



Thrombolyse en AVC mineur

CONTRE!

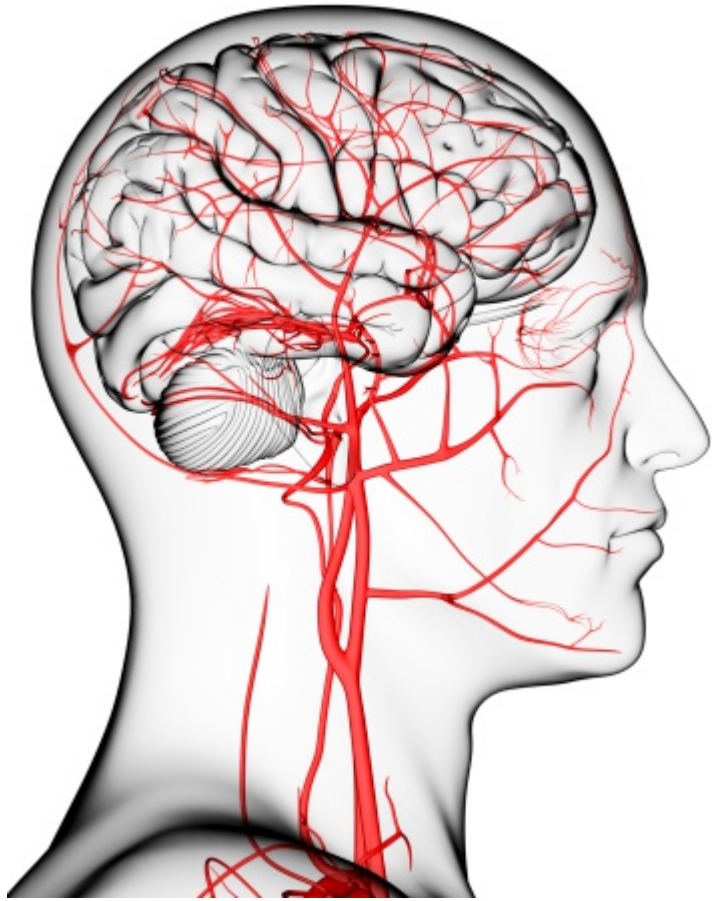
Marie-Andrée Panzini
Neurologue vasculaire, CHUM

Colloque neurovasculaire SSVQ
3 octobre 2025

Conflits d'intérêts

- Aucun





Tout d'abord: définition d'AVC mineur?

PRÉCISONS la population
de laquelle on parle

Décision de THROMBOLYSER

AVC aigu avec symptômes
PERSISTANTS + aucune
contrindication

NIHSS 0-5

NIHSS >5

→ OUI

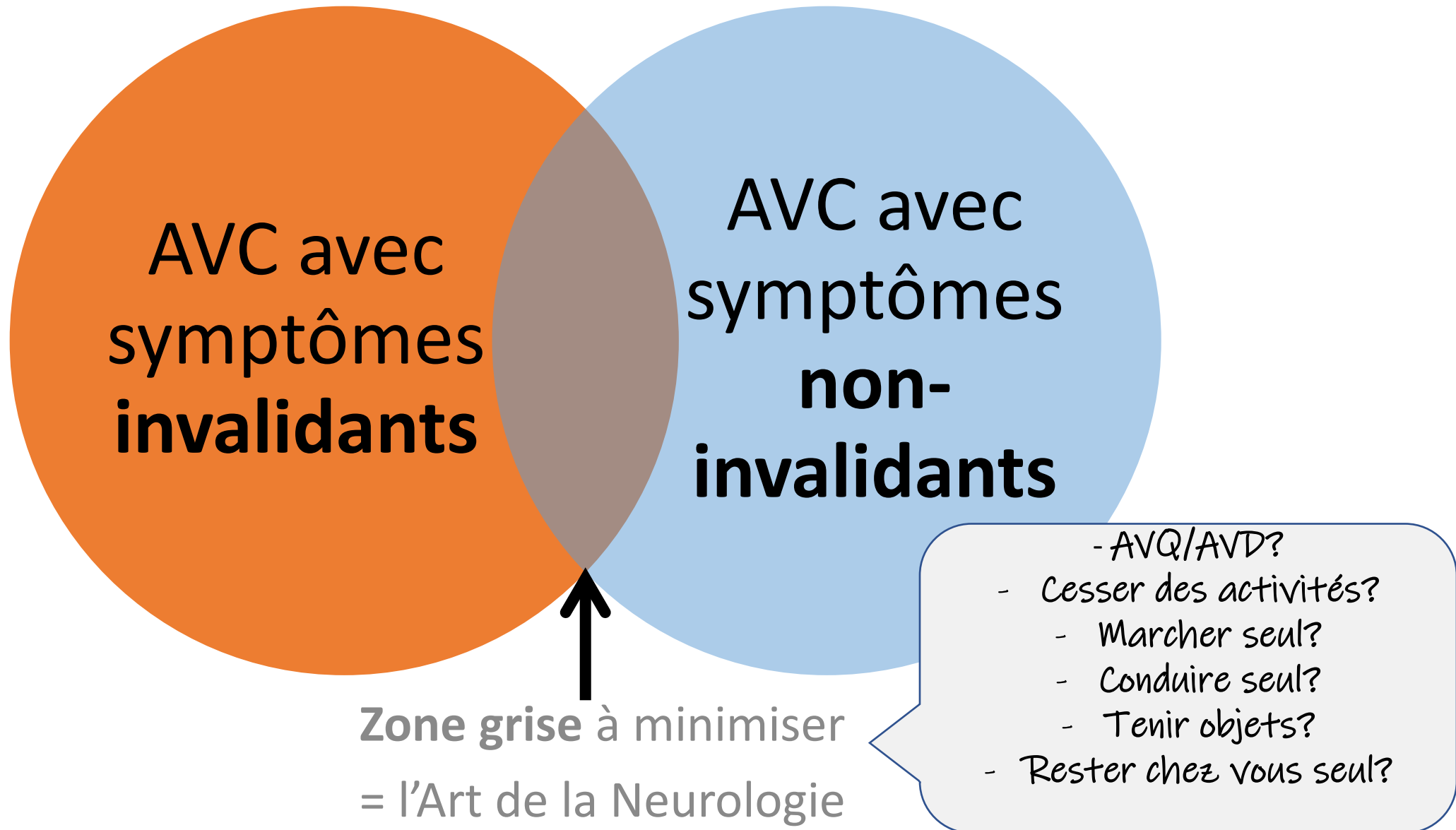
Symptômes
clairement
invalidants

→ OUI (ce n'est PAS un AVC
mineur)

Symptômes NON
clairement
invalidants

→ NON (AVC mineur)

Grandes études basées sur cette dichotomie:



Les lignes directrices canadiennes disent quoi?

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada
Recommandations canadiennes pour les
pratiques optimales de soins de l'AVC

Prise en charge de l'AVC en phase aiguë
Encadré 5B

Encadré 5B Critères d'admissibilité à la thrombolyse intraveineuse

Voir la section 4.2 et l'encadré 4A pour connaître les recommandations détaillées relatives aux critères de sélection fondés sur la neuro-imagerie.

Ces critères visent à orienter les décisions cliniques; toutefois, la décision de procéder à la thrombolyse dépend du jugement clinique du médecin traitant. Les bienfaits relatifs ainsi que les risques et contre-indications potentielles de ce traitement doivent être évalués au cas par cas.

Critères d'inclusion

Les patients doivent être jugés admissibles à la thrombolyse intraveineuse ou à la thrombectomie endovasculaire s'ils remplissent les critères cliniques suivants :

- diagnostic d'AVC ischémique aigu;
- AVC invalidant (c.-à-d. qu'il a de grandes répercussions sur le fonctionnement du patient), ce qui correspond généralement à une cote supérieure à 4 sur l'échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (score NIHSS);
- risques et bienfaits de la thrombolyse concordant avec les objectifs de soins du patient et tenant compte de son état fonctionnel avant l'AVC;

Études phares en thrombolyse

Déficits invalidants (études phares positives)

- **NINDS 1995: NIHSS >0**
- ECASS III 2008: NIHSS <25 (médiane 9)
- IST-3 2012: 20% NIHSS 0-5
- WAKE-UP 2018: NIHSS 6 (4-9)
- EXTEND-IV 2019 : NIHSS 8 (4-26)

Déficits NON clairement invalidants

- PRISMS 2018: NIHSS 0-5
- ARAMIS 2023: NIHSS 0-5 (max 1 pt par item)
- TEMPO-2 2024: NIHSS 0-5 + *occlusion au CTA/CTP*

Les 3 grandes études en AVC mineur et thrombolyse

RCT	N	Randomisation	NIHSS	Issue (mRS 0-1 à 90 j)	HIP symptomatiques à 36h (sICH)	Mortalité à 90 j
PRISMS 2018	313 (arrêt précoce recrutement)	rtPA 0.9 vs AAS	2.3 (1.2 SD)	OR -1.1 (-9.4 – 7.3)	1.3% vs 0% (NS)	0.6 vs 0 (NS)
ARAMIS 2023	760	rtPA 0.9 vs DTAP	2 (1-3 IQR)	91.4% vs 93.8% , RD -2.3% (p<0.001)	0.9% vs 0.3% (NS)	0.9% vs 0.5% (NS)
TEMPO-2 2024	886 (arrêt précoce effet délétère)	TNK vs DTAP/AAS/ACO	2 (1-3 IQR)	72% vs 75% , RD -3.3% NS	2% vs <1% (NS)	5% vs 1% (p=0.0018)

TEMPO-2 donnait toutes ses chances à l'AVC mineur

- **Occlusion artérielle intracrânienne nécessaire à la randomisation:**
meilleurs taux de recanalisation avec TNK démontrés
- **TNK plutôt que rtPA**
(meilleur reflet de notre pratique actuelle)
- Recrutement très lent...
combien de **patients avec symptômes invalidants** inclus?

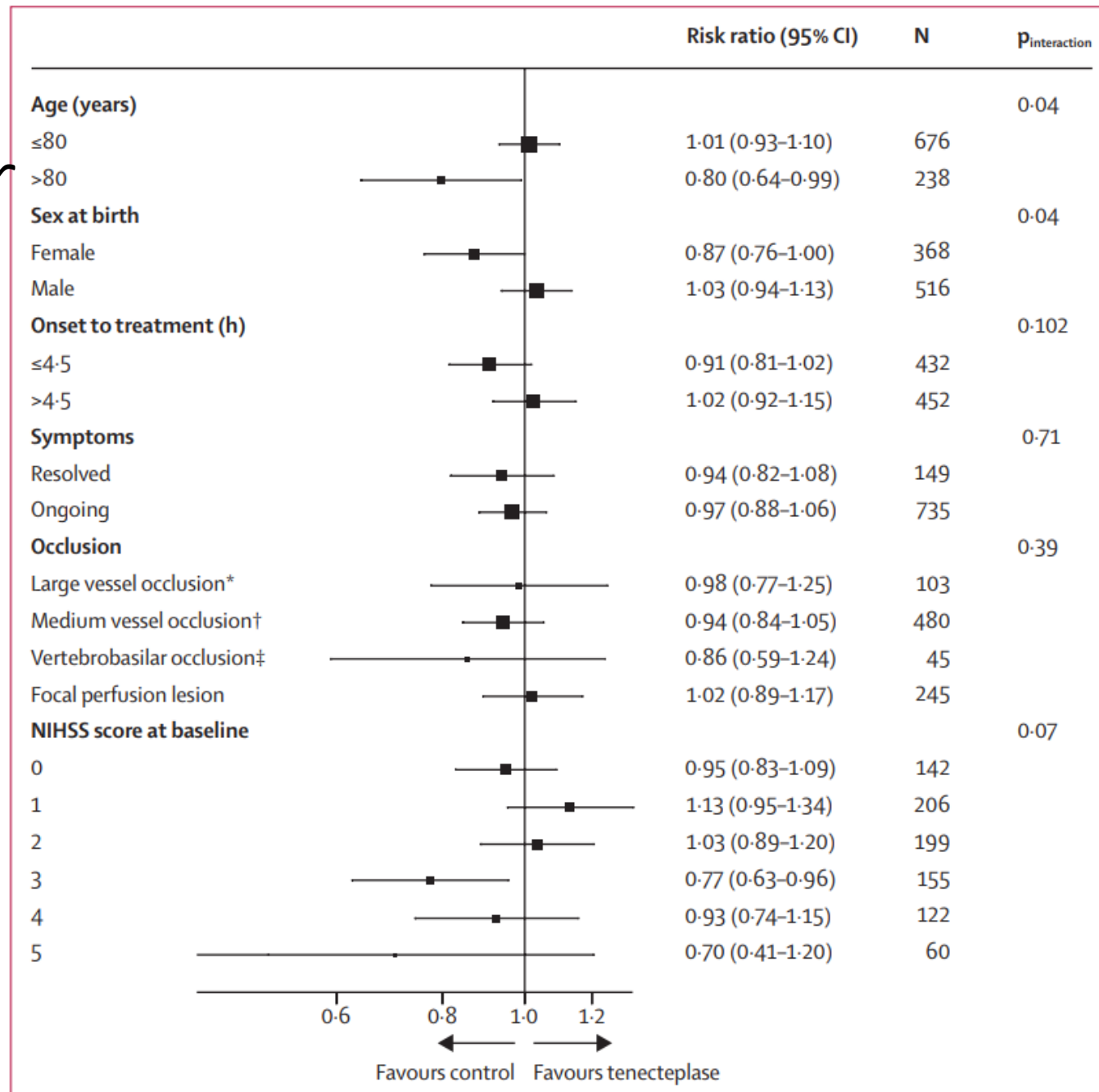


Figure 2: Forest plot of effect size by subgroup

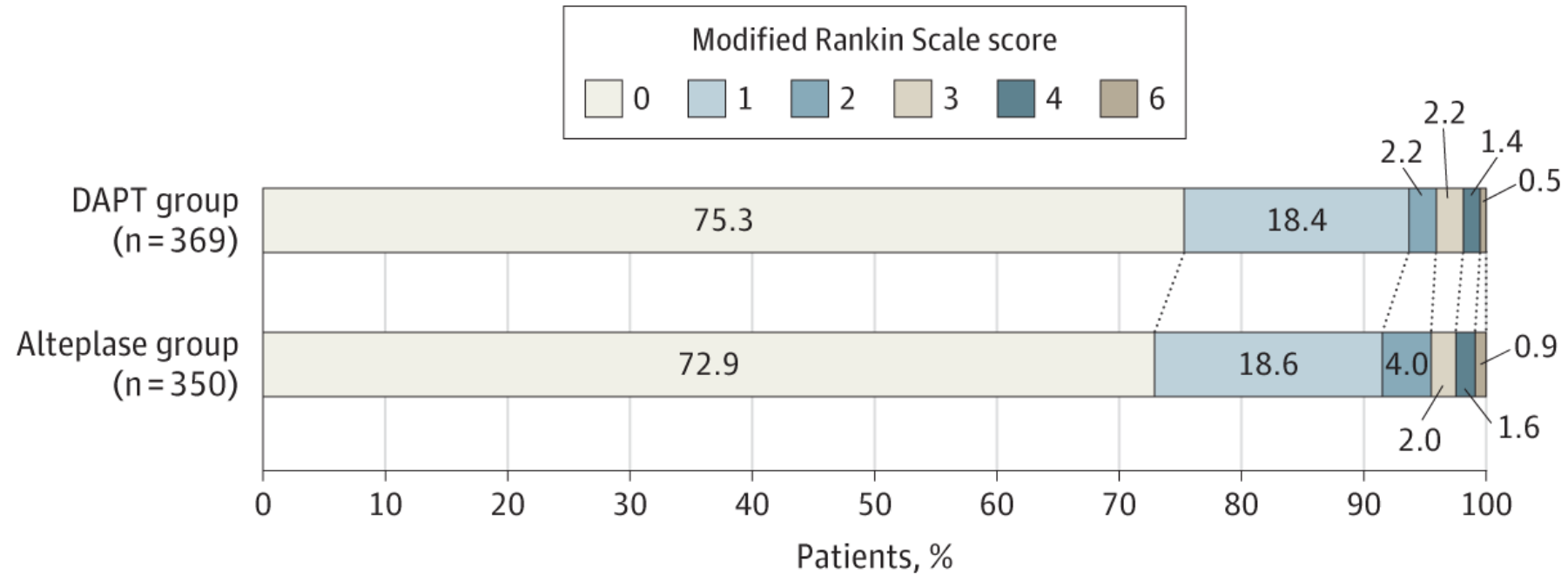
Pas de
bénéfice net
+
Signal d'effet
délétère
=
Pensez-y deux
fois!

Control (n=452)	Tenecteplase (n=432)	Risk difference (95% CI)	Unadjusted RR or HR (95% CI)	Adjusted RR, RD, or HR (95% CI)*
338 (75%)	309 (72%)	-3.3% (-9.1 to 2.6)	RR 0.96 (0.88 to 1.04)	RR 0.96 (0.89 to 1.04)

	Control (n=452)	Tenecteplase (n=432)	p value
Serious adverse event	80 (18%)	100 (23%)	0.045
Stroke progression	33 (7%)	35 (8%)	0.71
Stroke recurrence	15 (3%)	16 (4%)	0.86
Symptomatic intracranial haemorrhage	2 (<1%)	8 (2%)	0.059
Death after symptomatic intracranial haemorrhage within 90 days	1 (<1%)	6 (1%)	1
Any haemorrhage on follow-up imaging	40 (9%)	62 (14%)	0.02
Rescue endovascular thrombectomy for index stroke	10 (2%)	15 (3%)	0.31
Death within 5 days	1 (<1%)	8 (2%)	0.018
Death at 90 days	5 (1%)	20 (5%)	0.0018
Aspiration pneumonia	2 (<1%)	6 (1%)	0.17
Atrial fibrillation	3 (1%)	4 (1%)	0.72
Congestive heart failure	1 (<1%)	5 (1%)	0.12
Seizure	3 (1%)	3 (1%)	1
Urinary tract infection	4 (1%)	2 (<1%)	0.69
ITT=intention to treat.			
Table 3: Safety events (ITT population)			

Il existe une très bonne alternative à la thrombolyse (en AVC mineur)

- **Double thérapie antiplaquettaire**





Questions post-test

Préparez vos SLIDO!



Merci!

Questions? Commentaires? Contre-arguments?

marie-andree.panzini.med@ssss.gouv.qc.ca

Bibliographie

- *Tenecteplase versus standard of care for minor ischaemic stroke with proven occlusion (TEMPO-2): a randomised, open label, phase 3 superiority trial.* Coutts, Shelagh B Salluzzi, Marina et al. The Lancet, Volume 403, Issue 10444, 2597 - 2605
- Chen H, Cui Y, Zhou Z, et al. *Dual Antiplatelet Therapy vs Alteplase for Patients With Minor Nondisabling Acute Ischemic Stroke: The ARAMIS Randomized Clinical Trial.* JAMA. 2023;329(24):2135–2144. doi:10.1001/jama.2023.7827
- Khatri P, Kleindorfer DO, Devlin T, et al. *Effect of Alteplase vs Aspirin on Functional Outcome for Patients With Acute Ischemic Stroke and Minor Nondisabling Neurologic Deficits: The PRISMS Randomized Clinical Trial.* JAMA. 2018;320(2):156–166. doi:10.1001/jama.2018.8496
- <http://www.xn--maa-0ma.eu/?p=601> (image balance)
- [Understanding Stroke | Brain Institute | OHSU](#) (image cerveau)
- [Le CHUM est maintenant complété après plus de 10 ans de travaux | JDM](#) (image CHUM)
- [Débat | Vignettes de pédagogie active](#) (image débat)
- [À choix multiples \(QCM\) | Download Scientific Diagram](#) (image questions)