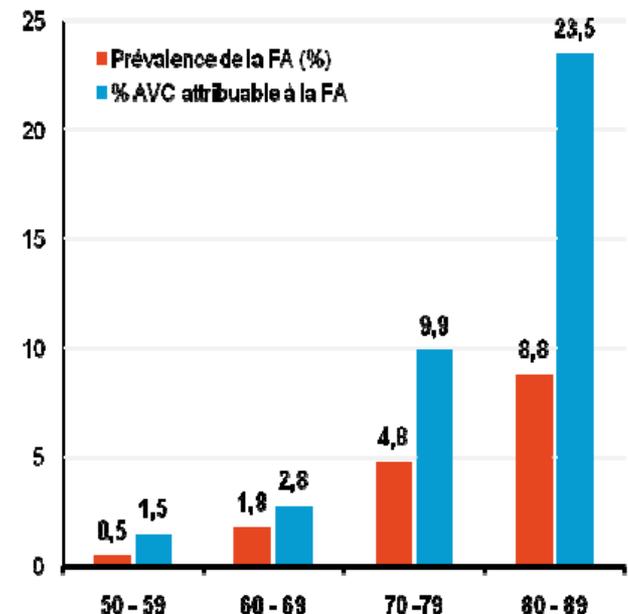
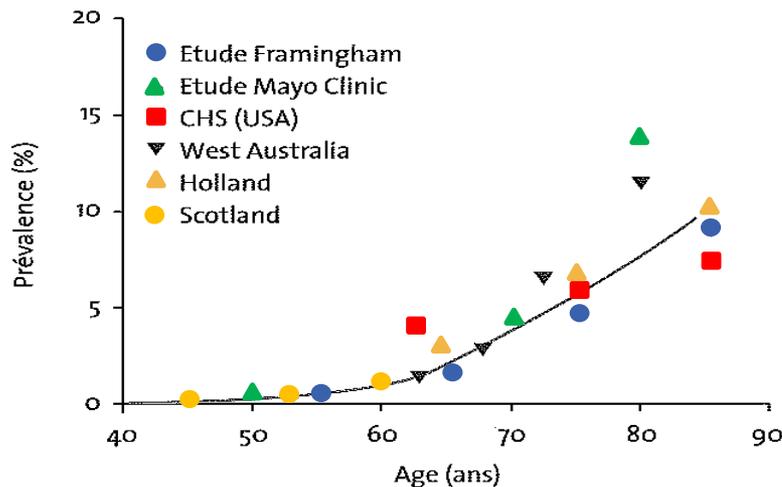


# Anticoagulants Oraux Directs et fibrinolyse dans l'infarctus cérébral

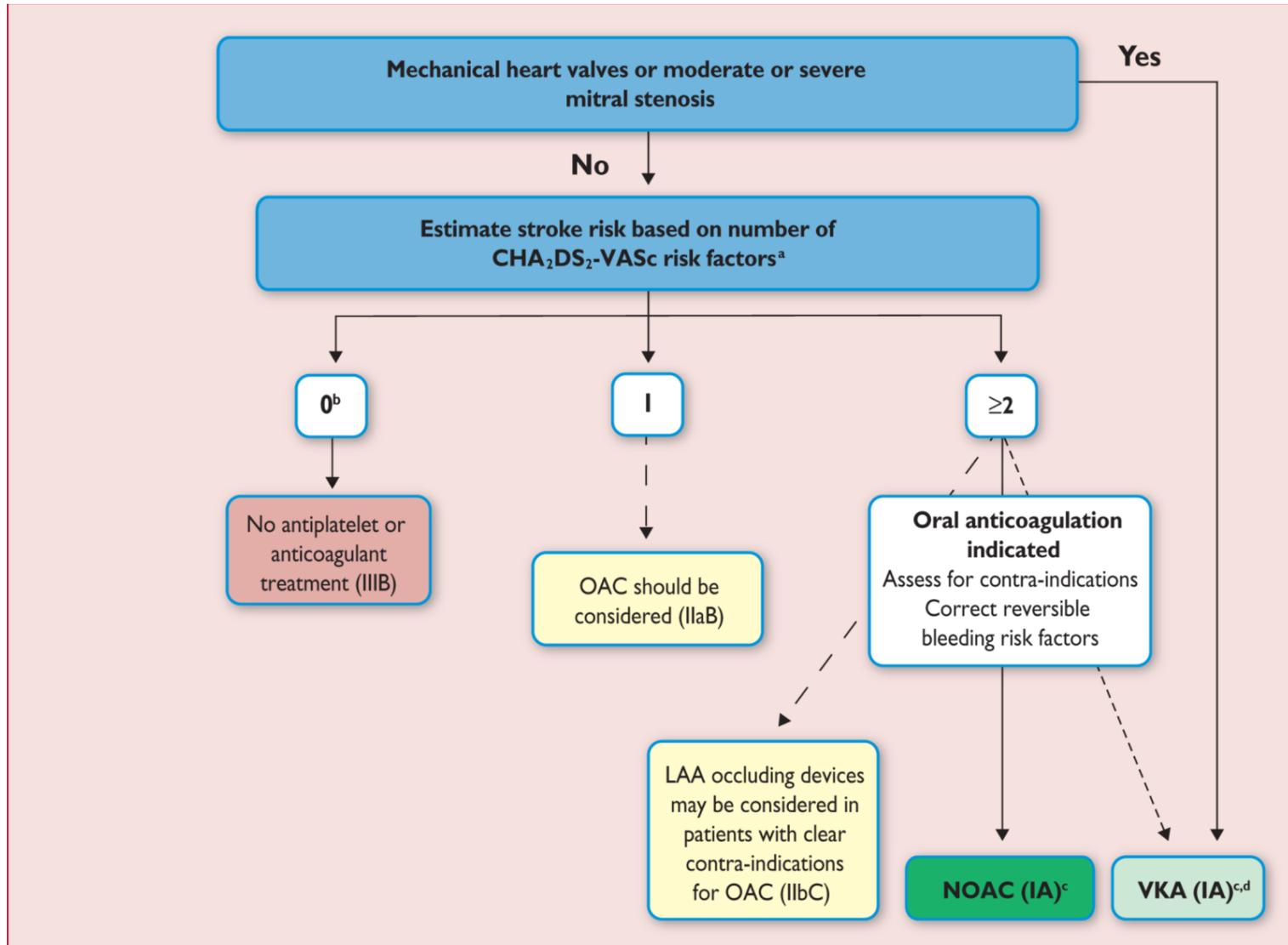
Dr A TRIQUENOT BAGAN  
Unité Neuro Vasculaire  
22 juin 2017

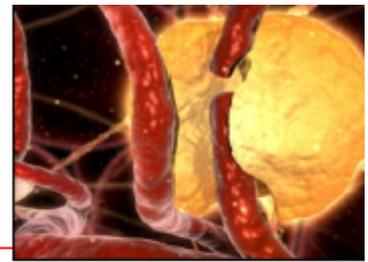
# Infarctus cérébral et FA

- Cardiopathie emboligène : 20 à 25 % des IC
- FA : cause principale (50% des IC présumés d'origine cardio embolique)
- Fréquence de la FA augmente avec l'âge
- % AIC attribuable à FA

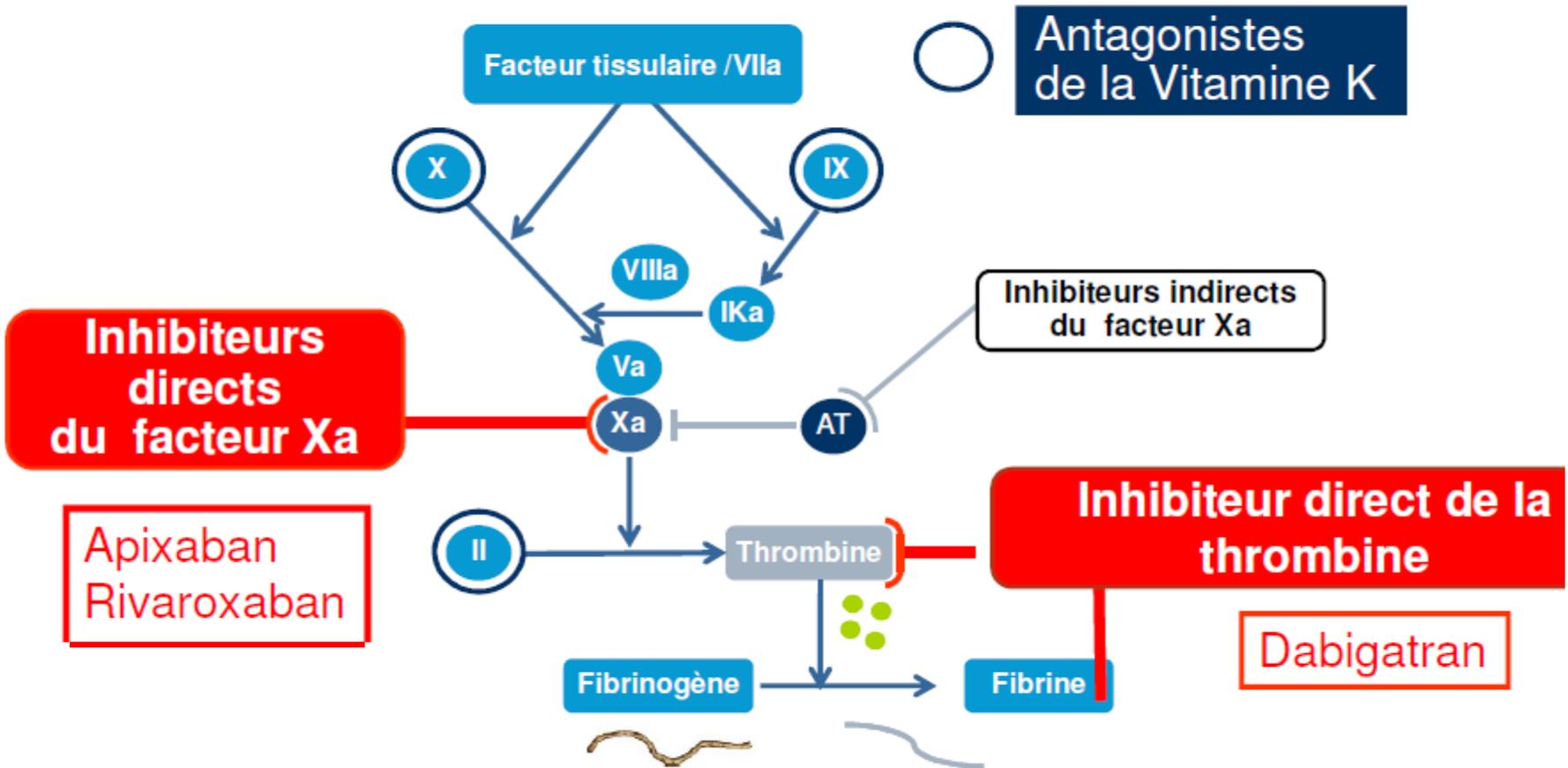


# 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2016;37(38):2893-2962.





# Cibles d'action des anticoagulants dans la cascade de la coagulation

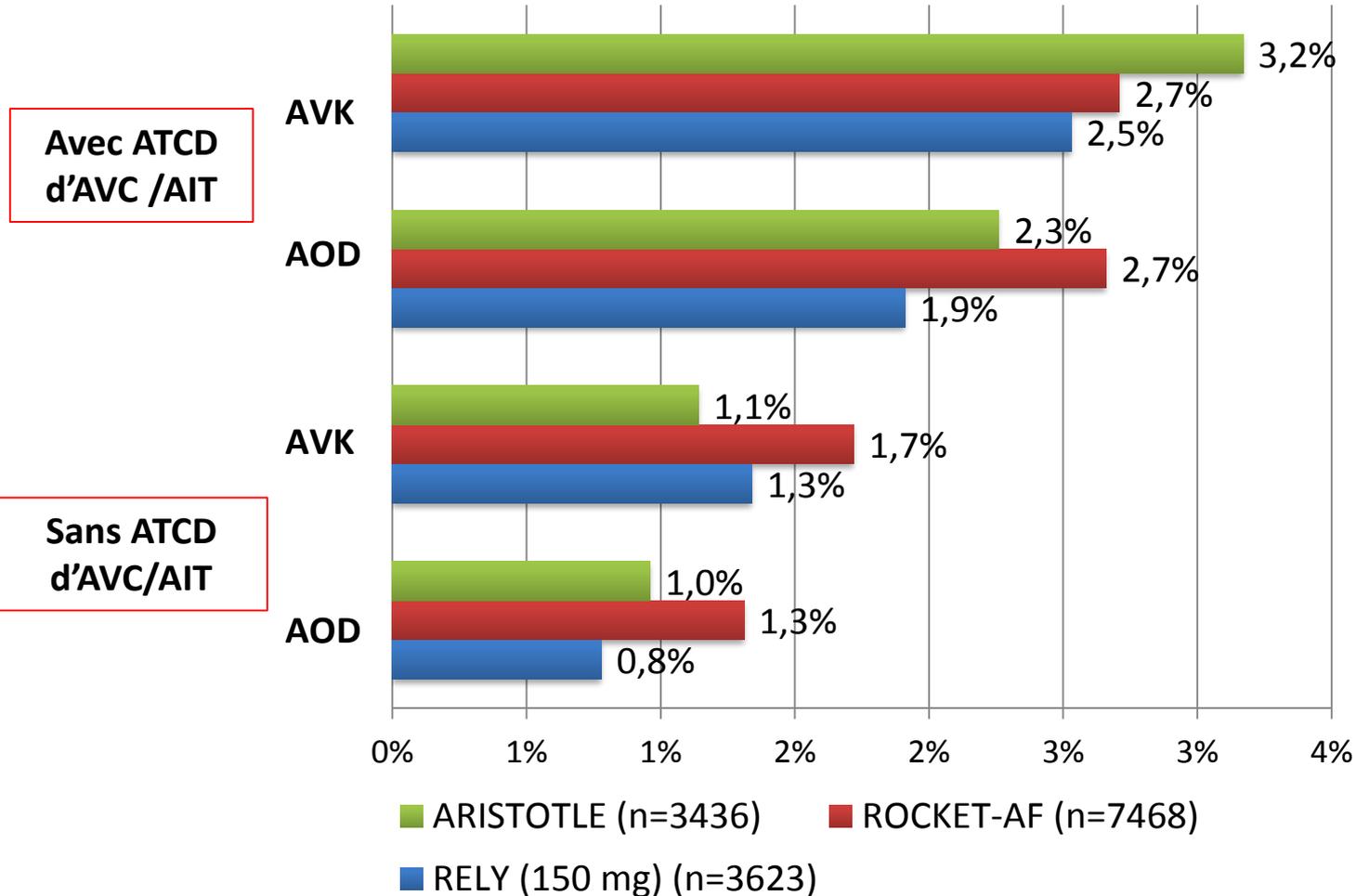


**Anticoagulants oraux directs : AOD**

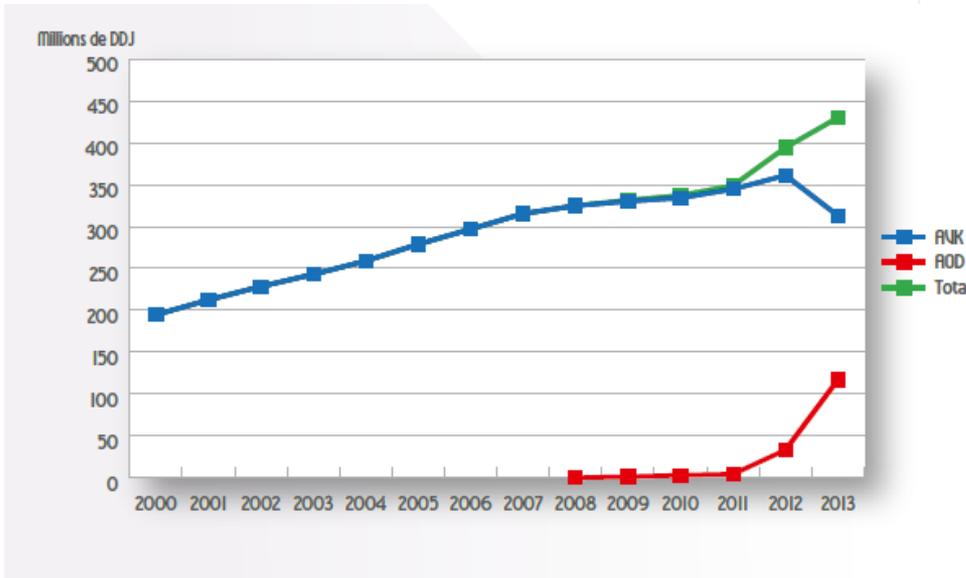
# Risque de récurrence d'AVC / FA / AOD

## Essais contemporains

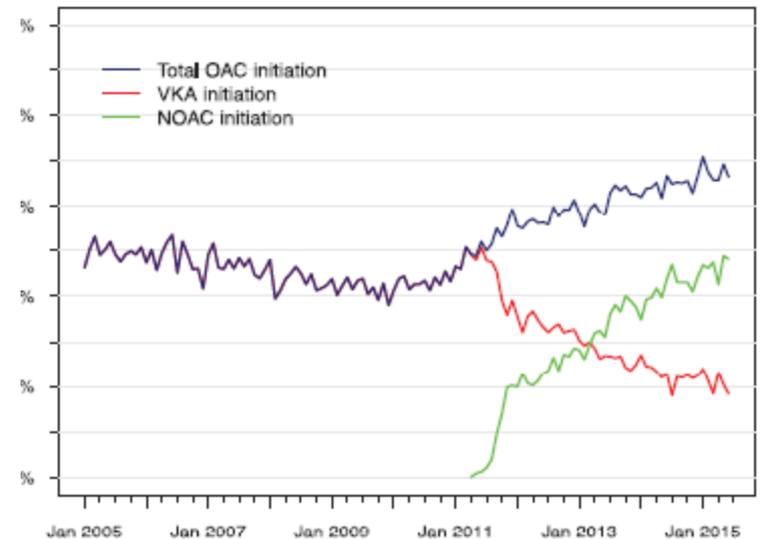
%/an



# Consommation des AOD dans le cadre de la FA



Les anticoagulants en France en 2014 :  
état des lieux, synthèse et surveillance  
Avril 2014 ANSM



Increased use of oral anticoagulants in patients with AF : temporal trends from 2005 to 2015 in Denmark  
*European Heart Journal* (2017) 38, 899–906

# Quel traitement à la phase aiguë d'un AVC ischémique sous AOD ??

- La thrombectomie mécanique est **TOUJOURS** envisageable
- Peut on fibrinolyser ?

→ Recommandations SFNV novembre 2016

Thrombolyse et AOD 07/11/2016

**THROMBOLYSE INTRAVEINEUSE D'UN INFARCTUS CEREBRAL CHEZ UN PATIENT SOUS  
ANTICOAGULANT ORAL DIRECT - PROPOSITIONS DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE  
NEUROLOGIE VASCULAIRE (SFNV) ET DU GROUPE FRANÇAIS D'ETUDES SUR  
L'HEMOSTASE ET LA THROMBOSE (GFHT)**

Emmanuel Touzé,<sup>1</sup> Yves Gruel,<sup>2</sup> Isabelle Gouin-Thibault,<sup>3</sup> Emmanuel De Maistre,<sup>4</sup> Sophie Susen,<sup>5</sup> Pierre Sie,<sup>6</sup> Laurent Derex.<sup>7</sup>

- Consensus d'expert
- Cas ou séries rétrospectives

# Fibrinolyse IV sous AOD

- En fonction de **l'heure de la dernière prise d'AOD**
  - < 12 heures
  - 12 et 48 heures ou l'heure de prise inconnue ou clairance < 50 ml/min
  - > 48 heures
- En fonction de la disponibilité en urgence des **dosages spécifiques** des AOD

# Fibrinolyse IV sous AOD

- Dernière prise > 48 heures + clairance > 50 ml/min : fibrinolyse selon protocole habituel.
- Dernière prise < 12 heures
  - rivaroxaban (XARELTO) ou apixaban (ELIQUIS), la fibrinolyse est contre indiquée.
  - dabigatran (PRADAXA) : antidote (idarucizumab 5g PRAXBIND) puis fibrinolyse selon protocole habituel.

# Fibrinolyse IV sous AOD

- Dernière prise entre 12 et 48 heures ou heure de prise inconnue ou clairance < 50 ml/min
  - dabigatran (PRADAXA) : antidote (PRAXBIND) puis fibrinolyse IV selon protocole habituel.
  - rivaroxaban (XARELTO) ou apixaban (ELIQUIS) : dosages spécifiques en urgence :
    - Si dosage < 50 ng/ml : fibrinolyse IV possible.
    - Si dosage > 100 ng/ml : fibrinolyse contre indiquée
    - Entre 50 et 100 ng/ml : indication à discuter

# Fibrinolyse IV sous AOD

Si les **dosages spécifiques sont indisponibles** :

- TP, TCA : insensibles à l'apixaban, non spécifiques du rivaroxaban et dabigatran
- Rivaroxaban (XARELTO) et apixaban (ELIQUIS) : doser en urgence anti Xa
  - Si anti Xa < 0.5 U/ml : fibrinolyse possible
- Dabigatran (PRADAXA) (si antidote indisponible), doser le temps de thrombine :
  - Si temps de thrombine < 60 sec : fibrinolyse possible

# En pratique

- Si AOD + occlusion proximale : orienter le patient en **centre NRI**
- Si dabigatran : antidote + fibrinolyse IV **immédiatement** après
- Fiche de procédure locale +++