

Folia Pharmacotherapeutica janvier 2020

## Quel traitement antithrombotique chez les patients atteints de FA et d'un syndrome coronarien aigu? □

Chez les patients atteints de fibrillation auriculaire qui ont un syndrome coronarien aigu (SCA) ou chez lesquels un stent doit être posé, la trithérapie antithrombotique (traitement anticoagulant oral associé à une bithérapie antiplaquettaire associant de l'acide acétylsalicylique avec une thiényridine ou le ticagrélol) théoriquement indiquée pendant la première année après l'événement, comporte un risque élevé d'hémorragie. Des études récentes, réunies en juin 2019 dans une méta-analyse en réseau, suggèrent que tant le retrait de l'acide acétylsalicylique que le fait d'opter pour un AOD au lieu d'un antagoniste de la vitamine K diminuent ce risque d'hémorragie, sans augmentation significative du nombre d'accidents thrombotiques. Le CBIP estime qu'il n'est pas suffisamment certain que le retrait complet de l'acide acétylsalicylique du schéma thérapeutique ne s'accompagne pas d'une légère augmentation des accidents ischémiques coronariens et nous souscrivons aux recommandations européennes les plus récentes qui limitent la durée du traitement par l'acide acétylsalicylique à 1 mois. Quant au bénéfice des AOD par rapport aux antagonistes de la vitamine K, les preuves issues d'études comparatives directes sont limitées.

Envie d'approfondir vos connaissances sur ce sujet ? Répondez aux questions de notre Folia Quiz automne 2020 sur les AOD. Cet e-learning est gratuit. Une accréditation est prévue pour les médecins, les pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers.

Les patients atteints de fibrillation auriculaire qui ont un syndrome coronarien aigu (SCA) ou chez lesquels un stent doit être posé, doivent en théorie être traités par une triple thérapie associant un traitement anticoagulant oral et une bithérapie antiplaquettaire (acide acétylsalicylique + une thiényridine ou le ticagrélol) pendant la première année après cet événement. Cette triple thérapie antithrombotique s'accompagne toutefois d'un risque hémorragique élevé.

Les résultats d'études individuelles randomisées, menées ces 5 dernières années (la plus grande et la plus récente ayant été publiée en avril 2019), et une méta-analyse en réseau publiée en juin 2019, semblent montrer que le retrait de l'acide acétylsalicylique est associé à une diminution significative du risque hémorragique, sans augmentation significative du nombre d'accidents thrombotiques<sup>1,2</sup>. Lorsqu'un AOD est utilisé au lieu d'un antagoniste de la vitamine K, on observe également une diminution, moins importante toutefois, du risque hémorragique. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence. Pour certaines comparaisons, le nombre de patients était plutôt limité, et les résultats de la méta-analyse en réseau reposent donc surtout sur des comparaisons indirectes. Tant les études individuelles que la méta-analyse manquent de puissance statistique pour pouvoir démontrer des différences sur des critères d'évaluation ischémiques (alors que dans les groupes sans acide acétylsalicylique, les accidents thrombotiques étaient numériquement (mais pas de manière statistiquement significative) plus fréquents)<sup>3</sup>.

Le CBIP est d'avis qu'il n'est pas suffisamment certain que le retrait complet de l'acide acétylsalicylique du schéma thérapeutique ne s'accompagne pas d'une légère augmentation des accidents ischémiques coronariens. Nous souscrivons donc aux recommandations européennes les plus récentes concernant le traitement anticoagulant et antiagrégant des patients atteints de fibrillation auriculaire (et chez lesquels des anticoagulants oraux sont indiqués) et qui doivent subir la pose d'un stent dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu ou d'une coronaropathie stable<sup>4</sup>. Dans ces recommandations, la durée du traitement par l'acide acétylsalicylique est limitée à 1 mois (à prolonger jusqu'à 3 voire maximum 6 mois en cas de risque thrombotique élevé, ou à omettre éventuellement chez les patients sélectionnés présentant un faible risque thrombotique ou un risque hémorragique très élevé). En tant qu'inhibiteur du P2Y<sub>12</sub>, le clopidogrel est à privilégier, vu que la grande majorité des patients dans la méta-analyse a été

traitée par le clopidogrel. Le profil d'innocuité des antiagrégants plus puissants (prasugrel, ticagrélor) n'est pas suffisamment documenté chez ces patients. Concernant le bénéfice des AOD par rapport aux antagonistes de la vitamine K, les preuves issues d'études comparatives directes sont limitées.

## Sources spécifiques

- 1 Lopes RD, Heizer G, Aronson R, Vora AN, Massaro T et al. Antithrombotic therapy after acute coronary syndrome or PCI in atrial fibrillation. *New Engl J Med* 2019; 380:1509-24. Doi: 10.1056/NEJMoa1817083
- 2 Lopes RD, Hong H, Harskamp RE, Bhatt DL, Mehran R et al. Safety and efficacy of antithrombotic strategies in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention. *JAMA Cardiol* 2019;4:747-55. doi: 10.1001/jamacardio.2019.1880
- 3 Mukherjee D. In AF with recent ACS of PCI, apixaban reduced bleeding vs VKAs; aspirin increased bleeding vs placebo. *Ann Intern Med* 2019;171:JC7. doi: 10.7326/ACPJ201907160-007
- 4 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions. *Europace* 2019;21:192-3. doi: 10.1093/europace/euy174

### Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

### Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et  
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

### Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.