



# 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°4

R. KRAFT – M. PICHENE

## Questions

- Quel est le risque thrombotique lié à la FA ?
- Dans le traitement anticoagulant de la FA, peut-on commencer les AVK sans héparine ?
- Les anticoagulants à dose curative (HBPM, AVK) prennent-ils en charge la prévention secondaire de la maladie coronarienne d'origine athérothrombotique ?
- Faut-il prescrire un traitement par IPP chez un malade sous AAP ?

# Cas clinique n°4

- Patiente âgée de 77 ans, hypertendue ancienne,
- Antécédent :
  - syndrome coronaire aigu il y a 6 mois (sans élévation du ST)
  - artériopathie oblitérante symptomatique (claudication à 500 m)
- La coronarographie avait retrouvé des lésions tri-tronculaires relevant du traitement médical :
  - association aspirine et clopidogrel bien tolérée après 6 mois de traitement

## Cas clinique n°4

- Elle consulte de façon systématique
- A l'examen clinique : arythmie, à l'ECG, une fibrillation auriculaire à 100/min (FA non connue antérieurement)
- La fraction d'éjection ventriculaire gauche est modérément altérée (FE = 50 %)

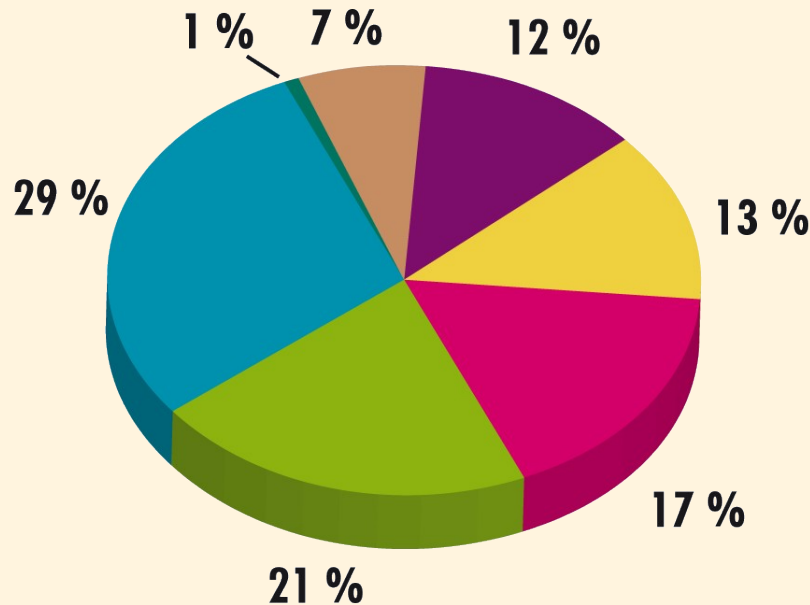
# Question 1

(une seule réponse souhaitée)

- ✓ **Que proposez-vous en ce qui concerne le traitement antithrombotique chez cette patiente qui n'a ni antécédent hémorragique ni ulcéreux ?**
- Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives
  - Arrêt de l'aspirine pour initier un relais par HBPM à doses curatives
  - Arrêt du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives
  - Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral
  - Arrêt de l'aspirine pour initier un anticoagulant oral
  - Arrêt du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral
  - Maintien du traitement sans initier l'anticoagulation

**Que proposez-vous en ce qui concerne le traitement antithrombotique chez cette patiente qui n'a ni antécédent hémorragique ni ulcéreux ?**

n = 218



Arrêt du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral

Arrêt du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives

Maintien du traitement sans initier l'anticoagulation

Arrêt de l'aspirine pour initier un anticoagulant oral

Arrêt de l'aspirine pour initier un relais par HBPM à doses curatives

Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral

Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives



# Risque Annuel d'AVC sans AVK et sans aspirine

- Congestive heart failure (1pt)
- Hypertension (1pt)
- Age  $\geq 75$  (1pt)
- Diabetes mellitus (1pt)
- Prior Stroke or TIA (2 pts)

CHADS <sub>2</sub> Score	Adjusted Stroke Rate
0	1.9%
1	2.8%
2	4.0%
3	5.9%
4	8.5%
5	12.5%
6	18.2%

# Risque Annuel d'AVC sans AVK et sans aspirine

- Congestive heart failure (1pt)
- Hypertension (1pt)
- Age  $\geq 75$  (1pt)
- Diabetes mellitus (1pt)
- Prior Stroke or TIA (2 pts)

CHADS <sub>2</sub> Score	Adjusted Stroke Rate
0	1.9%
1	2.8%
2	3.8%
3	5.3%
4	8.5%
5	12.5%
6	18.2%

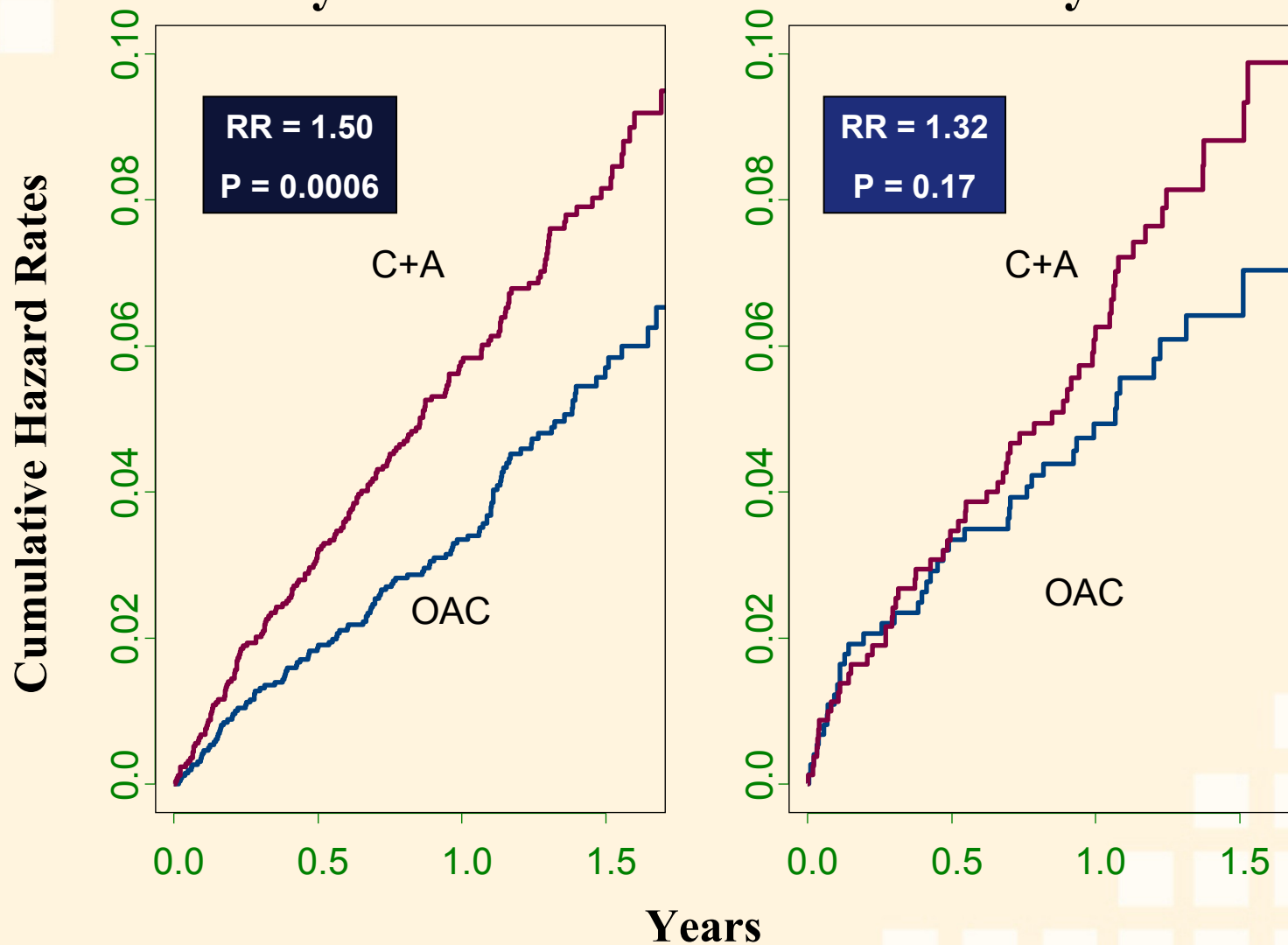
Cette patiente a une indication formelle à un traitement anticoagulant oral

# Stroke, Non-CNS Systemic Embolism, MI, Vascular Death

Entry OAC

Interaction P = 0.55

No Entry OAC



## Traitement antiagrégant associé

### 1. Arrêt de la bithérapie

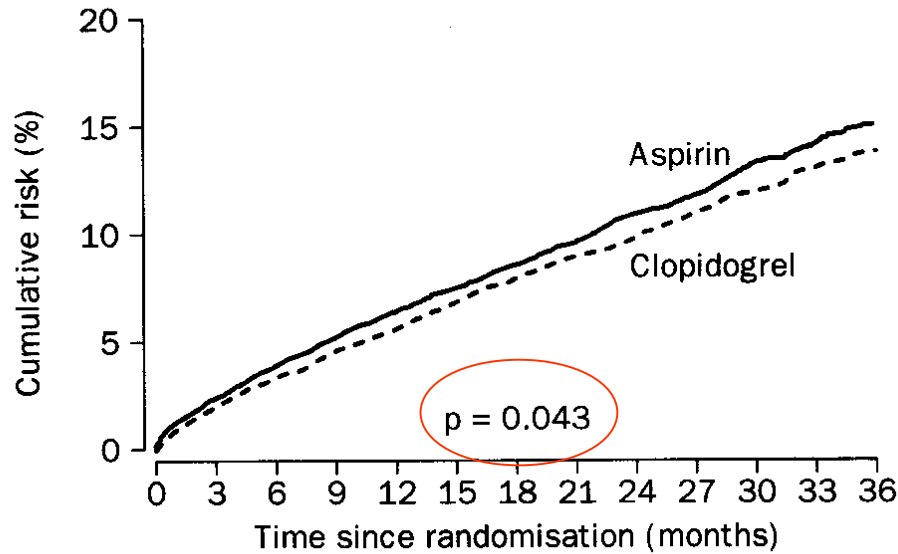
- Patiente stable sans récurrence
- Risque hémorragique élevé de la trithérapie

### 1. Maintien d'un anti-agrégant

- SCA (NSTEMI) récent (6 mois)
- Patiente polyartérielle

# Quel anti agrégant maintenir ?

CAPRIE



Patients	A: 9586	9190	8087	6139	3979	2143	542
at risk	C: 9599	9247	8131	6160	4053	2170	539

Figure 3: **Cumulative risk of Ischaemic stroke, myocardial infarction, or vascular death**

A=aspirin; C=clopidogrel.

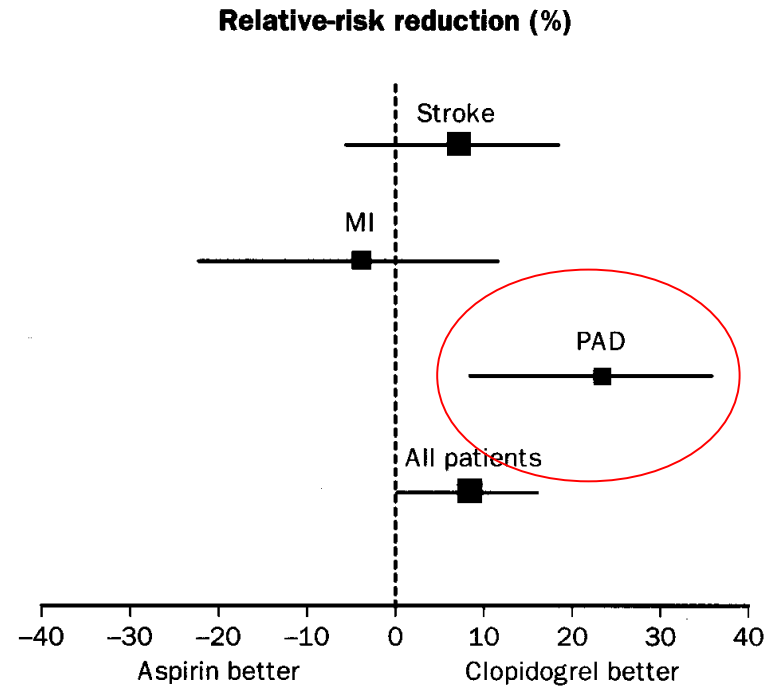


Figure 4: **Relative-risk reduction and 95% CI by disease subgroup**

MI=myocardial infarction; PAD=peripheral arterial disease.

*Lancet* 1996; 348: 1329-39

# Doit-on associer une héparine à l'initiation du TT par AVK ?

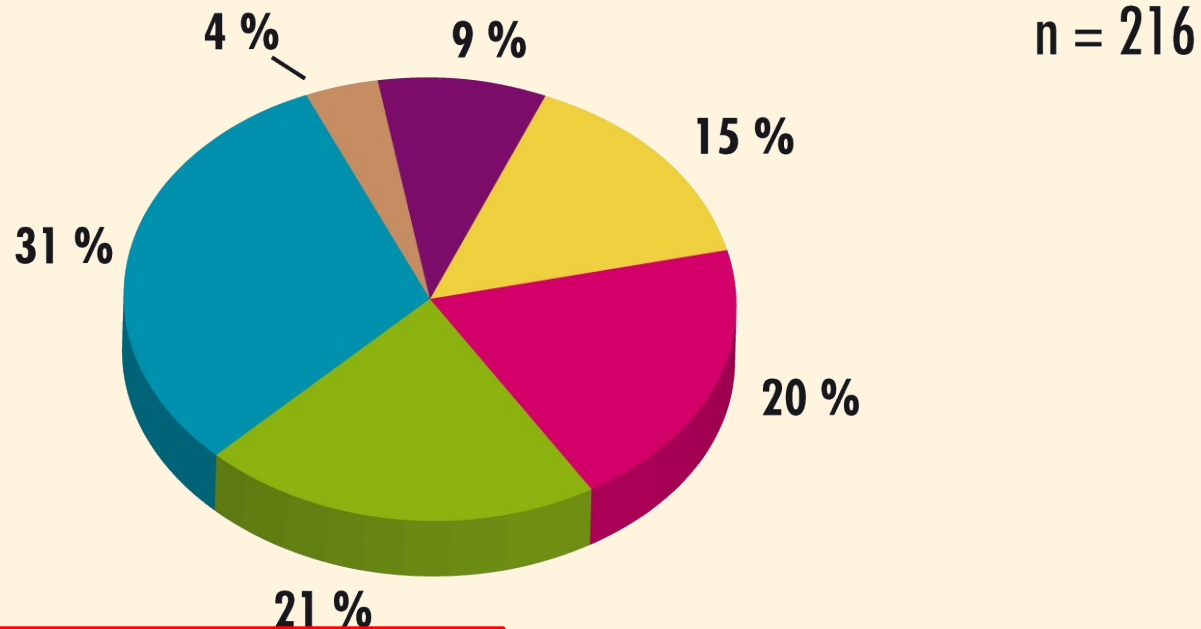
- L'urgence d'une anticoagulation chez les patients avec FA dépend des facteurs de risque de chaque patient. En général, le risque d'accident vasculaire cérébral à court-terme (c'est-à-dire, jusqu'à deux semaines) chez les patients avec FA est très faible. **En conséquence, les patients stables avec une FA peuvent recevoir une anticoagulation en ambulatoire** (AVK, comme la warfarine seule)

# Question 2

(une seule réponse souhaitée)

- ✓ **Que proposez-vous en ce qui concerne le traitement antithrombotique, si cette patiente, sous IPP, avait décrit une histoire d'ulcère gastrique non compliqué, récent ?**
- Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives
  - Arrêt de l'aspirine pour initier un anticoagulant oral
  - Arrêt du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral
  - Arrêt de l'aspirine pour initier un relais HBPM
  - Vous maintenez le même traitement sans initier l'anticoagulation
  - Vous faites d'abord contrôler la gastroscopie + biopsies avec recherche d'helicobacter pylori

**Que proposez-vous en ce qui concerne le traitement antithrombotique, si cette patiente, avait été sous IPP, et avait décrit une histoire d'ulcère gastrique non compliqué, récent ?**



**Vous faites contrôler la gastroscopie + biopsies avec recherche d'helicobacter pylori**

**Arrêt de l'aspirine pour initier un relais HBPM en y associant un IPP**

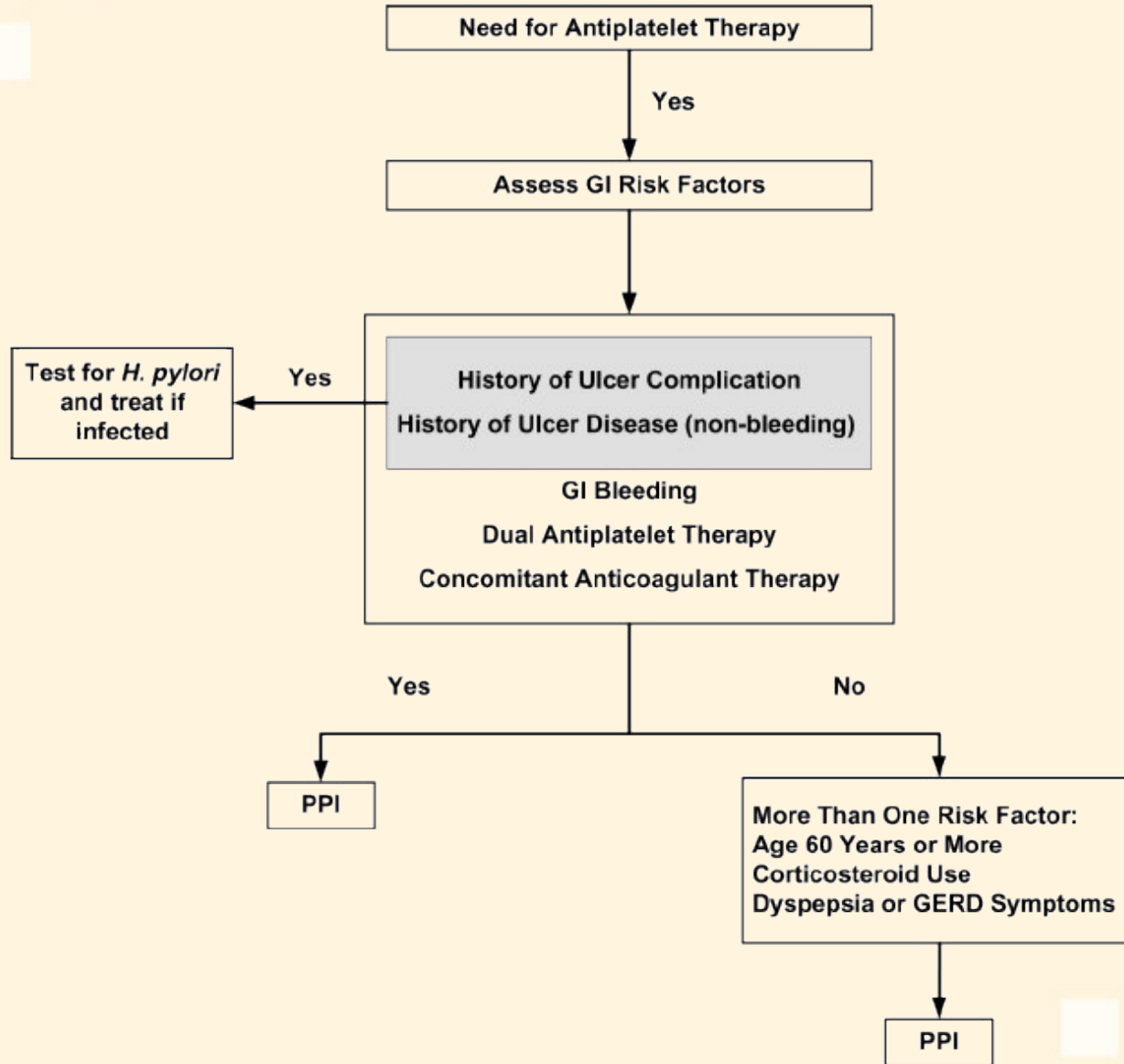
**Arrêt du clopidogrel pour initier un anticoagulant oral en y associant un IPP**

**Vous maintenez le même traitement sans initier l'anticoagulation**

**Arrêt de l'aspirine pour initier un anticoagulant oral en y associant un IPP**

**Arrêt de l'aspirine et du clopidogrel pour initier un relais par HBPM à doses curatives**





## Prévention du saignement digestif

- Privilégier arrêt aspirine car gastrottoxique et remplacement par Clopidrogel ?
- Pratique habituelle mais :
  - Association Aspirine + IPP > Clopidrogel
  - Essai randomisé chez des patients ayant fait une hémorragie ulcéreuse sous aspirine : il y a significativement moins de récidence hémorragique sous **aspirine et esoméprazole** 40 mg/j que sous **clopidogrel** 75 mg/j.
- Rôle préventif indiscutable des IPP

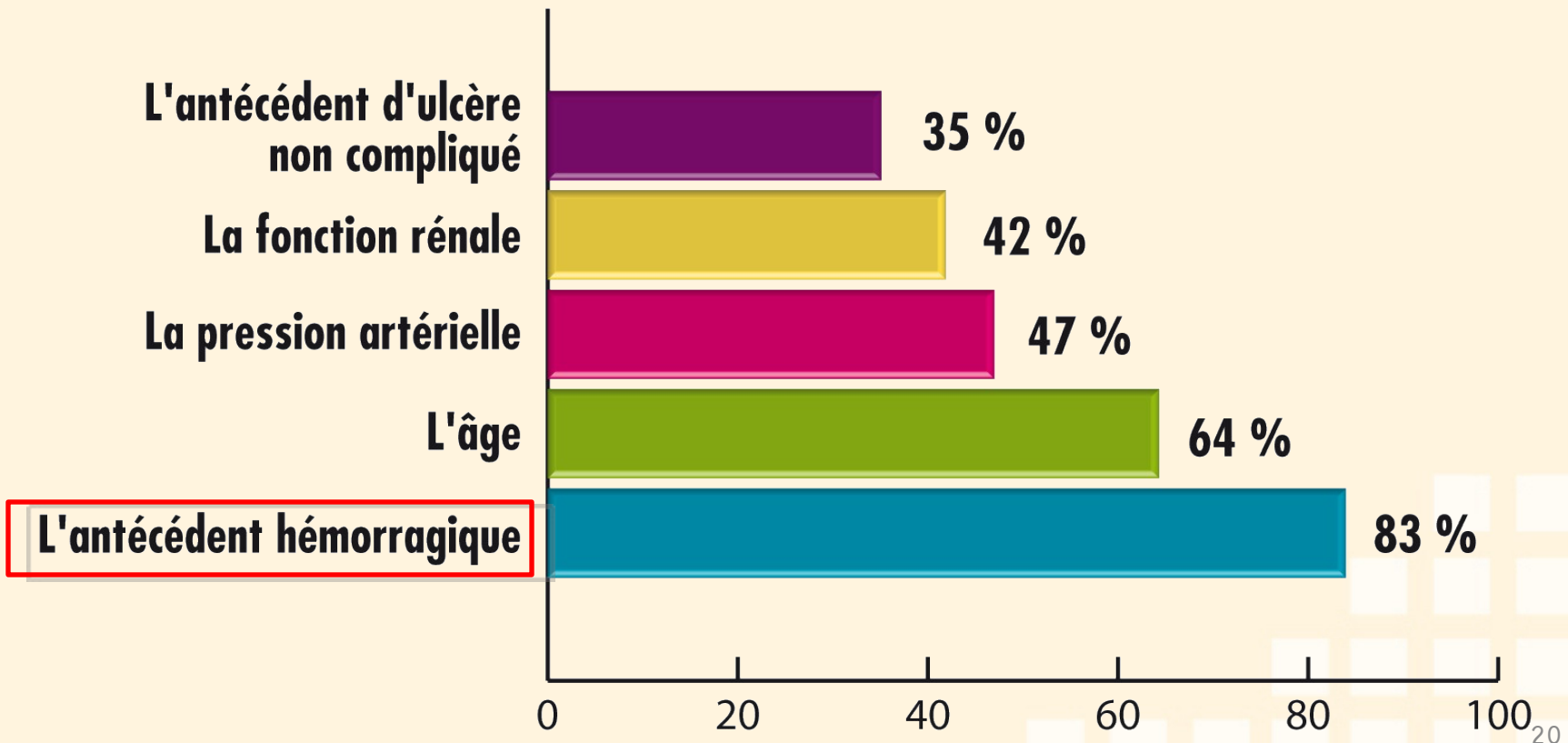
# Question 3

(Association de plusieurs réponses possible)

- **Quel(s) est (sont) pour vous, chez cette patiente, le(s) facteur(s) le(s) plus prédictif(s) du risque hémorragique dans le cadre d'une association AAP-AVK ?**
  1. L'âge
  2. La fonction rénale
  3. L'antécédent hémorragique
  4. L'antécédent d'ulcère non compliqué
  5. La pression artérielle

**Quel(s) est (sont) pour vous, chez cette patiente, le(s) facteur(s) le(s) plus prédictif(s) du risque hémorragique dans le cadre d'une association AAP-AVK ?**

n = 217



# Facteurs favorisants de lésions gastro-duodénales et du risque de saignement sous AAP



- Evaluer facteurs de risque hémorragique :
  - Détecter infection à HP :
    - sensibilité des tests est diminuée en période hémorragique
  - Gastrite atrophique (âge > 70 ans)
  - Lésions ulcéreuses silencieuses
  - Attention à la prise concomitante AINS / Cox2
- >> Intérêt d'un bilan endoscopique et biopsies

## Cas clinique n°4

- Cette patiente sans antécédent hémorragique ou ulcéreux, vous revoit 6 mois plus tard et est asymptomatique mais toujours en FA
- Elle est sous AVK et aspirine

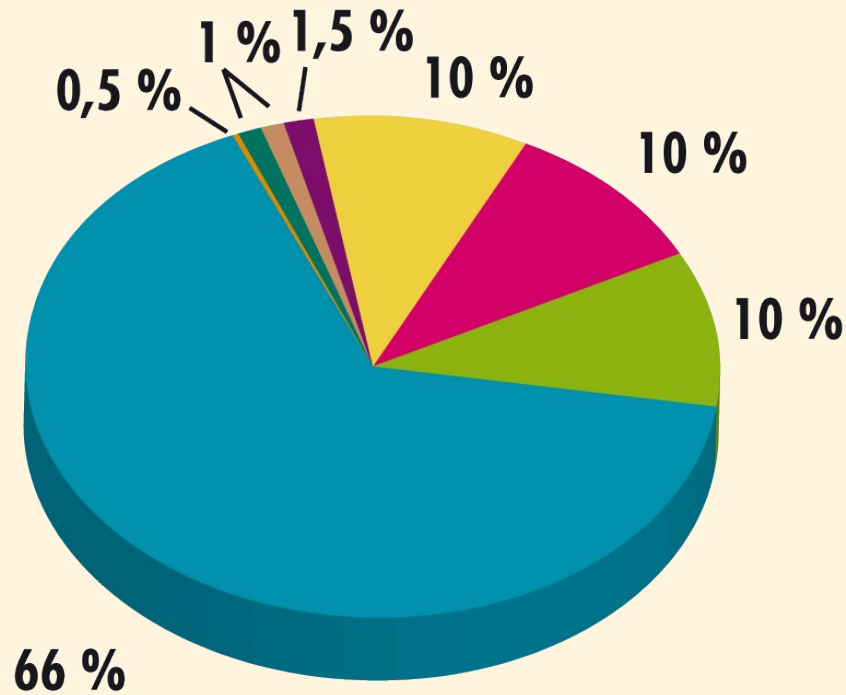
# Question 4

(une seule réponse souhaitée)

- **Que faites-vous vis-à-vis du traitement antithrombotique ?**
  1. Maintien du même traitement
  2. AVK seul
  3. Aspirine seule
  4. Clopidogrel seul
  5. Clopidogrel + AVK
  6. Aspirine + AVK
  7. Aspirine + clopidogrel
  8. Aspirine + clopidogrel + AVK

# Que faites-vous vis-à-vis du traitement antithrombotique ?

n = 217



■ **Maintien du même traitement**

■ **Aspirine + AVK**

■ **Clopidogrel + AVK**

■ **AVK seul**

■ **Aspirine seule**

■ **Clopidogrel seul**

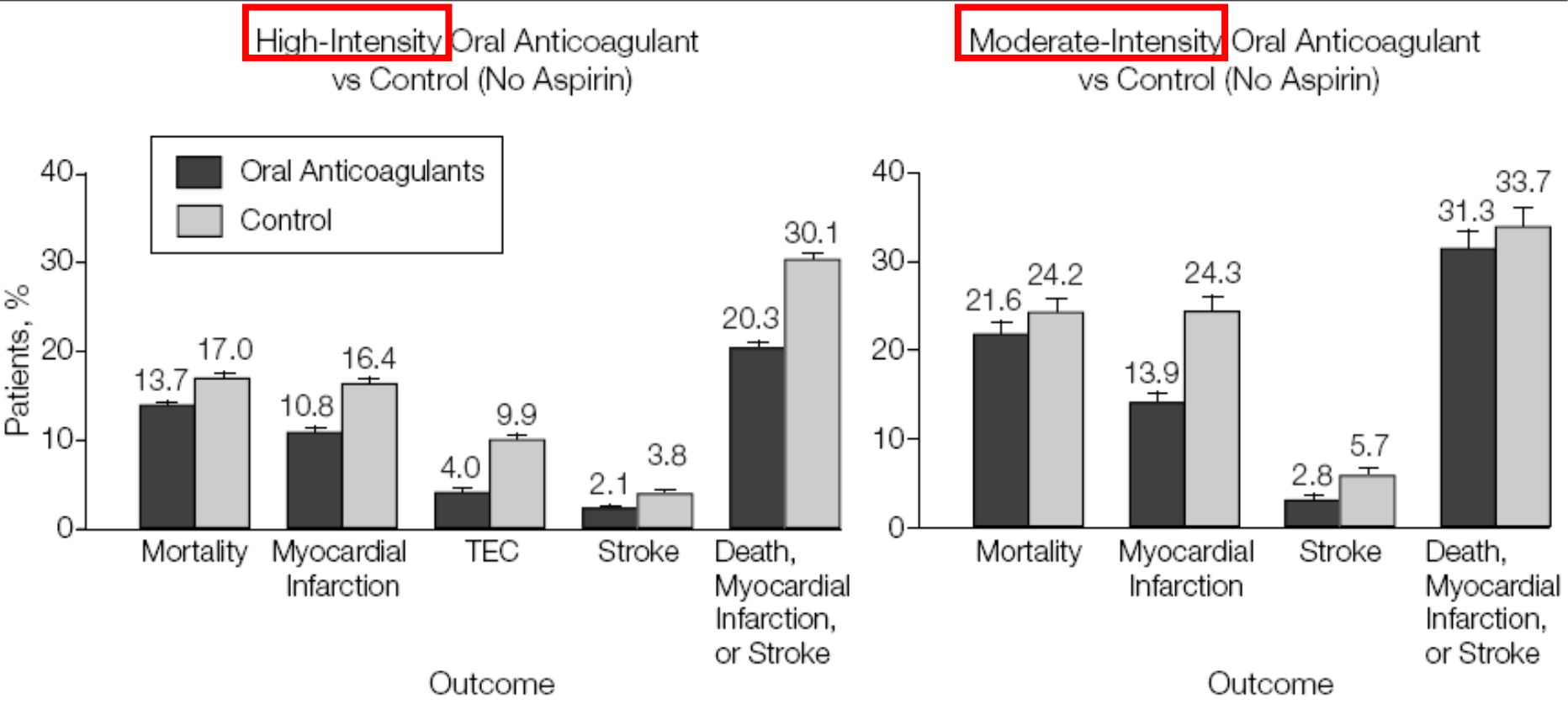
■ **Aspirine + clopidogrel**

■ **Aspirine + clopidogrel + AVK**



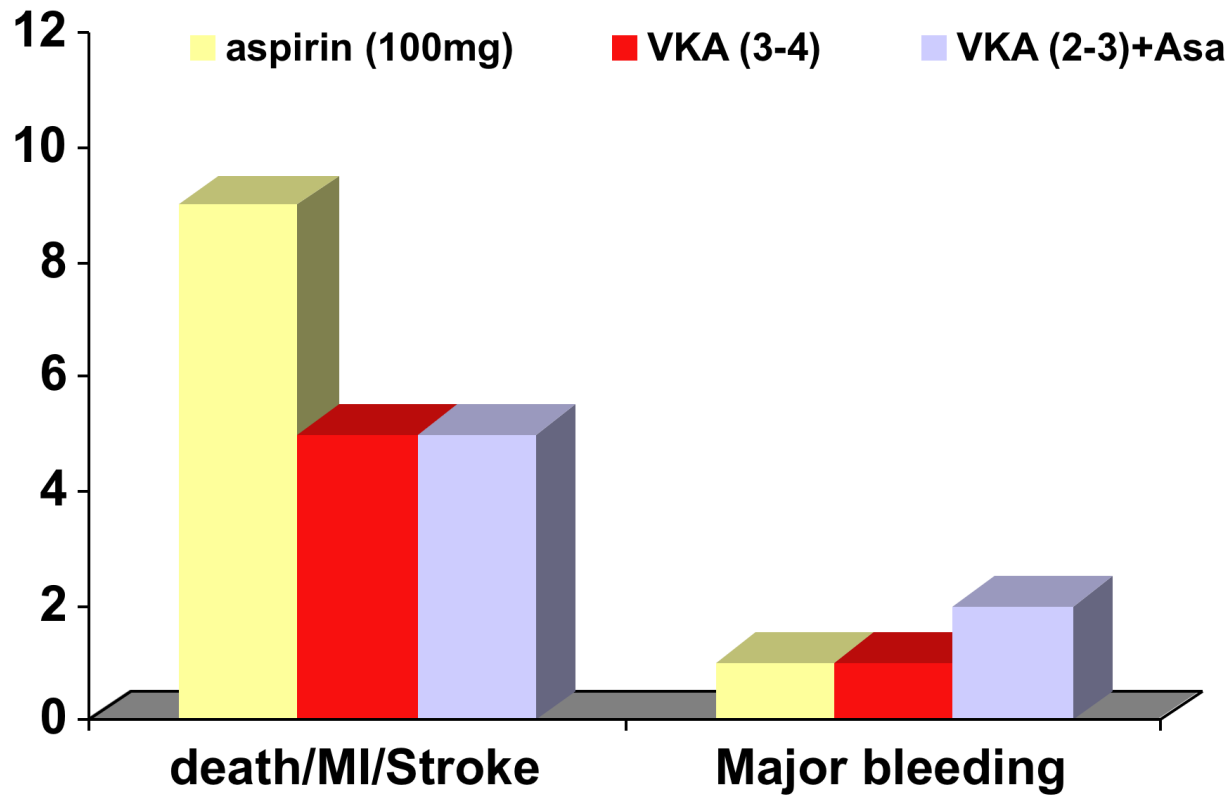
# Oral anticoagulant therapy in patients with CAD : A meta-analysis

**Figure 1.** Rates of Major Cardiovascular Outcomes for High- and Moderate-Intensity Oral Anticoagulant vs Control

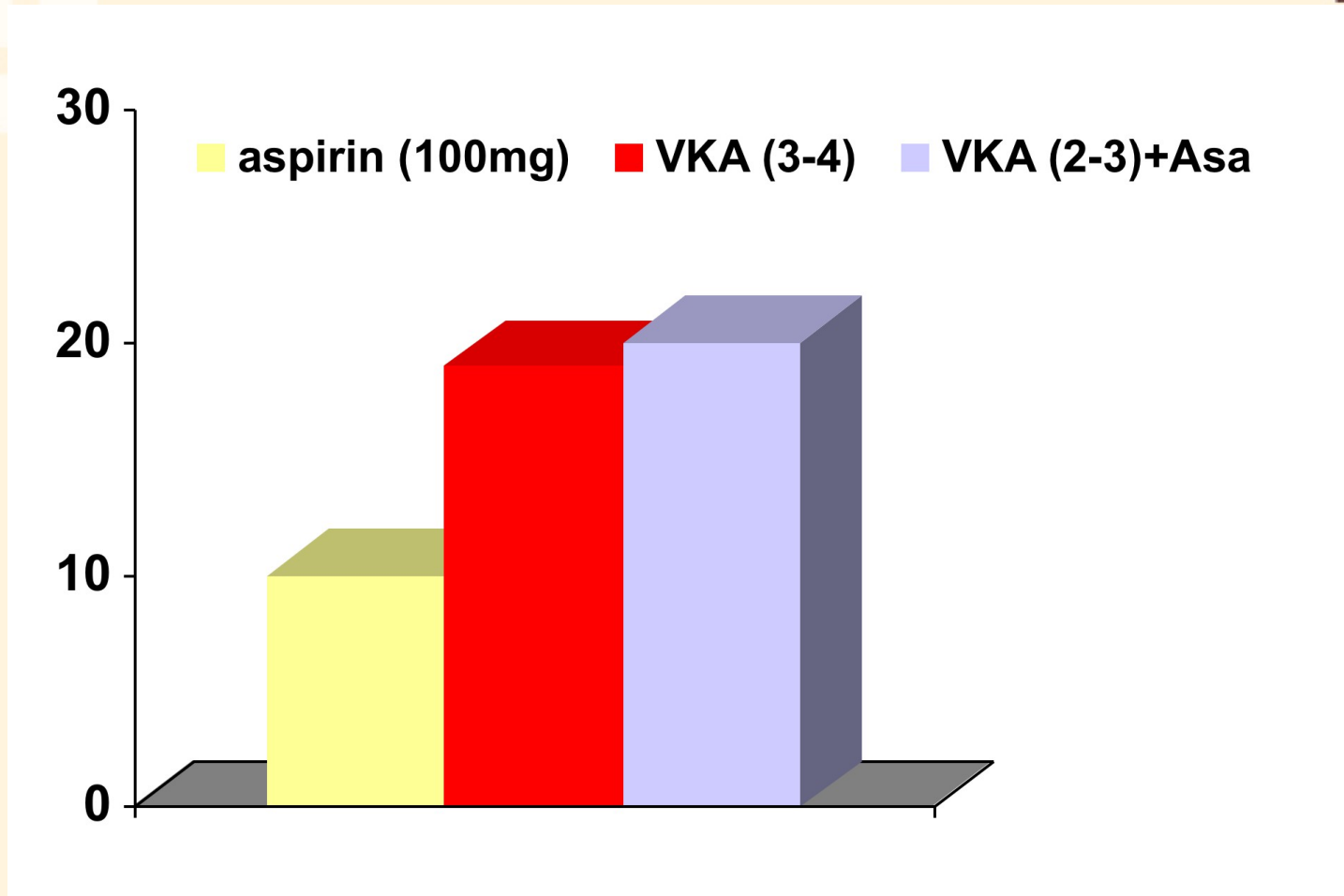


# Aspirin and coumadin after ACS (n=999)

61 yo (>70 ans=22%); median FU=12 months

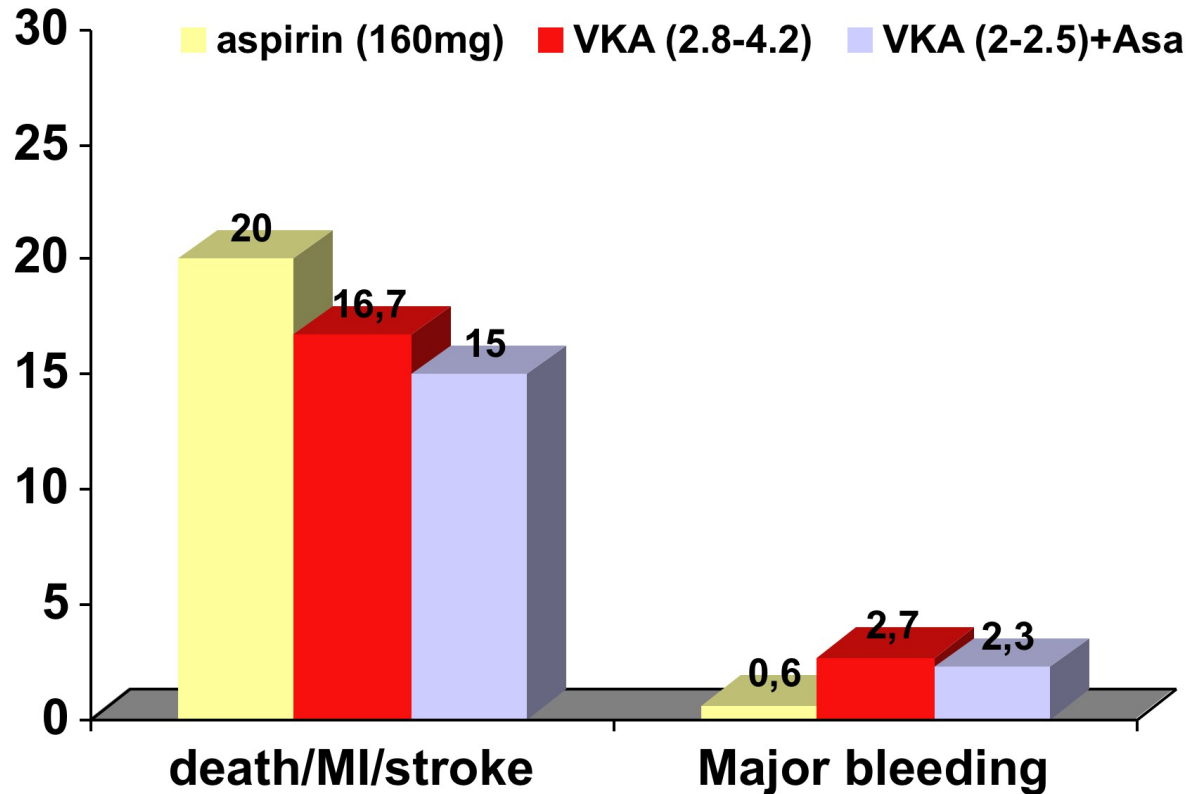


# Premature interruption of study drug



# Warfarin, Aspirin or both after MI (n=3630)

61 yo (>75=0%); median FU=4 years



# The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

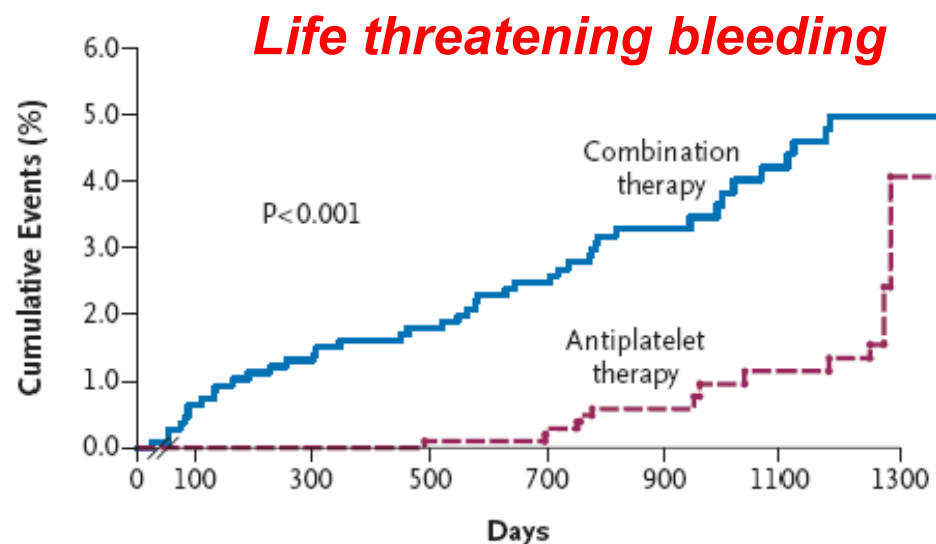
JULY 19, 2007

VOL. 357 NO. 3

ÉTATS GÉNÉRAUX  
de la  
thrombose

## Oral Anticoagulant and Antiplatelet Therapy and Peripheral Arterial Disease

The Warfarin Antiplatelet Vascular Evaluation Trial Investigators\*



### No. at Risk

Antiplatelet therapy	1081	1075	1059	1044	1028	949	511	33
Combination therapy	1080	1066	1033	1005	985	909	504	22

## ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

*Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society*

- Pas de données sur « AVK seul, INR 2 à 3 »
- *« Pour la plupart des patients avec une FA qui ont une coronaropathie stable, une anticoagulation par AVK seul (INR 2-3) devrait permettre une thromboprophylaxie satisfaisante à la fois contre le risque ischémique cérébral et myocardique »*

## Conclusion

- Gestes agressifs possibles sous AVK :
  - la chirurgie cutanée, la chirurgie de la cataracte, les actes rhumatologiques à faible risque hémorragique et les endoscopies digestives avec ou sans biopsie peuvent être réalisés sous AVK, de même que les extractions dentaires, après avoir vérifié l'INR
- L'arrêt des AVK pour un geste agressif ne justifie pas un relais par une héparine en pré et post-opératoire lorsqu'il s'agit d'une ACFA sans antécédent embolique et chez les malades qui présentent une MVTE à risque modéré
- Si un relais par héparine est justifié, une HBPM peut être choisie en curatif en deux injections, quelle que soit la pathologie qui a justifié la prescription de l'AVK

## Conclusion

- Les gestes possibles sous antiagrégants plaquettaires :
  - Sous mono ou bithérapie : fibroscopie gastrique, colonoscopie (diagnostiques avec ou sans biopsie)
  - Sous monothérapie (aspirine) : la majorité des actes chirurgicaux, la colonoscopie avec polypectomie
  - La chirurgie buccodentaire peut se faire sous clopidogrel ou aspirine
- La durée optimale de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est de :
  - Pour un SCA : 9 à 12 mois
  - Stent nu : 1 mois
  - Stent actif : 6 à 12 mois
- Si un traitement antiagrégant plaquettaire est arrêté :
  - Un relais par cébutid n'est pas validé
  - Si le patient est sous clopidogrel et que l'acte invasif est possible sous aspirine, un relais clopidogrel → aspirine est possible



## Conclusion

- L'insuffisance rénale sévère (cl créat < 30 ml/min) est une contre-indication formelle à l'utilisation des HBPM et du fondaparinux
- Pour la MVTE provoquée, le traitement anticoagulant est de 3 mois
- Pour la MVTE idiopathique, ou lorsqu'il existe un facteur de risque non réversible, la durée est d'au moins 6 mois après un 1<sup>er</sup> épisode

## Conclusion

- Le traitement initial par AVK de l'ACFA ne nécessite pas de commencer par l'héparine dans l'immense majorité des cas
- Le traitement anticoagulant à dose curative (AVK, HBPM) prend en charge :
  - le risque artériel coronaire lié à l'athérombose, sauf s'il existe un stent ou s'il s'agit d'un SCA récent et
  - le risque artériel lié à l'athérombose carotidienne
- Les anticoagulants à dose prophylactique de la MVTE ne prennent pas en charge :
  - le risque artériel lié à l'athérombose coronarienne et carotidienne
- Un traitement par IPP ne doit pas être systématique chez les patients sous antiplaquettaire en mono ou bithérapie