

# MANAGEMENTUL ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC ACUT ÎN PRIMELE 24 DE ORE (PACIENȚI NEELIGIBILI PENTRU REVASCULARIZARE)

Ecaterina Postovoi, Mădălina Cebuc, Adriana Arabadji, Irina Teacă, Olga Gavriliuc

Conducător științific: Elena Manole

Catedra de neurologie nr.1, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere.** La pacienții cu accident vascular cerebral ischemic acut (AVC I) ineligibili pentru tromboliză sau trombectomie, primele 24 de ore (h) influențează decisiv extinderea infarctului și prognosticul funcțional. Dovezile recente susțin terapia antiplachetară precoce și profilaxia complicațiilor. **Scop.** Introducere. unui algoritm care ghidează terapia antiplachetară și măsurile adjuvante în funcție de NIHSS ( $\leq 5p$  vs  $> 5p$ ) la pacienții cu AVC-I acut neeligibili pentru reperfuzie. **Material și metode.** Sinteza literaturii, efectuată în baza criteriilor PRISMA, cuprinde 25 studii publicate între anii 2020-2025 selectate din baza de date PubMed. Criterii de includere: prezența AVC-I confirmat imagistic; debutul AVC-I  $< 24h$ ; pacienți neeligibili pentru tromboliză /trombectomie (prezintă contraindicații sau depășesc fereastra terapeutică). **Rezultate.** Aspirina administrată în primele 24h (75–300mg) reduce mortalitatea precoce. La pacienți cu NIHSS  $\leq 5p$ , terapia dublă antiplachetară (DAPT) cu aspirină și clopidogrel inițiată la 24–72h scade recurența ischemică la 90 zile cu 20–30% fără a crește riscul de transformare hemoragică. În cazul NIHSS  $> 5p$  / ASPECTS  $\leq 7$ , pentru a-l limita la  $< 3\%$ , se recomandă monoterapie antiplachetară până la reevaluare imagistică. Statinele introduse precoce nu amplifică acest risc și îmbunătățesc prognosticul. Profilaxia trombozei venoase profunde se va iniția doar după 24h de la debutul AVC-I în caz de imobilizare sau fibrilație atrială. **Concluzii.** Algoritmul antitrombotic pentru AVC-I la pacienți neeligibili pentru tromboliză/trombectomie se bazează pe NIHSS:  $\leq 5p$  - DAPT (aspirină 300 mg și clopidogrel 300 mg) plus statine;  $> 5p$  - aspirină în monoterapie, ajustată în funcție de riscul de transformare hemoragică, pentru a reduce recurența. **Cuvinte-cheie:** AVC ischemic, NIHSS, terapie antiplachetară, statine, algoritm.

# ACUTE ISCHEMIC STROKE MANAGEMENT IN THE FIRST 24 HOURS (PATIENTS NOT ELIGIBLE FOR REVASCULARISATION)

Ecaterina Postovoi, Mădălina Cebuc, Adriana Arabadji, Irina Teacă, Olga Gavriliuc

Scientific adviser: Elena Manole

Neurology Department no.1, Nicolae Testemițanu University, Chișinău, Republic of Moldova

**Introduction.** In patients with acute ischemic stroke (AIS) who are ineligible for intravenous thrombolysis or mechanical thrombectomy, the first 24 hours decisively influence infarct expansion and functional outcome. Recent evidence supports early antiplatelet therapy and systematic prevention of complications. **Objective.** To outline an algorithm that adapts antiplatelet therapy and adjunctive measures according to the NIHSS ( $\leq 5p$  vs  $> 5p$ ) in acute ischemic stroke patients who cannot undergo reperfusion. **Material and methods.** A narrative review, carried out according to PRISMA criteria, comprises 25 studies published between 2020-2025 and selected from the PubMed database. Inclusion criteria: imaging-confirmed ischemic stroke; stroke onset  $< 24h$ ; patients ineligible for thrombolysis or thrombectomy (owing contraindications or an elapsed therapeutic window). **Results.** Aspirin administered within the first 24h (75–300 mg) reduces early mortality. In patients with NIHSS  $\leq 5p$ , dual antiplatelet therapy (aspirin + clopidogrel) started at 24–72h lowers 90-day ischemic recurrence by 20–30% without raising the risk of hemorrhagic transformation. For NIHSS  $> 5p$  / ASPECTS  $\leq 7$ , single-agent antiplatelet therapy is advised until repeat imaging to keep that risk below 3%. Early statin initiation does not increase hemorrhagic risk and improves prognosis. Deep-vein thrombosis prophylaxis should begin only after 24h from stroke onset in immobilized patients or those with atrial fibrillation. **Conclusion.** The antithrombotic algorithm for ischemic stroke patients ineligible for thrombolysis/thrombectomy relies on NIHSS:  $\leq 5p$  - DAPT (aspirin 300 mg plus clopidogrel 300 mg) with statin;  $> 5p$  - aspirin monotherapy, titrated to hemorrhagic transformation risk, to lower recurrence. **Keywords:** Ischemic stroke, NIHSS, antiplatelet therapy, statins, algorithm.