Revues Générales
Recommandations AHA/ACC

Recommandations AHA/ACC sur la durée de la double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une maladie coronaire

Le terme "double antiagrégation plaquettaire" (DAAP) se réfère à l'association d'aspirine et d'un inhibiteur du récepteur P_2Y_{12} (IR-P_2Y_{12}).
Ces recommandations ont été émises en avril 2016 (http://circ.ahajournals.org/content/early/2016/03/28/CIR.0000000000000404). Elles suivent la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/). Elles sont endossées par les sociétés américaines de chirurgie thoracique et d'anesthésie.

→ **F. DELAHAYE**
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Cette mise à jour est motivée par le fait qu'il y a mention de la DAAP dans six textes de recommandations (intervention coronaire percutanée, en 2011 ; pontage coronaire, en 2011 ; coronaropathie stable, en 2012 ; infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST, en 2013 ; syndrome coronaire aigu sans sus-décalage de ST, en 2014 ; évaluation cardiovasculaire périopératoire et prise en charge des patients ayant une intervention chirurgicale non cardiaque, en 2014) et parce que, depuis ces divers textes de recommandations, il y a eu onze études comparant des durées courtes et plus longues de DAAP lors de l'implantation de stents, et un essai comparant la DAAP à une monothérapie par aspirine.

Les présentes recommandations s'appliquent aux stents de nouvelle génération et, en général, aux patients n'ayant pas de traitement anticoagulant oral.

Questions et concepts généraux

Les trois questions critiques sont listées ci-dessous :

- Chez les patients traités avec un stent actif de dernière génération pour une maladie coronaire stable (MCS) ou un syndrome coronaire aigu (SCA), par rapport à une DAAP pendant 12 mois, une DAAP pendant 3 à 6 mois est-elle aussi efficace pour la prévention des thromboses de stent et des événements cardiaques indésirables majeurs et/ou la réduction des complications hémorragiques ?

- Chez les patients traités avec un stent actif de dernière génération, par rapport à une DAAP pendant 12 mois, une DAAP pendant plus de 12 mois (18 à 48 mois) a-t-elle un impact sur le taux de mortalité ? De même, est-elle asso-

Revues Générales
Recommandations AHA/ACC

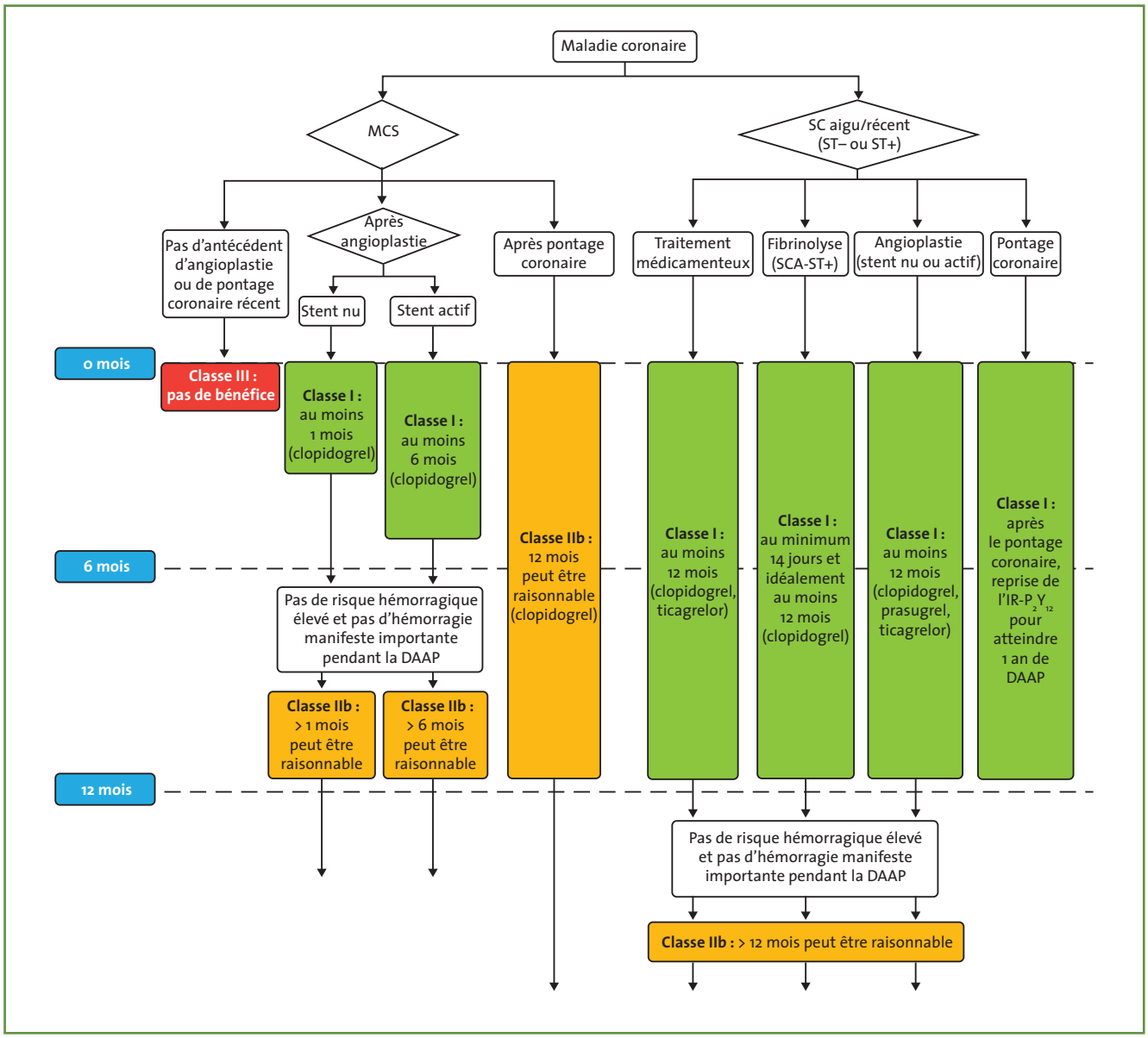

Fig. 1 : Algorithme thérapeutique pour la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients coronariens traités par DAAP. Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**). Le clopidogrel est le seul IR-P_2Y_{12} à avoir fait l'objet d'études chez des patients atteints de MCS (maladie coronaire stable) et qui ont une angioplastie. Le traitement par aspirine est presque toujours maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire. Les patients qui ont un antécédent de SCA remontant à plus d'un an sans récidive sont considérés comme étant des patients atteints de MCS. Chez les patients traités par DAAP après la pose d'un stent actif et qui deviennent exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, traitement anticoagulant oral), ou sont exposés à un risque élevé de complication hémorragique grave (par exemple, chirurgie intracrânienne majeure), ou développent une hémorragie manifeste importante, l'arrêt de l'IR-P_2Y_{12} peut être raisonnable après 3 mois chez les patients atteints de MCS et après 6 mois chez les patients atteints de SCA. Les flèches en bas de la figure indiquent qu'en cas de prolongation de la DAAP, la durée optimale du traitement est inconnue.

ciée à une réduction des thromboses de stent et des événements cardiaques indésirables majeurs et/ou à une augmentation des complications hémorragiques ?

- Chez les patients après infarctus du myocarde (IDM) avec ou sans sus-décalage du segment ST, cliniquement stables et dont l'IDM remonte à plus de 12 mois, par rapport à une monothérapie par aspirine, le maintien de la DAAP a-t-il un impact sur le taux de mortalité et est-il associé à une réduction des IDM non mortels et des événements cardiaques indésirables majeurs et/ou

à une augmentation des complications hémorragiques ?

Voici les concepts généraux et les recommandations sur la DAAP et sa durée (***fig. 1***) :

● Avant d'intensifier le traitement antiplaquettaire, avec l'ajout d'un IR-P_2Y_{12} en plus de la monothérapie par aspirine, ou de prolonger la DAAP, il est nécessaire de trouver un compromis fondamental entre la réduction du risque ischémique et l'augmentation du risque hémorragique. Avant toute prise de décision quant à une DAAP et à sa durée, il est nécessaire d'évaluer le rapport bénéfices/risques et de prendre en compte les données issues des études, ainsi que les préférences du patient.

● En général, une DAAP courte peut être envisagée chez les patients à risque ischémique faible et à risque hémorragique fort, alors qu'une DAAP longue peut être raisonnable chez les patients à risque ischémique fort et à risque hémorragique faible.

● Les anciennes recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients traités avec un stent actif se basaient sur des données portant sur des stents dits "de 1re génération", qui ne sont presque plus jamais utilisés de nos jours. Par rapport aux stents de 1re génération, les stents de dernière génération ont un meilleur profil d'innocuité et sont moins associés au risque de thrombose de stent. Les recommandations de la présente mise à jour sont valables pour les stents de dernière génération.

● Les présentes recommandations sur la durée de la DAAP sont similaires pour les patients atteints de SCA sans sus-décalage de ST (SCA-ST–) ou avec sus-décalage de ST (SCA-ST+).

● Une recommandation de classe I ("devrait être prescrite") est faite pour une DAAP pendant au moins 6 à 12 mois (selon la situation) dans la plupart des situations cliniques. Une recommandation de classe IIb ("peut être raisonnable") est faite pour le maintien de la DAAP au-delà de cette période initiale.

● Dans les études portant sur les DAAP de longue durée débutées après l'implantation d'un stent actif ou après un IDM, la durée du traitement était limitée à plusieurs années (comme pour plusieurs autres médicaments). Ainsi, pour les patients chez qui le rapport bénéfices/risques semble être en faveur d'un traitement de longue durée, la durée optimale du traitement est inconnue.

● Les recommandations de ce document sont valables uniquement pour la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients atteints de maladie coronaire et traités par DAAP. Le traitement par aspirine devrait presque toujours être maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire.

● Des doses quotidiennes d'aspirine plus faibles, y compris chez les patients traités par DAAP, sont associées à une diminution du risque hémorragique par rapport aux doses d'aspirine plus élevées. La protection ischémique est similaire pour les doses faibles et les doses élevées. La dose quotidienne d'aspirine recommandée pour les patients traités par DAAP est de 81 mg (75 à 100 mg).

Les facteurs cliniques et procéduraux associés à un risque ischémique (y compris le risque de thrombose de stent) ou hémorragique accru sont présentés dans le ***tableau I***.

● Les facteurs utilisés dans le calcul du "score DAPT" (DAPT, *Dual antiplatelet therapy*) élaboré dans l'essai *Dual Antiplatelet Therapy Study* est présenté dans le ***tableau II.*** Un score ≥ 2 est associé à un rapport bénéfices/risques favorable à la prolongation de la DAAP, alors qu'un score < 2 est associé à un rapport bénéfices/risques non favorable à la prolongation de la DAAP.

Augmentation du risque ischémique/risque de thrombose de stent (peut encourager une DAAP plus longue)	Augmentation du risque hémorragique (peut encourager la prise d'une DAAP plus courte)
Augmentation du risque ischémique ● Âge avancé ● SCA ● Plusieurs antécédents d'IDM ● Maladie coronaire étendue ● Diabète ● Maladie rénale chronique **Augmentation du risque de thrombose de stent** ● SCA ● Diabète ● Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 % ● Stent actif de 1re génération ● Taille insuffisante du stent ● Déploiement insuffisant du stent ● Petit diamètre du stent ● Grande longueur du stent ● Stent à une bifurcation ● Resténose à l'intérieur du stent	● Antécédent d'hémorragie ● Traitement anticoagulant oral ● Sexe féminin ● Âge avancé ● Faible poids ● Maladie rénale chronique ● Diabète ● Anémie ● Traitement chronique par corticostéroïdes ou par anti-inflammatoires non stéroïdiens

Tableau I : Facteurs cliniques et procéduraux associés à un risque ischémique (y compris le risque de thrombose de stent) ou hémorragique accru.

Revues Générales
Recommandations AHA/ACC

Variables	Points
Âge ≥ 75 ans	-2
Âge compris entre 65 et 75 ans	-1
Âge < 65 ans	0
Fumeur	1
Diabète	1
IDM	1
Antécédent d'angioplastie ou d'IDM	1
Diamètre du stent < 3 mm	1
Stent au paclitaxel	1
Insuffisance cardiaque ou fraction d'éjection ventriculaire gauche < 30 %	2
Pontage coronaire par greffe saphène	2
Un score ≥ 2 est associé à un rapport bénéfices/risques favorable à la prolongation de la DAAP, alors qu'un score < 2 est associé à un rapport bénéfices/risques non favorable à la prolongation de la DAAP. IDM : infarctus du myocarde.	

Tableau II : Facteurs utilisés dans le calcul du "score DAPT" (essai *Dual Antiplatelet Therapy Study*).

Voici les recommandations générales sur les IR-P_2Y_{12} :

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, et chez les patients atteints de SCA-ST– uniquement sous traitement médicamenteux (sans revascularisation), le ticagrelor est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R [randomisé]).

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, qui ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé, et qui n'ont pas d'antécédent d'AVC (accident vasculaire cérébral) ou d'AIT (accident ischémique transitoire), le prasugrel est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

- Le prasugrel ne doit pas être administré en cas d'antécédent d'AVC ou d'AIT (III : Danger, B-R).

Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR [non randomisé]).

Le résumé et la synthèse des recommandations, consensus d'experts et revues générales concernant la prise en charge des patients sous trithérapie (DAAP et anticoagulant) sont les suivants :

- Évaluer les risques ischémique et hémorragique à l'aide de scores de risque validés (par exemple, score CHA_2DS_2-VASc, score HAS-BLED).

- Limiter autant que possible la durée de la trithérapie ; une bithérapie (par anticoagulant oral et clopidogrel) peut être envisagée chez certains patients.

- En cas d'utilisation de la warfarine, l'INR cible est de 2,0-2,5.

- Le clopidogrel est l'IR-P_2Y_{12} de choix.

- Utiliser une faible dose d'aspirine (≤ 100 mg par jour).

- Les inhibiteurs de la pompe à protons sont indiqués en cas d'antécédent d'hémorragie gastro-intestinale et devraient être envisagés chez les patients présentant un risque accru d'hémorragie gastro-intestinale.

Intervention coronaire percutanée

Voici les recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients atteints de MCS et traités par angioplastie :

- Chez les patients atteints de MCS et traités par DAAP après la pose d'un stent nu, un traitement par clopidogrel doit être prescrit pendant au moins 1 mois (I, A).

- Chez les patients atteints de MCS et traités par DAAP après la pose d'un stent actif, un traitement par clopidogrel doit être prescrit pendant au moins 6 mois (I, B-R).

- Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

- Chez les patients atteints de MCS et traités par DAAP après la pose d'un stent nu ou actif, qui n'ont pas souffert de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (antécédent d'hémorragie sous DAAP, coagulopathie, traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP par clopidogrel après 1 mois chez les patients traités par stent nu et après 6 mois chez les patients traités par stent actif peut être raisonnable (IIb, A).

- Chez les patients atteints de MCS et traités par DAAP après la pose d'un stent actif et qui deviennent exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, traitement anticoagulant oral), qui sont exposés à un risque élevé de complication hémorragique grave (par exemple, chirurgie intracrânienne majeure), ou qui développent une hémorragie manifeste importante, l'arrêt de l'IR-P_2Y_{12} au bout de 3 mois peut être raisonnable (IIb, C-DL).

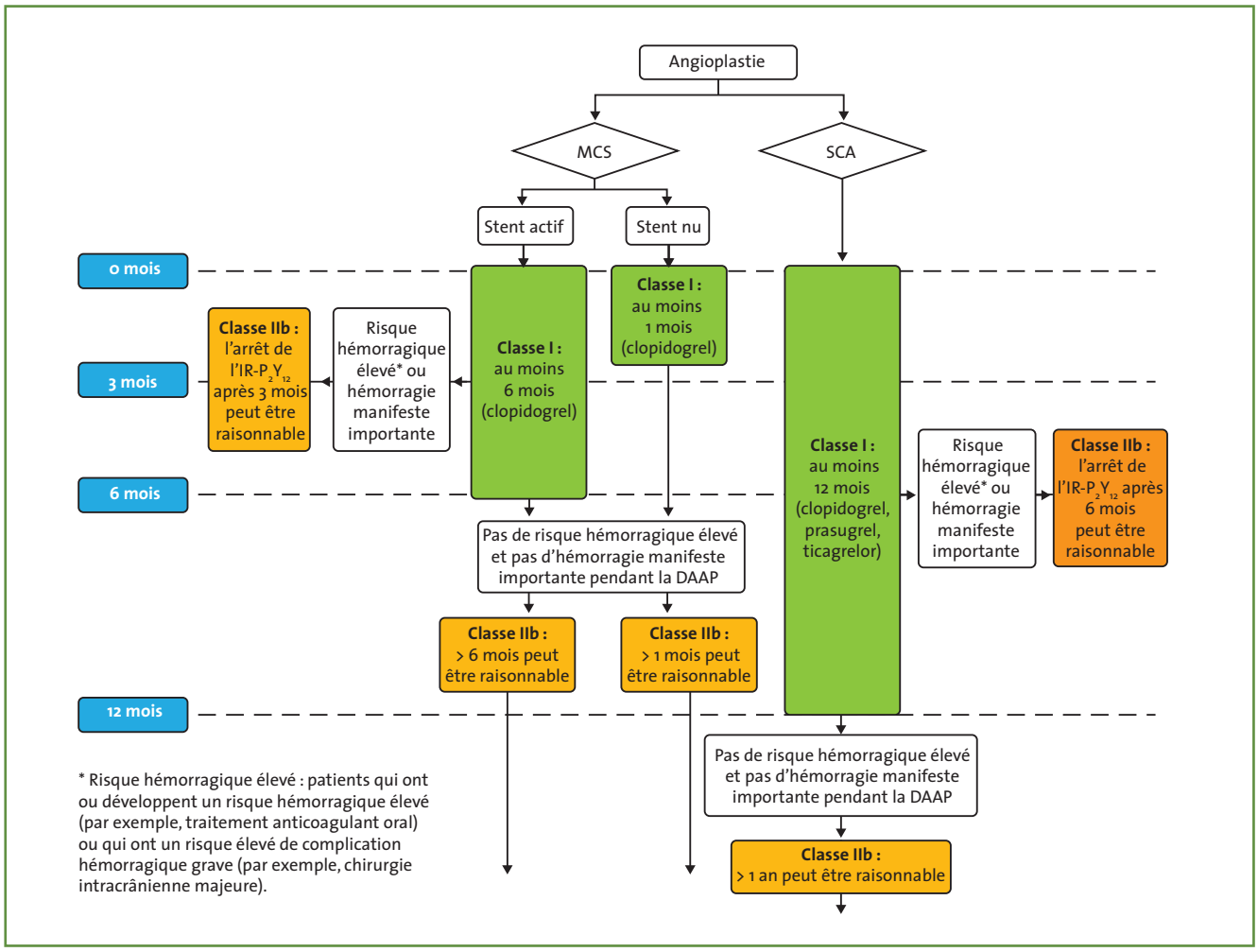

FIG. 2 : Algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} après intervention coronaire percutanée. Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**). Les flèches en bas de la figure indiquent que la durée optimale de la DAAP est inconnue. Le clopidogrel est le seul IR-P_2Y_{12} à avoir fait l'objet d'études chez des patients atteints de MCS et qui ont une angioplastie. Le traitement par aspirine est presque toujours maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire.

Voici les recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients atteints de SCA et traités par angioplastie :

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent nu ou actif, un IR-P_2Y_{12} (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) doit être prescrit pendant au moins 12 mois (I, B-R).

- Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, le ticagrelor est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, qui ne sont pas exposés à un risque élevé de complication hémorragique et qui n'ont pas d'antécédent d'AVC ou d'AIT, le prasugrel est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

- Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, qui n'ont pas souffert de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et qui ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, pas d'antécédent d'hémorragie sous DAAP, pas de coagulopathie, pas de traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP (par clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) après 12 mois peut être raisonnable (IIb, A).

Revues Générales
Recommandations AHA/ACC

● Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP après la pose d'un stent actif et qui deviennent exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, traitement anticoagulant oral), qui sont exposés à un risque élevé de complication hémorragique grave (par exemple, chirurgie intracrânienne majeure) ou qui développent une hémorragie manifeste importante, l'arrêt de l'IR-P_2Y_{12} au bout de 6 mois peut être raisonnable (IIb, C-DL[1]).

● Le prasugrel ne doit pas être administré en cas d'antécédent d'AVC ou d'AIT (III : Danger, B-R).

L'algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} après intervention coronaire percutanée est présenté dans la ***figure 2***.

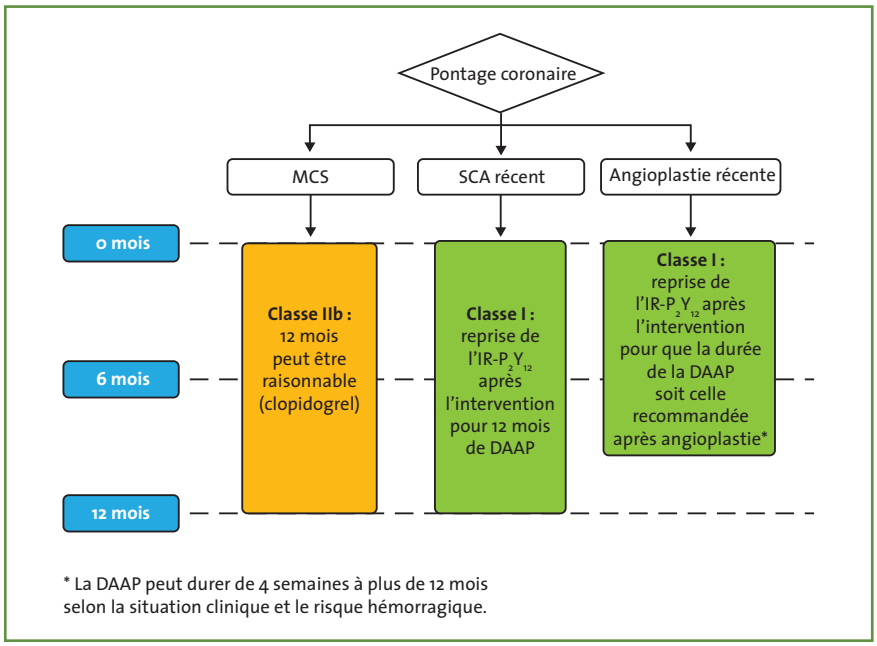

FIG. 3 : Algorithme thérapeutique sur le traitement par IR-P_2Y_{12} après pontage coronaire. Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**). Le traitement par aspirine est presque toujours maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire.

Pontage coronaire

Chez les patients traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire et qui ont ensuite un pontage coronaire, la reprise postopératoire de l'IR-P_2Y_{12} est indiquée pour que la DAAP soit menée à son terme (I, C-AE[2]).

Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP et qui ont un pontage coronaire, la reprise postopératoire de l'IR-P_2Y_{12} est indiquée afin de compléter 12 mois de traitement par DAAP après le SCA (I, C-DL).

Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR). Chez les patients atteints de MCS qui ont un pontage coronaire, une DAAP pendant 12 mois à la suite du pontage coronaire (en débutant le traitement par clopidogrel peu de temps après l'opération) peut être raisonnable afin d'améliorer la perméabilité du pontage veineux (IIb, B-NR).

L'algorithme thérapeutique sur le traitement par IR-P_2Y_{12} après pontage coronaire est présenté dans la ***figure 3***.

Maladie coronaire stable

Chez les patients atteints de MCS traités par DAAP après la pose d'un stent nu, du clopidogrel doit être prescrit pendant au moins 1 mois (I, A).

Chez les patients atteints de MCS traités par DAAP après la pose d'un stent actif, du clopidogrel doit être prescrit pendant au moins 6 mois (I, B-NR).

Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

Chez les patients atteints de MCS traités par DAAP après un IDM datant d'il y a 1 à 3 ans, qui n'ont pas eu de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et qui ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, antécédent d'hémorragie sous DAAP, coagulopathie, traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP peut être raisonnable (IIb, A).

Chez les patients atteints de MCS traités par DAAP après la pose d'un stent nu ou actif, qui n'ont pas eu de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et qui ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, antécédent d'hémorragie sous DAAP, coagulopathie, traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP avec du clopidogrel après 1 mois chez les patients traités par stent nu et après 6 mois chez les patients traités par stent actif peut être raisonnable (IIb, A).

Chez les patients atteints de MCS traités par DAAP après la pose d'un stent actif et qui deviennent exposés à un risque

[1] Données limitées.
[2] Accord d'experts.

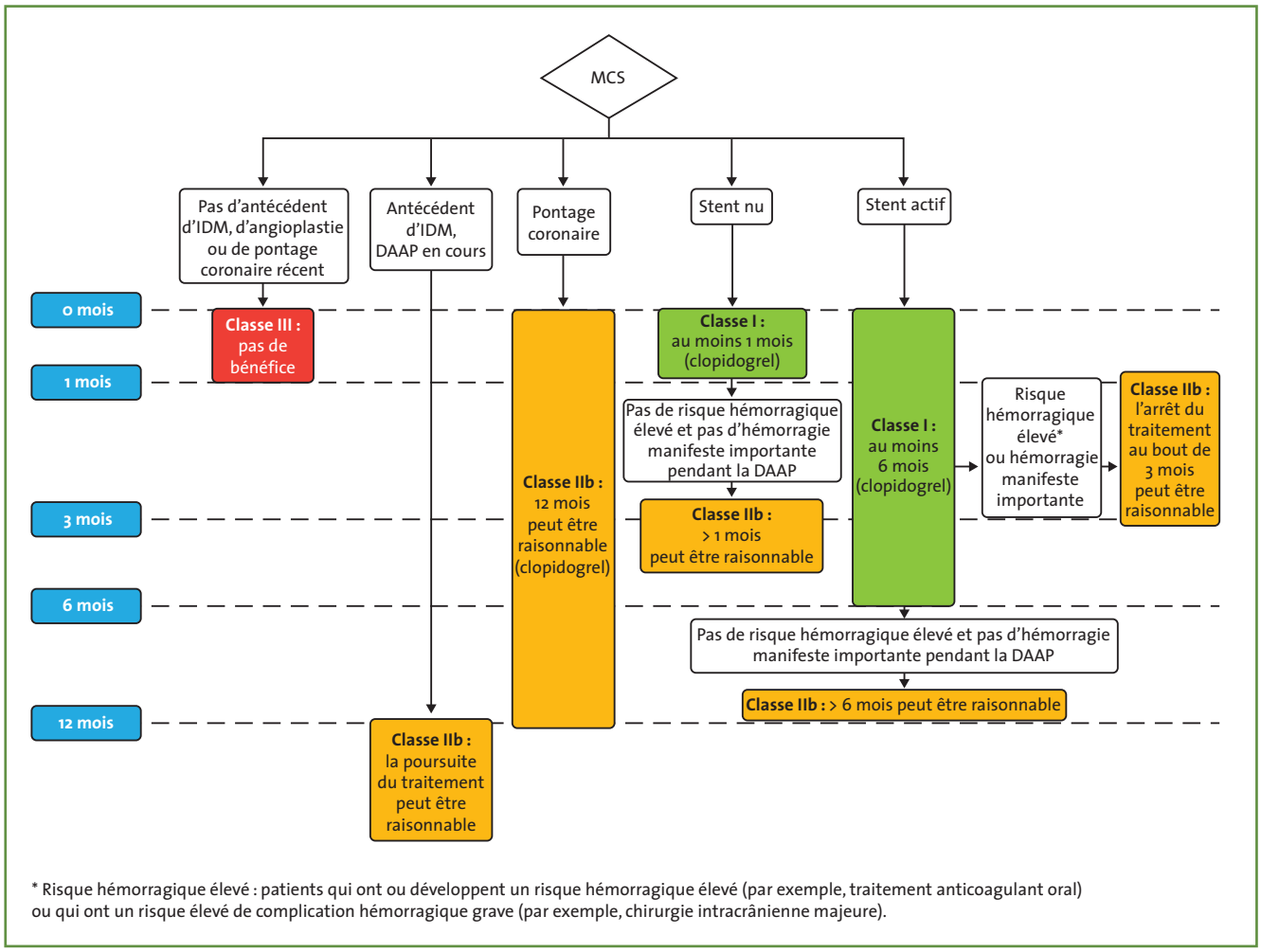

FIG. 4 : Algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients atteints de MCS (sans SCA depuis plusieurs années). Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**). Les patients qui ont un antécédent de SCA remontant à plus d'un an sans récidive sont considérés comme étant des patients atteints de MCS. Le clopidogrel est le seul IR-P_2Y_{12} ayant fait l'objet d'études chez des patients atteints de MCS et qui ont une angioplastie. Le traitement par aspirine est presque toujours maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire.

hémorragique élevé (par exemple, traitement anticoagulant oral), qui sont exposés à un risque élevé de complication hémorragique grave (par exemple, chirurgie intracrânienne majeure) ou qui développent une hémorragie manifeste importante, l'arrêt de l'IR-P_2Y_{12} au bout de 3 mois peut être raisonnable (IIb, C-DL).

Chez les patients atteints de MCS et qui ont un pontage coronaire, une DAAP de 12 mois après le pontage coronaire (en débutant le traitement par clopidogrel peu de temps après l'opération) peut être raisonnable afin d'améliorer la perméabilité du pontage veineux (IIb, B-NR).

Chez les patients atteints de MCS, qui n'ont pas d'antécédent de SCA, pas de stent coronaire, et qui n'ont pas eu de pontage coronaire dans les 12 derniers mois, la DAAP n'est pas indiquée (III : Pas de bénéfice, B-R).

L'algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients atteints de MCS (sans SCA depuis plusieurs années) est présenté dans la ***figure 4***.

Syndrome coronaire aigu

Voici les recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients atteints de SCA et qui n'ont eu ni fibrinolyse ni revascularisation :

- Chez les patients atteints de SCA, qui n'ont eu ni fibrinolyse ni revascularisation et qui sont traités par DAAP, le

Revues Générales
Recommandations AHA/ACC

traitement par IR-P_2Y_{12} (clopidogrel ou ticagrelor) devrait être poursuivi pendant au moins 12 mois (I, B-R).

● Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

● Chez les patients atteints de SCA-ST –, qui n'ont eu ni fibrinolyse ni revascularisation et qui sont traités par DAAP, le ticagrelor est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

● Chez les patients atteints de SCA, qui n'ont eu ni fibrinolyse ni revascularisation et qui sont traités par DAAP, qui n'ont pas souffert de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, antécédent d'hémorragie sous DAAP, coagulopathie, traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP après 12 mois peut être raisonnable (IIb, A).

Les recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients atteints de SCA-ST+ et traités par fibrinolyse sont les suivantes :

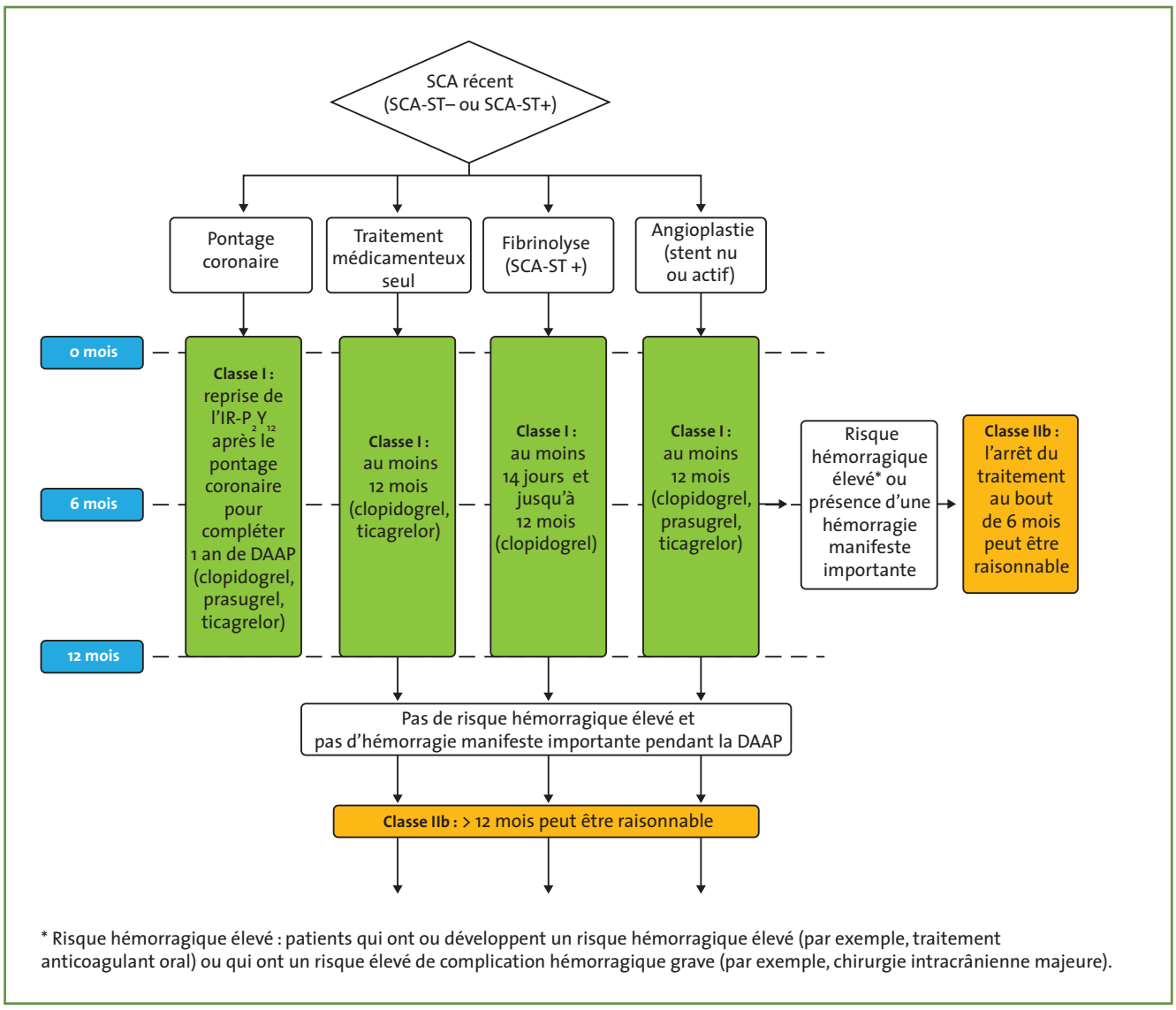

Fig. 5 : Algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients atteints de SCA récent. Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**). Les flèches en bas de la figure indiquent qu'en cas de prolongation de la DAAP, la durée optimale du traitement est inconnue. Le traitement par aspirine est presque toujours maintenu indéfiniment chez les patients atteints de maladie coronaire.

● Chez les patients atteints de SCA-ST+ et traités à la fois par fibrinolyse et par DAAP, le traitement par IR-P_2Y_{12} (clopidogrel) devrait être poursuivi pendant au moins 14 jours (I, A), et idéalement pendant au moins 12 mois (I, C-AE).

● Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

● Chez les patients atteints de SCA-ST+ et traités à la fois par fibrinolyse et par DAAP, qui n'ont pas eu de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et qui ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, antécédent d'hémorragie sous DAAP, coagulopathie, traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP après 12 mois peut être raisonnable (IIb, A).

Voici les recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients atteints de SCA et traités par angioplastie :

● Chez les patients atteints de SCA et traités par DAAP après la pose d'un stent nu ou actif, un traitement par IR-P_2Y_{12} (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) pendant au moins 12 mois est indiqué (I, B-R).

● Chez les patients traités par DAAP, la dose quotidienne d'aspirine recommandée est de 81 mg (75 à 100 mg) (I, B-NR).

● Chez les patients atteints de SCA et traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, le ticagrelor est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

● Chez les patients atteints de SCA et traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, qui ne sont pas exposés à un risque élevé de complication hémorragique et n'ont pas d'antécédent d'AVC ou d'AIT, le prasugrel est probablement plus indiqué que le clopidogrel (IIa, B-R).

● Chez les patients atteints de SCA et traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire, qui n'ont pas eu de complication hémorragique pendant le traitement par DAAP et ne sont pas exposés à un risque hémorragique élevé (pas d'antécédent d'hémorragie sous DAAP, pas de coagulopathie, pas de traitement anticoagulant oral), la poursuite de la DAAP après 12 mois peut être raisonnable (IIb, A-R).

● Chez les patients atteints de SCA et traités par DAAP après la pose d'un stent actif et qui deviennent exposés à un risque hémorragique élevé (par exemple, traitement anticoagulant oral), qui sont exposés à un risque élevé de complication hémorragique grave (par exemple, chirurgie intracrânienne majeure) ou qui développent une hémorragie manifeste importante, l'arrêt de l'IR-P_2Y_{12} au bout de 6 mois peut être raisonnable (IIb, C-DL).

● Le prasugrel ne doit pas être administré en cas d'antécédent d'AVC ou d'AIT (III : Danger, B-R).

Chez les patients atteints de SCA (SCA-ST– ou SCA-ST+) traités par DAAP et qui ont un pontage coronaire, la reprise postopératoire de l'IR-P_2Y_{12} est indiquée afin de compléter 12 mois de DAAP après le SCA (I, C-DL).

L'algorithme thérapeutique sur la durée du traitement par IR-P_2Y_{12} chez les patients atteints de SCA récent est présenté dans la ***figure 5***.

Recommandations sur la gestion périopératoire de la DAAP en cas d'intervention chirurgicale non cardiaque programmée

L'intervention chirurgicale non cardiaque programmée doit être réalisée au moins 30 jours après la pose d'un stent nu et idéalement 6 mois après la pose d'un stent actif (I, B-NR).

Chez les patients traités par DAAP après la pose d'un stent coronaire et chez qui l'IR-P_2Y_{12} doit être interrompu à cause d'une intervention chirurgicale, le traitement par aspirine devrait si possible être poursuivi et le traitement par IR-P_2Y_{12} devrait être repris dès que possible après l'opération (I, C-AE).

Si une intervention chirurgicale non cardiaque programmée est requise chez des patients qui prennent un IR-P_2Y_{12}, un consensus entre les médecins doit être établi quant aux risques respectifs de l'intervention chirurgicale et de l'arrêt ou de la poursuite de la DAAP (IIa, C-AE).

Chez les patients pour lesquels une interruption de l'IR-P_2Y_{12} sera nécessaire, l'intervention chirurgicale non cardiaque programmée peut être envisagée 3 mois après la pose d'un stent actif si les risques associés à un autre report de l'opération sont plus élevés que le risque de thrombose de stent (IIb, C-AE).

Chez les patients pour lesquels une interruption périopératoire de la DAAP sera nécessaire, l'intervention chirurgicale non cardiaque programmée ne doit pas être réalisée moins de 30 jours après la pose d'un stent nu ou moins de 3 mois après la pose d'un stent actif (III : Danger, B-NR).

L'algorithme thérapeutique sur le moment d'une intervention chirurgicale non cardiaque programmée chez les patients ayant un stent coronaire est présenté dans la ***figure 6***.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

REVUES GÉNÉRALES
Recommandations AHA/ACC

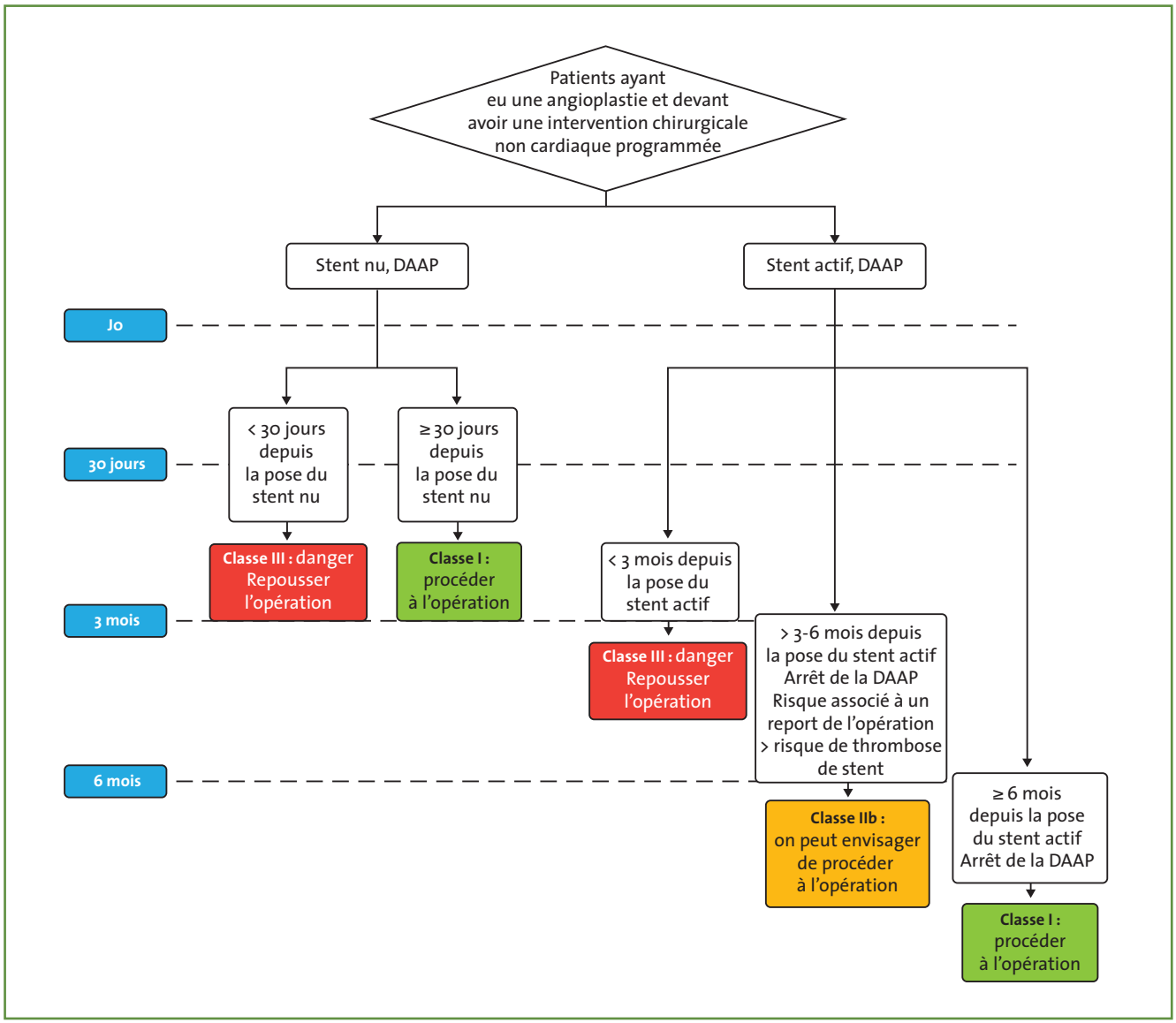

FIG. 6 : Algorithme thérapeutique sur le moment d'une intervention chirurgicale non cardiaque programmée chez les patients ayant un stent coronaire. Les couleurs sont celles de la nouvelle classification des recommandations et des niveaux de preuve (**http://www.realites-cardiologiques.com/mise-a-jour-des-classes-de-recommandation-et-des-niveaux-de-preuve/**).