



Cas clinique

Nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie sur la double anti-agrégation plaquettaire : illustration de leur mise en pratique par un cas clinique

Grégory Ducrocq - Département de Cardiologie, Hôpital Bichat

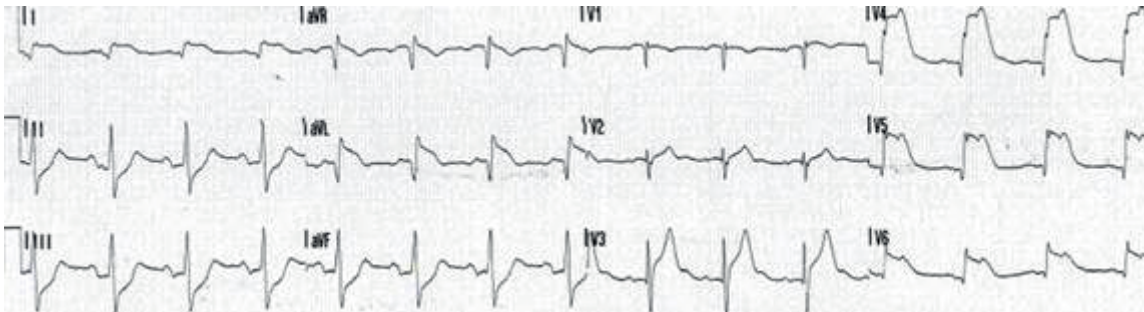
La Société Européenne de Cardiologie a récemment publié des recommandations sur la bithérapie anti-agrégant plaquettaire chez les patients coronariens. Au travers d'un cas clinique, nous vous décrivons les éléments principaux de ces recommandations concernant les patients présentant un syndrome coronaire aigu.

Lire les recommandations



Un patient de 66 ans consulte aux urgences pour une douleur thoracique constrictive persistante depuis 1 heure. Ses facteurs de risque sont constitués par une HTA et un diabète de type 2.

Son électrocardiogramme révèle un sus décalage du segment ST dans le territoire antéro-latéral (cf. Figure ci-dessous).



1 - Quel traitement anti-agrégant plaquettaire Instaurez-vous en amont de la salle de cathétérisme ?

En plus de l'aspirine, les « nouveaux » antiagrégants plaquettaires (prasugrel ou ticagrelor) sont recommandés en première intention (recommandation de Classe I, niveau d'évidence B). Le clopidogrel est un traitement de seconde intention, derrière le prasugrel ou le ticagrelor, chez les patients ayant une contre-indication à ces molécules ou étant à très haut risque hémorragique. Cette recommandation fait suite aux résultats des études TRITON et PLATO.

2 - À l'interrogatoire, le patient vous rapporte une consultation récente avec un urologue. Ce dernier aurait évoqué l'éventualité d'une chirurgie prostatique dans les mois à venir. Quel type de stent implantez-vous à ce patient ?

Quelle que soit la durée de bithérapie envisagée, les stents actifs sont actuellement préférés aux stents nus (recommandation de classe I, niveau d'évidence A). Cette recommandation fait suite à plusieurs études montrant un risque de thrombose de stent actifs qui est équivalent, voire inférieur, à celui des stents nus pour les stents actifs de dernière génération. Par ailleurs, plusieurs études randomisées ont démontré que ce risque de thrombose de stent n'était pas

majoré après implantation d'un stent actif par rapport aux stents nus pour des durées de bithérapie courte (descendant jusque 1 mois).

3 - Les suites vont être simples. La fraction d'éjection à la sortie et modérément altérée (50 %). Vous revoyez le patient à 3 mois pour des palpitations. Il est maintenant en fibrillation auriculaire. Comment modifiez-vous son traitement antithrombotique ?

Le score CHA2DS2-VASC de ce patient est de 4 ce qui permet d'évaluer son risque thromboembolique annuel à 4 %. L'indication d'une anticoagulation orale est donc formelle. Se pose alors la question du traitement anti-agrégant plaquettaire.



Chez les patients en FA stentés, la durée de la triple association peut varier d'après les recommandations entre 1 et 6 mois en fonction de l'évaluation, par le clinicien, des risques ischémiques et hémorragiques du patient (recommandation de classe IIa Niveau d'évidence B). En cas de triple association, afin de minimiser le risque hémorragique, le clopidogrel doit être préféré aux nouveaux antiagrégants plaquetaires (recommandation de classe III, niveau d'évidence C).

Nous sommes ici à 3 mois de l'angioplastie d'un SCA, le risque de thrombose de stent à ce stade paraît faible (cf. ci-dessus). Nous interrompons donc l'inhibiteur de P2Y12.

Le patient a donc une association aspirine + anticoagulant.

L'aspirine doit être administrée à la plus petite dose possible (75 mg), les anticoagulants oraux

directs (AOD) seront préférés aux AVKs chez ce patient à la fonction rénale normale (clairance à 90 mL/min). On privilégiera la plus faible dose validée dans les études de FA (recommandation de classe IIa, niveau d'évidence C).

4 - Vous revoyez le patient un an après son infarctus initial. Il n'a pas présenté de complication hémorragique, ni de récurrence ischémique. Modifiez-vous son traitement anti-thrombotique ?

Chez les patients coronariens sous anticoagulant, il est recommandé d'arrêter l'aspirine un an après la dernière angioplastie (IIa B). Cette recommandation repose toutefois uniquement sur des données observationnelles.

APPEL A PARTICIPATION – ETUDE ABYSS

La prescription des bêtabloquants après un infarctus du myocarde fait partie des pratiques cliniques et des recommandations internationales depuis plus de 40 ans. Grâce à l'extension de la reperfusion coronaire en urgence, la diminution importante de la mortalité en post-infarctus, essentiellement par mort subite et insuffisance cardiaque, fait remettre en cause la place de ce traitement au long cours, qui est discuté dans les dernières recommandations de l'ESC en 2017.

L'étude française ABYSS, menée par le groupe ACTION (www.action-cœur.org) et financée par un PHRC national, va débuter au premier trimestre 2018 avec 20 centres. Cette étude de grande envergure (n = 3700 patients), sera la première étude randomisée à

s'intéresser à l'arrêt des bêtabloquants dans les infarctus non compliqués.

Nous avons besoin d'au moins 50 centres pour que l'étude se fasse dans des délais raisonnables et nous cherchons des centres de cardiologie qui réalisent le suivi de leurs patients en post-infarctus et qui souhaitent participer à l'étude.

Le protocole est simple, la randomisation se faisant en consultation par téléphone et l'eCRF est très court.

Pour participer vous pouvez contacter le groupe ACTION au 0142162959 ou par email karine.brochard-ext@aphp.fr

