

L'intérêt de l'association du dipyridamole à l'aspirine (AAS) post événement ischémique cérébral a déjà été discuté dans Minerva (étude ESPRIT)<sup>1</sup>. Cette étude avec faiblesses méthodologiques (protocole ouvert, co-traitements non connus), montrait que l'ajout de dipyridamole à libération prolongée à l'AAS pourrait apporter un bénéfice complémentaire à un nombre probablement restreint de patients ayant présenté un AVC mineur ou un AIT, en termes de morbidité cardiovasculaire mais pas en termes de mortalité cardiovasculaire ni de mortalité totale. Les auteurs de cette étude ESPRIT incluaient une méta-analyse sur recherche systématique des comparaisons entre dipyridamole + AAS versus AAS seule.

Ils publient une nouvelle méta-analyse des mêmes études mais sur données individuelles<sup>2</sup>, afin de préciser le bénéfice du traitement en fonction du risque initial. Ils concluent, à nouveau, à une plus-value de l'association thérapeutique versus AAS seule : HR 0,82 (IC à 95% de 0,72 à 0,92) pour le critère composite décès vasculaire, infarctus myocardique non fatal, AVC non fatal. Ils ajoutent que ce bénéfice est observé dans tous les sous-groupes déterminés sur les critères suivants : âge (65 ans ou plus), sexe, AVC initial, HTA, diabète, ischémie myocardique, dose d'AAS, type de lésion vasculaire, formulation de dipyridamole.

Cette nouvelle méta-analyse, sur données individuelles, ne montre pas de supériorité de l'association dipyridamole + AAS versus AAS seule post AVC dans tous les sous-groupes déterminés ; elle ne remet pas en cause nos précédentes réserves pour une ample plus-value dans l'ensemble de cette population post AIT ou AVC mineur.

Ces résultats ne remettent pas en cause nos réserves quant à la plus-value de l'association versus AAS seule. L'analyse des résultats obtenus pour les différents sous-groupes montre aussi, contrairement à ce que sous-entendent les auteurs, une absence de plus-value statistiquement significative de l'association pour : une dose d'AAS  $\geq$  75 mg, les femmes, post AIT, absence d'HTA, présence d'un diabète ou d'ischémie myocardique, dipyridamole non retard. Il n'y a toujours pas de données en fonction des co-traitements.

### Références

1. Chevalier P. Associer du dipyridamole à l'aspirine post événement ischémique cérébral ? MinervaF 2006;5(8):114-6.
2. Halkes PH, Gray LJ, Bath PM, et al. Dipyridamole plus aspirin versus aspirin alone in secondary prevention after TIA or stroke: a meta-analysis by risk. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008;79:1218-23.