

LE TRAITEMENT ANTIPLAQUETTAIRE

Mise à jour ciblée 2012 des Lignes directrices
de la Société canadienne de cardiologie pour le
traitement antiplaquettaire

Pour consulter le document complet des lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire,
ou d'autres ressources, veuillez consulter notre site Web sur les lignes directrices à

www.ccsguidelineprograms.ca.

Date de publication : novembre 2013



À propos de ce guide de poche

Ce guide de poche est un outil de consultation rapide qui présente des recommandations essentielles en matière de diagnostic et de traitement fondées sur les lignes directrices 2012 de la SCC pour le traitement antiplaquettaire.

Ces recommandations visent à fournir une approche raisonnable et pratique aux soins cardiovasculaires pour les spécialistes et les professionnels de la santé responsables de la prestation de soins optimaux aux patients et à leurs familles. Ces recommandations sont susceptibles d'être modifiées selon les progrès technologiques et les connaissances scientifiques, et l'évolution de la pratique clinique. Les lignes directrices n'ont pas été conçues pour remplacer les médecins utilisant leur jugement individuel dans la gestion des soins cliniques en consultation avec le patient, en tenant compte de toutes les circonstances propres au patient, des diagnostics et des options de traitement possibles et des ressources disponibles. L'adhérence à ces recommandations ne produira pas nécessairement des résultats favorables dans tous les cas.

Pour consulter le document complet des lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire, ou d'autres ressources, veuillez consulter notre site Web sur les lignes directrices à www.ccsguidelineprograms.ca.



Mise à jour ciblée 2012 des Lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie pour le traitement antiplaquettaire

Coprésidents et auteurs

Jean-François Tanguay et Shamir Mehta

Auteurs

Alan D. Bell, Margaret L. Ackman, Robert D. C. Bauer, Raymond Cartier, Wee-Shian Chan, James Douketis, André Roussin, Gregory Schnell, Subodh Verma, Graham Wong

Un merci tout spécial à Dr Alan Bell, Dr James Douketis et Dr André Roussin de Thrombose Canada pour leur aide au développement de ce guide de poche.



Introduction et raison

- La mise à jour ciblée 2012 des lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire se veut une mise à jour, et non un remplacement du document de 2010
- Les thèmes mis à jour relèvent surtout du domaine de la coronaropathie et comprennent
 1. Traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire dans la première année suivant :
 - » un syndrome coronarien aigu (SCA)
 - » une intervention coronarienne percutanée
 - » un pontage aorto-coronarien (PAC)
 2. Les nouveaux anticoagulants par voie orale pour la prévention secondaire suivant un SCA
 3. Interaction entre le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons
- Les recommandations du document de 2010 dont il n'est pas question dans la mise à jour continuent de s'appliquer



Dose optimale d'acide acétylsalicylique après un SCA

- Beaucoup d'études rigoureuses ont conclu qu'une dose élevée d'AAS (>100 mg/jour) ne procure aucun avantage supplémentaire en matière de prévention vasculaire secondaire
- Par contre, les études ont clairement montré qu'une dose élevée d'AAS augmente le risque de saignement par rapport à une faible dose
- Certaines données indiquent qu'une dose élevée d'AAS réduirait l'efficacité sur le plan de la prévention secondaire lorsqu'elle est utilisée en association avec le ticagrélor
- Dans l'ensemble, les études à court et à long terme laissent penser **qu'une faible dose d'AAS (81 mg/jour au Canada) représente la dose optimale après un SCA et une ICP**



Clopidogrel

- Les études comparant le clopidogrel aux antagonistes des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ récents ont montré que les nouveaux agents donnent de meilleurs résultats cardiovasculaires, mais qu'ils se distinguent par une petite mais néanmoins significative augmentation du risque de saignements majeurs
- Comparée à la dose ordinaire, la double dose de clopidogrel pendant les 6 premiers jours après un SCA ne semble procurer aucun avantage vasculaire et représente un risque accru de saignements majeurs. Cependant, des avantages significatifs ont été observés sur le plan des événements vasculaires majeurs chez les patients prenant une double dose qui ont subi une ICP.



Prasugrel

- Administré en concomitance avec de l'AAS, le prasugrel, comparé au clopidogrel, a réduit le risque d'événements vasculaire chez les patients de SCA sans élévation du segment ST prise en charge par une ICP, lorsqu'administré après confirmation de l'anatomie coronarienne
- Le prasugrel à 10 mg augmente le risque de saignements majeurs, de saignements constituant un danger de mort et de saignements mortels, particulièrement chez les patients ayant les caractéristiques suivantes :
 - Âgé de 75 ans et plus
 - Dont le poids corporel est inférieur à 60 kg
- Le prasugrel est contreindiqué chez les patients ayant des antécédents d'affection cérébrovasculaire
- Des bienfaits similaires dans la réduction des événements vasculaires ont été observés chez les patients d'IM avec sus-décalage du segment ST pris en charge par une ICP sans augmenter le saignement majeur
- Aucun bienfait du prasugrel par rapport au clopidogrel n'a été démontré chez les patients pris en charge médicalement après un SCA sans élévation du segment ST



Ticagrélol

- Administré en concomitance avec de l'AAS, le ticagrélol, comparé au clopidogrel, a réduit le risque d'événements vasculaires y compris la mortalité totale, chez les patients de SCA sans élévation du segment ST pris en charge médicalement, chirurgicalement ou par une ICP
- Des bienfaits similaires mais statistiquement non significatifs ont été observés chez les patients d'IM avec sus-décalage du segment ST pris en charge par une ICP
- L'incidence de saignements majeurs non liés au pontage aortocoronarien était supérieure avec le ticagrélol
- Un taux accru de dyspnée transitoire et de pauses ventriculaires a été observé lorsque le ticagrélol était utilisé
- Le ticagrélol est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents d'hémorragie intracérébrale et devrait être utilisé avec prudence chez les patients ayant une bradycardie sévère



Antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂

	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrélor
Posologie	dose d'attaque 150 – 600 mg 75 mg 1 f.p.j.	10 mg 1 f.p.j. 5 mg 1 f.p.j. si: ≤ 60 kg ≥ 75 ans	180 mg dose d'attaque 90 mg 2 f.p.j.
Exige une activation métabolique	Oui, sensible aux polymorphismes	Oui, mais moins sensible aux polymorphismes	Non
Indications	SCA, ICP, MAP, MCV	SCA traité avec ICP	SCA, ICP ou traitement médical
Inhibition réversible	Non	Non	Oui
Efficacité	<ul style="list-style-type: none">• ++• 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport à la monothérapie avec AAS	<ul style="list-style-type: none">• +++• 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport au clopidogrel + AAS	<ul style="list-style-type: none">• +++• 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport au clopidogrel + AAS• Mortalité totale réduite par rapport au clopidogrel + AAS
Risque de saignement	+	+++	++
Problèmes	<ul style="list-style-type: none">• Rougeur	<ul style="list-style-type: none">• Risque de saignement et : < 60 kg ≥ 75 ans Augmentation des saignements mortels Antécédents d'ICT ou d'AVC	<ul style="list-style-type: none">• Dyspnée• Pause ventriculaire• Hyperuricémie• Légère hausse de la créatinine



Nouvelles recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST

- ✓ Nous recommandons un traitement à vie par AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez tous les patients atteints de SCA sans sus-décalage du segment ST
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Nous recommandons ticagrélor à 90 mg 2 f.p.j. plutôt que clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant 12 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients atteints de SCA sans sus-décalage du segment ST de risque modéré à risque élevé pris en charge par ICP, par intervention de PAC ou de façon médicamenteuse uniquement
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Nous recommandons prasugrel à 10 mg 1 f.p.j. plutôt que clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant 12 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients atteints de SCA sans sus-décalage du segment ST n'ayant jamais reçu un antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂, après évaluation de leur anatomie coronarienne et la planification d'une ICP
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Nous recommandons d'éviter le prasugrel chez les patients avec antécédents d'ICT ou d'AVC ou chez les patients qui ne sont pas traités par ICP. Sauf chez les patients qui vont très probablement subir une ICP, nous recommandons d'éviter le prasugrel avant qu'il ait été possible d'évaluer l'anatomie coronarienne.
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée
- ✓ Nous recommandons clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant 12 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients atteints de SCA sans sus-décalage du segment ST pris en charge par ICP, par PAC ou de façon médicamenteuse et qui ne sont pas de bons candidats pour ticagrélor ou prasugrel
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Lorsqu'un traitement au clopidogrel est prévu, nous recommandons d'envisager une dose d'entretien supérieure de 150 mg 1 f.p.j. pendant les 6 premiers jours chez les patients atteints de SCA sans sus-décalage du segment ST et traités par ICP.
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée



Nouvelles recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST

Valeurs et préférences

- Ces recommandations insistent davantage sur la réduction des événements cardiovasculaires importants et la thrombose causée par une endoprothèse plutôt que sur l'augmentation des complications hémorragiques.
- Elles tiennent aussi compte du contexte clinique où les médicaments antiplaquettaires ont été évalués ainsi que de la biodisponibilité plus fiable du prasugrel et du ticagrélor que de celle du clopidogrel.

Conseils pratiques

- Chez les patients recevant la bithérapie antiplaquettaire, nous recommandons d'utiliser l'AAS à 81 mg 1 f.p.j.
- Il convient d'utiliser le ticagrélor chez les patients pris en charge par ICP, par PAC ou de façon médicamenteuse uniquement, alors qu'il ne convient d'utiliser prasugrel que chez les patients subissant une ICP.
- Le prasugrel à 5 mg par jour, s'il est disponible, peut être envisagé chez les patients âgés de 75 ans et plus ou dont le poids est inférieur ou égale à 60 kg.



Les lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire

Recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST 1

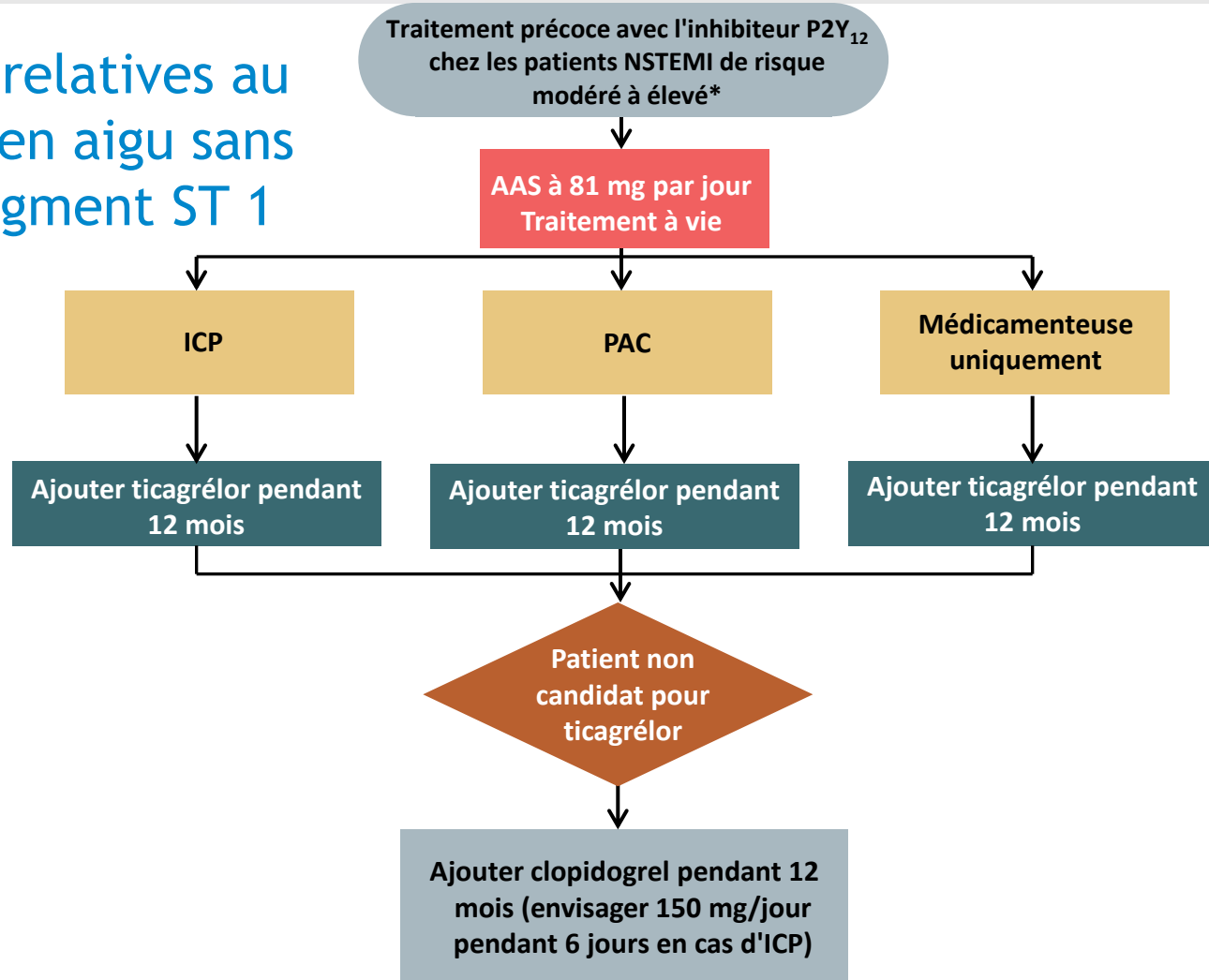


Figure 1. Recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST. AAS, l'acide acétylsalicylique; PAC, pontage aorto-coronarien; ICP, intervention coronarienne percutanée; PLATO. Inhibition plaquettaire et résultats pour les patients. *SCA sans sus-décalage du segment ST de risque modéré à élevé, tel que défini par PLATO16 : ≥ 2 de : (1) changements ischémiques de ST sur l'électrocardiogramme; (2) biomarqueurs positifs; et (3) 1 des éléments suivants : 60 ans ou plus, antécédents d'IM ou de PAC, coronaropathie de $> 50\%$ de sténose dans 2 vaisseaux, antécédents d'AVC ischémique, diabète, maladie artérielle périphérique, ou dysfonction rénale chronique.



Recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST 2

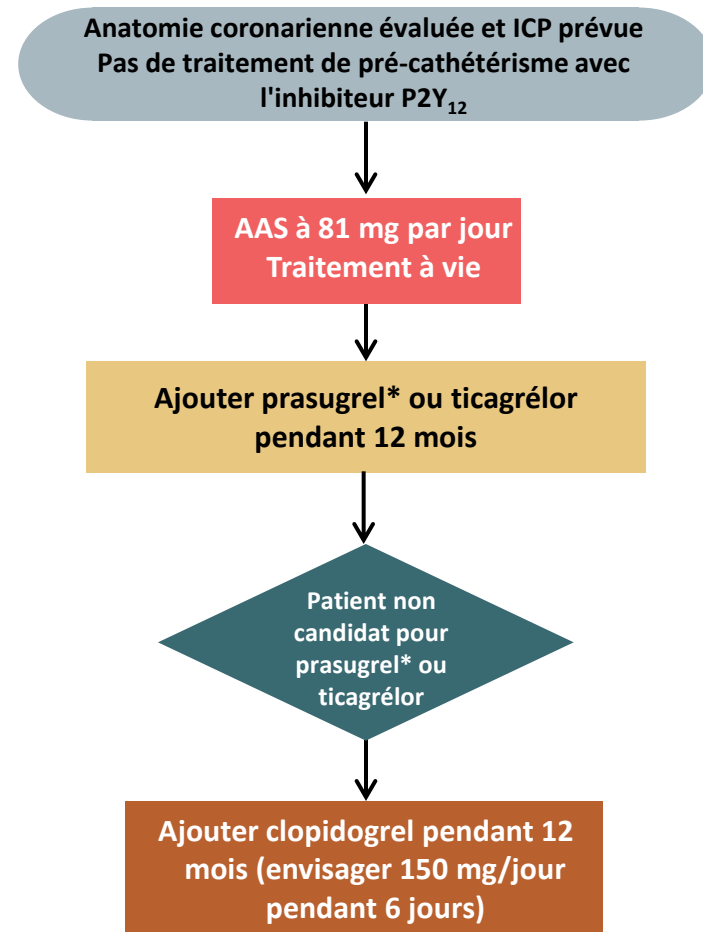


Figure 2. Recommandations relatives au syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST. AAS, l'acide acétylsalicylique; ICP; intervention coronarienne percutanée. * Il faut éviter le prasugrel chez les patients avec antécédents d'ICT ou d'AVC. Il faut faire preuve de prudence chez les patients de 75 ans et plus ou de poids corporel inférieur ou égale à 60 kg, et envisager une dose de 5 mg.



Nouvelles recommandations relatives au STEMI

- ✓ Nous recommandons clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant au moins 1 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients atteints d'un STEMI qui ont été pris en charge par un traitement aux fibrinolytiques ou n'ont pas reçu de traitement de reperfusion.
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Clopidogrel peut être maintenu pendant 12 mois.
Recommandation faible, données probantes de faible qualité
- ✓ Nous recommandons soit prasugrel à 10 mg 1 f.p.j. ou ticagrélor à 90 mg 2 f.p.j. plutôt que clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant 12 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. après une ICP primaire
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée
- ✓ Nous recommandons clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant 12 mois en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients ayant subi une ICP primaire qui ne sont pas de bons candidats pour le prasugrel ou le ticagrélor
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée
- ✓ Lorsqu'un traitement au clopidogrel est prévu, nous recommandons d'envisager une dose d'entretien supérieure de 150 mg 1 f.p.j. pendant les 6 premiers jours chez les patients atteints de STEMI et traités par ICP
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée
- ✓ Nous recommandons d'éviter le prasugrel chez les patients avec antécédents d'ICT ou d'AVC et d'utiliser une dose de 5 mg au besoin chez les patients âgés de 75 ans et plus ou dont le poids est inférieur ou égale à 60 kg
Forte recommandation, données probantes de faible qualité

Valeurs et préférences

- Les recommandations accordent une plus grande importance à la réduction des événements cardiovasculaires majeurs qu'à l'augmentation des saignements
- Elles tiennent également compte du contexte clinique dans lequel chaque médicament antiplaquettaire a été évalué et de la plus grande biodisponibilité du prasugrel et du ticagrélor par rapport au clopidogrel

Conseils pratiques

- Chez les patients recevant la bithérapie antiplaquettaire, nous recommandons d'utiliser l'AAS à 81 mg 1 f.p.j.
- Il convient d'utiliser le ticagrélor chez les patients pris en charge par ICP, par PAC ou de façon médicamenteuse uniquement, alors qu'il ne convient d'utiliser prasugrel que chez les patients subissant une ICP
- Le prasugrel à 5 mg par jour, s'il est disponible, peut être envisagé chez les patients âgés de 75 ans et plus ou dont le poids est inférieur ou égale à 60 kg



Recommandations relatives au STEMI

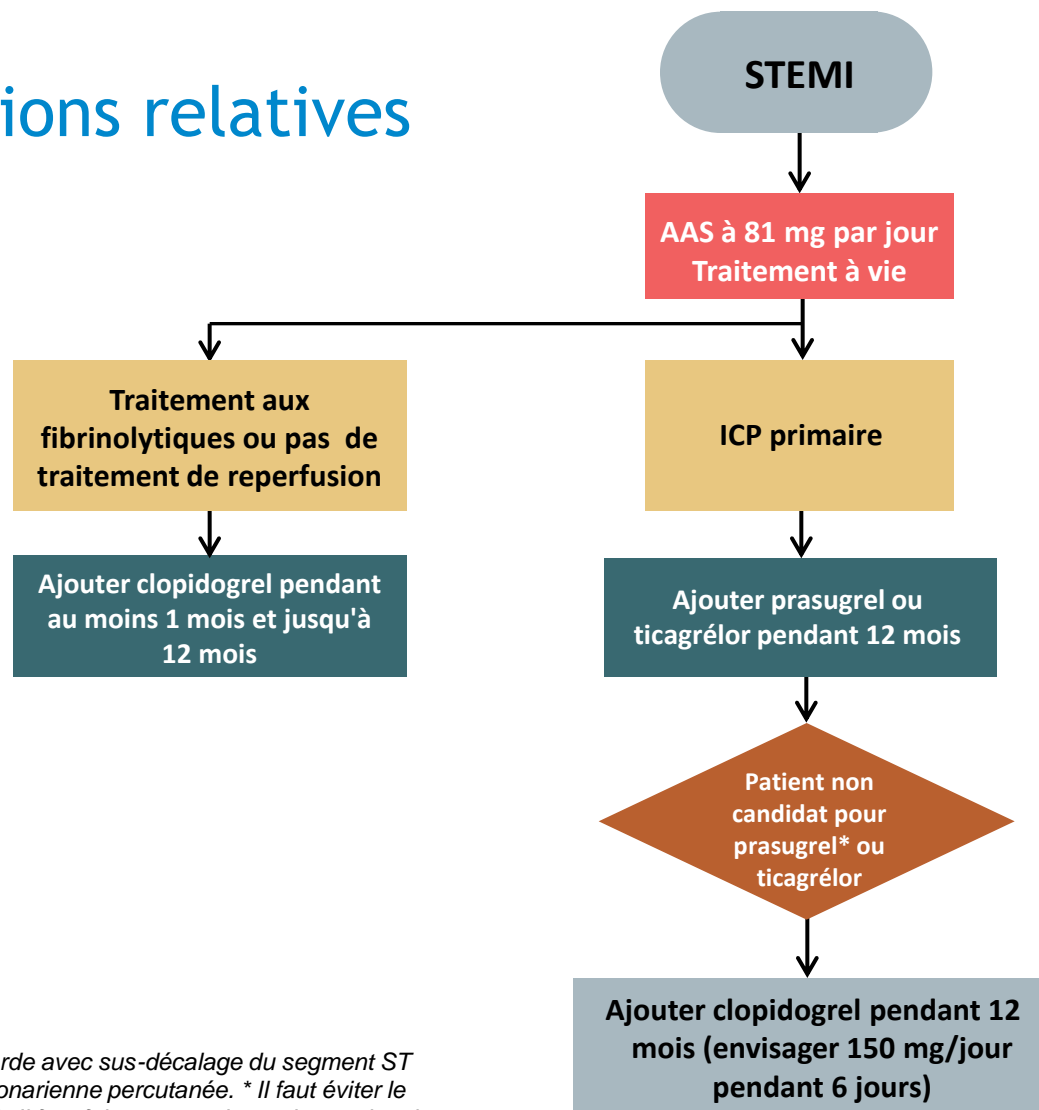


Figure 3. Recommandations relatives à l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI). AAS, l'acide acétylsalicylique; ICP; intervention coronarienne percutanée. * Il faut éviter le prasugrel chez les patients avec antécédents d'ICT ou d'AVC. Il faut faire preuve de prudence chez les patients de 75 ans et plus ou de poids corporel inférieur ou égale à 60 kg, et envisager une dose de 5 mg.



Nouvelles recommandations générales relatives au SCA et aux ICP

- | |
|--|
| <p>✓ Nous recommandons d'envisager prasugrel à 10 mg 1 f.p.j. ou ticagrélor à 90 mg. 2 f.p.j. en plus de l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients qui font preuve d'une bonne observance relativement au clopidogrel et qui ont subi une thrombose de l'endoprothèse</p> <p><i>Forte recommandation, données probantes de faible qualité</i></p> |
| <p>✓ Nous estimons qu'il convient d'envisager le maintien de l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ après 12 mois chez les patients exposés à un risque élevé de thrombose et à un faible risque de saignement</p> <p><i>Recommandation faible, données probantes de faible qualité</i></p> |
| <p>✓ Nous estimons qu'il convient si possible de cesser temporairement la prise de l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ de la manière suivante lorsque le patient a besoin de subir une intervention chirurgicale (PAC ou non) : clopidogrel 5 jours avant, ticagrélor 5 jours avant, et prasugrel 7 jours avant la date prévue de l'intervention chirurgicale</p> <p><i>Recommandation faible, données probantes de faible qualité</i></p> |
| <p>✓ Nous estimons qu'il ne convient pas de remplacer l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y₁₂ initialement prescrit au moment du congé à moins qu'il y ait une raison clinique impérieuse (par ex., thrombose de l'endoprothèse, saignement, ou événement cardiovasculaire)</p> <p><i>Recommandation faible, données probantes de très faible qualité</i></p> |



Durée optimale de la bithérapie antiplaquettaire après la pose d'une endoprothèse chez les patients sans SCA

- La durée de la bithérapie antiplaquettaire après la pose d'une endoprothèse à élution médicamenteuse (EEM) reste une question qui fait toujours l'objet de recherches.
- Les études examinant les résultats de la thérapie et de la bithérapie antiplaquettaire après 3, 6, 12 et 24 mois après la pose d'une endoprothèse à élution médicamenteuse obtiennent des résultats difficiles à interpréter
- Dans l'ensemble, nos recommandations relatives à la durée de la bithérapie antiplaquettaire restent inchangées par rapport aux lignes directrices, à savoir généralement un an
- Pour les patients exposés à un risque accru de thrombose de l'endoprothèse ou chez lesquels une thrombose de l'endoprothèse aurait des conséquences graves, il est possible d'envisager le maintien de la bithérapie antiplaquettaire après la première année en tenant compte du risque perçu de saignement
- Les EEM de nouvelle génération permettent d'utiliser une bithérapie antiplaquettaire de plus courte durée, ce qui réduit le risque de saignement



Nouvelles recommandations relatives à l'ICP dans les autres indications que le SCA

- ✓ Nous recommandons une durée minimale de traitement de 1 mois chez les patients recevant une endoprothèse non médicamenteuse (ENM) qui ne tolèrent pas le clopidogrel pendant 12 mois (risque accru de saignement ou planification d'une intervention chirurgicale non cardiaque)
Forte recommandation, données probantes de haute qualité
- ✓ Chez les patients exposés à un risque très important de saignements, la durée minimale du traitement est de 2 semaines
Recommandation faible, données probantes de faible qualité
- ✓ Nous estimons que la durée minimale du traitement devrait être de 3 mois chez les patients qui reçoivent une EEM de deuxième génération et qui ne peuvent tolérer clopidogrel pendant 12 mois (par ex., risque accru de saignement ou planification d'une intervention chirurgicale non cardiaque)
Recommandation faible, données probantes de faible qualité



Schéma antiplaquettaire après un pontage aorto-coronarien

- Une faible dose d'AAS a longtemps été considérée comme la norme de soins post-PAC
- Les études sur la bithérapie antiplaquettaire à la suite d'un PAC ont des résultats liés aux endoprothèses difficiles à interpréter
- Quels que soient les effets sur les résultats liés aux endoprothèses, la bithérapie antiplaquettaire réduit probablement d'une manière générale le risque de complications thrombotiques chez les patients atteints d'un SCA qui subissent un PAC
- De grands essais relatifs à la bithérapie antiplaquettaire avec le clopidogrel, le prasugrel et le ticagrélor ont montré des bienfaits similaires en termes de résultats chez les patients post SCA subissant un PAC
- À cause de la puissance supérieure de ces nouveaux traitements antiplaquettaires, les chirurgiens cardiaques doivent soupeser les questions de saignement et les questions d'efficacité lorsqu'ils déterminent le moment opportun pour le PAC en cas de SCA. Chez les patients stables avec une anatomie coronarienne ne constituant pas un danger de mort, le traitement doit idéalement être interrompu pendant 5 jours avec le clopidogrel ou le ticagrélor et 7 jours avec le prasugrel.
- Chez les patients instables et représentant des cas urgents, le chirurgien doit évaluer le risque potentiel de saignement préoccupant.



Nouvelles recommandations relatives au pontage aorto-coronarien

- ✓ Nous recommandons d'évaluer l'importance respective du risque de saignement et des avantages d'un maintien de la bithérapie antiplaquettaire afin de déterminer quel est le meilleur moment pour l'intervention chez les patients souffrant de SCA qui ont besoin d'un PAC.
Forte recommandation, données probantes de faible qualité
- ✓ Nous estimons qu'il convient de cesser temporairement la prise de clopidogrel et de ticagrélor 5 jours avant l'intervention et de prasugrel 7 jours avant chez les patients pour lesquels un PAC est planifié.
Recommandation faible, données probantes de faible qualité
- ✓ Nous recommandons de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant 12 mois après le PAC chez les patients atteints de SCA.
Forte recommandation, données probantes de qualité modérée

Valeurs et préférences

- Les recommandations tiennent compte des bienfaits du traitement antiplaquettaire après un PAC afin de prévenir l'occlusion précoce du greffon et les événements cardiovasculaires, et de l'importance d'une prise de décision qui soupèse les bienfaits et les risques de la bithérapie antiplaquettaire au moment de décider du moment idéal pour l'intervention chirurgicale.

Conseil pratique

- Chez les patients atteints de SCA dont l'état est stable, qui n'ont pas une anatomie coronarienne critique et qui sont cliniquement stables, il convient de cesser temporairement la prise de clopidogrel et de ticagrélor 5 jours avant le PAC et la prise de prasugrel 7 jours avant. Chez les patients atteints de SCA, il convient de reprendre la bithérapie antiplaquettaire avec la posologie d'entretien dans les 48 à 72 heures après l'intervention si l'équipe de chirurgie cardiaque estime qu'il est sécuritaire de le faire.



Recommandations relatives au pontage aorto-coronarien

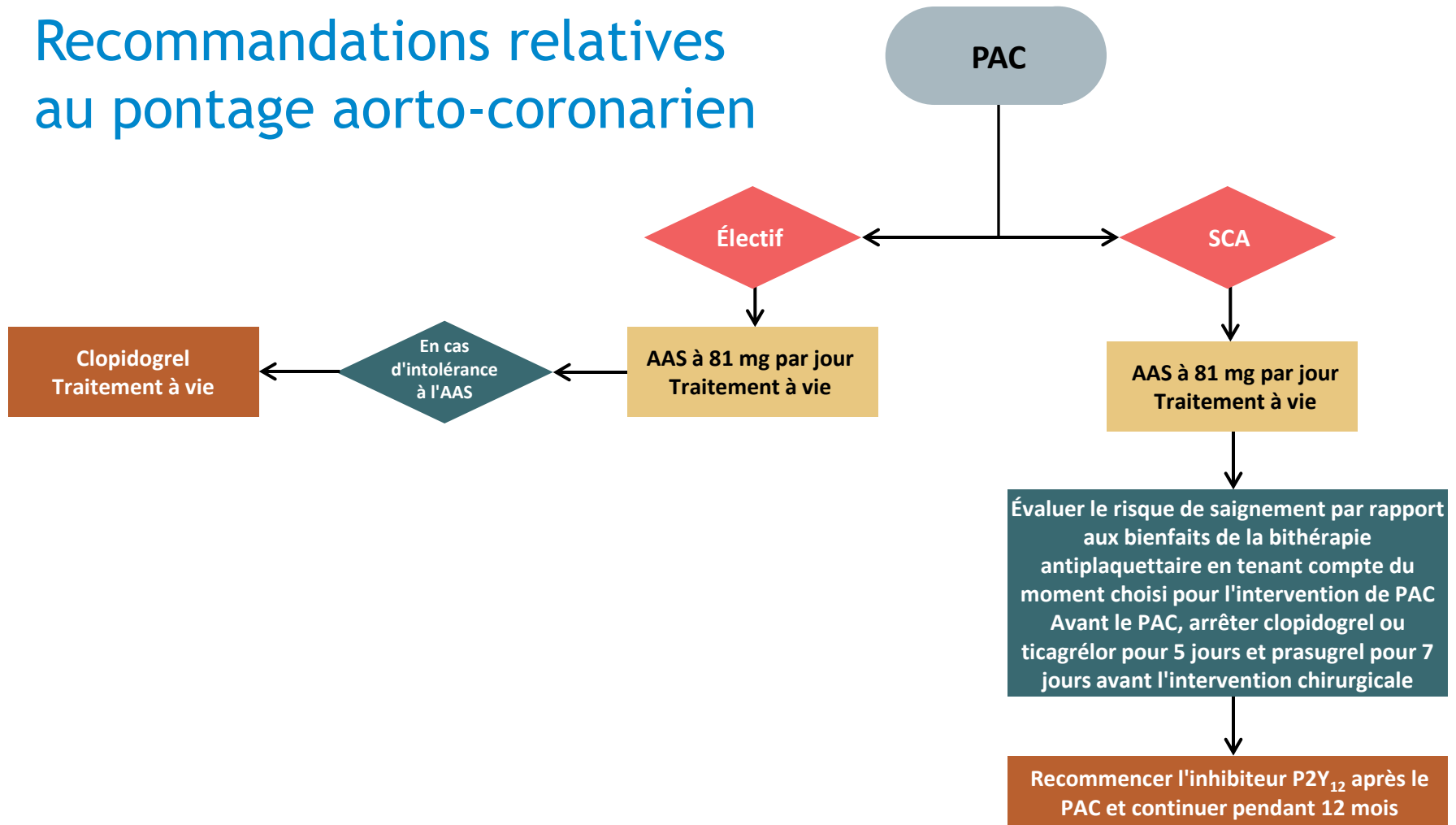


Figure 4. Recommandations après le PAC. SCA, syndrome coronarien aigu; AAS, l'acide acétylsalicylique; PAC, pontage aorto-coronarien.



Utilisation des nouveaux anticoagulants par voie orale pour la prévention secondaire après un SCA

- Les plaquettes et les facteurs de coagulation jouent un rôle dans l'athérothrombose
- Les données probantes sur la prise en charge du SCA en phase aiguë confirment la pertinence d'une utilisation des deux classes en association afin de réduire la thrombose aiguë, mais les données sur l'association à long terme d'un antiplaquettaire et d'un anticoagulant sont moins convaincantes
- L'apixaban en association avec la bithérapie antiplaquettaire (clopidogrel) n'a pas permis d'obtenir de réduction des événements vasculaires et était associé à un risque accru de saignements majeurs, de saignements intracrâniens et de saignements mortels
- Le dabigatran en association avec la bithérapie antiplaquettaire (clopidogrel) a également augmenté le taux de saignements majeurs dans un petit essai dont la conception ne permettait pas d'évaluer la réduction des événements vasculaires
- De très faibles doses de rivaroxaban en association avec la bithérapie antiplaquettaire (clopidogrel) présentaient des bienfaits significatifs en termes de résultats vasculaires et liés à la mortalité, mais elles augmentaient le risque de saignements majeurs et de saignements intracrâniens



Les lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire

Nouvelles recommandations relatives aux nouveaux anticoagulants par voie orale et au traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire suivant un SCA

✓ Nous ne recommandons pas de faire usage de la trithérapie avec rivaroxaban, clopidogrel et l'AAS plutôt que la bithérapie avec ticagrélor ou prasugrel en plus de l'AAS pour la prévention secondaire du SCA
Recommandation faible, données probantes de très faible qualité

✓ Nous ne recommandons pas l'usage du dabigatran et de l'apixaban, peu importe la dose, en association avec le traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire du SCA
Forte recommandation, données probantes de haute qualité

Valeurs et préférences

- La recommandation tient compte du bienfait absolu significatif de la trithérapie avec le rivaroxaban, le clopidogrel et l'AAS par rapport à la bithérapie avec le clopidogrel et l'AAS pour ce qui est des résultats mixtes de la mortalité cardiovasculaire, de l'IM, de l'AVC et de la mortalité totale. Cependant, nous restons préoccupés par le risque accru de complications liées aux saignements.
- Un bienfait ischémique similaire a été observé par rapport au clopidogrel avec l'AAS en utilisant la bithérapie antiplaquettaire avec l'AAS et ticagrélor ou ASA et prasugrel. Le risque accru de saignement semblait moins marqué qu'avec la trithérapie avec le rivaroxaban, le clopidogrel et l'AAS.
- Notre recommandation tient également compte de la complexité et du coût supérieur de la prise de trois médicaments par rapport à deux

Conseil pratique

- Il convient d'associer un anticoagulant oral avec la bithérapie antiplaquettaire chez certains patients, par exemple les patients atteints de fibrillation auriculaire ou les porteurs d'une prothèse valvulaire cardiaque mécanique qui souffrent de SCA. Il faut faire preuve de prudence et surveiller attentivement la trithérapie antithrombotique en plus de réduire le plus possible sa durée à cause du risque élevé de saignement propre à ce traitement.



Utilisation des IPP chez les patients prenant clopidogrel

- Le clopidogrel a besoin d'une conversion métabolique par l'action du CYP2C19 pour se transformer en sa forme active
- Certains IPP, notamment l'oméprazole et l'esoméprazole, sont de puissants inhibiteurs du CYP2C19 et réduisent ainsi l'efficacité antiplaquettaire du clopidogrel
- Les résultats de deux méta-analyses et d'un grand essai clinique randomisé montrent que les IPP réduisent significativement le risque de saignement gastro-intestinal haut chez les patients pris en charge par la bithérapie antiplaquettaire
- Les études randomisées et axées sur les populations obtiennent des résultats difficiles à interpréter lorsqu'il s'agit de mesurer l'importance de cette interaction médicamenteuse par rapport aux événements vasculaires. Elles ont cependant toutes des limitations liées à la méthodologie et aux biais
- Le pantoprazole a un effet minimal sur le CYP2C19 et reste donc le médicament de prédilection lorsqu'un IPP est administré à un patient qui prend du clopidogrel



Nouvelles recommandations relatives à l'utilisation des IPP chez les patients prenant clopidogrel

- ✓ Nous recommandons une utilisation sélective des IPP chez les patients qui reçoivent la bithérapie antiplaquettaire et qui sont exposés à un risque accru de saignements au niveau des voies digestives supérieures

Forte recommandation, données probantes de qualité modérée

Valeurs et préférences

- La recommandation tient compte du risque et des conséquences des saignements gastro-intestinaux et du bienfait documenté relativement à la prévention de ces événements
- La recommandation tient compte du fait que l'inhibition de CYP2C19 réduit l'action de clopidogrel sur l'inhibition des plaquettes. Même s'il n'y a pas de preuves claires que l'effet physiologique a un effet clinique sur les événements thrombotiques, les études ne permettent pas d'exclure cette possibilité.
- Comme les IPP avec un effet minimal sur le CYP2C19 sont d'un usage généralisé, il convient de les utiliser

Conseil pratique

- Il ne convient pas d'utiliser systématiquement les IPP chez les patients qui prennent la bithérapie antiplaquettaire mais il convient de les utiliser chez les patients exposés à un risque accru de saignements au niveau des voies digestives



Veuillez visiter notre site Web à
www.ccsguidelineprograms.ca

Pour consulter le document complet des lignes directrices de la SCC pour le traitement antiplaquettaire, ou d'autres ressources, veuillez consulter notre site Web sur les lignes directrices à

www.ccsguidelineprograms.ca

Date de publication : novembre 2013