

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 8 mars 2016

Hôpital cantonal de Genève

## Stents, antiplaquettaires et risques hémorragiques

Prof. Ph. Urban

Le papier c'est « Polymer-free Drug-Coated Coronary Stents in Patients at High Bleeding Risk, Philip Urban, M.D., N Engl J Med 2015; 373:2038-2047 » et c'est l'auteur en personne qui nous le présente...

On a droit à un historique de la cardiologie interventionnelle des 30 dernières années...

D'abord les 1ères dilatations des coronaires avec un ballonnet par Gruentzig à Zürich en 1976; ensuite les sténoses fréquentes (5%) et l'invention des stents dont les 1ers sont placés en 1986 par Jacques Puel...et la technique améliorée par Sigwart...Ensuite l'observation que 23% des stents étaient occlus après 6 mois et qu'il fallait anticoaguler et antiagrèger les patients, avec des risques hémorragiques notoires...Là on est en 1991...

Ensuite on découvre qu'une double antiagrégation (Aspirine + Ticlopidine) c'est mieux que l'anticoagulant (héparine) avec l'aspirine...et puis, à partir de 2000, l'apparition de stents actifs c'est-à-dire recouverts de Sirolimus, inhibiteur puissant de la prolifération cellulaire responsable de la resténose...

Les stents actifs, c'est mieux, mais malgré tout il y a 3.3% de resténose, à moins de prolonger le DAPT (dual anti platelet therapy) au delà de 12 mois...mais si on prolonge on saigne plus...et la mortalité liée aux saignements est identiques à celle liée aux infarctus...que faire ?

C'est là qu'il faut se dire que pour chaque problème complexe il existe une réponse simple, claire et...fausse...donc il faut chercher une réponse dans la complexité...

...et commencer par différencier les patients à risque hémorragique élevé et ceux à risque hémorragique faible...

L'étude dont on parle aujourd'hui s'adresse aux patients à risque hémorragique élevé...cette étude compare l'utilisation d'un stent actif Biofreedom DCS® où le Sirolimus (analogue lipophile du Sirolimus) est appliqué directement sur le métal, sans polymère susceptible d'augmenter la prolifération cellulaire...le transfert du Sirolimus se faisant en 1 mois...Ça c'est le 1<sup>er</sup> groupe.

Le 2<sup>e</sup> groupe... recevant un stent Gazelle BMS c'est-à-dire non actif...

Les 2 groupes de patients recevaient un DAPT de 1 mois...

Résultat de l'étude...le stent actif sans polymère est meilleur que le stent non actif (112 patients = 9.4% dans le 1<sup>er</sup> groupe contre 154 patients = 12.9% dans le 2e groupe) pour ce qui est des décès, des infarctus du myocarde ou de la thrombose du stent...

Donc chez les patients à risque hémorragique élevé...un stent actif sans polymère est meilleur qu'un stent non actif...

Ça vous fait une belle jambe...vous me direz...OK...mais moi je suis un transmetteur...rien d'autre...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)