

**Création :** Octobre 2003  
**Auteurs :** B. Guillon (Nantes)  
F. Chedru (Meaux)  
I. Crassard (Lariboisière)

## TRAITEMENT ANTITHROMBOTIQUE À LA PHASE AIGÛ DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

**Modification :**

La réalisation d'une imagerie cérébrale est un préalable indispensable à la mise en route d'un traitement antithrombotique (distinguer les accidents ischémiques et hémorragiques, éliminer les autres diagnostics).

### PATHOLOGIE ISCHÉMIQUE ARTÉRIELLE

En cas de traitement fibrinolytique, les anticoagulants et l'aspirine sont contre-indiqués au cours des 24 heures qui suivent. Les anticoagulants à dose curative ne sont pas recommandés en général, mais leur utilisation peut être justifiée dans certaines situations.

#### Situation générale

**Aspirine 160 à 300 mg/jour *per os* ou IV.**

**Héparine de bas poids moléculaire à dose prophylactique si déficit moteur au membre inférieur, facteur de risque de thrombose veineuse ou alitement prolongé.**

#### Anticoagulation à doses curatives (indications rares)

##### Respect absolu des contre-indications

- Infarctus hémisphérique étendu (hémiplégie complète avec troubles de la vigilance, signes d'ischémie précoce au scanner, signes de compression du tronc cérébral).
- Saignement ou effet de masse sur le scanner.
- Systémiques usuelles (dont HTA non contrôlée : PAS > 220 mmHg, PAD > 120 mmHg).
- Absence d'imagerie cérébrale, même en cas de déficit régressif.

##### Indications habituellement retenues, mais non fondées sur des preuves (accord professionnel)

- Cardiopathie emboligène avérée (infarctus du myocarde < 1 mois, valvulopathie mitrale rhumatismale, prothèse valvulaire mécanique, thrombus intracardiaque).
- Dissection artérielle carotidienne ou vertébrale extracrânienne prouvée.
- Sténose athéromateuse intra- ou extracrânienne associée à un retentissement hémodynamique sur le Doppler ou révélées par des AIT répétés ou un déficit neurologique en évolution.

##### Indications plus discutées

- Fibrillation auriculaire du sujet âgé.
- AIT crescendo avant le bilan étiologique.

##### Modalités de prescription

- NFS plaquettes, TP, TCA, créatinine avant début du traitement.
- HBPM à dose curative ; contrôle de l'activité anti-Xa 4 h après la 3<sup>e</sup> injection : 0,5 à 1 U/ml. Éliminer insuffisance rénale avant prescription HBPM.
- Ou héparine IV à la seringue électrique (*cf. nomogramme au verso*) : objectif de TCA entre 1,5 et 2,5 fois le témoin.

##### Modalités de surveillance

- Si héparine IVSE, TCA avant traitement puis toutes les 6 heures jusqu'à obtention de la concentration thérapeutique souhaitée. Quand 2 TCA dans la zone thérapeutique, effectuer des contrôles toutes les 24 heures et réajuster si besoin.
- NFS plaquettes avant traitement puis tous les 4 jours (dépistage des thrombopénies induites par l'héparine et des saignements occultes).

# PATHOLOGIE HÉMORRAGIQUE CÉRÉBRALE

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse :

- Bas de contention pendant les 48 premières heures avec mobilisation active et passive des membres.
- HBPM à dose prophylactique si alitement et/ou déficit moteur d'un membre inférieur, après 48 heures.

## THROMBOSE VEINEUSE CÉRÉBRALE

### Indications de l'anticoagulation

Toutes les thromboses veineuses cérébrales confirmées, quels qu'en soient la présentation clinique (troubles de la vigilance...) ou le résultat du scanner (hématome intracérébral, effet de masse...).

### Prescription et surveillance

Cf. chapitres "Modalités de prescription" et "Modalités de surveillance".

Le pronostic imprévisible et le risque d'aggravation rapide des TVC justifient pour certains le recours à l'héparine IVSE plutôt qu'aux HBPM en raison de la mauvaise biodisponibilité de ces dernières.

### Nomogramme de Raschke (1993)

Dose initiale	Bolus 80 U/kg puis 18 U/kg/h
Ajustement toutes les 6 heures selon TCA	
• $TCA < 1,2 \times T$	Bolus 80 U/kg puis augmenter perfusion de 4 U/kg/h
• $1,2 \times T \leq TCA < 1,5 \times T$	Bolus 40 U/kg puis augmenter perfusion de 2 U/kg/h
• $1,5 \times T \leq TCA < 2,5 \times T$	Pas de changement
• $2,5 \times T \leq TCA < 3 \times T$	Diminuer de 2 U/kg/h
• $TCA \leq 3 \times T$	Arrêter la perfusion 1 heure puis la reprendre en diminuant de 3 U/kg/h

### RÉFÉRENCES

International Stroke Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19 435 patients with acute ischemic stroke. *Lancet*. 1997;349:1569-1581.

Chinese Acute Stroke Trial (CAST) Collaborative Group. CAST: a randomised placebo-controlled trial of early aspirin use in 20 000 patients with acute ischemic stroke. *Lancet*. 1997;349:1641-1649.

Boer A, Voth E, Henze T, Brange HW. Early heparin therapy in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991;54:466-467.

Einhäupl KM, Villringer A, Meister W, et al. Heparin treatment in sinus venous thrombosis. *Lancet*. 1991;338: 597-600.

de Bruijn SF, Stam J for the Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. Randomized, placebo-controlled-trial of anticoagulant treatment with low-molecular heparin for cerebral sinus thrombosis. *Stroke*. 1999;30:484-488.