

Revue générale

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur la double antiagrégation plaquettaire dans les coronaropathies

Ces recommandations écrites en collaboration avec l'European Association for Cardio-Thoracic Surgery ont été publiées en septembre 2017 [1].



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

Avec plus de 35 essais randomisés incluant plus de 225 000 patients, la double antiagrégation plaquettaire (DAAP) figure parmi les options thérapeutiques le plus intensivement étudiées dans le domaine de la médecine cardiovasculaire (fig. 1).

Les "10 commandements" sont les suivants :

1. La mise en œuvre d'une double antiagrégation plaquettaire (DAAP) bien avant la décision de faire une intervention coronaire programmée (ICP) dépend à la fois du patient et de l'inhibiteur du P_2Y_{12} .
2. La durée de la DAAP doit être individualisée et guidée à la fois par le risque ischémique et par le risque hémorragique.
3. La décision concernant la durée de la DAAP doit être dynamique et réévaluée régulièrement.
4. Le type de "stent" implanté ne doit pas *per se* affecter la prise de décision sur la durée de la DAAP.
5. La décision d'implanter un stent nu ou actif ne justifie pas une DAAP respectivement pendant 30 jours ou pendant plus longtemps.
6. Le clopidogrel est le seul inhibiteur du P_2Y_{12} recommandé lorsqu'une DAAP doit être associée à une anticoagulation orale (ACO).
7. Un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) doit être prescrit largement en association à une DAAP et pas seulement aux patients qui ont un risque élevé d'hémorragie gastro-intestinale.
8. Une intervention chirurgicale programmée nécessitant l'arrêt d'une DAAP doit être programmée au moins 1 mois après le début de la DAAP chez les patients qui ont eu un syndrome coronaire aigu (SCA) et/ou l'implantation d'un stent.
9. La prolongation d'une DAAP au-delà de 1 an reste une décision au cas par cas.
10. Le sexe féminin ne doit pas *per se* entraîner une durée différente de la DAAP.

Revue générale

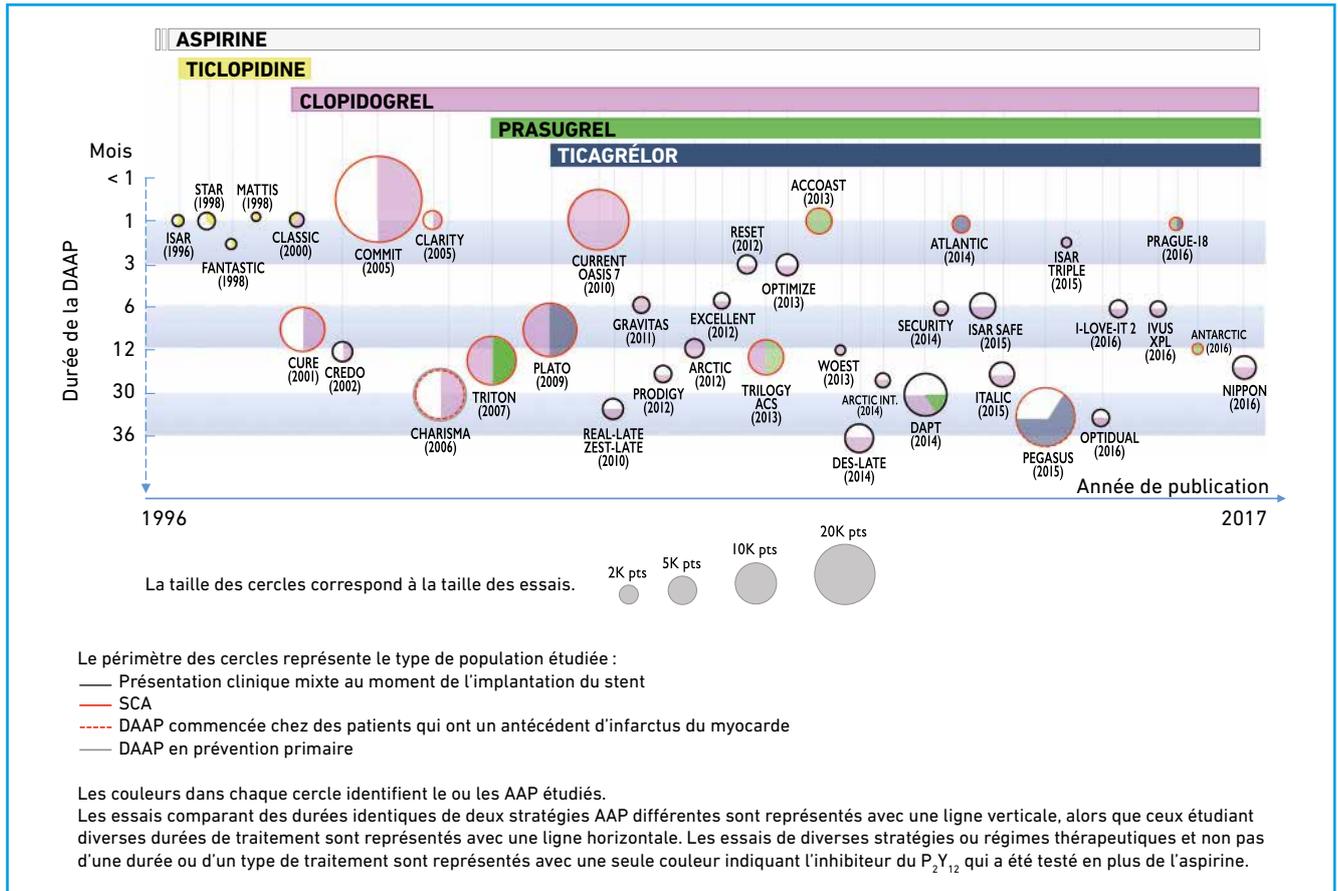


Fig. 1 : Histoire de la double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une coronaropathie.

Outils de stratification du risque pour la durée de la double antiagrégation plaquettaire, mesures pour minimiser les hémorragies, recommandations sur la sélection ou le moment de l'inhibiteur du P₂Y₁₂, algorithmes de remplacement

Étant donné qu'il y a un risque hémorragique et un risque ischémique pour toute durée de DAAP, l'utilisation de scores peut être utile pour adapter la durée de la DAAP de façon à maximiser la protection ischémique et minimiser le risque hémorragique chez un patient donné. Les scores de risque qui ont été conçus spécifiquement pour guider la décision de la durée de la DAAP doivent être préférés aux autres scores de risque disponibles (**encadrés I à IV, tableau I**).

Recommandation sur l'utilisation de scores pour guider la durée de la DAAP

L'utilisation de scores de risque élaborés pour évaluer les bénéfices et les risques de diverses durées de DAAP^a peut être envisagée (IIb, A).

^a Les scores DAPT et PRECISE-DAPT sont les scores actuels remplissant ces conditions.

Encadré I.

Recommandations sur les remplacements entre les inhibiteurs oraux du P₂Y₁₂

- Chez les patients qui ont un SCA et qui étaient traités auparavant par le clopidogrel, le remplacement du clopidogrel par le ticagrélor est recommandé peu après le début de l'hospitalisation, à la dose de charge de 180 mg, quels que soient le moment et la dose de charge de clopidogrel, sauf si une contre-indication au ticagrélor existe (antécédent d'hémorragie intracrânienne ou hémorragie en cours) (I, B).
- D'autres remplacements entre inhibiteurs oraux du P₂Y₁₂ peuvent être envisagés en cas d'effet secondaire/d'intolérance médicamenteuse selon les algorithmes proposés dans la **figure 2** (IIb, C).

Encadré II.

Recommandations sur la sélection et le moment de l'inhibiteur du P₂Y₁₂

- Chez les patients qui ont un SCA, le ticagrélor (dose de charge de 180 mg puis 90 mg 2 fois par jour) en plus de l'aspirine est recommandé, quelle que soit la stratégie du traitement initiale, y compris chez les patients prétraités par clopidogrel (qui doit être arrêté lorsque le ticagrélor est commencé) sauf s'il y a une contre-indication^a (I, B).
- Chez les patients qui ont un SCA et une ICP, le prasugrel (dose de charge de 60 mg puis 10 mg/j) en plus de l'aspirine est recommandé chez les patients qui n'ont pas eu d'inhibiteur du P₂Y₁₂ auparavant, qui ont un SCA sans sus-décalage de ST ou un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST d'abord traité médicalement si l'indication d'ICP est établie, ou chez les patients qui ont un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST et qui ont une coronarographie immédiatement sauf s'il y a un risque élevé d'hémorragie menaçant la vie ou une autre contre-indication^a (I, B).
- Un prétraitement par un inhibiteur du P₂Y₁₂ est généralement recommandé chez les patients chez lesquels l'anatomie coronaire est connue et la décision de faire une ICP prise, de même que chez les patients qui ont un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST (I, A).
- Chez les patients qui ont un SCA sans sus-décalage de ST et qui ont une prise en charge invasive, l'administration de ticagrélor (dose de charge de 180 mg puis 90 mg 2 fois par jour), ou de clopidogrel (dose de charge de 600 mg puis 75 mg/j) si le ticagrélor n'est pas une option, doit être envisagée aussi tôt que le diagnostic est fait (IIa, C).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable, un prétraitement par clopidogrel peut être envisagé si la probabilité d'une ICP est élevée (IIb, C).
- Le clopidogrel (dose de charge de 600 mg puis 75 mg/j) en plus de l'aspirine est recommandé chez les patients qui ont une coronaropathie stable et chez lesquels un stent est implanté, et chez les patients qui ont un SCA et qui ne peuvent pas recevoir du ticagrélor ou du prasugrel, incluant ceux qui ont un antécédent d'hémorragie intracrânienne ou une indication d'ACO (I, A).
- Le clopidogrel (dose de charge de 300 mg chez les patients âgés de moins de 75 ans puis 75 mg/j) est recommandé en plus de l'aspirine chez les patients qui ont un infarctus du myocarde avec sus-décalage de ST et qui ont une fibrinolyse (I, A).
- Le ticagrélor ou le prasugrel en plus de l'aspirine peut être envisagé au lieu du clopidogrel chez les patients qui ont une coronaropathie stable et qui ont une ICP, en prenant en compte le risque ischémique (par exemple, score SYNTAX élevé, antécédent de thrombose de stent, localisation et nombre des stents implantés) et le risque hémorragique (par exemple, selon le score PRECISE-DAPT) (IIb, C).
- Chez les patients qui ont un SCA sans sus-décalage de ST et chez lesquels l'anatomie coronaire n'est pas connue, il n'est pas recommandé d'administrer du prasugrel (III, B).

^a Contre-indications du ticagrélor : antécédent d'hémorragie intracrânienne ou hémorragie en cours ; contre-indications du prasugrel : antécédent d'hémorragie intracrânienne, antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident ischémique transitoire ou hémorragie en cours ; le prasugrel n'est pas recommandé chez les patients âgés d'au moins 75 ans ou dont le poids est < 60 kg.

Encadré III.

Revue générale

	Score PRECISE-DAPT	Score DAPT
Moment	Au moment du <i>stenting</i> coronaire	Après 12 mois de DAAP sans événement
Stratégies de durée de DAAP évaluées	Courte (3-6 mois) <i>versus</i> standard/longue (12-24 mois)	Standard (12 mois) <i>versus</i> longue (30 mois)
Calcul du score ^a	Hémoglobine Globules blancs Âge Clairance de la créatinine Antécédent d'hémorragie Points	Âge Tabagisme Diabète Infarctus du myocarde Antécédent d'ICP ou d'infarctus du myocarde Stent actif au paclitaxel Diamètre du stent < 3 mm Insuffisance cardiaque ou fraction d'éjection du ventricule gauche < 30 % Pontage veineux
Étendue du score	0 à 100 points	- 2 à 10 points
Seuil suggéré	≥ 25 : durée courte < 25 : durée standard/longue	Score ≥ 2 : durée longue Score < 2 : durée standard
Calculateur	www.precisedaptscore.com	www.daptstudy.org

^a Pour le score PRECISE-DAPT, utiliser le nomogramme : pour chacune des 5 variables, tracer une ligne verticale de la valeur de la variable jusqu'à l'échelle de score, puis additionner les points obtenus pour chacune des 5 variables.

Tableau I : Scores de risque validés pour la décision de la durée d'une double antiagrégation plaquettaire.

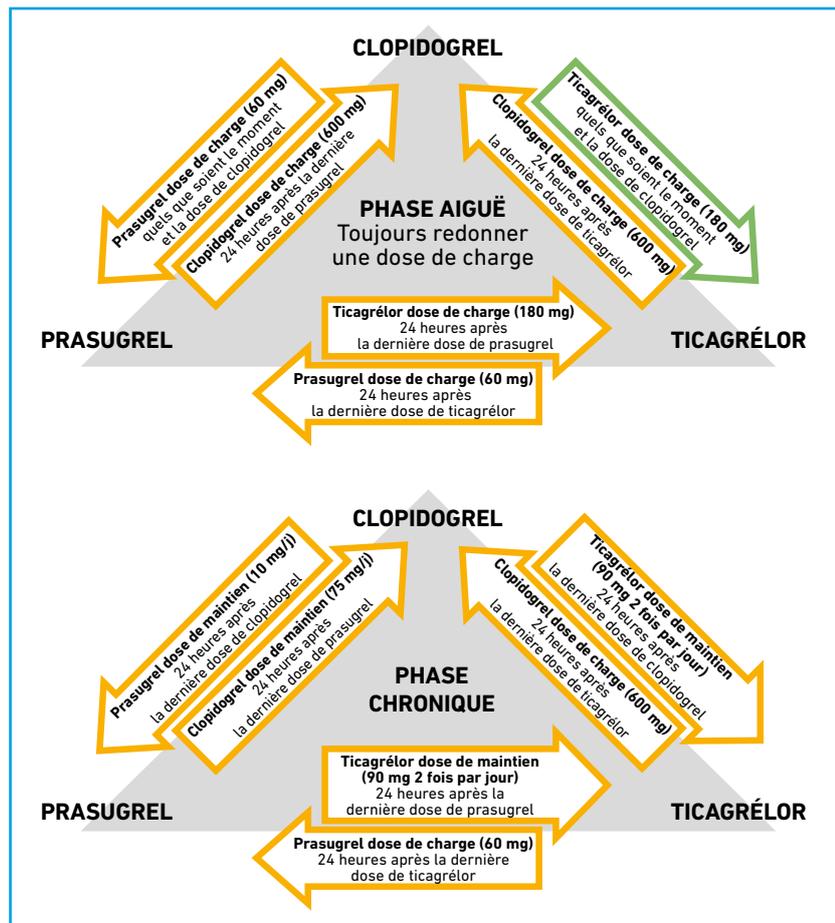


Fig. 2 : Algorithme de remplacement entre les inhibiteurs oraux du P₂Y₁₂ à la phase aiguë (pendant l'hospitalisation) et à la phase chronique. Les couleurs correspondent aux classes de recommandation de l'ESC (vert : classe I ; orange : classe IIb).

Recommandations sur les mesures pour minimiser les hémorragies pendant une DAAP

- Un accès radial plutôt que fémoral est recommandé pour une coronarographie et une ICP si elles sont réalisées par un opérateur expérimenté dans la voie radiale (I, A).
- Chez les patients qui ont une DAAP, une dose quotidienne d'aspirine de 75-100 mg est recommandée (I, A).
- Un IPP en association à la DAAP est recommandé^a (I, B).
- Les tests de fonction plaquettaire systématiques afin d'adapter le traitement AAP avant ou après un *stenting* programmé ne sont pas recommandés (III, A).

^a Alors que les preuves qu'un IPP n'augmente pas le risque d'événement cardiovasculaire viennent d'études d'interactions médicamenteuses avec l'oméprazole, l'oméprazole et l'ésoméprazole paraissent avoir la plus forte propension à des interactions cliniquement significatives, alors que le pantoprazole et le rabéprazole ont la propension la plus basse.

Encadré IV.

■ Double antiagrégation plaquettaire et intervention coronaire percutanée

Une vue d'ensemble des recommandations concernant la durée de la DAAP après une ICP, après une intervention chirurgicale pour pontage coronaire ou chez les patients qui ont un SCA traité médicalement, est présentée dans la **figure 3 et encadrés V et VI**.

Recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients qui ont une coronaropathie stable traitée par ICP

- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable et qui sont traités par implantation d'un stent, une DAAP par aspirine et clopidogrel est généralement recommandée pendant 6 mois, quel que soit le type de stent (I, A).
- Quelle que soit la durée prévue de DAAP, un stent actif est l'option thérapeutique préférée (I, A).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable et qui sont considérés à haut risque hémorragique (par exemple, score PRECISE-DAPT ≥ 25), une DAAP pendant 3 mois doit être envisagée (IIa, B).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable et qui sont traités par ballon actif, une DAAP pendant 6 mois doit être envisagée (IIa, B).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable et qui sont traités par stent résorbable, une DAAP pendant au moins 12 mois doit être envisagée (IIa, C).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable, qui ont toléré une DAAP sans complication hémorragique et qui ont un risque hémorragique bas mais un risque thrombotique élevé, la poursuite de la DAAP avec le clopidogrel pendant plus de 6 mois et moins de 30 mois peut être envisagée (IIb, A).
- Chez les patients qui ont une coronaropathie stable et chez qui une DAAP pendant 3 mois pose des problèmes de sécurité, une DAAP pendant 1 mois peut être envisagée (IIb, C).

Encadré V.

Recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients qui ont un SCA traité par ICP

- Chez les patients qui ont un SCA traité par implantation de stent, une DAAP avec un inhibiteur du P₂Y₁₂ en plus de l'aspirine est recommandée pendant 12 mois sauf s'il y a une contre-indication telle qu'un risque hémorragique élevé (par exemple, score PRECISE-DAPT ≥ 25) (I, A).
- Chez les patients qui ont un SCA traité par implantation de stent et qui sont à risque hémorragique élevé (par exemple, score PRECISE-DAPT ≥ 25), l'arrêt de l'inhibiteur du P₂Y₁₂ après 6 mois doit être envisagé (IIa, B).
- Chez les patients qui ont un SCA traité par implantation de stent résorbable, une DAAP pendant au moins 12 mois doit être envisagée (IIa, C).
- Chez les patients qui ont un SCA et qui ont toléré une DAAP sans complication hémorragique, la poursuite de la DAAP pendant plus de 12 mois peut être envisagée (IIb, A).
- Chez les patients qui ont un infarctus du myocarde et un risque ischémique élevé^a, qui ont toléré une DAAP sans complication hémorragique, le ticagrélor, 60 mg 2 fois par jour, pendant plus de 12 mois, en plus de l'aspirine, peut être préféré au clopidogrel ou au prasugrel (IIb, B).

^a Risque ischémique élevé : âge ≥ 50 ans et au moins un des éléments suivants : âge ≥ 65 ans, diabète nécessitant un traitement médicamenteux, 2^e infarctus du myocarde spontané, coronaropathie pluritonculaire, dysfonction rénale chronique définie par un clairance de la créatinine < 60 mL/min.

Encadré VI.

Revue générale

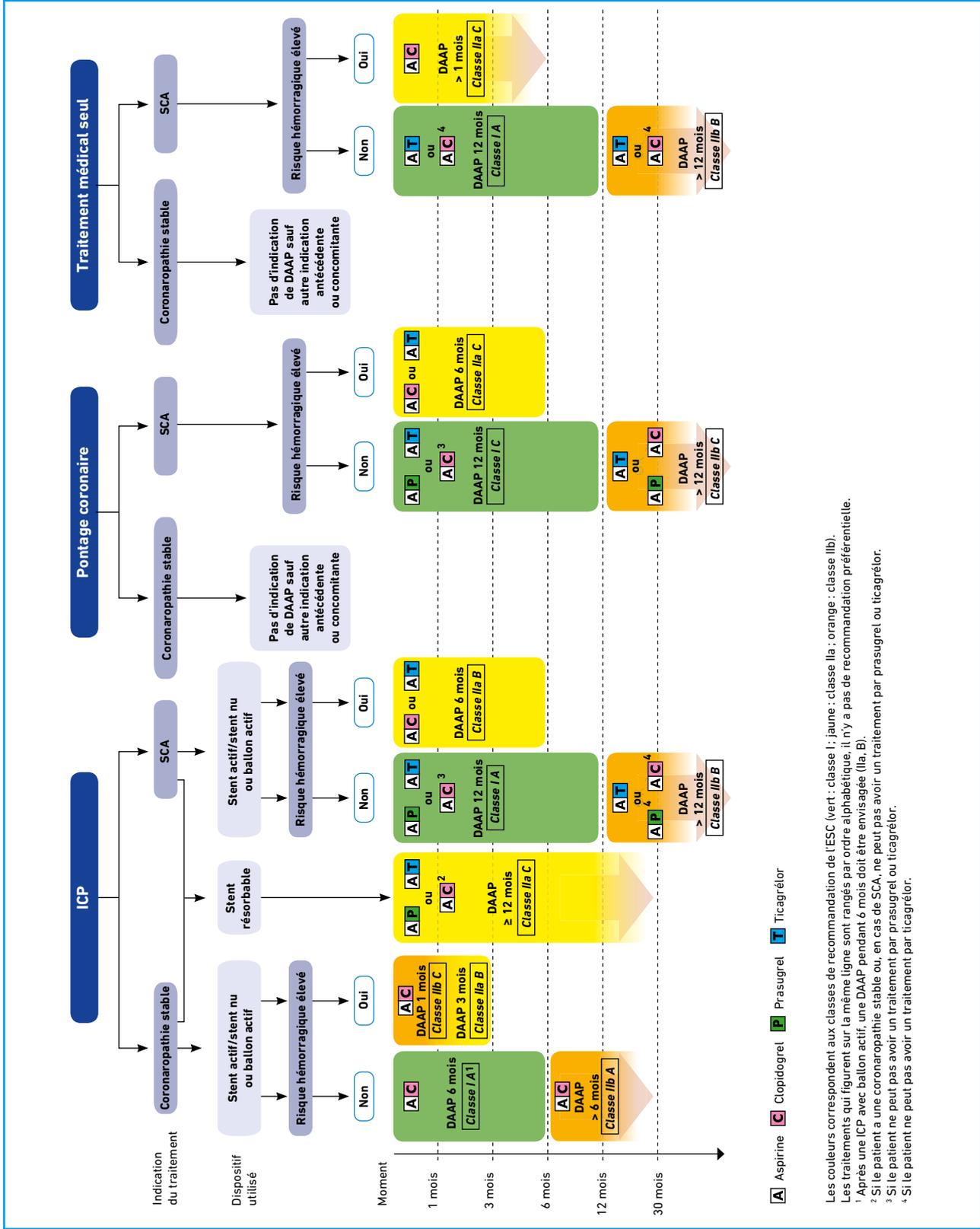


Fig. 3 : Algorithme de la double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une coronaropathie.

■ Double antiagrégation plaquettaire et chirurgie cardiaque (encadré VII)

Recommandations sur la DAAP chez les patients qui ont une intervention chirurgicale cardiaque et qui ont une coronaropathie stable ou instable

- Il est recommandé que l'équipe cœur estime les risques individuels hémorragique et ischémique et guide le moment de l'intervention chirurgicale de pontage coronaire et le traitement antithrombotique (I, C).
- Chez les patients qui prennent de l'aspirine et qui nécessitent une intervention chirurgicale cardiaque non urgente, il est recommandé de poursuivre le traitement par aspirine à une dose quotidienne faible pendant toute la période périopératoire (I, C).
- Chez les patients qui ont une DAAP après l'implantation d'un stent coronaire, qui ensuite ont une intervention chirurgicale cardiaque, il est recommandé de reprendre le traitement inhibiteur du P₂Y₁₂ après l'intervention chirurgicale aussi tôt que cela paraît sûr de telle façon que la durée recommandée de DAAP soit atteinte (I, C).
- Chez les patients qui ont un SCA traité par DAAP, opérés pour pontage coronaire et ne nécessitant pas une ACO à long terme, la reprise du traitement par inhibiteur du P₂Y₁₂ aussi tôt que cela paraît sûr après l'intervention chirurgicale et la poursuite pendant jusqu'à 12 mois sont recommandées (I, C).
- Chez les patients qui prennent un inhibiteur du P₂Y₁₂ et qui nécessitent une intervention chirurgicale cardiaque non urgente, repousser la chirurgie d'au moins 3 jours après arrêt du ticagrélor, 5 jours après arrêt du clopidogrel, et 7 jours après arrêt du prasugrel doit être envisagé (IIa, B).
- Chez les patients qui ont une intervention chirurgicale de pontage coronaire, qui ont un antécédent d'infarctus du myocarde et qui sont à haut risque d'hémorragie sévère (par exemple, score PRECISE-DAPT ≥ 25), l'arrêt de l'inhibiteur du P₂Y₁₂ après 6 mois doit être envisagé (IIa, C).
- L'évaluation de la fonction plaquettaire peut être envisagée pour guider la décision sur le moment de l'intervention chirurgicale cardiaque chez les patients qui ont récemment pris un inhibiteur du P₂Y₁₂ (IIb, B).
- Chez les patients qui sont à haut risque ischémique, qui ont un antécédent d'infarctus du myocarde et un antécédent de pontage coronaire, et qui ont toléré la DAAP sans complication hémorragique, une DAAP pendant plus de 12 mois, et jusqu'à 36 mois, peut être envisagée (IIb, C).

Encadré VII.

Revue générale

Double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont un syndrome coronaire aigu traité uniquement médicalement (encadré VIII)

Recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients qui ont un SCA traité médicalement

- Chez les patients qui ont un SCA traité seulement médicalement et qui ont une DAAP, il est recommandé de poursuivre le traitement par inhibiteur du P₂Y₁₂ (ticagrélol ou clopidogrel) pendant 12 mois (I, A).
- Le ticagrélol est recommandé plutôt que le clopidogrel, sauf si le risque hémorragique dépasse le bénéfice ischémique potentiel (I, B).
- Chez les patients qui ont un SCA traité médicalement et qui sont à haut risque hémorragique (par exemple, score PRECISE-DAPT ≥ 25), une DAAP pendant au moins 1 mois doit être envisagée (IIa, C).
- Chez les patients qui ont un antécédent d'infarctus du myocarde, qui sont à risque ischémique élevé^a, qui sont traités seulement médicalement et qui ont toléré une DAAP sans complication hémorragique, une DAAP par aspirine et ticagrélol, 60 mg 2 fois par jour, pendant plus de 12 mois et jusqu'à 36 mois peut être envisagée (IIb, B).
- Chez les patients qui ont un antécédent d'infarctus du myocarde, qui n'ont pas eu d'implantation de stent coronaire, qui ont toléré une DAAP sans complication hémorragique et qui ne peuvent pas avoir un traitement par ticagrélol, la poursuite de l'association de clopidogrel et d'aspirine pendant plus de 12 mois peut être envisagée (IIb, C).
- Le prasugrel n'est pas recommandé chez les patients qui ont un SCA traité seulement médicalement (III, B).

^a Risque ischémique élevé : âge ≥ 50 ans et au moins un des éléments suivants : âge ≥ 65 ans, diabète nécessitant un traitement médicamenteux, 2^e infarctus du myocarde spontané, coronaropathie pluritronculaire, dysfonction rénale chronique définie par un clairance de la créatinine < 60 mL/min.

Encadré VIII.

■ Double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une indication d'anticoagulation orale

Les stratégies pour éviter les complications hémorragiques chez les patients qui ont une ACO sont résumées dans le **tableau II**, les caractéristiques de risque élevé de récurrence d'événement ischémique liée au stent dans le **tableau III** et les éléments défavorables pour l'association d'une ACO et d'un traitement AAP dans le **tableau IV**. L'algorithme d'une DAAP chez les patients qui ont une indication d'ACO et qui ont une ICP est présenté dans la **figure 4 et l'encadré IX**.

- Évaluer les risques ischémique et hémorragique avec des prédicteurs de risque validés (par exemple CHA₂DS₂-VASC, ABC, HAS-BLED) en insistant sur les facteurs de risque modifiables.
- Poursuivre le traitement triple pendant une durée la plus courte possible; après ICP, envisager un traitement double (ACO et clopidogrel) plutôt qu'un traitement triple.
- Envisager un AOD plutôt qu'un antivitamine K lorsque les AOD ne sont pas contre-indiqués.
- Envisager un INR cible à la partie basse de la fourchette recommandée et maximiser le pourcentage de temps dans la fourchette thérapeutique (c'est-à-dire > 65-70 %) lorsqu'un antivitamine K est utilisé.
- Envisager le traitement AOD le plus faible testé dans les études^a.
- Le clopidogrel est l'inhibiteur du P₂Y₁₂ de choix.
- Utiliser des doses faibles (≤ 100 mg/j) d'aspirine.
- Prescrire un IPP systématiquement.

^a Apixaban : 5 mg 2 fois par jour ou 2,5 mg 2 fois par jour s'il y a au moins deux des éléments suivants : âge ≥ 80 ans, poids ≤ 60 kg, créatininémie ≥ 133 µmol/L ; dabigatran : 110 mg 2 fois par jour ; édoxaban : 60 mg 1 fois par jour ou 30 mg 1 fois par jour si au moins un des éléments suivants : clairance de la créatinine 30-50 mL/min, poids ≤ 60 kg, prescription concomitante de vérapamil, de quinidine ou de dronédarone ; rivaroxaban : 20 mg 1 fois par jour ou 15 mg 1 fois par jour si la clairance de la créatinine est à 30-49 mL/min.

Tableau II : Stratégies pour éviter les complications hémorragiques chez les patients qui ont une anticoagulation orale.

- Antécédent de thrombose de stent alors qu'il y avait un traitement AAP adéquat.
- Stent dans la dernière artère coronaire patente perméable.
- Coronaropathie pluritronculaire diffuse, notamment chez les patients diabétiques.
- Néphropathie chronique (c'est-à-dire clairance de la créatinine < 60 ml/min).
- Au moins 3 stents implantés.
- Au moins 3 lésions traitées.
- Bifurcation avec 2 stents implantés.
- Longueur totale de stent > 60 mm.
- Traitement d'une occlusion totale chronique.

Tableau III : Caractéristiques de risque élevé de récurrence d'événement ischémique liée au stent.

- Espérance de vie courte.
- Cancer en évolution.
- Mauvaise adhérence probable.
- État mental altéré.
- Insuffisance rénale terminale.
- Âge avancé.
- Antécédent d'hémorragie majeure/d'accident vasculaire cérébral hémorragique.
- Éthylisme chronique.
- Anémie.
- Hémorragie cliniquement significative pendant une DAAP.

Tableau IV : Éléments défavorables pour l'association d'une anticoagulation orale et d'un traitement antiagrégant plaquettaire.

Revue générale

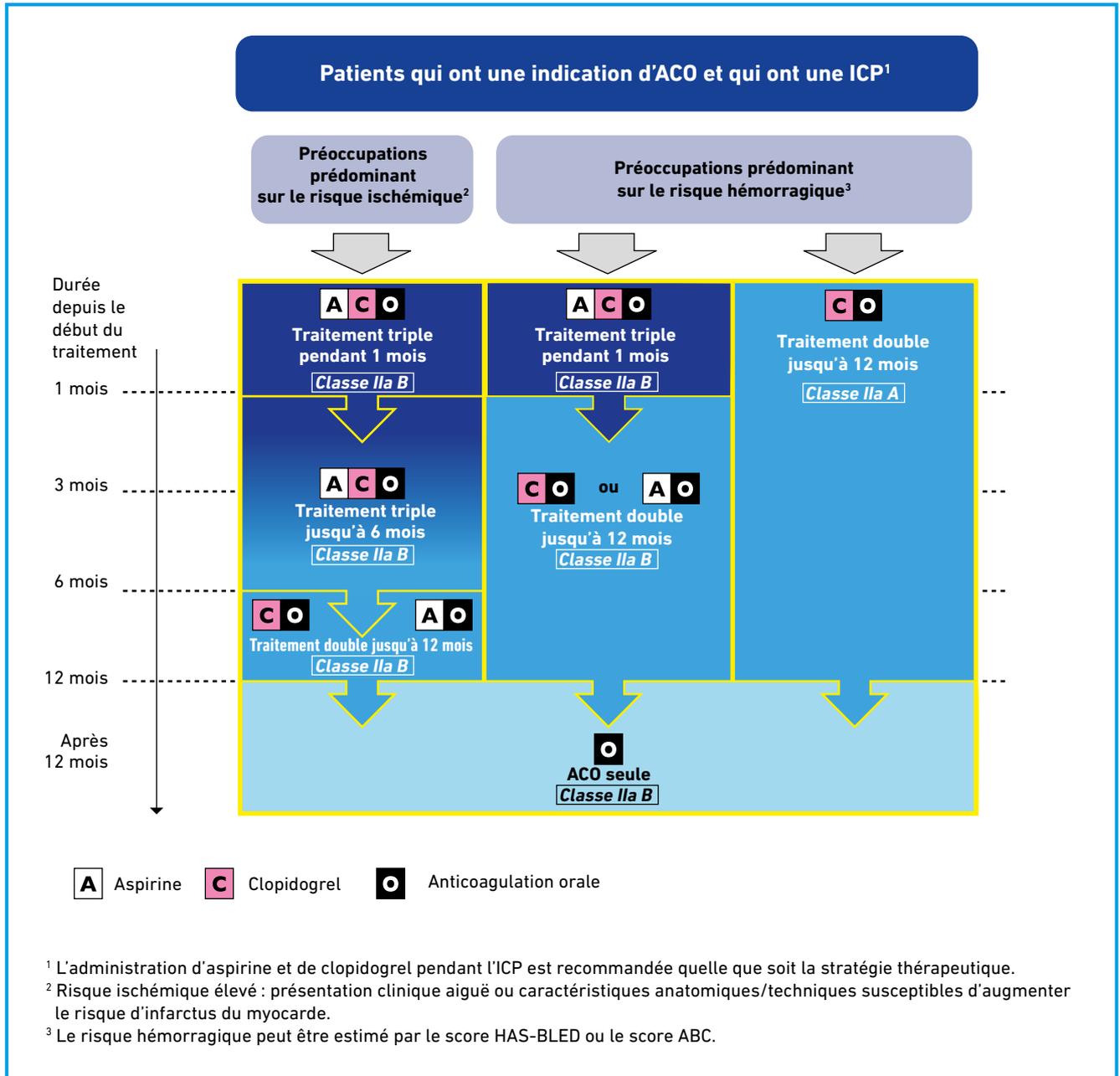


Fig. 4 : Algorithme d'une double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une indication d'anticoagulation orale et qui ont une intervention coronaire percutanée.

Recommandations sur la durée de la DAAP chez les patients qui ont une indication d'ACO

- Chez les patients qui ont une implantation de stent coronaire, il est recommandé d'administrer de l'aspirine et du clopidogrel lors de l'implantation (I, C).
- Chez les patients qui ont une implantation de stent coronaire, un traitement triple par aspirine, clopidogrel et ACO doit être envisagé pendant 1 mois, quel que soit le type de stent (IIa, B).
- Un traitement triple par aspirine, clopidogrel et ACO pendant plus d'un mois et jusqu'à 6 mois doit être envisagé chez les patients à haut risque ischémique du fait d'un SCA ou d'autres caractéristiques anatomiques/techniques, qui dépasse le risque hémorragique (IIa, B).
- Un traitement double par clopidogrel (75 mg/j) et ACO doit être envisagé comme une alternative au traitement antithrombotique triple pendant 1 mois chez les patients chez lesquels le risque hémorragique dépasse le risque ischémique (IIa, A).
- L'arrêt du traitement AAP chez les patients qui ont une ACO doit être envisagé après 12 mois (IIa, B).
- Chez les patients qui ont une indication d'antivitamine K en association à l'aspirine et/ou au clopidogrel, la dose d'antivitamine K doit être soigneusement ajustée avec un INR cible à la partie basse de la fourchette recommandée et un pourcentage de temps dans la fourchette thérapeutique > 65-70 % (IIa, B).
- Lorsqu'un anticoagulant oral direct (AOD) est prescrit en association à l'aspirine et/ou au clopidogrel, la plus petite dose efficace pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux testée dans les essais dans la fibrillation atriale doit être envisagée^a (IIa, C).
- Lorsque le rivaroxaban est utilisé en association à l'aspirine et/ou au clopidogrel, le rivaroxaban à la dose de 15 mg 1 fois par jour peut être utilisé plutôt que 20 mg 1 fois par jour (IIb, B).
- Le ticagrélor et le prasugrel ne sont pas recommandés comme un des trois médicaments d'un traitement antithrombotique triple avec l'aspirine et une ACO (III, C).

^a Apixaban : 5 mg 2 fois par jour ou 2,5 mg 2 fois par jour s'il y a au moins 2 des éléments suivants : âge \geq 80 ans, poids \leq 60 kg, créatininémie \geq 133 μ mol/L ; dabigatran : 110 mg 2 fois par jour ; édoxaban : 60 mg 1 fois par jour ou 30 mg 1 fois par jour si au moins un des éléments suivants : clairance de la créatinine 30-50 mL/min, poids \leq 60 kg, prescription concomitante de vérapamil, de quinidine ou de dronédarone ; rivaroxaban : 20 mg 1 fois par jour ou 15 mg 1 fois par jour si la clairance de la créatinine est à 30-49 mL/min.

Encadré IX.

Revue générale

Intervention chirurgicale non cardiaque programmée chez les patients qui ont une double antiagrégation plaquettaire

Le moment d'une intervention chirurgicale non cardiaque programmée chez les patients qui ont une DAAP après une ICP est présenté dans la **figure 5**.

La durée minimale d'arrêt et de réintroduction d'une DAAP chez les patients qui ont une intervention chirurgicale programmée est présentée dans la **figure 6 et l'encadré X**.

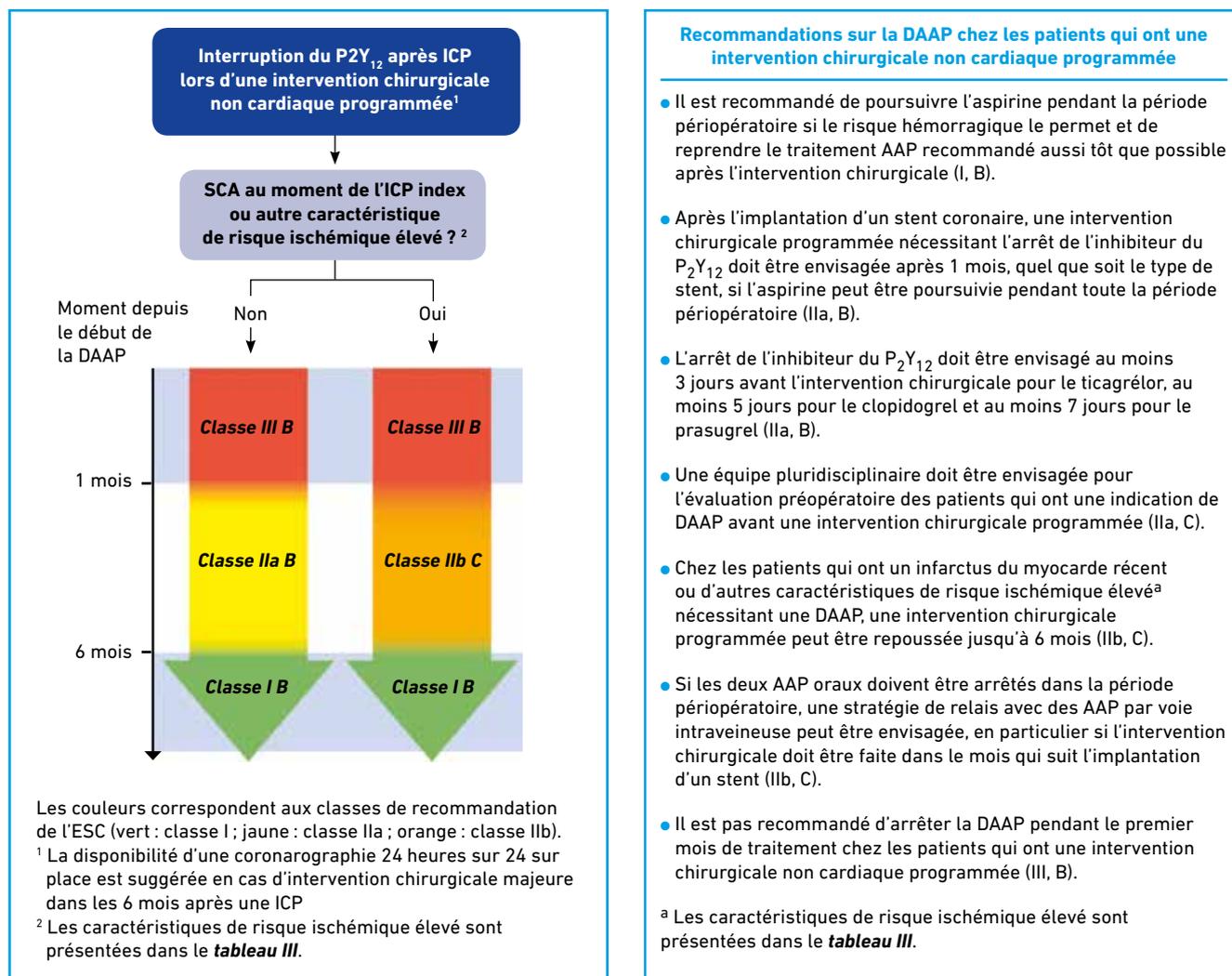


Fig. 5 : Moment d'une intervention chirurgicale non cardiaque programmée chez les patients qui ont une double antiagrégation plaquettaire après une intervention coronaire percutanée.

Encadré X.

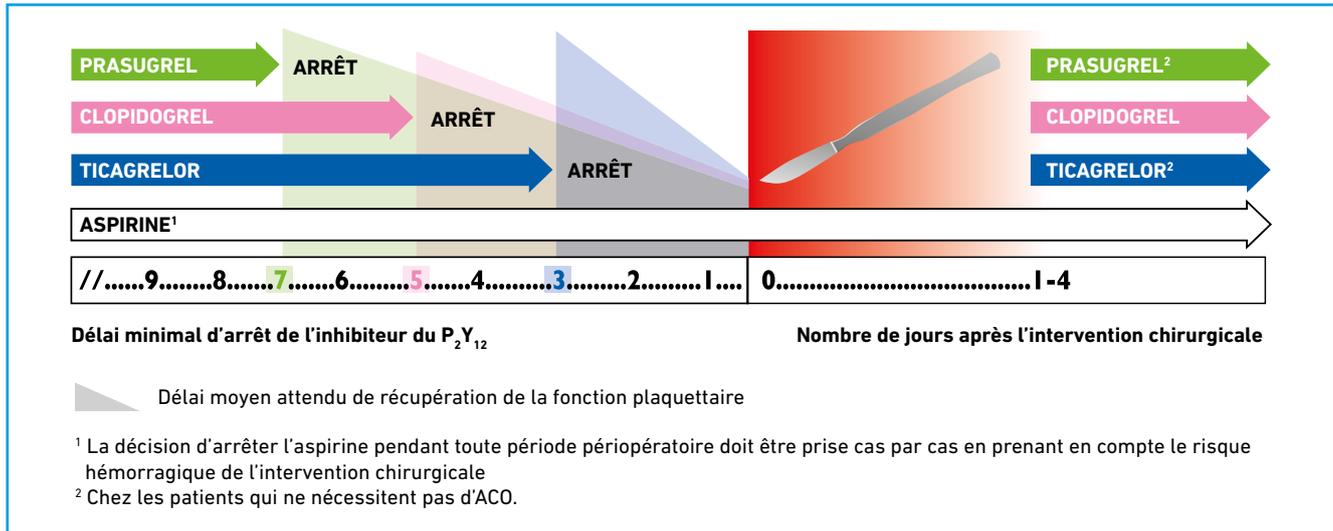


Fig. 6 : Durée minimale d'arrêt et de réintroduction d'une double antiagrégation plaquettaire chez les patients qui ont une intervention chirurgicale programmée.

I Revues générales

Prise en considération du sexe, populations particulières, prise en charge d'une hémorragie chez les patients qui ont une double antiagrégation plaquettaire avec ou sans anticoagulation orale concomitante

Les recommandations sur les considérations liées au sexe et certaines populations sont présentées dans **l'encadré XI**. Les recommandations pratiques sur la prise en charge d'une hémorragie chez les patients qui ont une DAAP avec ou sans ACO concomitante sont présentées dans la **figure 7**.

Recommandations sur le sexe et sur certaines populations

- Il est recommandé que la DAAP soit du même type et de la même durée chez les hommes et chez les femmes (I, A).
- Il est recommandé de réévaluer le type, la dose et la durée de la DAAP chez les patients qui ont une complication hémorragique pendant le traitement (I, C).
- Une DAAP du même type et de la même durée doit être envisagée chez les patients qui ont ou qui n'ont pas un diabète (IIa, B).
- Une DAAP prolongée (c'est-à-dire pendant plus de 12 mois) doit être envisagée chez les patients qui ont un antécédent de thrombose de stent, en particulier en l'absence de cause corrigible (par exemple, manque d'adhérence ou caractéristiques mécaniques liées au stent corrigible) (IIa, C).
- Une DAAP prolongée (c'est-à-dire pendant plus de 12 mois) peut être envisagée chez les patients qui ont une coronaropathie et une artériopathie des membres inférieurs (IIb, B).
- Une DAAP prolongée (c'est-à-dire pendant plus de 6 mois) peut être envisagée chez les patients qui ont une ICP complexe^a (IIb, B).

^a Une ICP complexe est définie comme un composé d'au moins

3 stents implantés, au moins 3 lésions traitées, une bifurcation avec 2 stents implantés, une longueur totale de stent > 60 mm et une occlusion totale chronique comme lésion cible.

Encadré XI.

BIBLIOGRAPHIE

1. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA *et al.* 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*, 2018;39:213-260.

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

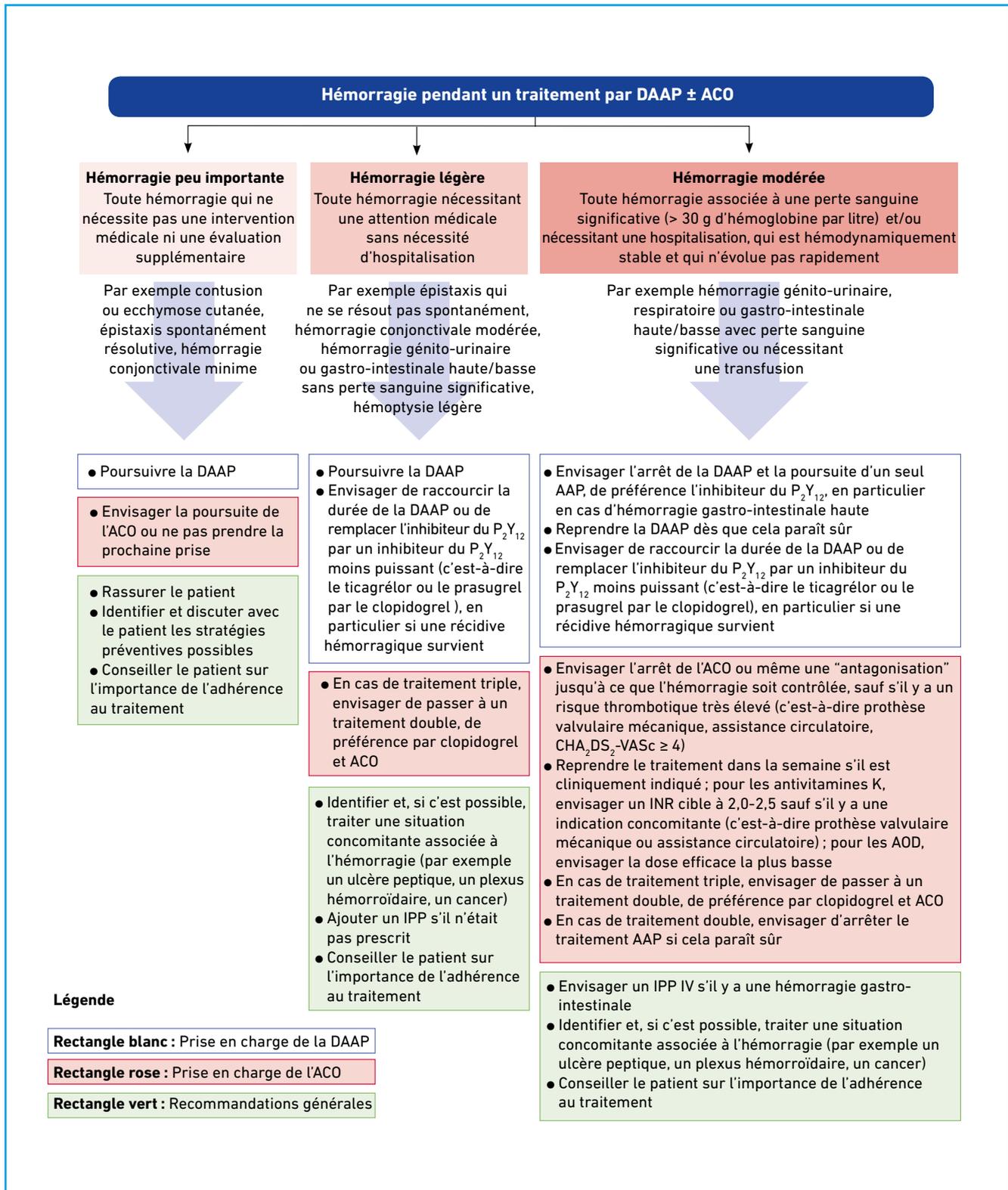


Fig. 7.

Revue générale

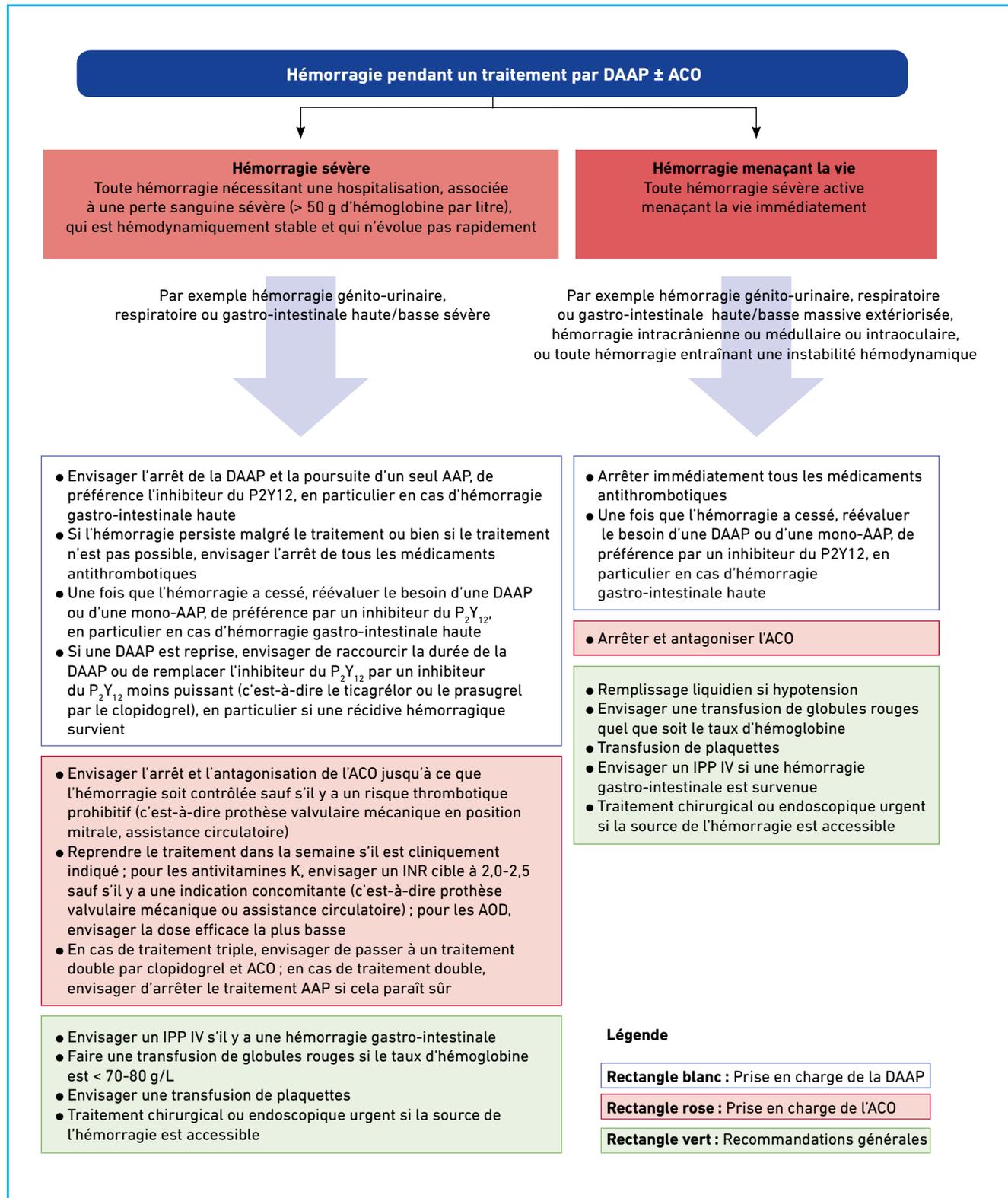


Fig. 7 : (suite)