

## Renonciation

La Société canadienne de cardiologie (SCC) encourage la réutilisation des diaporamas éducatifs aux fins d'éducation ou de formation interne dans les établissements médicaux (p. ex., grandes rondes, formation médicale universitaire en classe, etc.) Cependant, quand ce matériel est utilisé dans le cadre d'un programme de FMC commandité par l'industrie, il est sujet à l'autorisation de notre éditeur Elsevier ([www.onlinecjc.com](http://www.onlinecjc.com)).

Si votre réutilisation se qualifie à titre de formation interne d'un établissement médical, vous pouvez réutiliser le matériel aux conditions suivantes :

- Vous devez citer le *Journal canadien de cardiologie* et la Société canadienne de cardiologie comme références.
- Vous ne pouvez pas utiliser les logos ou marques de commerce de la Société canadienne de cardiologie sur aucune diapositive ni ailleurs dans votre présentation ou dans vos publications.
- Il est interdit de modifier le contenu des diapositives.
- En répétant les recommandations de lignes directrices publiées, il est interdit de modifier le libellé des recommandations.

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

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Justification des lignes directrices pour le traitement antiplaquettaire

- Les cliniciens manquent généralement de directives claires sur l'utilisation des diverses stratégies de prévention du risque qui permettent d'alléger le fardeau des maladies vasculaires ischémiques.
- Il existe depuis longtemps des lignes directrices visant la prestation de soins fondés sur des données probantes lorsqu'il s'agit de la prise en charge de :
  - Dyslipidémie – SCC
  - Hypertension – PECH
  - Diabète – ACD
  - Plusieurs autres états pathologiques, mais il n'y avait rien avant ce document portant précisément sur le traitement antiplaquettaire.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## AUTEURS

**2012**

**Jean-François Tanguay, MD, CSPQ, FRCPC, FACC, FAHA, FESC,  
Alan D. Bell, MD, CCFP, Margaret L. Ackman, BSc(Pharm),  
PharmD, ACPR, FCSHP, Robert D. C. Bauer, MD, Raymond  
Cartier, MD, FRCPC, Wee-Shian Chan, MD, FRCPC, James  
Douketis, MD, FRCPC, André Roussin, MD, FRCPC, Gregory  
Schnell, BSP, MD, FRCPC, Subodh Verma, MD, PhD, FRCSC,  
Graham Wong, MD, MPH, FRCPC, FACC, Shamir Mehta, MD,  
MSc, FRCPC, FACC, FESC**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

# Panel principal



Jean-François Tanguay MD, FRCP(C) FACC FAHA  
Montreal Heart Institute



Shamir R. Mehta MD, MSc, FRCP(C), FACC, FESC  
McMaster University



Margaret Ackman PharmD, ACPR, FCSHP  
University of Alberta



Robert Bauer, MD, FRCP(C), FACC  
University Health Networks, Western Division.



Alan Bell MD CCFP  
University of Toronto



Gregory Schnell BSP, MD, FRCP(C)  
Libin Cardiovascular Institute



Subodh Verma, MD, PhD, FRCS(C), FAHA  
Division of Cardiac Surgery, St. Michael's Hospital



Raymond Cartier, MD, FRCP(C)  
Department of Surgery, Montréal  
Heart Institute



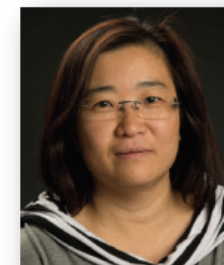
James Douketis M.D., F.R.C.P. (C)  
McMaster University



Andre Roussin, MD, FRCP(C)  
CHUM-University of Montreal



Graham C. Wong MD MPH FRCP(C) FAC  
University of British Columbia



Wee-Shian Chan MD FRCP(C) MSc  
University of British Columbia

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## **Panel secondaire**

**Paul W Armstrong**

**David Fitchett**

**Michael Love**

**Pierre Thérioux**

**Robert Welsh**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

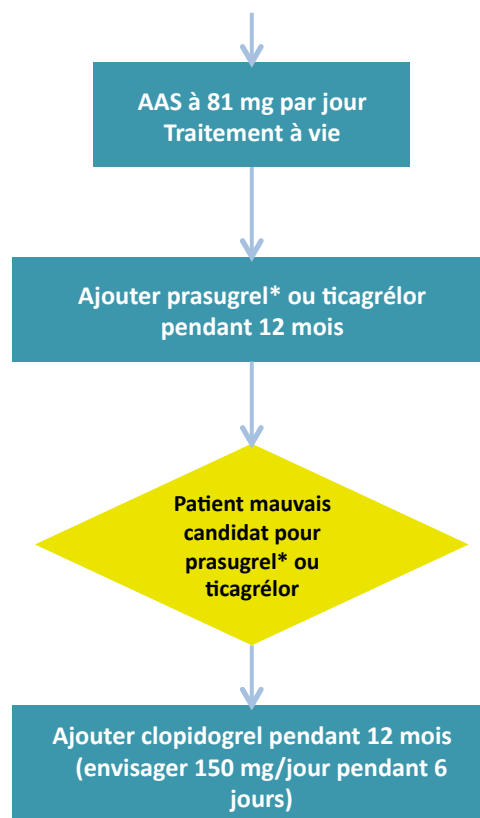
**Plusieurs autres états pathologiques, mais il n'y avait rien avant ce document portant précisément sur le traitement antiplaquettaire.**

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

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

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

Anatomie coronarienne évaluée et ICP prévue



\*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 à 60 kg, et envisager une dose de 5 mg.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*



## Traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire dans la première année suivant un SCA sans sus-décalage du segment ST

1. 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). Chez les patients allergiques ou intolérants à l'AAS, c'est un traitement à vie par clopidogrel à 75 mg par jour qui est recommandé. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité) (inchangé)
2. 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) (nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire dans la première année suivant un SCA sans sus-décalage du segment ST

3. 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 P2Y<sub>12</sub>, après évaluation de leur anatomie coronarienne et la planification d'une ICP.

(Forte recommandation, données probantes de haute qualité)

(nouveau)

**Nouveau**

4. 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)

(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire dans la première année suivant un SCA sans sus-décalage du segment ST

5. 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)

(nouveau)

**Nouveau**

6. 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)

(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## **Traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire dans la première année suivant un SCA sans sus-décalage du segment ST**

### **Conseils pratiques relatifs à ticagrélor et prasugrel**

- 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 à 60 kg.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Données probantes mises à jour en ce qui a trait au traitement antiplaquettaire post-SCA chez les patients traités par ICP, par PAC ou uniquement de façon médicamenteuse**

## **Recommandations relatives au STEMI**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant un STEMI

1. Nous recommandons un traitement à vie avec l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez tous les patients atteints de STEMI.  
(Forte recommandation, données probantes de haute qualité)  
(inchangé)
2. Nous recommandons un traitement à vie avec clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. chez les patients allergiques à l'AAS ou qui ne le tolèrent pas.  
(Forte recommandation, données probantes de haute qualité)  
(inchangé)
3. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant un STEMI

4. Nous recommandons ou bien 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

5. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

6. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant un STEMI

7. 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 à 60 kg.

(Forte recommandation, données probantes de faible qualité)

(nouveau)

**Nouveau**



## **Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP**

### **Recommandations relatives à l'ICP dans les autres indications que le SCA**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP : Les autres indications que le SCA

1. Nous recommandons clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. pendant au moins 12 mois en plus d'un traitement à vie à l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients recevant une ICP avec EMN ou EEM traités pour une autre indication que le SCA.  
(Forte recommandation, données probantes de haute qualité)  
(inchangé)
2. Nous recommandons une durée minimale de traitement de 1 mois chez les patients recevant une EMN 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) **Nouveau**  
(nouveau)

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP : Les autres indications que le SCA

3. Nous recommandons un traitement à vie à l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients qui ont subi une ICP.  
(Forte recommandation, données probantes de qualité modérée)  
(inchangé)
4. Nous recommandons d'évaluer la capacité de tolérer la bithérapie antiplaquettaire pendant un an ainsi que l'observance probable chez tous les patients subissant une ICP. Il convient d'utiliser une EMN plutôt qu'une EEM chez les patients incapables de tolérer la bithérapie antiplaquettaire pendant un an ou pour lesquels une mauvaise observance est à prévoir (par ex., risque accru de saignement, planification d'une intervention chirurgicale non cardiaque ou faible observance prévue).  
(Forte recommandation, données probantes de faible qualité) (inchangé)

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP : Les autres indications que le SCA

5. 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)

**Nouveau**

(nouveau)

**Nouveau**

**Données probantes mises à jour en ce qui a trait au traitement antiplaquettaire post-SCA chez les patients traités par ICP**

**Recommandations générales relatives au SCA et aux ICP**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP : SCA et ICP

1. 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.

(Forte recommandation, données probantes de faible qualité)  
(nouveau)

**Nouveau**

2. Nous estimons qu'il convient d'envisager le maintien de l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y<sub>12</sub> après 12 mois chez les patients exposés à un risque élevé de thrombose et à un faible risque de saignement.

(Recommandation faible, données probantes de faible qualité)  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## Traitement antiplaquettaire en prévention secondaire pendant la première année suivant une ICP : SCA et ICP

3. Nous estimons qu'il convient si possible de cesser temporairement la prise de l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y<sub>12</sub> 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. (Recommandation faible, données probantes de faible qualité)  
(nouveau)

**Nouveau**

4. Nous estimons qu'il ne convient pas de remplacer l'antagoniste des récepteurs plaquettaires P2Y<sub>12</sub> 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).  
(Recommandation faible, données probantes de très faible qualité)  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

# Schéma antiplaquettaire après un pontage aorto-coronarien

## Recommandations

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*



## Schéma antiplaquettaire après un pontage aorto-coronarien

1. Nous recommandons un traitement à vie avec l'AAS à 81 mg 1 f.p.j. chez les patients qui subissent un PAC avec ou sans greffon de la veine saphène.  
(Forte recommandation, données probantes de qualité modérée)  
(inchangé)
2. Nous recommandons un traitement à vie avec clopidogrel à 75 mg 1 f.p.j. chez les patients qui subissent un PAC avec ou sans greffon de la veine saphène et qui ne tolèrent pas l'AAS.  
(Recommandation faible, données probantes de faible qualité)  
(inchangé)

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## Schéma antiplaquettaire après un pontage aorto-coronarien

3. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

4. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

5. 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## **Schéma antiplaquettaire après un pontage aorto-coronarien**

### **Conseils Pratiques**

Chez les patients atteints de SCA dont l'état est stable, qui n'ont pas une anatomie coronarienne préoccupante 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.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## **Changement de conception en ce qui a trait au traitement antiplaquettaire dans les cas de SCA : 2012**

- Choix de l'agent antiplaquettaire en fonction du mode de traitement
  - Traitement médicamenteux : clopidogrel ou ticagrélor
  - ICP : ticagrélor ou prasugrel plutôt que clopidogrel
  - PAC : clopidogrel ou ticagrélor
  - Non urgent, pas de SCA : clopidogrel
- Il est recommandé de poursuivre la bithérapie antiplaquettaire pendant un an chez tous les patients atteints de SCA, qu'ils soient traités de façon médicamenteuse, avec une ICP (EMN ou EEM) ou avec un PAC.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

# **Les nouveaux anticoagulants par voie orale et le traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire suivant un SCA**

## **Recommandations**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## **Les nouveaux anticoagulants par voie orale et le traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire suivant un SCA**

1. Nous ne recommandons pas de faire usage de la trithérapie avec rivarixaban, 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)  
(nouveau)

**Nouveau**

**Nouveau**

## **Les nouveaux anticoagulants par voie orale et le traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire suivant un SCA**

### **Conseils Pratiques**

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.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## **Les nouveaux anticoagulants par voie orale et le traitement antiplaquettaire pour la prévention secondaire suivant un SCA**

2. 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) **Nouveau**  
(nouveau)

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*



# Interaction entre le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons

## Recommandations

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

**Nouveau**

## **Interaction entre le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons**

1. 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).  
(nouveau)

**Nouveau**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Interaction entre le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons

2. Nous estimons qu'il convient d'envisager l'usage d'un IPP avec inhibition minimale de CYP2C19 (par ex. pantoprazole) chez les patients qui reçoivent un IPP en association avec clopidogrel (Recommandation faible, données probantes de faible qualité)  
(inchangé)

**Nouveau**

## **Interaction entre le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons**

### **Conseils Pratiques**

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.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

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

### **Perles des lignes directrices**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Prévention primaire

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<p>Envisager l'AAS uniquement en cas de preuves claires de risques élevés :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sténose carotidienne asymptomatique.</li><li>• Athérosclérose coronaire asymptomatique.</li><li>• Indice de pression systolique cheville-bras réduit.</li><li>• Insuffisance rénale terminale.</li></ul>	<p>Utiliser le TAP pour la prévention primaire.</p>

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Maladie vasculaire cérébrale

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<p>Offrir le traitement antiplaquettaire à vie à tous les patients après un AVC ischémique ou une ICT.</p> <p>Envisager la bithérapie antiplaquettaire avec AAS + clopidogrel chez les patients présentant une ICT à risque élevé ou un AVC mineur pendant 30 jours.</p>	<p>Utiliser la bithérapie antiplaquettaire avec AAS + clopidogrel pour la prévention secondaire des AVC à long terme.</p>

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## SCA / ICP

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
Offrir un TAP à vie à tous les patients ayant subi un SCA, avec ou sans ICP.	Utiliser des doses d'AAS supérieures à 81 mg.
Offrir la bithérapie antiplaquettaire avec de l'AAS + l'inhibiteur P2Y <sup>12</sup> à tous les patients ayant subi un SCA.	Arrêter la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an sans raison valable.
Connaître le type d'endoprothèse installé chez le patient.	Arrêter la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an chez un patient ayant une EEM.
Envisager la bithérapie antiplaquettaire après 1 an chez les patients qui présentent un risque élevé de thrombose et un faible risque de saignements.	

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*



## Prise en charge post-SCA des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, dentaire ou de diagnostic

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<p>Retarder les interventions chez les patients suivant une bithérapie antiplaquettaire.</p> <p>Arrêter l'administration du clopidogrel pendant les 7 à 10 jours précédant l'intervention s'il est possible de le faire en toute sécurité.</p> <p>Arrêter l'administration d'AAS pendant les 7 à 10 jours précédant une intervention chirurgicale à risque élevé.</p>	<p>Interrompre la bithérapie antiplaquettaire avant 1 an chez les patients ayant une EEM.</p> <p>Arrêter l'administration d'AAS pour les interventions mineures, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• l'arthrocentèse;</li><li>• les interventions dentaires;</li><li>• la chirurgie de la cataracte;</li><li>• les excisions de peau.</li></ul>

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Prise en charge des saignements mineurs

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
<p>En cas de saignements persistants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formule sanguine complète.</li><li>• RIN et temps de céphaline activée.</li></ul>	<p>Arrêter le traitement antiplaquettaire dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ecchymoses;</li><li>• pétéchies;</li><li>• hémorragies sous-conjonctivales;</li><li>• épistaxis;</li><li>• saignements des dents ou des gencives (rinç-bouche à base d'acide tranexamique).</li></ul>

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Interactions entre les médicaments

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
Préférer des coxibs aux AINS traditionnels chez les patients prenant de l'AAS pour la prévention CV, mais seulement s'ils sont absolument nécessaires.	Utiliser des IPP inhibant le CYP2C19 chez les patients prenant du clopidogrel ou du prasugrel.  Utiliser des AINS ou des coxibs chez les patients présentant des risques accrus d'événements vasculaires.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

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

### **Résumés relatifs aux médicaments**

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Résumés des médicaments

	Clopidogrel	Prasugrel	Ticagrelor
<b>L'activation métabolique doit se faire par CYP2C19</b>	Oui, sensible aux polymorphismes et aux interactions médicamenteuses	Oui, mais moins sensible aux polymorphismes et aux interactions médicamenteuses	
<b>Indications</b>	SCA, ICP, MAP, MCV	ICP	SCA, ICP
<b>Posologie d'entretien</b>	75 mg 1 f.p.j.	10 mg 1 f.p.j.	90 mg 2 f.p.j.
<b>Inhibition réversible</b>	Non	Non	Oui
<b>Efficacité</b>	++ • 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport à la monothérapie avec AAS	+++ • 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport à la clopidogrel + AAS	+++ • 2 % d'amélioration de la réduction absolue du risque par rapport à la clopidogrel + AAS
<b>Risque de saignement</b>	+	+++	++
<b>Problèmes</b>	• Rougeur	• Risque de saignement et : antécédents d'ICT ou d'AVC < 60 kg > 75 ans • Augmentation des saignements mortels	• Dyspnée • Pause ventriculaire • Hyperuricémie • Légère hausse de la créatinine

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

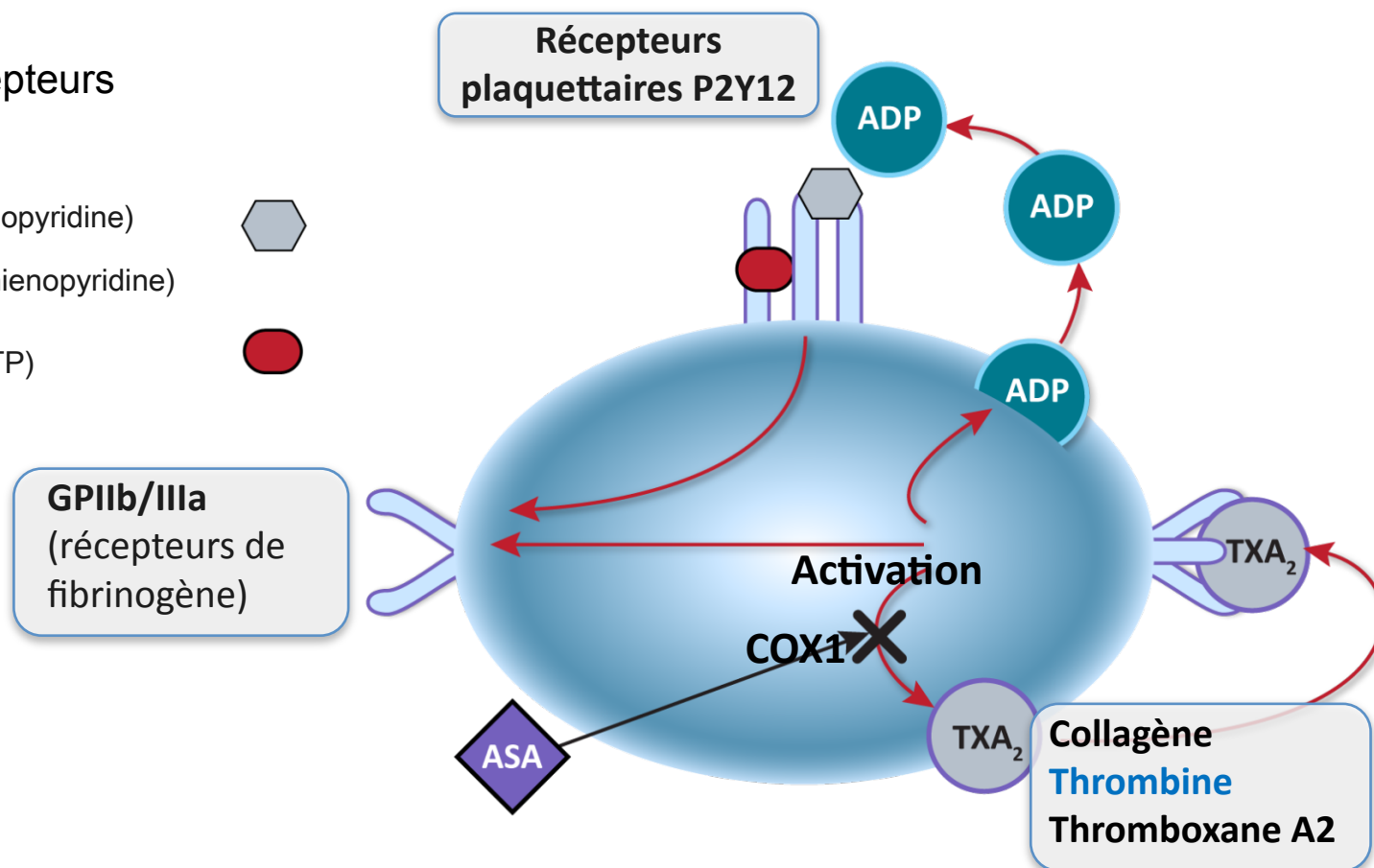
## Mécanisme d'action antiplaquettaire

Antagoniste des récepteurs  
plaquettaires P2Y<sub>12</sub>

Prasugrel (thienopyridine)

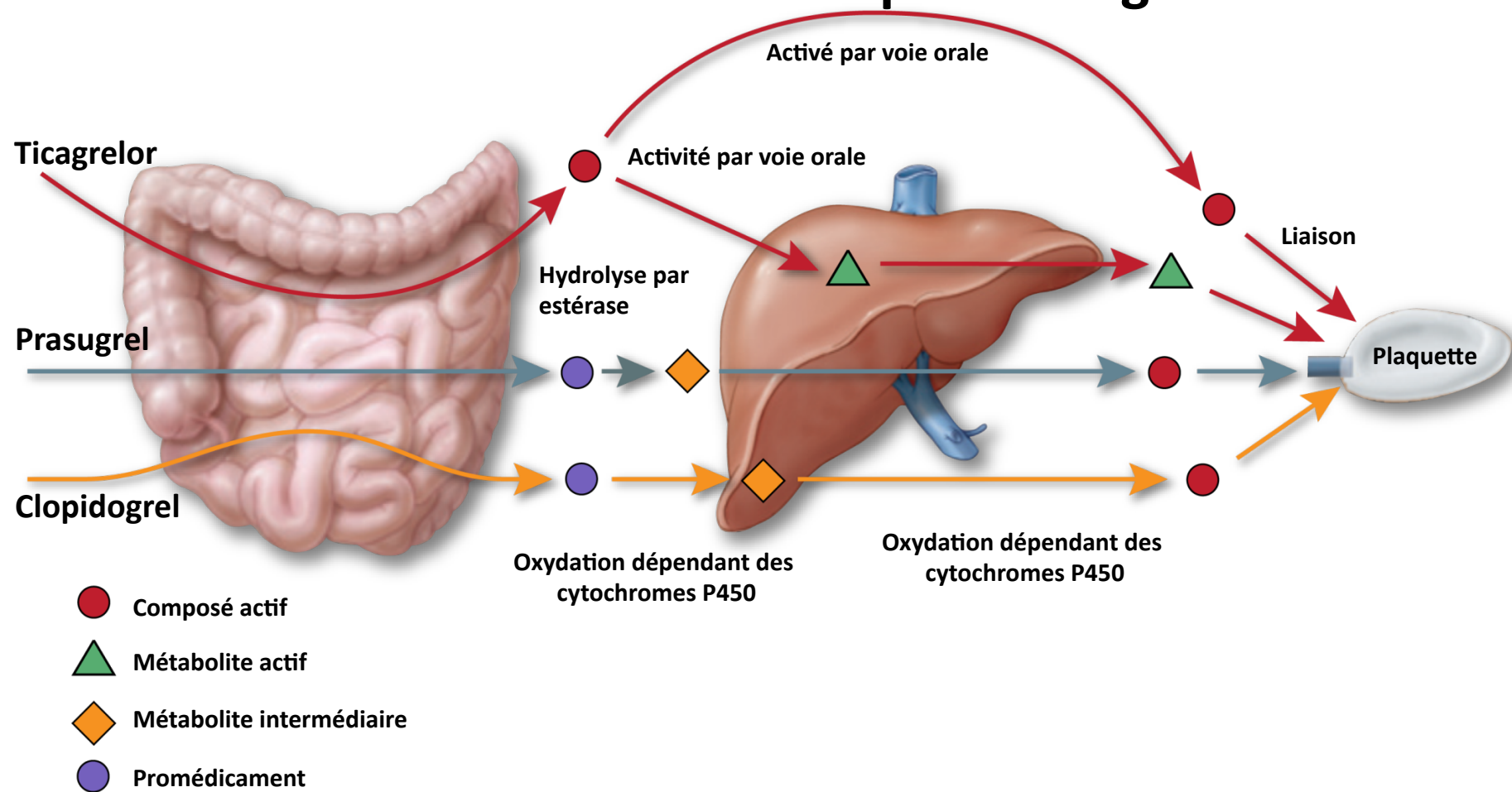
Clopidogrel (thienopyridine)

Ticagrelor (CPTP)



Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Metabolism of P2Y12 Receptor Antagonists



Adapté de : Schomig A. NEJM. 2009; 361(11) : 1108-1111. Monographie de produit d'Effient (prasugrel), version du 11 mars 2011. Monographie de produit de Brilinta (ticagrelor), version du 26 mai 2011. Monographie de produit de Plavix (clopidogrel), version du 9 mai 2011.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

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

## Les Cas

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*



## Cas n° 1: M. Smith

- Un employé de bureau de 63 ans se plaint de difficulté respiratoire intermittente depuis son congé de l'hôpital après une crise cardiaque subie il y a 3 semaines.
  - Il décrit une sensation intermittente d'essoufflement, habituellement au repos.
  - N'est pas lié aux symptômes suivants :
    - Douleur thoracique, palpitations, nausée/vomissements, gonflement des chevilles, toux ou respiration sifflante
  - A la capacité de mener à bien ses activités habituelles
  - Examen physique – pas d'anomalie à signaler

## Cas n° 1: M. Smith

- NSTEMI 3 semaines avant la consultation
  - Traité par une intervention percutanée
  - Endoprothèses à élution médicamenteuse x 2
  - Congé après 3 jours d'un état normal et d'une fonction VG non réduite
- Comorbidités
  - Hypertension artérielle
  - Hyperlipidémie
- Médicaments actuels
  - AAS à enrobage gastro-résistant 81 mg 1 f.p.j.
  - Ticagrélor 90 mg 2 f.p.j.
  - Métoprolol 50 mg 2 f.p.j.
  - Rosuvastatine 20 mg 1 f.p.j.
  - Irbesartan/hydrochlorothiazide 300/12,5 mg 1 f.p.j.

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Cas n° 1: M. Smith

Quelles sont les causes probables de sa dyspnée parmi les suivantes?

- A. Ischémie cardiaque récurrente
- B. Anxiété
- C. Effet secondaire d'un médicament
- D. Arythmie cardiaque
- E. Maladie pulmonaire

Toutes les réponses sont bonnes mais l'essentiel est que C est une bonne réponse.

## Cas n° 1: M. Smith

Quels examens demanderiez-vous parmi les suivants?

- A. ECG
- B. Échographie cardiaque
- C. Radiographie pulmonaire
- D. Moniteur Holter
- E. Épreuve à l'effort notée
- F. Consultation de cardiologie

Toutes les  
réponses sont  
bonnes.

## Cas n° 2: M. Brown

- Homme sédentaire de 67 ans avec antécédents de diabète, d'hypertension artérielle et de cholestérol élevé
- Médicaments : ramipril, AAS, simvastatine, metformine
- Tableau clinique de nouvel épisode de douleur thoracique typique de type crescendo durant 3 jours, se terminant par une douleur au repos
- Pas de diathèse hémorragique
- Pas d'antécédents d'ICT ou d'AVC
- Poids : 80 kg
- Examen : PA 150/85, FC 80 (sinus). Pas d'ICC; +S4 sans autre anomalie



## Cas n° 2: M. Brown

- FSC et électrolytes sans anomalies
- Créatinine : 112 mmol/L
- Troponine I : 1,2 µg/L (analyse de 4e génération)
- ECG : Rythme sinusal normal; sous-décalage horizontal de ST de 1mm V1-V3
- CXR : normale (pas d'ICC)
- À l'admission, diagnostic de SCA sans sus-décalage du segment ST à risque élevé
- Reçoit un traitement d'angiographie coronaire et la pose d'une endoprothèse à élution médicamenteuse

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Cas n° 2: M. Brown

Quel schéma antiplaquettaire au moment du congé convient-il de privilégier après le SCA sans sus-décalage du segment ST et la pose de l'endoprothèse coronarienne?

- 1.AAS + Clopidogrel
- 2.AAS + Ticagrelor 
- 3.AAS + Prasugrel 
- 4.N'importe laquelle des réponses ci-dessus
- 5.Aucune des réponses ci-dessus

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Cas n° 2: M. Brown

Pendant combien de temps le patient doit-il recevoir la bithérapie antiplaquettaire?

- 1. Un mois
- 2. Deux mois
- 3. Six mois
- 4. Un année
- 5. Indéfinie





## Cas n° 2: M. Brown

Qu'en est-il s'il a plutôt reçu une EMN?

1. Pendant aussi longtemps qu'avec une endoprothèse à élution médicamenteuse
2. Pendant moins longtemps qu'avec une endoprothèse à élution médicamenteuse
3. Pendant plus longtemps qu'avec une endoprothèse à élution médicamenteuse



## Cas n° 3: M. Sanchez

- Homme de 56 ans, angine stable SCC 3, orienté pour une ICP non urgente après un essai de traitement médicamenteux
- Cathétérisme : Lésion médiane de l'artère coronaire droite de 80 %; pose d'une endoprothèse 1 x EEM (endoprothèse avec élution d'évérolimus)

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Cas n° 3: M. Sanchez


Pour l'ICP non urgente, la durée de la bithérapie antiplaquettaire doit être :

1. La même qu'après un SCA
2. Plus courte qu'après un SCA
3. Plus longue qu'après un SCA



## Cas n° 3: M. Sanchez

Quel schéma antiplaquettaire convient-il de privilégier après une pose non urgente d'endoprothèse coronarienne?

- 1.AAS + Clopidogrel 
- 2.AAS + Ticagrelor
- 3.AAS + Prasugrel
- 4.N'importe laquelle des réponses ci-dessus
- 5.Aucune des réponses ci-dessus

## Cas n° 4: M. Price

- 3 mois après la pose d'une EEM, le patient doit subir une prostatectomie à cause d'un cancer. On lui a recommandé de cesser de prendre son traitement antiplaquettaire avant l'intervention chirurgicale.
- Il vous demande à vous, son médecin de famille, si cela est sécuritaire.

## Cas n° 4: M. Price

Votre réponse :

1. Oui, vous pouvez cesser de prendre clopidogrel trois mois après l'ICP, tout en continuant l'AAS.
2. Non, vous devez continuer de prendre clopidogrel en plus de l'AAS pendant au moins un an, quelle que soit l'intervention chirurgicale prévue.

La première réponse est la bonne, cependant la deuxième réponse est vraie également si le patient a reçu une EEM de deuxième génération (non précisé).

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*

## Cas n° 4: M. Price

Votre réponse :

Qu'en est-il s'il a reçu une endoprothèse métallique nue?



1. Oui, vous pouvez cesser de prendre clopidogrel trois mois après l'ICP, tout en continuant l'AAS.
2. Non, vous devez continuer de prendre clopidogrel en plus de l'AAS pendant au moins un an, quelle que soit l'intervention chirurgicale prévue.

## Merci et questions

Tanguay JF, Bell AD et coll. (en publication), *Journal can. de cardiologie*