

Avertissement: Notes prises au vol en écoutant l'enregistrement du colloque sur le site de la revue med. Suisse

Mardi 4 septembre 2012
Hôpital cantonal de Genève

Les antiplaquettaires en aigu et en chronique

Dr J.L. Reny

J'étais absent ce jour là, j'ai donc ouvert le frigo (écouter l'enregistrement sur http://titan.medhyg.ch/mh/formation/colloques-mardi/JL_Reny_120904/) et je vous ai préparé un petit frichti, l'art d'accommoder les restes...

Donc le sujet c'est les antiplaquettaires, en aigu et en chronique et c'est là que je découvre une fois de plus que ça devient vraiment trop compliqué...

Comme dans les tragédies...les acteurs sont Clopi (pour Clopidogrel), Aspi (pour Aspirine), Tica (pour Ticagrelor) et Prasu (pour Prasugrel).

Ça commence par l'homme de 60 ans, diabétique, coronarien, avec un stent depuis 2 ans, sous Clopidogrel, dont l'angor s'aggrave et la dernière coronaro confirme des nouvelles lésions distales nécessitant un renforcement du traitement médical. (C'est de la Prévention Secondaire...)

Que faire??

Laisser Clopi seul, changer pour Aspi seule, associer Clopi + Aspi ou mettre les nouveaux Tica ou Prasu ?

On nous laisse réfléchir...

Le 2e cas c'est nous...ou presque...Homme, 50 ans, ex fumeur presque repenti, fumant 5 cig/j. Cholestérol total = 6,8, HDL 1,6, BMI=25. Père dcd d'un Ca colique et mère d'un Ca sein.

Là c'est de la Prévention primaire...

On a aussi le droit de réfléchir...

En aigu ou en angioplastie :

Depuis 1974 on sait que l'Aspi ça marche avec NNT = 16/an; c'est confirmé en 1994 avec le NNT qui passe à 25 pour éviter un évènement.

Les antiP2Y12 soit Clopi, Prasu et Tica marchent tous si on les associe à l'Aspi, mais ça saigne plus. Le NNT = 50 pour les 3, mais les nouveaux saignent plus (NNH=100 Clopi et NNH=170 pour Prasu).

Mais certains patients (50%) sont résistants au Clopi.. Le sur-risque chez ces patients est de 2% de faire un évènement ischémique. Il faut donc leur en donner plus qu'aux autres: parfois jusqu'à 4 doses de charge de 600mg au lieu d'une seule,

mais ça marche (5% d'évènements en plus pour ceux qui ne reçoivent qu'une dose et qui sont résistants...).

Les recommandations sont:

Aspi incontournable pour tous les syndromes coronariens aigus et les angioplasties électives.

Aspi + Tica (ou Prasu) si syndrome coronarien aigu et angioplastie.

On évite les nouveaux qui «saignent» plus en cas d'antécédents d'AVC et on donne Aspi et Clopi ensemble.

Le traitement sur mesure (plusieurs doses de charge de Clopi) n'est pas vraiment recommandé.

Prévention secondaire:

Avec l'aspirine, pour éviter 1 évènement par an il faut en traiter 70 (NNT= 70.).

Mais ça dépend du risque, car pour angor instable NNT=20, pour post infarctus NNT=50, pour angor stable, NNT= 100.

Pourquoi pas Clopi plutôt qu'Aspi?

Clopi est en réalité un peu meilleure qu'Aspi mais il faut traiter 200 patients par Clopi pour éviter 1 évènement chez quelqu'un à quoi on aurait donné Aspi... (NNT=196).

Pas de différence entre les bons et les mauvais répondeurs, dès qu'on a passé la phase aiguë...

Pas d'amélioration si on associe Aspi au Clopi.

Et les nouveaux (Prasu et Tica) ??

En chronique, on ne sait pas...Pas de raison de passer aux nouveaux...

Pour FA chronique avec score CHADS2-VASC à 10%?

Plus d'1 mois après stenting on peut laisser les antivitamine K (AVK) pour la vie (disent les américains), mais si j'ai bien compris chez nous on préfère donner un antiplaquettaire associé aux AVK (éviter de garder 2 antiplaquettaires trop longtemps???)

Pour résumer en prévention secondaire, 1 an après l'évènement aigu, l'aspi ou le clopi seuls, c'est oui. L'association des deux, c'est non. Le Prasu ou le Tico c'est non.

Prévention primaire:

En 2007 c'était, oui pour l'Aspi si le risque de mort cardiovasculaire dépassait 5% à 10 ans.

En 2009 c'était oui pour l'Aspi chez tout homme de plus de 45 ans.

En 2012, c'est Non, car le risque hémorragique est trop élevé, sauf chez ceux qui ont déjà eu un AVC ou un problème coronarien. Et surtout le NNT est aux alentours de 2500 pour éviter 1 événement.

On pourrait se poser la question...et les diabétique ? et les artériopathes? et les insuffisants rénaux chroniques...et bien probablement Non pour les 3 classes...

Il y a des papiers qui montrent que les patients sous Aspi font moins de cancers que les autres, surtout les cancers digestifs...Là le NNT se situerait entre 300-500 pour éviter une mort par cancer.

L'aspi fait aussi un retour dans la prévention des maladies veineuses...

Dans les suites de prothèse de hanche, l'aspirine permet de diminuer les TVP et les embolies pulmonaires de 50%., et à l'arrêt des AVK suite à une embolie pulmonaire, si on continue avec l'Aspi on a moins de récives...

Donc si on revient à notre 1^{er} patient du début...

On peut tout faire sauf associer 2 antiplaquettaires, ou donner un nouvel antiplaquettaire...

Pour le 2e patient, avec les recommandations et les scores américains vous arrivez à un risque de 13% et pas trop d'hémorragies donc vous donnez l'aspirine...Si vous prenez les recommandations suisses (ou européennes) vous arrivez à un risque de 8%, ce qui est bas, donc vous ne traitez pas...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch