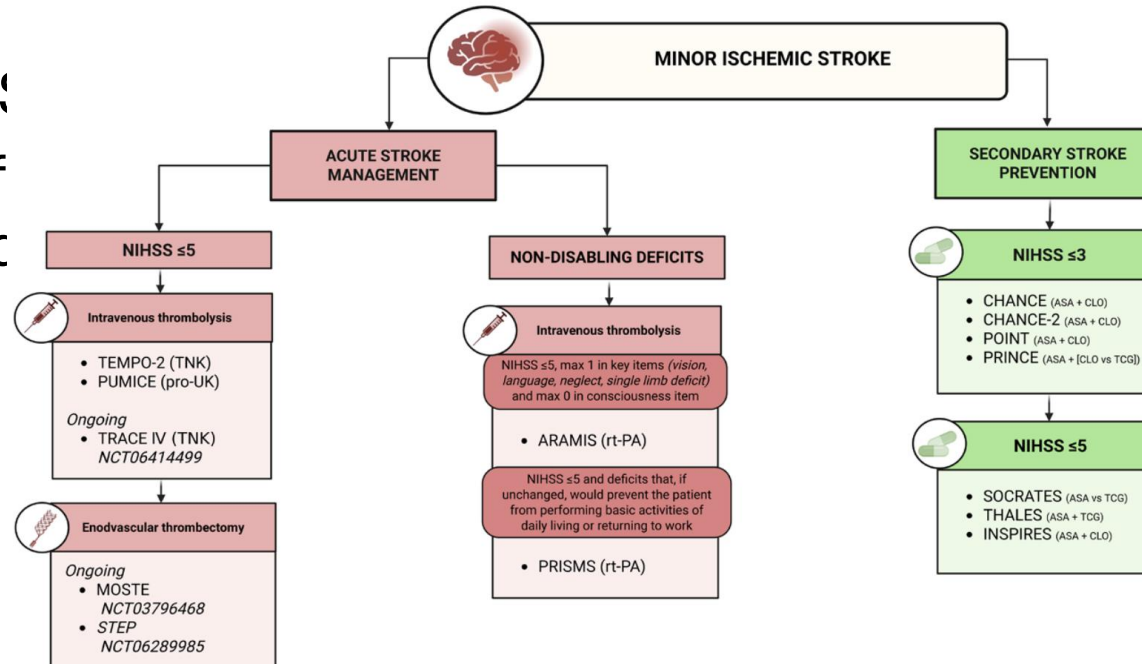
Anna FERRIER

Neurologue

Clermont-Ferrand

AVC ischémique mineur ?

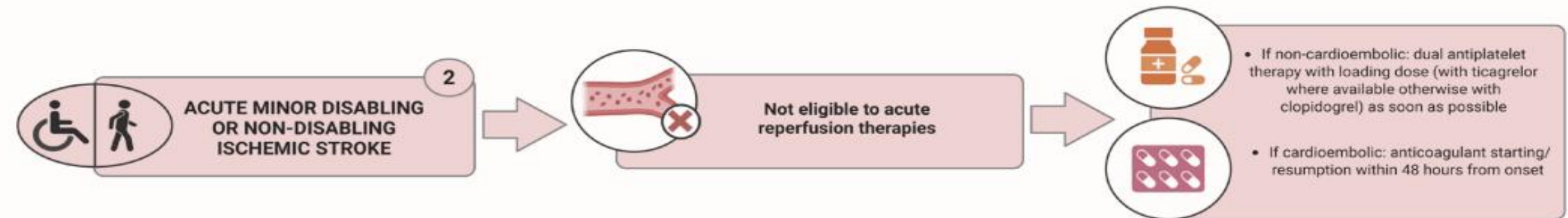
- 50% des AVC ischémiques à la phase aiguë présente un déficit neurologique mineur
- Pourtant 30% auront des séquelles invalidantes à J90
- Définition
 - Selon NIHSS
 - Selon le déficit invalidant (c

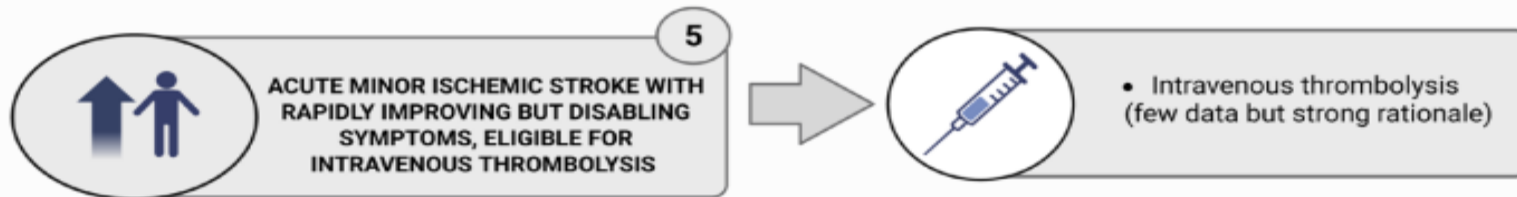
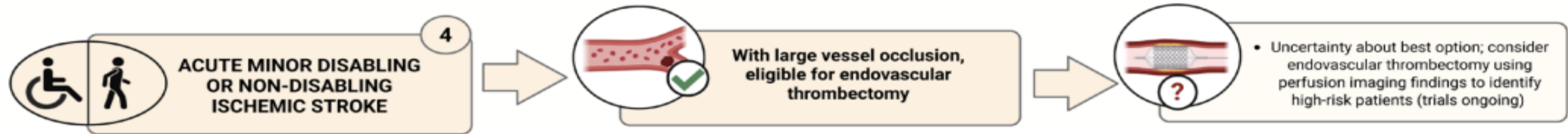


ur minime) / non

AVC ischémique mineur : Phase aiguë

- Objectif de prise en charge : obtenir une récupération, éviter une aggravation, éviter une récurrence
- Mortalité faible $\simeq 2\%$ à 1 an
- Pas de supériorité de la thrombolyse IV / ttt médical optimal
- Plusieurs situations





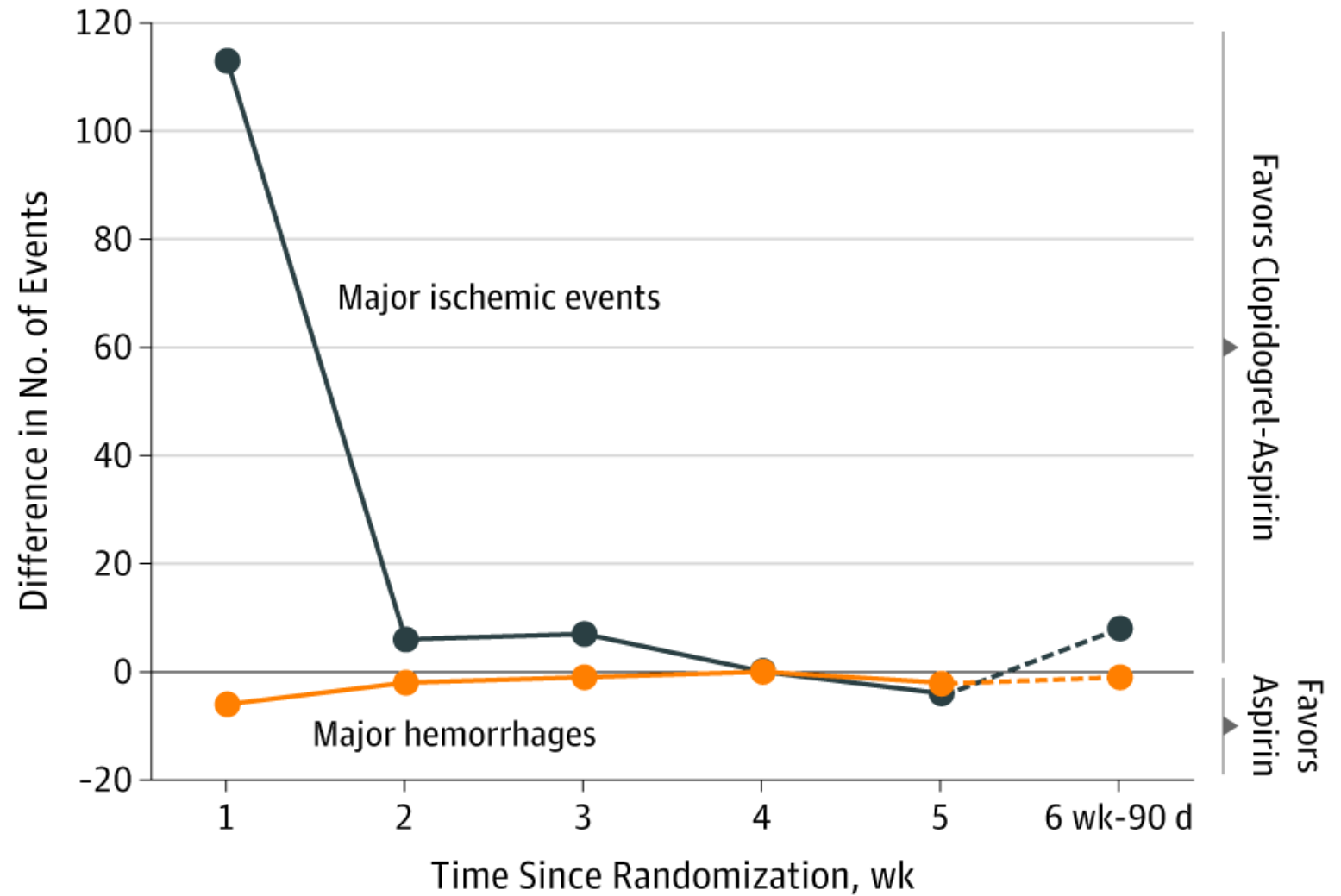
AVC ischémique mineur : Double Antiagrégation Plaquettaire (DAPT)

- AVC ischémiques mineurs non éligibles au traitement de reperfusion ou AVC ischémiques mineurs non invalidants
- Plusieurs études randomisées menées depuis 20 ans

Principaux essais de double antiagrégation dans l'AVC ischémique mineur

Essai (Revue, année)	N	Population / NIHSS	Délai	DAPT (dose de charge)	Durée DAPT	Critère principal	Résultat principal	Sécurité / message
FASTER (Lancet Neurol, 2007)	392	 AIT ou AVC mineur	 < 24 h	Aspirine + clopidogrel (300 mg vs aspirine) 	 90 j	AVC à J90	7,1 % vs 10,8 % RR 0,70 (0,3–1,2) NS	Étude arrêtée prématurément (petit effectif) : premier signal d'efficacité de la DAPT
CHANCE (NEJM, 2013)	5 170	 AVC mineur NIHSS ≤ 3 ou AIT à haut risque	 < 24 h	Aspirine + clopidogrel (300 mg vs aspirine) 	 21 j puis clopidogrel seul jusqu'à J90	AVC à J90	8,2 % vs 11,7 % HR 0,68 (0,57–0,81)	Hémorragie modérée/sévère : 0,3 % vs 0,3 %
POINT (NEJM, 2018)	4 881	 AVC mineur NIHSS ≤ 3 ou AIT à haut risque	 < 12 h	Aspirine + clopidogrel (600 mg vs aspirine) 	 90 j	Événement ischémique majeur à J90	5,0 % vs 6,5 % HR 0,75 (0,59–0,95)	Hémorragie majeure : 0,9 % vs 0,4 % HR 2,32 (1,10–4,82)
THALES (NEJM, 2020)	11 016	 AVC non cardioembolique NIHSS ≤ 5 ou AIT à haut risque	 < 24 h	Aspirine + ticagrelor (180 mg vs aspirine) 	 30 j	AVC ou décès à J30	5,5 % vs 6,6 % HR 0,83 (0,71–0,96)	Hémorragie sévère : 0,5 % vs 0,1 % HR 2,99 (1,74–9,14)
CHANCE-2 (NEJM, 2021)	6 412	 AVC mineur/AIT + CYP2C19 loss-of-function	 < 24 h	Aspirine + ticagrelor vs aspirine + clopidogrel (180 mg vs 300 mg) 	 Aspirine 21 j ; P2Y12 jusqu'à J90	AVC à J90	6,0 % vs 7,6 % HR 0,77 (0,64–0,94)	Hémorragies modérées/sévères identiques (0,3 %) Davantage de saignements totaux avec ticagrelor
INSPIRES (NEJM, 2023)	6 100	 AVC mineur/AIT à haut risque, origine athéroscléreuse présumée	 ≤ 72 h	Aspirine + clopidogrel (300 mg vs aspirine) 	 21 j puis clopidogrel seul jusqu'à J90	Nouvel AVC à J90	7,3 % vs 9,2 % HR 0,79 (0,66–0,94)	Hémorragie modérée/sévère : 0,9 % vs 0,4 % HR 2,08 (1,07–4,04)

AVC ischémique mineur : Durée DAPT



Situation	Traitement	Délai	Durée	Recommandation ESO
AVC ischémique mineur non cardioembolique NIHSS ≤3	Aspirine + clopidogrel	≤24 h	21 jours , puis monothérapie	Forte , niveau de preuve élevé
AIT à haut risque ABCD² ≥4	Aspirine + clopidogrel	≤24 h	21 jours , puis monothérapie	Forte , niveau de preuve élevé

Recommandations européennes 2021 (ESO)

Dawson j et al EUR STROKE J 2021

Situation	DAPT recommandée	Délai	Durée	Classe / niveau
AVC mineur non cardioembolique, NIHSS ≤ 3, ou AIT à haut risque ABCD² ≥ 4, sans thrombolyse IV	Aspirine + clopidogrel avec dose de charge de clopidogrel	≤ 24 h	21 jours , puis monothérapie	Classe 1, niveau A
AVC mineur NIHSS ≤ 5 ou AIT ABCD ² ≥ 4 , avec cause athéroscléreuse présumée , notamment sténose intra-/extracrânienne ≥ 50 %	Aspirine + clopidogrel	24–72 h ; ou NIHSS 4–5 dans les 24 h	21 jours , puis monothérapie	Classe 2a, B-R
AVC mineur NIHSS ≤ 5 ou AIT à très haut risque (ABCD ² ≥ 6 ou sténose symptomatique ≥ 50 %)	Aspirine + ticagrelor	< 24 h	30 jours	Classe 2b, B-R

Recommandations américaines 2026 (ASA/AHA)

*Prabhakaran S et al
Stroke 2026*

AVC ischémique mineur et double antiagrégation plaquettaire

À RETENIR POUR LA PRATIQUE AUX URGENCES

1 QUELS PATIENTS ?



AVC ischémique
non cardioembolique
de faible sévérité

NIHSS ≤ 3

(données les plus robustes)

Extension possible à

NIHSS ≤ 5

selon le contexte
(athérosclérose, délai)



Minor $\neq$ non invalidant

Toujours évaluer le caractère
invalidant du déficit

2 QUEL TRAITEMENT ?



Aspirine
(charge 160–300 mg
puis 75–100 mg/j)

Clopidogrel
(charge 300 mg
puis 75 mg/j)

DAPT

Aspirine + clopidogrel
= STRATÉGIE DE RÉFÉRENCE
(CHANCE, POINT, INSPIRES)

Alternative chez certains patients :

Aspirine + ticagrelor
(THALES, CHANCE-2)

Situations particulières
(CYP2C19 LOF, NIHSS ≤ 5 , AIT à très haut risque)

3 QUAND INITIER ?



IDÉALEMENT
dans les **24 heures**

Jusqu'à 72 heures

possible chez des patients
sélectionnés
(ATHÉROSCLÉROSE PRÉSUMÉE,
NIHSS ≤ 5)
(INSPIRES)

4 PENDANT COMBIEN DE TEMPS ?



21 jours

= durée optimale
(concentration du bénéfice
précoce, moindre risque
hémorragique)



Puis
MONOTHÉRAPIE
antiagrégante

5 QUEL BÉNÉFICE ? QUEL RISQUE ?



- 20 à 35 %
de récurrence d'AVC précoce



Risque hémorragique majeur



faible mais présent
 $\approx 0,3 - 0,9 \%$
selon les études



Bénéfice net favorable
dans les **21 premiers jours**



GUIDELINES



AHA/ASA 2026

- NIHSS ≤ 3 (non cardioembolique) :
DAPT aspirine + clopidogrel, 21 jours (Classe I, A)
- NIHSS ≤ 5 et/ou 24–72 h si athérosclérose :
raisonnable (Classe IIa, B-R)
- Ticagrelor + aspirine : option (Classe IIb, B-R)



ESO 2021

- ♦ NIHSS ≤ 3 ou AIT à haut risque :
DAPT aspirine + clopidogrel, 21 jours (recommandation forte)
- ♦ NIHSS ≤ 5 ou AIT à très haut risque :
aspirine + ticagrelor, 30 jours (recommandation faible)
- ▲ Pas encore de recommandation formelle sur la fenêtre 24–72 h
(avant INSPIRES)



MESSAGE FINAL

**« Traiter vite,
pendant 21 jours,
pour prévenir une récurrence
tout en gardant un œil sur le risque
hémorragique. »**