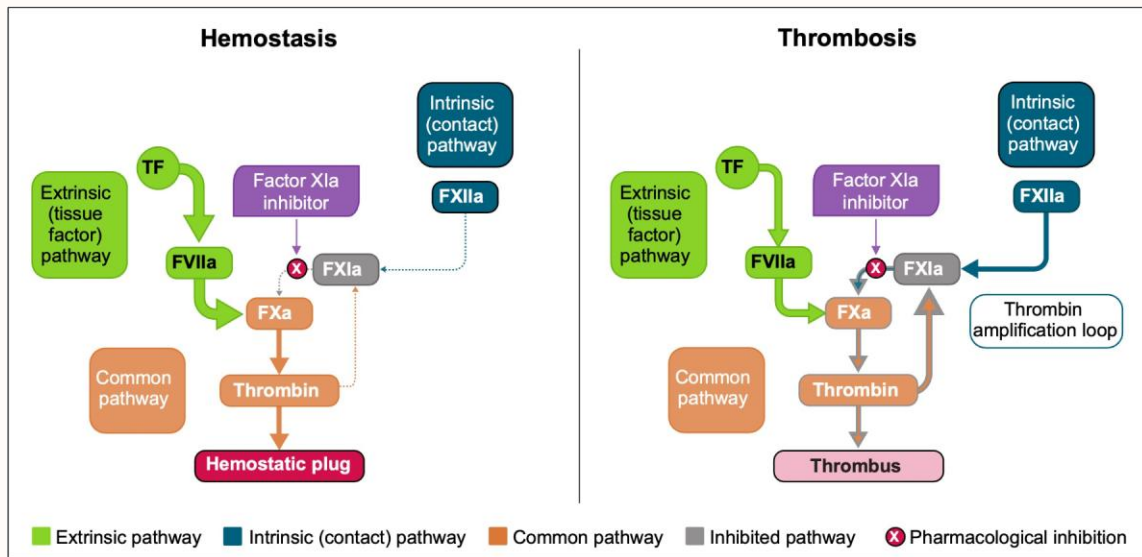


Prévention secondaire de l'AVC : besoins majeurs non satisfaits

- ~12 millions d'AVC surviennent chaque année dans le monde
- Après un AVC ischémique, une récurrence touche ~1 survivant sur 10 dans l'année et ~1 sur 5 dans les 5 ans
- Les stratégies actuelles de prévention secondaire n'ont réduit que modestement les taux de récurrence
- Le risque de saignement associé aux traitements antiplaquettaires complique la prévention dans les AVC ischémiques non cardioemboliques et les AIT
- Le risque de récurrence immédiatement après un AVC ischémique non cardioembolique/AIT reste inacceptablement élevé et persiste pendant des années par la suite, même avec les stratégies de prévention secondaire disponibles
- Il existe un besoin majeur non satisfait de thérapies antithrombotiques plus sûres et plus ciblées
- Les études de randomisation mendélienne suggèrent que des niveaux génétiquement plus faibles de FXI sont associés à un risque réduit d'AVC ischémique sans augmentation des saignements majeurs
- En inhibant le FXIa, il est possible de dissocier la thrombose pathologique de l'hémostase

Nouveau paradigme émergent : inhibition du FXIa en association avec un traitement antiplaquettaire

Inhibiteurs du facteur XIa : dissocier l'hémostase de la thrombose en empêchant la formation de thrombus pathologiques sans augmentation significative des saignements majeurs

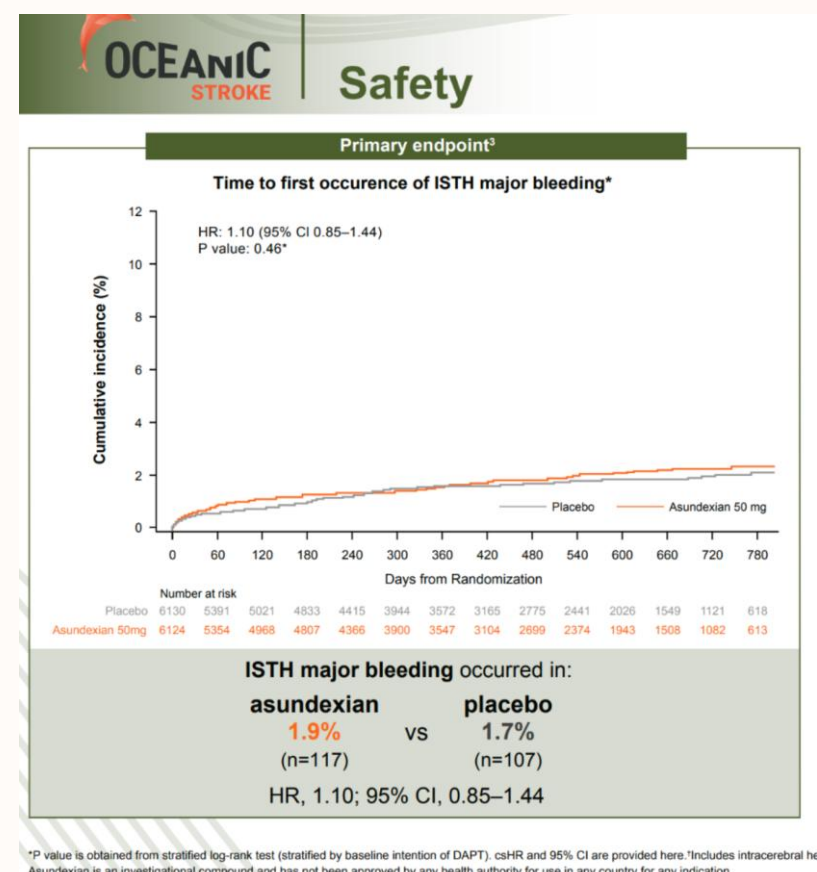
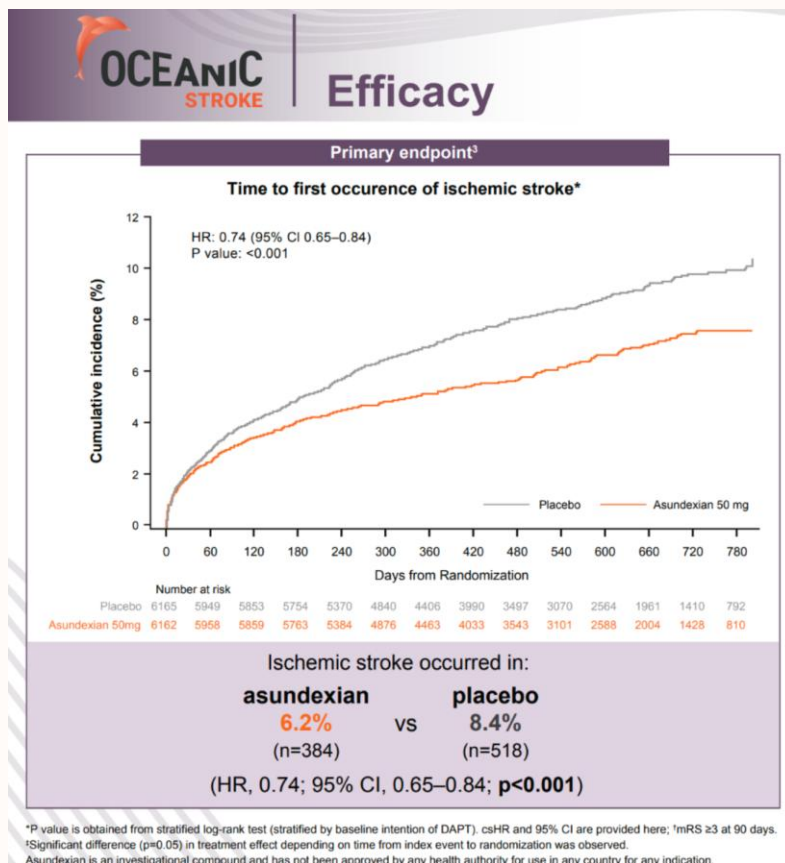


- La croissance du thrombus pathologique se produit par l'activation du FXI en FXIa via la thrombine et une boucle de rétroaction positive
- Le rôle du FXIa dans l'hémostase et la formation du clou plaquettaire est mineur, car il fait partie de la voie intrinsèque
- Ce mécanisme s'applique indépendamment de l'athérosclérose sous-jacente

- Les données précliniques et 2 études de phase II indiquent que les inhibiteurs du FXIa ont le potentiel de prévenir l'AVC ischémique sans augmentation significative du risque de saignement.
- L'asundexian (PACIFIC-STROKE) et le milvexian (AXIOMATIC-SSP) ont été associés à un nombre numériquement inférieur d'AVC ischémiques par rapport au placebo.
- Aucune augmentation significative des saignements majeurs n'a été observée avec l'asundexian ou le milvexian par rapport au placebo lorsqu'ils sont utilisés en association avec un traitement antiplaquettaire.

Études de phase 3 : OCEANIC-STROKE et LIBREXIA-STROKE

Deux essais cliniques de phase III évaluent l'inhibition du FXIa en association avec un traitement antiplaquettaire après un AVC ischémique non cardioembolique ou un AIT dans la prévention secondaire de l'AVC: OCEANIC-STROKE démontrant une supériorité par rapport au placebo, et LIBREXIA-STROKE en cours.



- Asundexian 50 mg significantly reduced ischemic stroke by 26% (HR 0.74, 95% CI 0.65–0.84, P<0.001).
- A primary outcome event of ischemic stroke occurred in 384 (6.2%) patients assigned to asundexian and 518 (8.4%) patients assigned to placebo.
- Asundexian 50 mg once-daily in combination with antiplatelet therapy provided early, sustained, and consistent benefit across prespecified subgroups.

- There was no significant increase in the risk of ISTH major bleeding compared to placebo.
- Asundexian 50 mg once daily, in combination with antiplatelet therapy had similar rates of bleeding vs placebo across all secondary safety endpoints.

Références clés:

Sharma M, et al. N Engl J Med. 2026 Apr 16;394(15):1467-1479.
 Sharma M, et al. European Stroke Journal. 2026;11(1):aakaf017.
 Piccini JP, et al. Lancet. 2022;399(10333):1383–90; Shoamanesh A, et al. Lancet. 2022;400(10357):997–1007;
 Eikelboom JW, et al. J Am Coll Cardiol. 2024;83(6):669–78.

Cette infographie est soutenue par une subvention éducative sans restriction de Bayer AG.

www.world-stroke-academy.org ©World Stroke Organization 2025

Créé avec BioRender. C, A. (2025)