



Les États Généraux de la Thrombose

« les antithrombotiques entre eux »

ACE

Association des Cardiologues de l'Est



Etude de cas cliniques

Vote interactif

Cas clinique n°3

M. ANGIOI – J. LEMOINE



Questions

- Les anticoagulants à dose curative (AVK, HBPM) prennent-ils en charge le risque artériel lié à l'athérombose ?
- Quels anticoagulants choisir chez un malade qui a une fonction rénale altérée ?
- Quelle est la durée optimale du traitement anticoagulant après une EP ?

Cas clinique n°3

- Femme de 68 ans, hypertendue, diabétique et tabagique, a présenté 3 semaines plus tôt une hémiparésie gauche rapportée à une ischémie sylvienne droite
- Le bilan étiologique n'a pas montré de cardiopathie emboligène
- Elle a reçu une thromboprophylaxie par HBPM les 15 premiers jours, arrêtée à l'arrivée en centre de rééducation 8 jours plus tôt

Cas clinique n°3

- Elle reçoit du clopidogrel en prévention secondaire depuis l'AVC
- La patiente présente un malaise avec douleur basithoracique et désaturation
- L'angioscanner réalisé en urgence confirme le diagnostic d'embolie pulmonaire et le doppler veineux, une TVP de la veine poplitée gauche
- Pas d'antécédent de MTEV
- Clairance de la créatinine < 30 ml/min

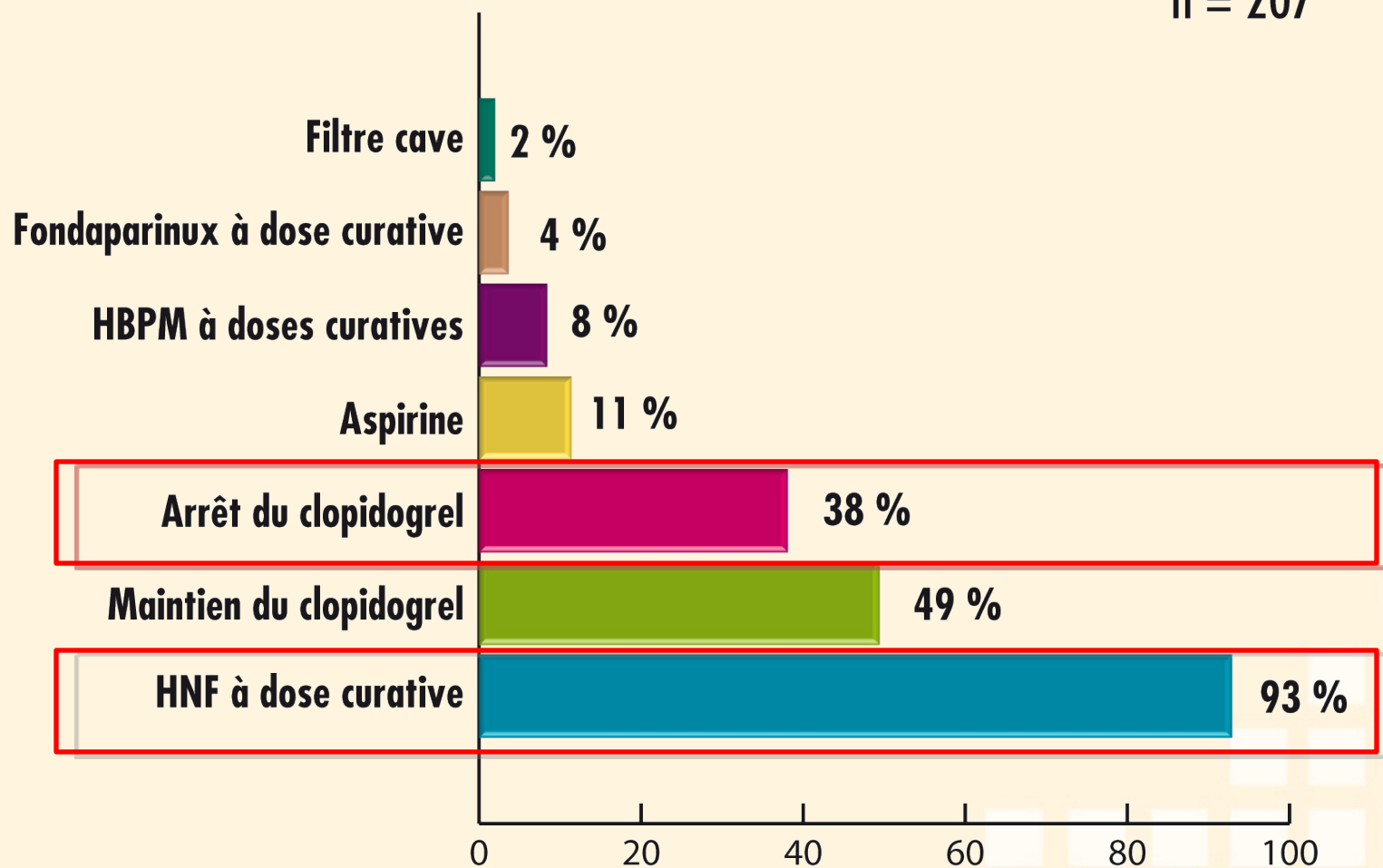
Question 1

(Association de plusieurs réponses possible)

- ✓ **Quelle stratégie thérapeutique initiale proposez-vous ?**
1. Arrêt du clopidogrel
 2. Maintien du clopidogrel
 3. Aspirine
 4. HNF à dose curative
 5. HBPM à dose curative
 6. Fondaparinux à dose curative
 7. Filtre cave

Quelle stratégie thérapeutique initiale proposez-vous ?

n = 207



HBPM et fondaparinux et fonction rénale

- Les HBPM à dose curative et le fondaparinux à dose curative sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère
(Clairance de la créatinine < 30 ml/min)

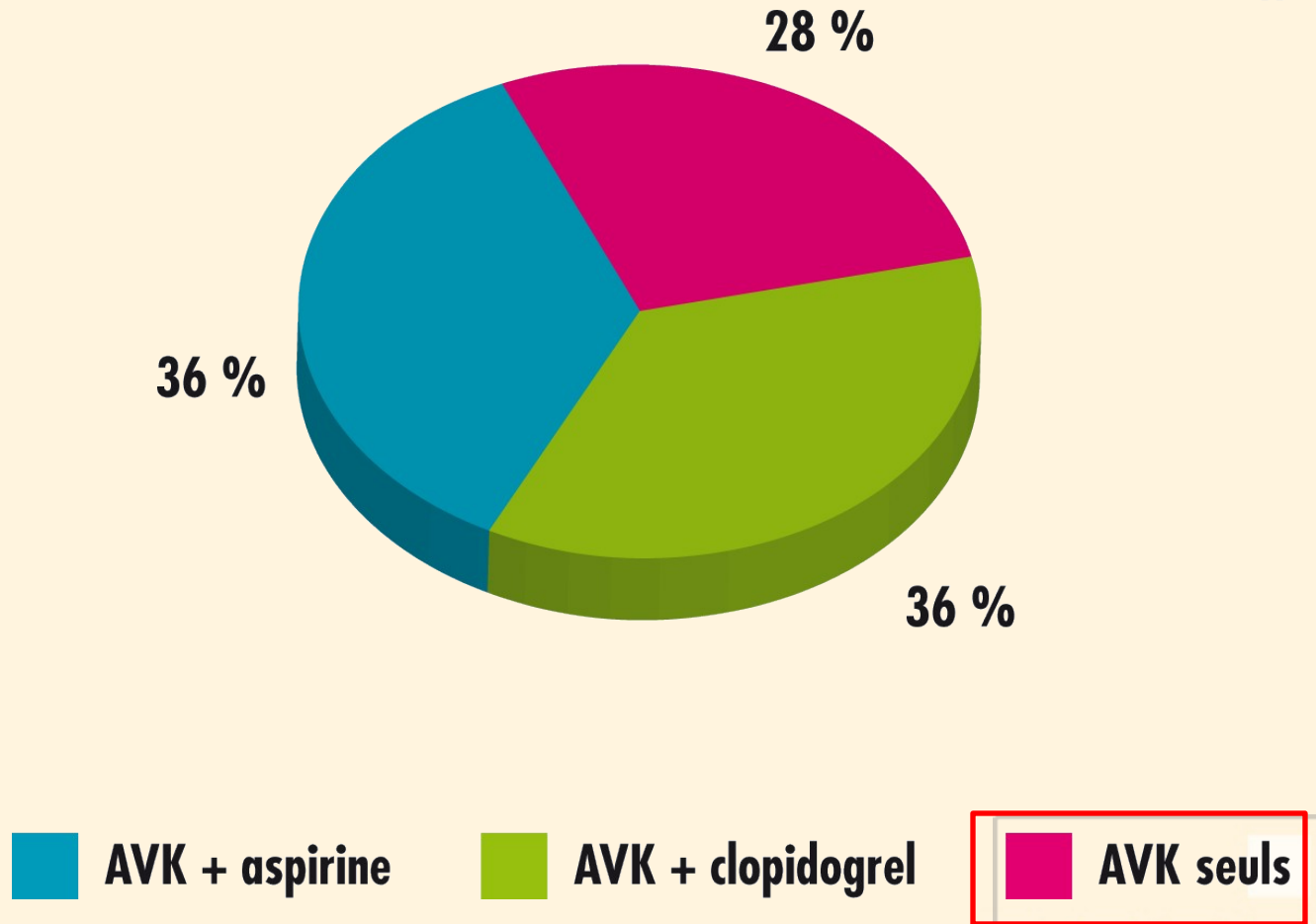
Question 2

(une seule réponse souhaitée)

- **Quelle stratégie thérapeutique pour les 6 mois suivants proposez-vous ?**
 1. AVK seuls
 2. AVK + aspirine
 3. AVK + clopidogrel

Quelle stratégie thérapeutique pour les 6 mois suivants proposez-vous ?

n = 207



Anticoagulants et prévention des infarctus cérébraux non cardioemboliques

WARSS

2206 patients – AAS vs warfarine (INR 1.4-2.8, m=2.1)

Suivi=2 ans

Outcome	W	ASA	HR (IC 95%)
IC, DC	17.8	16.0	1.1 (0.9-1.4)
IC, DC, Hgies	20.0	17.8	1.2 (0.95-1.4)
Hémorragies (/100 PA-an)			
Majeures	2.2	1.5	1.5 (0.9-2.4)
Mineures	20.8	12.9	1.6 (1.4-1.9)
Cause IC initial			
Indéterminé	15.0	16.5	0.9 (0.6-1.4)
Lacune	17.1	15.2	1.2 (0.9-1.5)
Athérosclérose	18.8	15.7	1.2 (0.7-2.2)

Anticoagulants et prévention des infarctus cérébraux non cardioemboliques **ESPRIT**

1068 patients – AAS vs warfarine (INR 2-3, m=2.6) Suivi = 4.6 ans



The Esprit Study Group. Lancet Neurology
207;6:115-24

Intention to treat

	Anticoagulants	Aspirine	HR	CI 95%
Patients randomised	536	532		
Person-years of observation	2204	2227		
Death from any vascular cause, non-fatal stroke, non-fatal myocardial infarction, or non-fatal major bleeding complication	99 (19%)	98 (18%)	1.02	0.77-1.35
Death from vascular causes or non-fatal stroke	71	78	0.90	0.65-1.24
Major bleeding complication	45	18	2.56	1.48-4.43
Extracranial	27	9		
Intracranial	18	9		
Fatal bleeding complication	11	4	2.8	0.9-8.8
All major ischaemic events: death from any ischaemic vascular condition, non-fatal ischaemic stroke, non-fatal infarction	62	84	0.73	0.52-1.01
Death from vascular causes or non-fatal stroke or non-	79	92	0.85	0.63-1.15

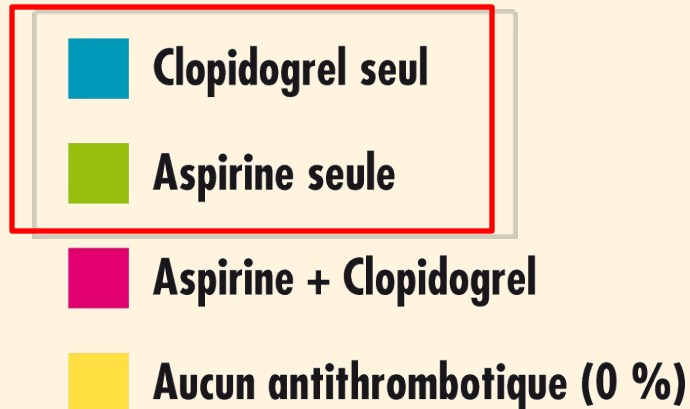
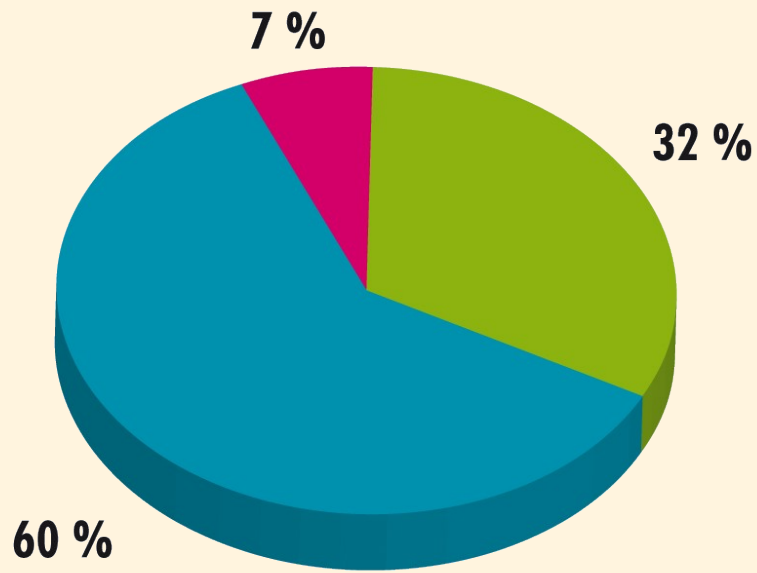
Question 3

(une seule réponse souhaitée)

- ✓ **Après 6 mois, quel traitement préconisez-vous ?**
- Aucun antithrombotique
 - Aspirine seule
 - Clopidogrel seul
 - Aspirine + clopidogrel

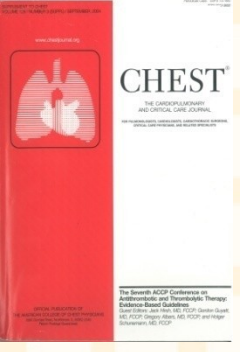
Après 6 mois, quel traitement préconisez-vous ?

n = 207



Recommandations de l'ACCP EP: durée de traitement ACG

- FDR réversible 3 mois Gr 1A
- Non provoquée AVK au moins 3 mois Gr 1A
 - 1^{er} EP long terme Gr 1A
 - 2^{ème} VTE non pvq long terme Gr 1A
- EP+cancer HBPM 3-6 mois Gr 1A
HBPM /AVK long coursGR
ou guérison K Gr 1C
- Réévaluer régulièrement le rapport bénéfice/risque



Recommandations de l'ACCP

Filtre cave



Patients avec TVP :

contre pose systématique filtre cave + ACG

Gr 1A

Patients avec TVP prox et CI anticoagulants

Filtre cave recommandé

Gr 1C

Patients avec TVP + filtre posé car CI ACG

indication à instaurer tt ACG si le risque hémorragique disparaît

Gr 1C

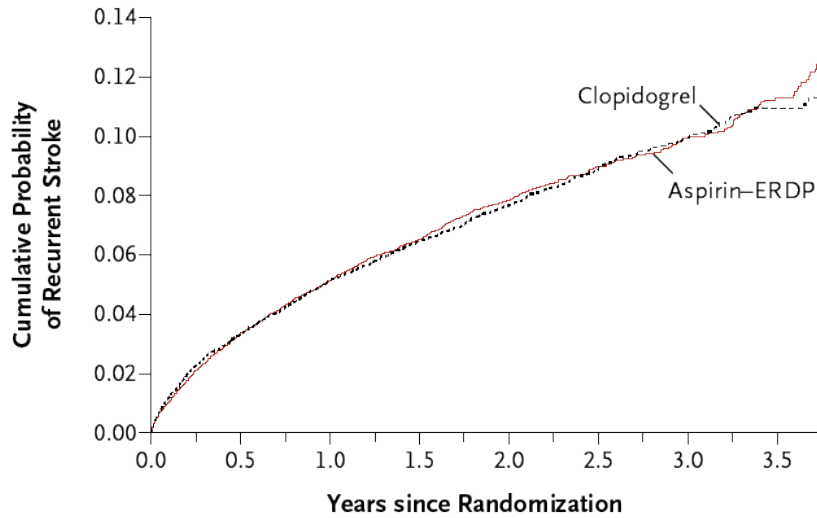
Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

• **Recommandations**

- Chez les patients avec un infarctus cérébral ou un AIT lié à l'athérosclérose, à une maladie des petites artères (lacunes) ou sans cause identifiée, un traitement antiagrégant plaquettaire est recommandé (grade A)
- Trois options de traitement sont envisageables : l'aspirine (de 50 à 300 mg/jour), l'association aspirine (25mgx2/jour) - dipyridamole (200mg LP x 2/jour) et le clopidogrel (75mg/jour)
- Chez les patients allergiques à l'aspirine, le clopidogrel est recommandé (grade B)
- Il n'y a pas d'indication à prescrire une association aspirine-clopidogrel après un premier AIT ou infarctus cérébral (grade A)
- Il n'existe pas d'indication aux anticoagulants oraux qui ne sont pas supérieurs à l'aspirine et exposent à un risque hémorragique plus élevé (grade A)

Etude PROFESS

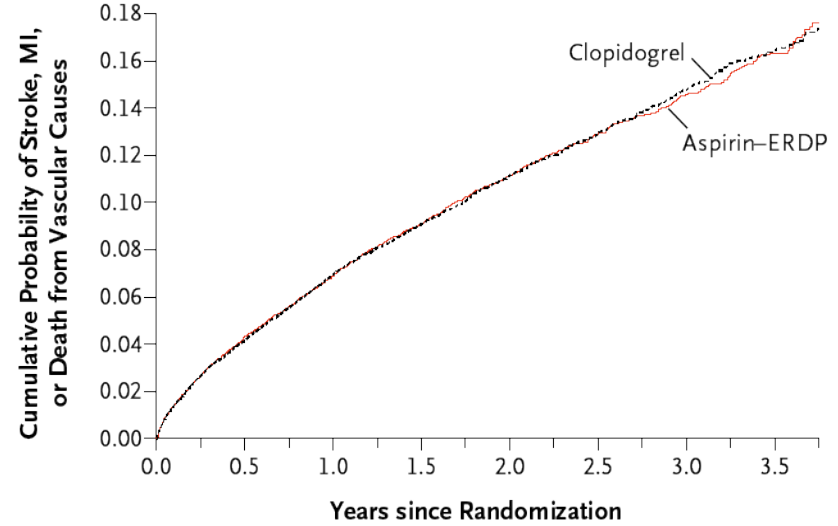
A Primary Outcome



No. at Risk

Aspirin-ERDP	10,181	9715	9431	9146	6970	4426	2332	1060
Clopidogrel	10,151	9677	9371	9137	6934	4435	2331	1037

B Secondary Outcome



No. at Risk

Aspirin-ERDP	10,181	9669	9370	9071	6896	4370	2297	1043
Clopidogrel	10,151	9651	9320	9050	6855	4371	2288	1014