



Efficacité de la thrombolyse dans l'AVC

Rédaction

O. Bill
P. Michel
I. Peytremann-Bridevaux

Coordination rédactionnelle

Drs B. Burnand, I. Peytremann-Bridevaux et M. Rège Walther

Adresses

Drs Olivier Bill et Patrik Michel
Unité cérébrovasculaire
Service de Neurologie
CHUV et Université de Lausanne
Bugnon 46, 1011 Lausanne

Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et Université de Lausanne)
et Réseau francophone Cochrane
Bugnon 17, 1005 Lausanne

■ ■ ■
Rev Med Suisse 2010; 6: 1623

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (www.cochrane.org/). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc **pas** de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

Scénario

Un patient de 65 ans appelle votre cabinet en urgence, une heure après avoir ressenti une soudaine faiblesse de l'hémiface et du membre supérieur droits. Ce patient est connu pour une hypertension traitée et une cholestérolémie à la limite supérieure de la norme. Il n'a pas d'antécédents cardiovasculaires.

Question

Quelle est, pour ce patient, l'attitude à adopter?

Contexte

La majorité des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est causée par l'obstruction d'une artère cérébrale. Le principe de la thrombolyse consiste à administrer précocement un agent induisant la lyse de l'embolie afin de rétablir la perfusion cérébrale et de diminuer les séquelles à long terme. L'activateur tissulaire recombinant du plasminogène (rt-PA) est actuellement approuvé pour une utilisation dans les trois heures suivant le début de la symptomatologie de patients hautement sélectionnés.

Résultats

Vingt-six essais randomisés comparatifs (n=7152 patients) évaluant l'efficacité de la thrombolyse (urokinase, streptokinase, rt-PA, pro-urokinase recombinante, desmoteplase), dont quatre considérant une administration intra-artérielle, ont été inclus. La thrombolyse, le plus souvent administrée jusqu'à six heures après un AVC ischémique: – diminue la proportion des patients décédés ou dépendants à 3-6 mois (21 essais: OR 0,8, IC 95%, 0,7-0,9); – augmente le risque d'hémorragie intracrânienne symptomatique à 7-10 jours (26 essais: OR 3,5, IC 95%, 2,8-4,3) ainsi que le risque de décès 3-6 mois post-AVC (26 essais: OR 1,3, IC 95%, 1,1-1,5). La thrombolyse intraveineuse est plus efficace si elle est administrée dans les trois heures qui suivent l'AVC puisqu'elle réduit le risque de décès ou de dépendance (OR 0,7, IC 95%, 0,5-0,96) sans avoir d'effet négatif sur le décès considéré isolément (OR 1,1, IC 95%, 0,9-1,5). L'utilisation d'un traitement antithrombotique après la thrombolyse augmente possiblement le risque de décès (un essai).

Limites

- Les patients étaient majoritairement âgés de moins de 80 ans, présentaient peu de comorbidités, et étaient pris en charge dans des centres d'expertise.
- Les essais étaient hétérogènes en termes de temps jusqu'à la thrombolyse (3 heures, 6 heures, 9 heures, voire >24 heures; 19 des 26 essais considéraient <6 heures), de doses de thrombolytique, de traitement antithrombotique concomitant et de sévérité de l'AVC.
- La majorité des essais testait le rt-PA en intraveineux.

Conclusions des auteurs

Globalement, la thérapie par thrombolyse réduit la proportion de patients décédés ou dépendants. Ce bénéfice général est démontré en dépit d'une augmentation du nombre de décès (à 7-10 jours et à la fin du suivi), et d'une augmentation des hémorragies intracrâniennes symptomatiques (à 7-10 jours).

Réponse à la question clinique

Cette cinquième mise à jour de la revue systématique évaluant l'efficacité de la thrombolyse dans l'AVC démontre que l'administration d'agents thrombolytiques jusqu'à six heures après l'AVC est bénéfique pour le patient, avec un effet particulièrement prononcé pour les thrombolyse qui débutent dans les trois heures qui suivent le début des symptômes. Ce dernier point est encore mis en évidence dans une très récente et nouvelle méta-analyse (*Lancet* 2010;375:1695-703). La sécurité et l'efficacité de ce traitement ont été confirmées dans une étude ayant suivi plus de 6000 patients européens. Ainsi, l'AVC doit être considéré comme une urgence absolue, et le patient doit être adressé au plus vite au centre le plus proche capable de réaliser une thrombolyse. Ce dernier déterminera si les critères d'administration de la thrombolyse sont remplis. Il faut noter que les recommandations de la pratique clinique, suisses et internationales, fixent la limite du début de la thrombolyse à 4,5 heures. En outre, chez des patients choisis, une thrombolyse intra-artérielle peut aussi être offerte entre zéro et six heures après le début de la symptomatologie.

Abréviations: OR: odds ratio; IC 95%: intervalle de confiance à 95%.

Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD000213. DOI: 10.1002/14651858.CD000213.pub2.